

ONDERZOEK

‘Een oedipaal conflict op een epileptische basis’

Het diagnosticeren en behandelen van gedragsproblemen in een kinderpsychiatrische kliniek (1952-1962)

Nelleke Bakker

Rijksuniversiteit Groningen (RUG)

p.c.m.bakker@rug.nl

Abstract

Dit artikel bespreekt het diagnosticeren en behandelen van gedragsproblemen in de universitaire kliniek voor kinderpsychiatrie die tussen 1952 en 1962 werd geleid door de eerste Nederlandse hoogleraar in het vakgebied, Theo Hart de Ruyter. Zoals veel generatiegenoten was hij, behalve psychiater, ook psychoanalyticus. Algemeen wordt aangenomen dat de kinderpsychiatrie toen primair werd beïnvloed door de psychoanalyse met haar focus gericht op een verklaring van gedragsproblemen vanuit de opvoeding. Deze aanname is echter niet getoetst aan de klinische praktijk. Waren verklaringen die naar de kinderlijke natuur verwijzen – zoals de neurologische constitutie of erfelijke aanleg – toen uit de spreekkamer verdwenen en was behandeling met medicatie taboe, zoals is gesuggereerd? Hart de Ruyters theoretische werk wordt vergeleken met dat van vakgenoten uit dezelfde tijd. Op basis van patiëntendossiers wordt het bovendien vergeleken met de manier waarop hij kinderen diagnosticeerde en behandelde. Zowel theorie en praktijk als etiologie en behandeling bleken *nature* en *nurture* te vermengen. Het gebruik van een elektroencefalogram en medicatie doet evenwel geen afbreuk aan de overwegende oriëntatie van de kliniek op de nieuwste versies van de psychoanalyse. Het onderstreept, net als het gebruik van ogenschijnlijk onverenigbare theorieën, het semi-geïmproviseerde karakter van de vroege academische kinderpsychiatrie.

Abstract***“An oedipal conflict on an epileptic basis”: the diagnosing and treatment of behavioral problems in a child-psychiatric clinic (1952-1962)***

This article discusses the diagnosing and treatment of behavioral problems in a pioneering Dutch child-psychiatric clinic in the 1950s. This was headed by Theo Hart de Ruyter, the first Dutch professor of child psychiatry and a psychoanalyst. It is generally assumed that during postwar years child psychiatry was primarily influenced by psychoanalysis with its focus on a nurture-related etiology of children's behavioral problems. This assumption has, however, not been tested for the clinical practice. Did nature-bound explanations – referring to a child's neurological constitution or hereditary predisposition – disappear from the consulting room and was treatment with psychotropic drugs anathema to Freudians, in the way it has been suggested? Hart de Ruyter's theoretical work is compared with the contemporary expert discourse and with the way he diagnosed and treated children, using clinical records. It turns out that both theory and practice and both etiology and treatment mixed up nature and nurture. The use of an electro-encephalogram and of medication does, however, not undo the predominant adherence of the clinic's staff to updated versions of Freudianism. Like the use of apparently incompatible theories, it demonstrates the semi-improvisational nature of early academic child psychiatry.

Keywords: Child psychiatry, psychoanalysis, behavioral problems, diagnostics, psychotherapy

Inleiding

Zoals in andere westerse landen kwam de academische kinderpsychiatrie in Nederland pas na de Tweede Wereldoorlog tot volle bloei. Theoretisch en praktisch kon men daarbij voortbouwen op de ervaringen die vanaf 1928 waren opgedaan in de ambulante zorg via Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB). Deze waren gemodelleerd naar het Amerikaanse voorbeeld van de *child guidance clinics* en kenden een multidisciplinair behandelingsteam, met een psychiater aan het hoofd. Preventie stond hierbij hoog in het vaandel. Het idee was dat via het behandelen van kinderen criminaliteit en geestesziekte bij volwassenen werden voorkomen (Bakker, 2020; Jones, 1999; Stewart, 2013). In deze klinieken genoot de eerste generatie academische kinderpsychiaters, die vanaf de jaren vijftig aan de universiteiten werden benoemd, hun praktische training. De dieptepsychologie en een primair

op de omgeving gerichte etiologie waren hierbij, zoals elders, theoretisch leidend (Bolt & De Goei, 2008; Jones, 1999). Het is echter onduidelijk in hoeverre dit ook geldt voor de klinische praktijk. Hoe diagnosticeerden en behandelden psychiaters kinderen en hun problemen in deze dagen van een sterk geloof in determinering door vroegkinderlijke affectieve ervaringen? Waren andersoortige verklaringen, verwijzend naar de neurologische constitutie, erfelijke aanleg of een hersendysfunctie – de soort die voor en na de hoogtijdagen van de dieptepsychologie domineerde – uit de spreekkamer verdwenen? En was behandeling met medicatie taboe voor deze generatie kinderpsychiaters, zoals door diverse auteurs is gesuggereerd (Abma & Weijers, 2005; Bolt & De Goei, 2008)?

Toetsing van de theorie aan de praktijk is in geschiedschrijving over de psychiatrie zelden mogelijk, omdat patiëntendossiers onder het medisch beroepsgeheim vallen en daarom in de regel na enige tijd worden vernietigd. De kinderpsychiatrie vormt daarop geen uitzondering. Voor dit onderzoek kon echter gebruik worden gemaakt van een representatieve steekproef uit de behandeldossiers van de eerste hoogleraar kinderpsychiatrie in Nederland, Theo Hart de Ruyter (1907-2001).¹ Deze was psychiater en psychoanalyticus en leidde tussen 1952 en 1962 in het Groningse academisch ziekenhuis een afdeling voor kinderen met een eigen zaal en een spreekuur, die hij uitbouwde tot een kinderpsychiatrische kliniek. Deze bood, afgezien van opname, min of meer vergelijkbare diensten als een MOB: diagnose en behandeling door een psychiater en, vanaf 1956, adviesgesprekken met de ouders door een psychiatrisch maatschappelijk werkster. Omdat de kliniek deel uitmaakte van een academisch ziekenhuis kon zij daarnaast gebruik maken van de expertise van een kinderarts en via een neuroloog een elektro-encefalogram (EEG)² van een patiënt verkrijgen. De psychiater nam zelf alle tests af en raadpleegde incidenteel een universitaire kinderpsycholoog.

De vraag naar de verhouding tussen theorie en praktijk van de vroege geestelijke gezondheidszorg voor kinderen wordt mede ingegeven door het feit dat enkele pioniers van de academische kinderpsychiatrie niet alleen oog hadden voor oorzaken die waren gelegen in de interactie met de omgeving (*nurture*). Sommigen hadden ook oog voor organische oorzaken (*nature*) van gedragsproblemen van kinderen. Daarbij gaat het om degenen die de psychoanalyse afwezen, zich als neuroloog presenteerden en waren

1 Ik bedank Accare dat zij mij de gelegenheid heeft gegeven deze dossiers te bestuderen.

2 Het EEG verscheen in Nederland voor het eerst in 1948 in academische ziekenhuizen en gespecialiseerde centra (Sonnen, 1982). In de Groningse kliniek zien we het vanaf 1953 gebruikt worden.

op hersenschade als oorzaak van leer- en concentratieproblemen (Bakker, 2014). Ook Hart de Ruyter verwees in enkele latere publicaties, behalve naar omgevingsinvloeden, naar organische oorzaken van leerproblemen, een aandachtstekort of depressie. Bepaalde fysiologische 'disposities' konden een kind kwetsbaar maken voor 'neurotiserende' omgevingsinvloeden, leerde hij (Nieweg, 2000). Herkennen we deze gemengde etiologie ook in zijn theoretisch en praktisch werk in de jaren vijftig?

Om die vraag te kunnen beantwoorden vergelijk ik Hart de Ruyters klinische werk met zijn theoretische geschriften uit deze periode, zowel leerboeken als wetenschappelijke artikelen. In de steekproef van 181 patiëntendossiers³ worden drie soorten problemen het vaakst genoemd als aanmeldreden: schoolproblemen, bedplassen en angst. Nagegaan wordt hoe de ideeën hierover van deze behandelaar zich verhouden tot die van vakgenoten en tot de wijze waarop hij en zijn team kinderen met deze problemen diagnosticeerden en behandelden. De aandacht is hierbij vooral gericht op de balans tussen *nature* en *nurture* ten aanzien van de veronderstelde oorzaak van het probleem en het gekozen aanknopingspunt voor de behandeling ervan. Daartoe bespreek ik eerst de Nederlandse kinderpsychiatrie in de jaren vijftig. Daarna volgen het theoretisch werk van Hart de Ruyter in het algemeen en de conceptualisering van deze drie problemen door Nederlandse kinderpsychiaters. Tot slot volgt een bespreking van de behandelpraktijk in de Groningse kliniek.

Kinderpsychiatrie in de jaren vijftig

De Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie werd in 1948 opgericht, nog voor de instelling van de eerste universitaire leerstoelen in het vakgebied. Het nieuwe specialisme verwierf snel een basis in het buitengewoon onderwijs, de jeugdzorg en de zorg voor 'zwakzinnige' kinderen. Hun gezag ontleenden de pioniers van de kinderpsychiatrie daarnaast aan veelgebruikte wetenschappelijk onderbouwde leerboeken (Weijers, 2002). Dit versterkte het proces van medicalisering van opvoedingsexpertise doordat gedragsproblemen werden

3 Deze steekproef is representatief omdat het gaat om de dossiers van patiënten die werden geboren op vijf willekeurige dagen in de maand. Ter bescherming van hun identiteit worden deze niet vermeld. De 70 dossiers waarbij een schoolprobleem, bedplassen of angst de (een) aanmeldreden was, zijn daarom genummerd (1-77); in zeven dossiers ging het om twee van deze redenen.

voorgesteld als geestesziekten die vroegen om een medische behandeling. Dit proces verliep parallel aan de verspreiding van het gezichtspunt van het MOB, waarin gedragsproblemen van kinderen zo vroeg mogelijk behandeld moesten worden om te voorkomen dat beginnende emotionele conflicten ('neurosen') konden uitgroeien tot serieuze geestesziekten.

De eerste generatie kinderpsychiaters identificeerde zich met de beweging voor geestelijke hygiëne, waaruit in de jaren twintig in de Verenigde Staten de *child guidance clinics* waren ontstaan. Leidende 'psychohygiënist' onderschreven het freudiaanse leerstuk dat vroegkinderlijke ervaringen ziek maakten (Richardson, 1989). De grote aandacht voor de kindertijd zien we weerspiegeld in de snelle groei van het aantal MOB's: van acht in 1946 naar niet minder dan 75 in 1962 (Bakker, 2016). De wereldwijde instemming met John Bowlby's rapport voor de *World Health Organization* (WHO), *Maternal Care and Mental Health* (1951), versterkte de focus op de vroege kindertijd als een riskante levensfase, doordat het de ontbering van moederliefde (*maternal deprivation*) in die fase voorstelde als een ernstige bedreiging voor de geestelijke volksgezondheid. De psychoanalytische beweging, die haar zwaartepunt van Wenen naar Londen had verplaatst, richtte zich nu eveneens op de moeder-kind relatie, een oriëntatie die goed paste bij het conservatieve Nederland van die dagen met zijn kostwinnersmodel (Bakker, Noordman & Rietveld-van Wingerden, 2006; Geissmann & Geissmann, 1998; Zaretsky, 2004).

De groeiende belangstelling voor de geestelijke volksgezondheid maakte in Nederland gezin en opvoeding tot speerpunt van activisme in de strijd tegen wat men in de naoorlogse jaren zag als een morele crisis. Tekenen daarvan werden herkend in stijgende aantallen buitenechtelijke geboorten en echtscheidingen. Herstel van een 'gezond' gezinsleven was nodig om te voorkomen dat de jeugd zou afglijden naar delinquentie en prostitutie. De verwachtingen ten aanzien van de bijdrage van de MOB's aan de strijd tegen sociale ontwrichting en moreel verval waren hoog. De belangstelling voor deze hulpverlening was eveneens groot en al snel was sprake van wachtlijsten (Bakker, 2016).

De problemen die kinderen en hun ouders aan de MOB's voorlegden, waren – in de woorden van een Amerikaanse psychiater – de 'everyday problems of the everyday child' (Jones, 1999). De cliënten hadden last van nervositeit, bedplassen, agressie, angst, stelen en leerproblemen, die werden behandeld op basis van een mengeling van psychodynamische theorieën. Op een MOB onderzocht een kinderarts het kind lichamelijke en nam, bij een vermoeden van 'achterlijkheid', een IQ-test af; verstandelijk beperkte kinderen werden er niet in behandeling genomen. Een psycholoog testte

andere kwaliteiten, zoals de aandacht (met een Bourdon test) en het karakter (met Rorschach). Een psychiater luisterde naar het kind, analyseerde diens tekeningen en observeerde diens spel om tot een diagnose te komen. Na een teambespreking kon behandeling door deze met psycho- of speltherapie volgen. De psychiatrisch sociaal werkster was getraind in *social casework*. Zij bezocht de ouders, verzamelde informatie over het kind en de achtergronden van zijn/haar verwanten en – na de diagnose – adviseerde de ouders over een verandering van hun gedrag, aangezien de oorzaak vrijwel zonder uitzondering werd gevonden in opvoedingsfouten. Dankzij deze ‘milieu beïnvloeding’ konden die rechtgezet worden, zo benadrukten MOB-psychiaters (Bakker, 2016).

Een theoretische omnivoer

In zijn theoretisch werk toonde Hart de Ruyter een vergelijkbaar therapeutisch optimisme. Hij verdedigde consequent de mogelijkheid van een succesvolle psychiatrische behandeling van zelfs de moeilijkste kinderen. In de therapie, stelde hij, kon hij teruggaan naar de pre-oedipale fase (tussen acht maanden en drie jaar) in gevallen van onvervulde honger naar affectie en de ongunstige emotionele ontwikkeling van het kind herstellen. Daarom weigerde hij de ongeneeslijkheid van zogenaamd ‘hopeloze gevallen’ te accepteren. Vele van de moeilijkste gevallen waren, volgens hem, affectief verwaarloosde neurotici, die ziek maar ‘corrigeerbaar’ waren en psychiatrische behandeling nodig hadden ter versterking van hun zwakke *Ich* en onderontwikkeld geweten. Dergelijke gevallen betroffen veelal kinderen in de preadolescentiefase, tussen ongeveer tien en twaalf jaar, wanneer een gezond *Ich*-gevoel moest rijpen. Zijn optimisme verklaart ook waarom Hart de Ruyter een toegewijd verdediger was van democratische relaties tussen ouders en kinderen en in kindertehuizen, want autoriteit leidde tot de angst die een kind verhinderde zijn/haar ware aard te tonen en daarmee tot schijnaanpassing, die therapeutisch succes in de weg stond (Hart de Ruyter, 1957).

De inspiratie voor deze theoretische positie kwam uit een corpus van zeer uiteenlopende, overwegend recente en ogenschijnlijk onverenigbare internationale psychologische en psychiatrische literatuur. Fysieke en mentale kenmerken, zoals het temperament van een kind, deden er voor Hart de Ruyter toe omdat sommige persoonlijkheidstypen, meer dan andere, ontvankelijk waren voor geestesziekte. In dit verband refereerde hij aan het werk van psychologen die temperamentstypen onderscheidde op basis

van geestelijke (Gerard Heymans), lichamelijke (Ernst Kretschmer), of constitutionele (William Sheldon) kenmerken. Aan hun werk ontleende hij de beschrijvingen van specifiek riskante typen, zoals het ‘nerveuze’ (Heymans), het ‘cyclothyme’ met een ‘pyknische’ lichaamsbouw (Kretschmer) en het ‘overgevoelige’ (Sheldon) type. Ten aanzien van de ontwikkelingsfasen betoonde Hart de Ruyter zich – net als de MOB-psychiaters – een echte freudiaan doordat hij consequent de orale, anale, fallische, oedipale, latente en (pre)adolescente fasen onderscheidde, waarin een kind zich ontwikkelde van de eerste op lustbevrediging gerichte impulsen tot een geleidelijke sublimering daarvan uit liefde voor de moeder, die het *Ich* hielp zijn gedrag aan te passen aan de eisen van de gemeenschap (Hart de Ruyter, 1955).

Anna Freud was Hart de Ruyters voornaamste bron van inspiratie voor de analyse van een kind, diens verdedigingsmechanismen (‘afweer’) en de bepaling van een (on)gezonde ontwikkeling op basis van vroegkinderlijke affectieve relaties. Maar hij gebruikte ook theorieën van andere psychoanalytici, zoals Melanie Klein, Margaret Ribble and René Spitz. Hij volgde hun publicaties op de voet. Ofschoon verschillend, benadrukten zij allen het grote belang van moederliefde en affectie in de vroege kindertijd. Hij verbond deze ideeën met de inzichten van de Weense psychoanalyticus August Aichhorn die met probleemjongeren in een instelling werkte en dezen had gediagnosticeerd als ‘affectief verwaarloosd’ in de vroege kindertijd als gevolg van een gebroken gezin of opgroeien in een kindertehuis.⁴ Na het verschijnen van Bowlby’s WHO-rapport verwees hij bovendien naar ‘een onloochenbaar verband tussen affectieve verwaarlozing in de eerste levensjaren en stoornissen in de gewetensvorming’ als een welbekend feit dat nu ‘in een onderzoek statistisch [was] geverifieerd’ (Hart de Ruyter, 1955, p. 126). De beide laatsten had Hart de Ruyter in 1947 op een Zwitsers congres over door oorlog ontheemde kinderen persoonlijk ontmoet en als geestverwanten herkend. Bowlby had bovendien in 1950 op zijn tour ter voorbereiding van het WHO-rapport het Amsterdamse MOB bezocht waaraan Hart de Ruyter toen leiding gaf. De Engelse en de Nederlandse aanpak leken volgens de bezoeker sterk op elkaar. Ook in hun afkeer van internaten toonden hij en zijn gastheer verwantschap (De Goei, 1992; Van der Horst, 2014; Van Dijken, 1997).

In navolging van zijn inspiratiebronnen wees Hart de Ruyter er herhaaldelijk op dat de meeste gedragsproblemen (hij schatte driekwart) hun wortels hadden in ‘vroege affectieve verwaarlozing’ (Hart de Ruyter, 1959a).

4 Aichhorn publiceerde zijn *Verwaarloste Jugend* al in 1925, maar kreeg hier pas bredere bekendheid na de verschijning van de Nederlandse vertaling in 1952.

Deze had in de pre-oedipale fase de gezonde groei verhinderd van 'basic security'. Dit gebrek manifesteerde zich als een insufficiënte, narcistische of ambivalente relatiestoornis, waaraan hij later nog een symbiotische en een autistische variant toevoegde. Een dergelijke stoornis werd veroorzaakt door een gebrek aan betrokkenheid, afwezigheid of ambivalente liefde van de moeder; ze was behandelbaar met psychotherapie (Hart de Ruyter 1955, 1959a). Voor jongere kinderen verkoos hij spelobservatie en het vrij laten tekenen van een boom als diagnostische instrumenten. Bij oudere kinderen hadden het laten vertellen van verhalen, het interpreteren van Rorschach inktvlekken, het schrijven van een projectieopstel over zichzelf in de wereld over twintig jaar en het afmaken van zinnen en verhalen zijn voorkeur. Zo kwam hij, naast karakterdisposities, de onbewuste gevoelens op het spoor waarmee deze kinderen worstelden (Hart de Ruyter, 1951, 1959b).

Niet alle gedragsproblemen waren volgens Hart de Ruyter van neurotische aard en een gevolg van inadequaat moederschap. Van de problemen die behalve het kind en zijn/haar ouders ook de gemeenschap beroerden, de zogenoemde psychopathieën zoals agressie, waren sommige het gevolg van hersenschade, een 'constitutionele disharmonie' of een ongunstig temperament, legde hij uit in de hoofdstukken over kinderpsychiatrie in twee handboeken voor kinderbescherming die in 1951 en 1959 verschenen. Ook deze konden met psychotherapie worden behandeld, individueel of in een kleine groep, ook al waren de vooruitzichten hierbij minder positief dan bij neurosen. Behandeling met medicatie besprak hij alleen in korte paragrafen. Bij adolescentie 'hypersexualiteit' kon hormonale therapie nuttig zijn om de endocriene instabiliteit te herstellen. Ze kon ook worden gebruikt bij een endocriene oorzaak van een vertraagde ontwikkeling, voegde hij hier in 1959 aan toe. Toen ook legde hij uit dat epilepsie met speciale medicijnen kon worden behandeld, terwijl pillen die de stofwisseling in de hersens zouden verbeteren 'bij bepaalde gevallen' nuttig konden zijn. Met rust- en slaapmiddelen moest men bij kinderen voorzichtig zijn. Terwijl hij in 1951 nog meende dat deze 'vrijwel nooit nodig' waren, zag hij hiervoor in 1959 'soms' mogelijkheden, onder meer als ondersteuning van psychotherapie (Hart de Ruyter, 1951, 1959b).

In 1952 publiceerde Hart de Ruyter de eerste editie van zijn handboek *Inleiding tot de kinderpsychologie*, dat ruim twintig jaar lang werd herdrukt en een zeer brede verspreiding kende. In de jaren vijftig verschenen drie vrijwel identieke edities. Het boek was bedoeld voor studenten en professionals in (buitengewoon) onderwijs, maatschappelijk werk, oudervoorlichting en jeugdzorg. Het grootste deel van de informatie is georganiseerd naar de kinderlijke ontwikkelingsfasen. Er zijn hoofdstukken over de eerste twee levensjaren, de peuter en kleuter, het schoolkind, de prepuber, puber en

adolescent, waarin hij naast de kenmerken van die fasen ook de daaraan gebonden ontwikkelingsproblemen bespreekt, zoals de koppigheid van peuters en de preadolescente negatieve fase – beide concepten ontleende hij aan het werk van de Duits-Amerikaanse kinderpsychologe Charlotte Bühler. Andere hoofdstukken betreffen de menselijke fysiologie, met name het zenuwstelsel, het 'afwijkende' kind (over gehandicapte kinderen en hun buitengewone scholen), afwijkende ontwikkelingen bij een normale aanleg (over ziekmakende gezinstypen en stief- en pleegkinderen), kinderpsychiatrische 'ziektebeelden' (waaronder autisme), 'opvoedingsfouten' en hun mogelijke gevolgen (zoals bedplassen en delinquentie) en de praktijk van diagnosticeren en behandelen op een MOB. Gedragsproblemen van kinderen en hun oorzaken krijgen veel aandacht in dit boek en elk van de drie in de Groningse kliniek meest gepresenteerde problemen komt in een of meer hoofdstukken ter sprake (Hart de Ruyter, 1952).

Schoolproblemen

Volgens Hart de Ruyters leerboek moest men bij schoolproblemen van normaal begaafde kinderen op zoek naar andere oorzaken dan een laag IQ. Deze kinderen konden om veel redenen op school mislukken: een lichamelijke ziekte, een zintuiglijk gebrek, aangeboren woordblindheid, een ongunstig temperament, een vertraagde ontwikkeling, een disharmonieus gezin of een emotioneel conflict – waarvan alleen de laatste twee van neurotische aard waren. Bij een vertraagde ontwikkeling kon een kind verstandelijk beperkt lijken, maar was het dat niet; het zou de achterstand later inhalen. De vertraging kon een genetische oorzaak hebben en ze kon vanzelf weer overgaan. Voor kinderen met 'partiële defecten', zoals lees- of rekenzwakte, was er sinds 1949 de buitengewone school voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheid (LOM). De gewone school was voor hen vaak een 'marteling' die gemakkelijk kon leiden tot – met een term van Alfred Adler – 'ontmoediging'. Onverwerkte emotionele conflicten konden leiden tot 'neurotische' leerstoornissen, waarachter een 'neurotisch' gezin schuil kon gaan (Hart de Ruyter, 1952). Een nieuw element in de editie van 1959 was de toevoeging van twee andere oorzaken van leer- en gedragsproblemen, epilepsie en hersenschade, die tot een geringe frustratietolerantie en ongecontroleerd gedrag konden leiden (Hart de Ruyter, 1959c).

Vergeleken met een meer gespecialiseerd leerboek over 'afwijkende' kinderen van de hand van een andere kinderpsychiater, Reinier Vedder, gaf Hart de Ruyter weinig aandacht aan leerproblemen en hechtte hij veel belang aan neurotische oorzaken. Vedder besprak onderwerpen die verband

hielden met organische oorzaken van schoolfalen – zoals partiële defecten, stoornissen van het ontwikkelingstempo of de aandacht, hyperactiviteit en epilepsie – veel uitgebreider (Vedder, 1958).

Deze focus op organische oorzaken stemt overeen met ontwikkelingen in de internationale gemeenschap van onderzoekers op het gebied van het speciaal onderwijs. Op het Tweede Internationale Congres over Orthopedagogiek in 1949 in Amsterdam benadrukten de deelnemers aan de sectie over leerlingen met partiële defecten bijvoorbeeld zozeer de organische oorzaken daarvan, dat de psychiater die erover rapporteerde meende dat al deze kinderen konden worden beschouwd als 'hersensbeschadigd'. Deskundigen die betrokken waren bij de LOM-scholen bespraken eveneens veelvuldig organische en neurologische oorzaken van de specifieke leerproblemen, waaronder rusteloosheid en concentratiegebrek, van deze leerlingen (Bakker, 2016). Deze belangstelling werd zowel gevoed door ontwikkelingen in de Amerikaanse neurologie, die voortbouwde op het werk van Alfred Strauss met 'hersensbeschadigde' kinderen wier probleemgedrag hij met succes met amfetamine behandelde, als door de introductie van nieuwe onderzoekstechnieken zoals een EEG. Beide ondersteunden aanspraken ten aanzien van een hersen-gerelateerde etiologie en een biomedische benadering van leer- en gedragsproblemen (Sandberg & Barton, 2002). Deze inzichten vonden hun weg naar Nederland, waar experts er al enige tijd over discussieerden voordat Hart de Ruyter ze in 1959 opnam in zijn leerboek.

Bedplassen en angsten

Bedplassen kon volgens Hart de Ruyter het gevolg zijn van abnormale aanleg, ziekte, uitputting of enige andere constitutionele conditie. Maar die gevallen waren uitzonderingen. Vaker ging het om een neurose (Hart de Ruyter, 1953). Bij kleuters konden koppigheid of affectieve verwaarlozing in het geding zijn. Neurotische *enuresis nocturna* was altijd een uiting van angst, waarschuwde hij in zijn leerboek. Een agressieve aanpak was daarom gedoemd te mislukken. Psychotherapie kon wel helpen, evenals in sommige gevallen medicatie, een dieet of speciale gymnastiek (Hart de Ruyter, 1955). Andere experts, onder wie schoolartsen, onderschreven de opvatting dat bedplassen in de regel een neurotische achtergrond had en daarom te genezen was (Bakker, 2015). Het kon een teken zijn van jaloezie, bijvoorbeeld wanneer de komst van een babybroertje of -zusje een kleuter het gevoel gaf achtergesteld te worden (Frijling-Schreuder, 1953; Elte, Van Heusden & Frijling-Schreuder, 1953; Vedder, 1958). Te weinig of juist te veel aandacht of de angsten van de moeder zelf konden eveneens

neurotisch bedplassen veroorzaken (De Leeuw-Aalbers, 1950). *Enuresis nocturna* gold daarnaast als een probleem dat zich speciaal manifesteerde bij kinderen die niet bij hun eigen ouders konden opgroeien en daarom in een instelling of pleeggezin woonden. Ook stiefmoeders 'maakten' bedplassers, wisten psychiaters (Lampl-de Groot, 1954). Volgens Hart de Ruyter konden afwijzing en liefdesgebrek een stiefkind aanzetten zichzelf te straffen door 's-nachts in bed te plassen; dan ging het om een 'afweermecanisme' (Hart de Ruyter, 1953).

Angst werd in Hart de Ruyters leerboek, net als bedplassen, besproken in het hoofdstuk over opvoedingsfouten. Een neurotisch kind kon door zijn/haar onopgeloste conflicten sterke angsten ontwikkelen. Gelukkig waren veel angsten gebonden aan een bepaalde ontwikkelingsfase en gingen ze vanzelf over. Met name tijdens de overgang van de oedipale (kleuter)fase naar de latentie (schoolleeftijd) waren angsten normaal, legde de psychiater uit. Alleen als de problemen daarna aanhielden was sprake van een neurose. Straf en beperkingen opleggen waren contraproductief. Ouders zouden in plaats daarvan moeten proberen de oorzaak te achterhalen, een traumatische ervaring of onzekerheid, en het kind moeten aanmoedigen deze gevoelens te overwinnen. De symptomen die op angst konden wijzen waren talrijk: bedplassen, slaapproblemen, dromen, stotteren, liegen en agressie. Ook minder verontrustend gedrag, zoals erg bedeesd of gehoorzaam zijn, kon duiden op angst. Deze signalen mocht men niet negeren en ouders deden er goed aan te proberen erachter te komen wat het kind zo bang maakte. Bij langdurige slaapproblemen was medicatie geïndiceerd (Hart de Ruyter, 1952).

In de tweede editie (1955) van zijn leerboek leunde Hart de Ruyter duidelijker en expliciet op het werk van Anna Freud door angsten ook te bespreken als vrucht van 'afweermecanismen'. Te veel hulp van ouders, schreef hij, geeft een 'zwak, hulpeloos Ich', te weinig hulp een 'misvormd, de werkelijkheid ontkennend Ich'. En te strenge eisen droegen het gevaar in zich van 'Ik-inperking', waaruit 'levensangst' en een gestoorde seksuele ontplooiing konden ontstaan (Hart de Ruyter, 1955, p. 132). In verband met angsten die in de pre-oedipale fase door affectieve verwaarlozing ontstonden, vermeldde hij nu zowel Bowlby als Aichhorn. In de derde editie kwamen daar nog Melanie Klein en René Spitz bij als auteurs die deze verwaarlozing al in het eerste levenshalfjaar zagen ontstaan door scheiding van de moeder of te veel verschillende verzorgsters. Dan ontstond geen *basic security* en lag angst steeds op de loer (Hart de Ruyter, 1959c).

Ook andere deskundigen spraken over angsten als gevolg van een neurose door affectieve verwaarlozing in de vroege kindertijd. Vedder besprak bijvoorbeeld de onzekerheid en onbewuste schuldgevoelens die een neurotisch kind angstig konden maken. Die angst ging soms schuil achter bravoure, agressie of brutaliteit, waartegen alleen het versterken van een gevoel van

veiligheid hielp (Vedder, 1958). Een MOB-psychiater waarschuwde specifiek tegen 'neurotische' moeders, die hun kind niet konden accepteren en het daardoor angstig maakten (De Leeuw-Aalbers, 1950). Angst om de liefde van de ouders te verliezen en angst voor straf kwamen herhaaldelijk naar voren als bron van allerlei gedragsproblemen waarmee een 'affectief verwaarloosd' kind zijn/haar zwakke Ik toonde. Genezing hing af van de erkenning van de onderliggende emoties, legden psychoanalytici uit (Frijling-Schreuder, Isaacs-Edersheim & De Leeuw-Aalbers, 1949). Angsten waren voor freudianen dus zowel een symptoom als een bron van neurose, evenals een product van een neurotische moeder, terwijl bedplassen een van de voornaamste symptomen van angst was.

Diagnosticeren en behandelen in een kinderpsychiatrische kliniek

Hart de Ruyter had zijn specialisatie in de kinderpsychiatrie voltooid aan het Haarlemse MOB, een MOB opgezet in Zaandam, in Amsterdam een MOB geleid en dienst gedaan als schoolarts voor het buitengewoon onderwijs, als ook een Gemeentelijke Jeugdpsychiatrische Dienst opgezet (De Goei, 1992). Hij had ook al veel gepubliceerd toen hij in 1951 werd uitgenodigd om kinderpsychiatrie te doceren aan de Groningse universiteit, eerst als lector en vanaf 1956 als de eerste hoogleraar in Nederland (Bolt & De Goei, 2008). Door de opening van zijn kliniek maakte hij voor Groningen de zorg beschikbaar die elders door een MOB werd geboden. Dat hij dit model voor ogen had, blijkt wel uit het feit dat hij in 1956 een psychiatrisch maatschappelijk werkster aanstelde en enkele verpleegsters *social casework* liet studeren aan de lokale School voor Maatschappelijk Werk (Dimmendaal, 1998). Al snel trok zijn kliniek grote aantallen patiënten uit heel Noord Nederland en waren er wachtlijsten voor opname, het spreekuur en EEG-onderzoek. Incidenteel kwamen er ook patiënten uit andere regio's naar de Groningse kliniek, soms als een laatste poging in wat andere kinderpsychiaters kennelijk als een 'hopeloos geval' zagen. Dit illustreert het grote gezag van Hart de Ruyter. Toen er in 1960 eindelijk een MOB kwam in Groningen (Bakker, 2015), konden zijn assistenten daar praktiseren. De ambulante zorg van de universiteitskliniek werd hierdoor minder belangrijk.

De 181 patiëntendossiers van de Groningse universiteitskliniek uit de jaren 1952-1962 die zijn bewaard, bieden vooral informatie over het diagnosticeren van de kinderen. Ze bevatten testrapporten, tekeningen, intake-verslagen, brieven van en aan huisartsen, adviezen aan voogdijverenigingen, brieven

van verwijzers of verwanten, en soms brieven van ouders of de kinderen zelf. Informatie over de behandeling ontbreekt grotendeels, afgezien van recepten voor medicatie en adviezen ten aanzien van psychotherapie of buitengewoon onderwijs. Wanneer Hart de Ruyter of een van zijn assistenten een kind zelf met psychotherapie behandelde, vinden we hierover slechts incidenteel en indirect informatie, zoals over observatie en behandeling na opname in de kliniek of over wekelijkse gesprekken met een kind.

Eén geval illustreert zowel de manier waarop een 'hopeloos geval' van een ander team door Hart de Ruyter opnieuw werd onderzocht en beoordeeld als de aard van de behandeling. In 1953 werd de tienjarige Sietse⁵ naar Groningen verwezen door het Amsterdamse MOB, waar hij een jaar lang vergeefs was behandeld wegens bedplassen, leerproblemen en zeer moeilijk gedrag. In haar verwijfsbrief liet de leidster van dat bureau weten de 'zeer ernstig neurotisch gestoorde' jongen, die zich onder meer bediende van 'affectafweer', 'nauwelijks therapeutisch behandelbaar' te achten. Hart de Ruyter nam de jongen 12 weken op in Groningen, waar neurologisch onderzoek een schrijfstornis onthulde en een EEG een 'zeer onregelmatig beeld (...) dicht bij de epilepsie' aan het licht bracht. Deze problemen waren, zo rapporteerde hij aan de Amsterdamse collegae, versterkt door castratieangst, waartegen de jongen zichzelf had verdedigd met grootheidsfantasieën. Het tolerante klimaat in de kliniek had volgens Hart de Ruyter serieuze verbetering gebracht ten aanzien van Sietse's woedeaanvallen, agressief gedrag en fantaseren, terwijl de medicamenteuze behandeling voor zijn bedplassen, opgevat als een uiting van een 'organische (epileptische) regulatieve stoornis', eveneens succesvol verliep. Het advies luidde voortzetting van de psychotherapie en de behandeling met medicatie (dossier 9/42, 1954).

Schoolproblemen

De 34 kinderen uit de steekproef die worstelden met problemen op school waren tussen de acht en 17 (gemiddeld 11) jaar, toen ze voor het eerst naar de kliniek kwamen. Het ging om 21 jongens en 13 meisjes. Bijna overal in het land waren op dat moment schoolartsen werkzaam, die onder meer moeilijk lerende kinderen een IQ-test afnamen in verband met eventuele verwijzing naar een school voor 'zwakzinnigen'. Daarvoor moest het IQ toen beneden de 70 liggen. Ze werden meestal op zeven- of achtjarige leeftijd getest, na een of twee jaar lager onderwijs (De Beer, 2008). Dit betekende dat kinderen die naar een psychiater werden verwezen doorgaans niet

5 De namen in de tekst zijn pseudoniemen gekozen uit namen die gangbaar waren voor kinderen in de betreffende periode.

faalden op school vanwege een laag IQ. Na een test met de Nederlandse versie van de Binet-Simon IQ-test, de Binet-Herderschêe test, werden slechts drie kinderen gekwalificeerd als 'zwakzinnig' en drie andere als 'zwakbegaafd', op basis van een IQ tussen 70 en 75, te laag om het gewone onderwijs goed te kunnen volgen en te hoog voor een buitengewone school. Twee 'zwakbegaafden' zouden ook een ontwikkelingsvertraging hebben, net als vier andere kinderen.

Er waren diverse redenen waarom normaal begaafde kinderen faalden op school. Allereerst een partieel defect, zoals 'woordblindheid' of problemen met rekenen of schrijven. Dit gold voor zes kinderen. Daarnaast waren er 11 kinderen met een aandachtstekort, vaak in combinatie met hyperactiviteit. Voor ondersteuning bij hun leerproblemen verwees de kliniek deze twee categorieën kinderen naar een LOM-school, een voorziening die voorlopig alleen in de steden beschikbaar was (Bakker, 2016).

Kinderen met een concentratieprobleem, vooral degenen met schade aan hun schedel of bewustzijnsverlies na een val in de anamnese, kregen standaard een EEG-onderzoek. Maar ook bij andere kinderen met leerproblemen nam men een EEG af, in totaal bij 17 kinderen. Hiermee zocht men afwijkingen in de hersenfunctie, maar wilde wellicht primair epilepsie uitsluiten. Van de 17 leed volgens de kliniek slechts één kind 'mogelijk' aan epilepsie, één werd gediagnosticeerd met 'organische hersenziekte', tien met niet meer dan een 'regulatieve stoornis' of een min of meer 'onregelmatige hersenfunctie', en vijf hadden een volkomen normaal patroon van hersenactiviteit. De meeste kinderen met enige 'onregelmatigheid' in de hersenfunctie, evenals enkele anderen (13 in totaal), kregen medicatie, een kalmeringsmiddel of een stimulantium zoals amfetamine of beide. Toch werd bij slechts negen kinderen expliciet gezegd dat ze 'waarschijnlijk' leden aan een hersendysfunctie. In drie gevallen ging die gepaard met een neurose. Van de 17 kinderen die schoolproblemen ondervonden wegens een neurose kregen enkelen ook medicatie, meestal wanneer tevens een 'onregelmatige hersenfunctie' was waargenomen. Biologische en omgevings-gerelateerde oorzaken van en mogelijke oplossingen voor schoolproblemen sloten elkaar dus niet uit, terwijl – tegen de verwachting, gegeven de psychoanalytische oriëntatie van het hoofd van de kliniek – natuurlijke oorzaken van leerproblemen zowel actief werden opgespoord met behulp van een EEG als gemakkelijk werden herkend op basis van niet meer dan vage aanwijzingen.

Organische oorzaken van schoolfalen werden soms aangenomen op basis van erfelijke aanleg. Ofschoon het EEG daarvoor geen aanwijzing gaf, werd over de vijftienjarige Tinie, met een magere score van 50 op de Binet-Norden IQ-test, gezegd dat ze leed aan 'progressieve hersendystrophy', omdat een

oom daaraan leed (dossier 2, 1955). De eigen ziektegeschiedenis van een kind kon eveneens worden geïnterpreteerd in termen van erfelijkheid. De vijftienjarige Ada had een ziekelijke moeder en groeide op in een kindertehuis. Daar was ze gepest om haar domheid. Ze had een hekel aan school, beet nagels, vertoonde agressief gedrag en had tot haar tiende in bed geplast. Hart de Ruyter was overtuigd dat ze rond haar geboorte een hersenbloeding had gehad omdat haar moeder toen al ziek was. Er werd uiteindelijk geen EEG gemaakt, omdat na plaatsing in een vriendelijk pleeggezin Ada's stemming en schoolwerk aanzienlijk waren verbeterd (dossier 30, 1956).

Neurotische oorzaken van een ziekelijke afkeer van school werden nog gemakkelijker aangenomen dan organische. Vaak gingen ze samen en versterkten elkaar. Het EEG van de intelligente, negenjarige Henk vertoonde weliswaar geen onregelmatigheden, maar Hart de Ruyter zag toch reden een organische aanleg te veronderstellen omdat hij als zesjarige hard op zijn hoofd was gevallen en daarna niet lang genoeg het bed had gehouden. Zonder aanwijsbare reden liep de jongen tweemaal daags weg van school, terug naar huis. Henk was uitgebreid getest met geen andere resultaten dan dat de Rorschach inktvlekkentest duidde op een 'epileptische tendens' en zijn tekening van een boom op een 'agressieve tendens'. Dit deed Hart de Ruyter concluderen dat de jongen leed aan 'een oedipaal conflict op een epileptische basis'. Henks agressie richtte zich op zijn ouders, door wie hij zich verwaarloosd voelde. Zijn vader dreigde met slaan, wat de problemen verergerde. De psychiater zag Henks teruglopen naar huis als een symptoom van schuldgevoelens jegens zijn zusje, waarmee hij bezorgdheid zou voorwenden in plaats van zijn werkelijke, maar onbewuste gevoelens van agressie en jaloezie te hoeven tonen (dossier 25, 1953).

De elfjarige Henny was thuis en op school onhandelbaar en weggevlucht uit een therapeutisch pleeggezin. Zij werd gediagnosticeerd als emotioneel verward door een constante toestand van angst, met een organisch-neurotische basis. Haar EEG vertoonde een verstoorde regulatie van de hersenfunctie en haar zusje leed aan epilepsie. Volgens de psychiater verhinderde het organische aspect van haar angst controle over haar impulsen en woedeaanvallen, terwijl de neurose haar schuldgevoelens bezorgde over ambivalente gevoelens jegens haar ouders. Het resultaat was 'schijnaanpassing'. Medicatie moest haar helpen haar woede-uitbarstingen onder controle te krijgen (dossier 28, 1955-1959).

Al met al zien we weinig gevallen van puur neurotische schoolproblemen, die werden geduid als gevolg van opvoedingsfouten. Het zijn er maar vier. De twaalfjarige Tjeerd had al meermalen gedoubleerd, maar presteerde nog steeds slecht op school. Hij klaagde over pijn in zijn benen en buik, maar

omdat de kinderarts daarvoor geen oorzaak kon vinden, verwees deze hem naar de psychiater. Rorschach suggereerde epilepsie, maar een EEG vertoonde geen enkele afwijking. Tjeerd zou het slachtoffer zijn van een 'zeer restrictief milieu'. Zijn 'angst voor de school' werd geïnterpreteerd als uiting van 'angst, de moeder te verliezen'. Schoolgaan zou hij beleven als een Bowlbyaans 'scheidingstrauma'. Hart de Ruyter schreef niettemin enkele jaren amfetamine voor vanwege Tjeerds depressie (dossier 3, 1956-1963).

Bedplassen

De 25 patiënten die werden geplaagd door ernstig en langdurig bedplassen waren tussen de acht en 14 (gemiddeld 11) jaar bij hun eerste bezoek aan de kliniek. Het betrof 19 jongens en zes meisjes. Hoewel deskundigen primair een neurotische oorzaak voor dit probleem zagen, nam de kliniek in een meerderheid van de gevallen (14) een EEG af en werd aan 11 van deze kinderen medicatie voorgeschreven die hen minder diep moest laten slapen. In zeven gevallen werden geen afwijkingen gevonden, maar zeven andere EEG's toonden sporen van een 'regulatieve stoornis' in de hersenactiviteit van het kind. In totaal werd bij acht bedplassers een organische oorzaak vastgesteld, maar in bijna al die gevallen was ook sprake van een neurose. Dat neemt niet weg dat in een meerderheid (tien) van de gevallen waarin voldoende informatie beschikbaar is over de diagnose en veronderstelde oorzaak (18), alleen een neurose verantwoordelijk werd gehouden.

Naar verhouding veel bedplassers kwamen uit een onvolledig gezin, hadden een stiefmoeder of -vader, of woonden in een pleeggezin. Gemakkelijk nam een behandelaar aan dat zij zich niet geliefd voelden en werden ze gediagnosticeerd als 'affectief verwaarloosd' in hun vroege jeugd. Een van deze gevallen was de vijftienjarige Marie, die bij een tante woonde sinds haar moeder suïcide had gepleegd toen ze nog maar zes jaar was, terwijl ze haar vader – een schipper – weinig zag. Volgens een concentratietest had ze 'een zeer onstabiele Bourdoncurve', maar het vroegkinderlijke trauma en een gebrekkige identificatiemogelijkheid waren, volgens Hart de Ruyter, een belangrijker oorzaak van haar angst voor de zich ontwikkelende seksualiteit die haar in bed deed plassen (dossier 52, 1955). Twee patiënten waren tijdens de oedipale fase weggehaald bij hun verwaarlozende ouders en in een kindertehuis of bij pleegouders ondergebracht. De nerveuze en zich traag ontwikkelende twaalfjarige Kees was wegens zijn bedplassen in een tehuis op koude douches getraakteerd (dossier 57, 1951-1953). De zwakbegaafde en seksueel ontwaakte Trijntje van veertien was om dezelfde reden uit maar liefst vijf pleeggezinnen weggestuurd (dossier 48, 1957).

Liefdeloze en hardvochtige stiefmoeders konden het soort ‘neurotische depressie’ door ‘affectieve verwaarlozing’ veroorzaken dat een kind tot in de tienerjaren in bed kon doen plassen. De veertienjarige Roelf, met een gaaf EEG, was samen met zijn broer door hun stiefmoeder opgesloten in een schuur omdat ze hen ‘net honden’ vond (dossier 36, 1953-1955). Nog treuriger was het lot van de elfjarige Wim, die door een oudere zus naar de kliniek werd gebracht omdat zijn stiefmoeder hem vanwege de stank niet meer in huis wilde hebben. Een begeleidend briefje vermeldde het motief: ‘want voor zo’n kind voel ik geen liefde meer’. Wim was in zo’n deplorabele staat aangekomen dat Hart de Ruyter de huisarts en de kinderbescherming op de hoogte had gebracht. Wims EEG vertoonde geen afwijkingen, maar de Bourdon concentratietest wees op ‘epileptiforme bewustzijnsinzinkingen’. Rorschach toonde Wims gevoelens van ‘oppositie’ jegens zijn stiefmoeder en zijn tekeningen van bomen illustreerden zijn gevoelens van eenzaamheid en depressie, aldus het rapport. Wim werd twee weken opgenomen, waarin hij maar drie keer nat was en observatie het vermoeden van een serieuze neurotische depressie bevestigde. Het team adviseerde opname van een paar maanden in een kamp van de bijzondere jeugdzorg, waar hij kon herstellen, terwijl de ouderlijke macht aan de vader zou worden onttrokken. Diens veel te strenge aanpak van dit gefrustreerde, verwaarloosde, geremde en nerveuze slachtoffer van een ‘stiefmoedersituatie’ zou daarvoor voldoende aanleiding geven (dossier 54, 1954).

Angsten

Angsten die leidden tot slaapproblemen of angst voor de dood brachten 18 kinderen en hun ouders naar de kliniek. Het ging om 11 jongens en zeven meisjes. Zij waren eveneens tussen de acht en 14 (gemiddeld 12) jaar bij hun eerste bezoek. Acht kinderen ondergingen een EEG-onderzoek, waarbij in zes gevallen niets onregelmatigs werd ontdekt. Alleen de elfjarige Louis zou een epileptische component in het functioneren van zijn hersens hebben, terwijl zijn neurose daarnaast een belangrijker factor achter zijn problematische gedrag werd geacht. Hoewel nervositeit meer voorkwam in de familie, zouden zijn angsten, woedeaanvallen, bedplassen en agressie ingegeven worden door zijn recent overleden vader, die hem sloeg en daardoor sterke gevoelens van minderwaardigheid had veroorzaakt (dossier 61, 1953-1955). De dertienjarige Jannes, wiens moeder leed aan multiple sclerose, was zo bang dat zij dood zou gaan, dat hij niet kon slapen, leed aan driftbuien en op school slecht presteerde. Ondanks deze omstandigheden, zag Hart de Ruyter vooral erfelijke condities, zoals nerveuze familieleden, een tante met godsdienstwaanzen en een andere tante die een poging tot suicide

had gedaan en daarom was opgenomen in een krankzinnigengesticht. Jannes' EEG was 'regulatief labiel', maar zijn grootste probleem waren zijn neurotische 'insufficiëntiegevoelens' die hem 's-nachts angstig maakten (dossier 8/68, 1955).

Naast deze gemengd organisch-neurotische oorzaken van kinderangsten, zag het team overwegend neurosen. In slechts één geval was er een hint naar een fysiologisch bepaalde component. De elfjarige, nerveuze, angstige en slecht slapende Berend had een 'pyknische' lichaamsbouw en leed aan een 'endogene depressie', waartegen hij medicatie kreeg voorgeschreven (dossier 77, 1954-1956). Ook zes andere kinderen kregen kalmeringsmiddelen of slaappillen. Volgens Hart de Ruyter waren angsten kenmerkend voor kinderbeschermingspupillen. Eén van hen, de dertienjarige Clara, was op haar derde weggehaald bij haar moeder, een prostitué. Als pleegkind raakte ze ervan overtuigd dat niemand van haar hield. Haar 'narcistische relationele stoornis' kwam tot uitdrukking in nervositeit, een keur aan angsten en een constant zoeken naar acceptatie en affectie, dat snel gekwetst werd. Volgens het rapport kon een therapeutisch pleeggezin haar helpen deze problemen te overwinnen, naast psychotherapie (dossier 60, 1957).

Conclusie

We zien zowel overeenkomsten als verschillen tussen Hart de Ruyters theoretische werk en zijn klinische praktijk inzake het diagnosticeren en behandelen van kinderen die worstelden met een van de meest frequent bij de kliniek aangemelde gedragsproblemen. In theorie noch in de praktijk accepteerde hij dat een 'moeilijk' kind onbehandelbaar kon zijn. Voor hem bestonden er geen hopeloze gevallen. Twee fasen in het kinderleven, beide geconceptualiseerd in de eigentijdse psychoanalyse, komen in zijn theoretisch werk naar voren als bijzonder riskant. Allereerst de pre-oedipale fase, waarin 'affectieve verwaarlozing' de gezonde ontwikkeling van *basic security* kon schaden. Dit gegeven komt overeen met de vele gevallen waarin volgens de psychiater vroegkinderlijke 'affectieve verwaarlozing' ten grondslag lag aan een neurose. Ten tweede de preadolescentie, wanneer een ongezonde *coping* stijl het rijpen van een gezond *Ich* kon verstoren, zoals bij 'schijnaanpassing' als reactie op autoritair gedrag van de opvoeders. Hun strengheid was volgens Hart de Ruyter een bron van gevoelens van minderwaardigheid of insufficiëntie. De ontwikkeling van seksuele gevoelens kon in deze fase bovendien schuldgevoelens opwekken. Het riskante karakter van de preadolescentie stemt overeen met de gemiddelde leeftijd waarop kinderen

en hun ouders hulp zochten bij de kliniek, zoals Hart de Ruyters afkeer van een strenge opvoeding consistent is met zijn observatie dat autoriteit in de preadolescentie gedragsproblemen kon veroorzaken. Een andere overeenkomst ligt in het gemak waarmee de psychiater zowel in de theorie als in de spreekkamer conclusies trok ten aanzien van oorzaken, ongeacht of die van neurotische of organische aard waren. Diagnosticeren was geen kwestie van langdurig overwegen en theorie en praktijk stonden in dit opzicht nog dicht bij elkaar.

Deze inzichten en daarbij passende diagnoses ontleende Hart de Ruyter allemaal aan recente toevoegingen aan de psychoanalyse, met name die van Anna Freud, Aichhorn en Bowlby. Hij hield echter ook stevig vast aan zijn medische achtergrond, die hem het gebruik ingaf van twee nieuwe, biomedische middelen: een ter ondersteuning van de diagnostiek en een ter behandeling. Daarmee week hij af van het Freudiaanse MOB-pad en de nadruk op de omgeving. Ten eerste het EEG, dat behalve epilepsie ook kleine onregelmatigheden in het functioneren van de hersens aan het licht kon brengen. Ten tweede medicatie, met name kalmeringsmiddelen en amfetamine. Terwijl zijn geschriften terughoudendheid ten aanzien van het gebruik van medicatie laten zien, toont zijn praktijk het veelvuldig voorschrijven ervan. Beide middelen onderstrepen zijn geloof in biomedische oorzaken van en therapieën voor gedragsproblemen. Wellicht speelden praktische redenen hierbij een rol. Een EEG kon epilepsie in ieder geval uitsluiten en medicatie kon, anders dan psychotherapie, een snelle verbetering van het gedrag bewerkstelligen, een benadering die paste bij de realiteit van wachtlijsten. Niettemin zien we hier een significant verschil tussen theorie en praktijk, in die zin dat in de kliniek vaker organische oorzaken van gedragsproblemen werden waargenomen en medicatie vaker psychotherapie verving. De praktijk volgde zeker niet slaafs de theorie en therapeutisch succes kon zelfs een verschuiving in de theorie teweeg brengen. Het gebruik van beide middelen in de kliniek onderstreept ook het verschil met de behandeling op een MOB, waar geen EEG werd gemaakt en medicatie niet tot de standaard behandeling behoorde.

Het gebruik van beide biomedische instrumenten correspondeert met de relatief frequente vermelding van organische oorzaken van gedragsproblemen in de patiëntendossiers. We komen deze het vaakst tegen bij schoolproblemen van normaal begaafde kinderen. Het kon hierbij volgens Hart de Ruyters theorie gaan om een aangeboren partieel defect, een ongunstig temperament, een fysieke ziekte, een aandachtstekort of een ontwikkelingsvertraging, waaraan hij later – na enige jaren EEG-toepassing – neurologische oorzaken toevoegde zoals epilepsie en hersenschade. In

zijn klinische werk zag hij deze veelal samen met opvoedings-gerelateerde oorzaken: een emotioneel conflict, een neurotisch gezin, ontmoediging of vroegkinderlijke affectieve verwaarlozing. Deze gemengde etiologie in het diagnosticeren van schoolproblemen ging gepaard met therapeutisch optimisme ten aanzien van de mogelijkheden van de LOM-school en eventueel medicatie. Hier zien we weinig zuiver neurotische diagnoses en vrijwel alleen gemengde, zoals 'een oedipaal conflict op een epileptische basis'.

Volgens Hart de Ruyters theorie lag aan bedplassen en angsten een neurose ten grondslag. In de klinische praktijk echter kregen bedplassers ook frequent een EEG-onderzoek. Dit betekent dat een neurologische dysfunctie zelfs werd gezocht wanneer die niet voorondersteld werd. Opvallend veel bedplassers hadden een stiefouder en kwamen liefde tekort. Hart de Ruyter diagnosticeerde hen gemakkelijk met een neurotische depressie, wat het voorschrijven van medicatie tegen het al te diep slapen niet uitsloot. Angstige kinderen werden vrijwel nooit gediagnosticeerd met een organische oorzaak van hun probleem, maar ook zij kregen soms medicatie om zich veiliger te voelen.

In het werk van Hart de Ruyter vermengden zowel theorie en praktijk als etiologie en behandeling *nature* en *nurture*. Het gebruik van de snelle middelen van een EEG en medicatie doet evenwel geen afbreuk aan de overwegende oriëntatie van de kliniek op de nieuwste versies van de psychoanalyse. Het onderstreept, net als het gebruik van ogenschijnlijk onverenigbare theorieën, het semi-geïmproviseerde karakter van de vroege academische kinderpsychiatrie.

Referenties

- Abma, R., & Weijers, I. (2005). *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland*. Amsterdam: SWP.
- Bakker, N. (2014). Minimal Brain Damage/Dysfunction en de ontwikkeling van de wetenschappelijke kinderstudie in Nederland, ca. 1950-1990. *Studium. Tijdschrift voor Wetenschaps- en Universiteitsgeschiedenis*, 7(2), 82-97.
- Bakker, N. (2015). De gezondheid van het kind en het veranderend perspectief van de Groningse plattelandsschoolarts (1930-1970). *Studium. Tijdschrift voor Wetenschaps- en Universiteitsgeschiedenis*, 8(4), 18-38.
- Bakker, N. (2016). *Kwetsbare kinderen. De groei van professionele zorg voor de jeugd*. Assen: Van Gorcum.

- Bakker, N. (2020). Child guidance, dynamic psychology, and the psychopathologisation of child-rearing culture (c. 1920-1940) – a transnational perspective. *History of Education*, 49(5), 617-635.
- Bakker, N., Noordman, J. & Rietveld-van Wingerden, M. (2006). *Vijf eeuwen opvoeden in Nederland. Idee en praktijk 1500-2000*. Assen: Van Gorcum.
- Bolt, T., & De Goei, L. (2008). *Kinderen van hun tijd. Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland 1948-2008*. Assen: Van Gorcum.
- De Beer, F. (2008). *Witte jassen in de school. De schoolarts in Nederland ca. 1895-1965*. Assen: Van Gorcum.
- De Goei, L. (1992). *In de kinderschoenen. Ontstaan en ontwikkeling van de universitaire kinderpsychiatrie in Nederland, 1936-1978*. Utrecht: NcGv.
- De Leeuw-Aalbers, A. (1950). Casuïstiek uit het kinderleven. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 5, 307-313.
- Dimmendaal, G. (1998). *Heropvoeding en behandeling. Meisjes in Huize de Ranitz, Groningen 1941-1967*. Groningen: Van Gorcum.
- Elte, A.R., Van Heusden, A.A., & Frijling-Schreuder, E.C.M. (1953). MOB en Kleuterbureau. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 8, 327-331.
- Frijling-Schreuder, E.C.M. (1953). Psycho-analyse en opvoeding. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 8, 334-343.
- Frijling-Schreuder, E.C.M., Isaacs-Edersheim, S., & De Leeuw-Aalbers, A.J. (1949). Het neurotische gezin. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 4, 289-299.
- Geissmann, C., & Geissmann, P. (1998). *A History of Child Psychoanalysis*. London/ New York: Routledge.
- Hart de Ruyter, Th. (1951). De taak van de psychiater bij de kinderbescherming. In *Handboek voor de kinderbescherming* (pp. 239-261). Rotterdam/'s-Gravenhage: Nijgh & Van Ditmar.
- Hart de Ruyter, Th. (1952). *Inleiding tot de kinderpsychologie*. Groningen: Noordhoff.
- Hart de Ruyter, Th. (1953). De betekenis der psycho-analytische paedagogie voor de opvoeding van kinderen met aanpassingsstoornissen. *Tijdschrift voor Buitengewoon Onderwijs en Orthopedagogiek*, 33, 173-178, 190-195.
- Hart de Ruyter, Th. (1955). *Inleiding tot de kinderpsychologie*. Groningen: Noordhoff (2e dr.).
- Hart de Ruyter, Th. (1957). Over het autoritaire beginsel in de opvoeding. *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk*, 11, 293-299.
- Hart de Ruyter, Th. (1959a). Affectieve relatiestoornissen. *Maandschrift voor Kindergeneeskunde*, 26, 357-371.
- Hart de Ruyter, Th. (1959b). De jeugdpsychiater. In *Jeugd en Samenleving III. Handboek voor de bijzondere jeugdzorg* (pp. 244-263). 's-Gravenhage: Nijgh & Van Ditmar.

- Hart de Ruyter, Th. (1959c). *Inleiding tot de kinderpsychologie*. Groningen: Noordhoff (3e dr.).
- Jones, K. W. (1999). *Taming the Troublesome Child. American Families, Child Guidance, and the Limits of Psychiatric Authority*. Cambridge Ma/London: Harvard University Press.
- Lampl-de Groot, J. (1954). Groepsbesprekingen met stiefmoeders. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 9, 305-312.
- Nieweg, E. (2000). Van kinderanalyse tot Y-chromosoom. Over eenzijdigheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 12, 887-994.
- Richardson, Th. (1998). *The Century of the Child. The Mental Hygiene Movement and Social Policy in the United States and Canada*. New York: New York State University Press.
- Sandberg, S., & Barton, J. (2002). Historical development. In Seija Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood* (pp. 1-29). Cambridge University Press: Cambridge.
- Sonnen, A.E.H. (1982). *Epilepsie en EEG*. Arnhem: CIBA-Geigy.
- Stewart, J. (2013). *Child Guidance in Britain, 1918-1955: The Dangerous Age of Childhood*. London/New York: Taylor & Francis Group.
- Van der Horst, F.C.P. (2014). John Bowlby's ontmoeting met de Nederlandse kinderen jeugdpsychiatrie: verslag van een werkbezoek in 1950. *Kind en Adolescent*, 35 (4), 255-267.
- Van Dijken, S. (1997). *The First half of John Bowlby's Life. A search for the Roots of Attachment Theory*. Leiden: RUL.
- Vedder, R. (1958). *Afwijkende kinderen in de school*. Groningen: Wolters.
- Weijers, I. (2002). Zestig jaar kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland (1920-1980). *Kind en Adolescent*, 23, 82-96.
- Zaretsky, E. (2004). *Secrets of the Soul. A Social and Cultural History of Psychoanalysis*. New York: Knopf.

Over de auteur

Nelleke Bakker was tot 2021 universitair hoofddocent historische pedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen.