

LAURA BATSTRA

ADHD: MACHT EN MISVERSTANDEN



UITGEVERIJ LUCHT BV, HILVERSUM

INHOUD

Voorwoord bij de herziene versie	7
1 Inleiding	12
2 Misverstanden over ADHD	20
3 Wat is ADHD?	40
4 De geschiedenis van ADHD	60
5 De explosieve toename van ADHD en medicatiegebruik	72
6 Het psychiatrisch bolwerk	88
7 De verschillende partijen	104
8 ADHD en medicatie	128
9 Een veilige balans	158
10 Anders denken, anders doen	174
Literatuur	203

VOORWOORD BIJ DE HERZIENE VERSIE VAN 'HOE VOORKOM JE ADHD' UIT 2012

Op 18 september 2010 stond er in het *Dagblad van het Noorden* een artikel van journalist Arend van Wijngaarden met de voor zichzelf sprekende titel 'Te snel met ADHD-pil'. Volgens de toenmalige bestuurder van het kinderpsychiatrisch centrum waar ik net ontslag had genomen, hoogleraar Ruud Minderaa, stonden critici als ikzelf, kinderpsychiater Edo Nieweg en Yorneo-bestuurder Peter Stam 'vrijwel alleen in hun kritiek'. Ook de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie verzette zich in februari 2011 in het inmiddels opgeheven maandblad *Psy* met klem tegen de stelling dat kinderen te snel ADHD-medicatie kregen.

Op 16 januari 2015 deed diezelfde vereniging voor Psychiatrie een persbericht uitgaan met de titel 'Kinderpsychiaters bezorgd over toename gebruik ADHD-medicatie'. Wat was er gebeurd in vier jaar?

Er was tussen 2011 en 2015 geen plotselinge spectaculaire toename van ADHD-medicatiegebruik door kinderen geweest. De grootste stijging had voor 2011 al plaatsgehad. Sinds 2011 zien we die stijging afnemen, en vanaf 2014 zijn er zelfs steeds minder kinderen die ADHD-medicijnen voorgeschreven krijgen.

Wat er gebeurd is, is dat de kritiek op hoe we omgaan met als druk en dwars ervaren kinderen steeds luider ging klinken vanuit de samenleving. De kinderpsychiatrie negeerde deze geluiden aanvankelijk of probeerde ze zelfs actief de kop in te drukken. Toen de NRC in december 2011 bijvoorbeeld een kritische reactie van mij op een eerder artikel van zes hoogleraren kinderpsychiatrie publiceerde, zette een van deze kinderpsychiaters mijn leidinggevendend bij de universiteit onder druk om me op die manier de mond te

te laten groeien. Deze tips zijn uitdrukkelijk niet bedoeld als zelfhulp of ter vervanging van professionele hulp. Met het boek hoop ik vooral een bijdrage te leveren aan een *mind switch* – een verandering van denken over ADHD die drukke en dromerige kinderen ten goede zal komen. Want het kind is meestal niet degene die beter wordt van een aanpak waarin neurobiologie en medicatie centraal staan. Misschien kan dit boek bijdragen aan een broodnodige ommekeer die met de transitie van Jeugdzorg naar gemeenten in 2015 door de overheid in gang is gezet: van sleutelen aan het kind naar sleutelen aan onze maatschappij en onszelf.

2 MISVERSTANDEN OVER ADHD

ADHD staat voor Attention Deficit Hyperactivity Disorder, oftewel aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. ADHD is een van ongeveer 400 psychische stoornissen die gedefinieerd staan in DSM-5, de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, het handboek dat wereldwijd wordt gebruikt voor het classificeren van psychische problemen. In hoofdstuk 3 sta ik stil bij de vraag wat ADHD is, maar daarvoor is het eerst nodig om te bespreken wat ADHD niet is, want daar bestaan veel misverstanden over.

Een jongetje uit het Kinderen voor Kinderen Koor zingt in het liedje ‘Een doodgewone jongen met ADHD’ bijvoorbeeld:

Ik leerde van de dokter, dat dat een stoornis is
Ik ben ermee geboren, 't is een stofje dat ik mis
En daardoor ben ik vaak veel te wild en veel te druk
Ik gooi van alles om, maar dat gaat per ongeluk.

Op deze manier komen misverstanden de wereld in. Dit couplet alleen al bevat er drie:

- Het idee dat je met ADHD geboren wordt.
- Het idee dat ADHD betekent dat je een stofje in je hersenen mist.
- Het idee dat een kind daardoor wild en druk is.

Verder stelt men nogal eens dat de hersenen van kinderen met ADHD afwijkend zijn, dat ADHD nooit meer overgaat en dat ADHD te vergelijken is met een ziekte zoals diabetes. Deze misverstanden zal ik een voor een bespreken en daarbij zal ik laten zien dat ze niet alleen onder leken bestaan.

Misverstand 1: je wordt geboren met ADHD

Kinderen voor Kinderen zingt over ADHD: ‘Ik ben ermee geboren.’ Dat klopt niet. Je wordt niet met ADHD geboren. ADHD is namelijk niets anders dan de criteria die de samenstellers van de DSM voor deze stoornis opgesteld hebben. Om aan deze criteria voor ADHD te voldoen, moet er sprake zijn van gedragingen die een baby onmogelijk kan vertonen (zoals ‘praat aan één stuk door’) of per definitie heeft (‘moeite met het organiseren van taken en activiteiten’). Je kunt wel geboren worden met een aanleg voor dit type gedragingen. Een baby kan rusteloos zijn, en deze aanleg kan uitmonden in de gedragingen en functioneringsproblemen die in DSM-5 omschreven staan onder het kopje ADHD – maar dat hoeft niet. De omgeving waarin een kind opgroeit, beïnvloedt in grote mate zijn ontwikkeling en zijn brein.

In voorlichtingsmateriaal wordt ADHD vaak omschreven als een zeer erfelijke stoornis. De Hersenstichting noemt op haar website een erfelijkheidspercentage van 70% en het Nederlands Jeugdinstituut (Nienke Koomen, nji) heeft het over percentages van 76% en 80%. Opmerkelijk is dat deze websites alleen de uitkomsten van gezins-, tweeling- en adoptiestudies noemen. Een beperking van dit type studies is dat ze de invloed van genen en omgeving niet van elkaar kunnen scheiden. Moleculaire genetische studies kunnen dat wel, en uit deze onderzoeken blijkt dat alle onderzochte genen die bij ADHD betrokken lijken te zijn, samen minder dan 10% van het gedrag verklaren. Hoe is dat grote contrast, 80% versus 10%, mogelijk? Waarschijnlijk door de beperkingen van gezins- tweeling- en adoptiestudies, die door de Amerikaanse arts en wetenschapper Lydia Furman mooi samengevat zijn en die ik nu verder zal bespreken.

Er zijn mensen, zoals de Amerikaanse neuroloog Fred Baughman, die het ADHD-concept 'fraude' noemen. Dat is mij een brug te ver. Wel is het zo dat de oorspronkelijk bescheiden betekenis van ADHD – een overkoepelende term voor een aantal problematische gedragingen – steeds meer heeft plaatsgemaakt voor de in het vorige hoofdstuk besproken verregaande onbewezen claims en wijdverbreide misvattingen.

ADHD kan het best omschreven worden als een gedrags- of temperamentvariant die lastig combineert met onze huidige maatschappij en waar veel mensen in de omgeving van het betreffende kind moeite mee hebben. Kinderen kunnen zelf ook moeite met hun gedrag hebben, omdat ze zich niet expres zo gedragen als ze doen, maar wel veel gecorrigeerd worden en ervanlangs krijgen.

Om te beschrijven wat ADHD is, is het belangrijk om eerst iets meer te vertellen over het boek waarin ADHD gedefinieerd staat: de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Daarna staan we in dit hoofdstuk stil bij de gedragscriteria voor ADHD. Vervolgens bespreken we andere criteria waaraan moet worden voldaan voor een classificatie. Ten slotte bespreek ik enkele problemen bij de diagnostiek, de invloed van de omgeving, en de vraag in hoeverre kinderen iets aangerekend kan worden.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

De DSM is het wereldwijd gebruikte psychiatrische handboek waarin alle stoornissen die we hebben gedefinieerd staan. De eerste versie kwam uit in 1952 en omschreef 106 stoornissen. In de tweede (1968), derde (1980) en vierde (1994) versie groeide dat aantal naar respectievelijk 182, 265 en ruim 300.

In 2013 kwam de DSM-5 uit en deze versie beschrijft om en nabij 400 stoorniscategorieën.

Met elke versie van de DSM komen er dus nieuwe stoornissen bij. Maar hoe belandt een stoornis eigenlijk in de DSM? Niet iedereen realiseert zich het, maar psychiatrische stoornissen ontstaan door stemprocedures. Ze worden daarom ook weleens BOGSAT-diagnoses genoemd: Bunch of Guys Sitting Around a Table. Een DSM-comité, bestaande uit overwegend Amerikaanse psychiaters, zit rond een tafel en discussieert en stemt over welke gedragingen in de DSM moeten worden opgenomen en voortaan dus als stoornis zullen worden beschouwd. Dat stemmen doen deze comitéleden niet alleen op basis van hun expertise, maar ook op grond van wat er in de samenleving speelt. Om een voorbeeld te noemen: tot 1973 stond homoseksualiteit als stoornis in de DSM. En het waren niet nieuwe wetenschappelijke inzichten die maakten dat homoseksualiteit uit de DSM werd gehaald, maar protesterende mensenmassa's. De samenleving pikte het niet meer dat mensen als psychiatrisch gestoord werden bestempeld vanwege hun seksuele voorkeur.

Je zou de DSM dus kunnen lezen als een opsomming van emoties en gedragingen die we met elkaar niet tolereren of die moeilijk bij de huidige eisen en normen passen. Uit de toename van het aantal stoornissen in de opeenvolgende versies van de DSM valt op te maken dat we steeds meer soorten gedrag lastig vinden. Sinds de DSM-5 in 2013 is uitgekomen zijn gedragingen als driftbuien, verzamelwoede, ouderdom en rouw bijvoorbeeld ook tot psychiatrische stoornis gebombardeerd. Het gedrag dat we ADHD zijn gaan noemen matcht al langer slecht met de eisen van onze samenleving, waarin school en goede prestaties erg belangrijk zijn geworden.

Gedragscriteria

ADHD staat gelijk aan de criteria die ervoor gelden – het is niets meer en niets minder. Die criteria zijn opgesteld en in de loop der jaren bijgesteld door de samenstellers van de opeenvolgende versies van de DSM. Aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit komen relatief vaak samen voor, en dit cluster van gedragingen heeft daarom de toepasselijke naam Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) gekregen. In de DSM-5 worden drie ‘beelden’ van ADHD onderscheiden:

- Het overwegend onoplettende beeld: er is dan vooral sprake van ernstige en aanhoudende aandachtsproblemen.
- Het overwegend hyperactieve/impulsieve beeld: er is vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit.
- Het gecombineerde beeld: beide soorten problemen komen samen voor.

Als iemand voldoet aan zes (vanaf zeventien jaar is vijf voldoende) van de volgende negen verschijnselen van onoplettendheid (aandachtstekort), zou er sprake kunnen zijn van ‘ADHD het overwegend onoplettende beeld’. Dit wordt ook wel ADD genoemd, Attention Deficit Disorder, oftewel aandachtstekortstoornis. Deze mensen zijn niet hyperactief en impulsief, maar hebben wel moeite om zich te concentreren op taken die minder leuk zijn. Het zijn vaak wat dromerige types. De negen criteria van onoplettendheid in DSM-5 zijn:

- Slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloze fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten.
- Heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spelletjes te houden.
- Lijkt vaak niet te luisteren als hij direct aangesproken wordt.
- Volgt aanwijzingen vaak niet op en slaagt er vaak niet in om karweitjes of schoolwerk af te maken of taken op het werk na te komen.
- Heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten.
- Vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals schoolopdrachten of huiswerk).
- Raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, boeken of gereedschap).
- Wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels.
- Is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.

Als iemand voldoet aan zes (vanaf zeventien jaar is vijf voldoende) van de volgende negen verschijnselen van hyperactiviteit/impulsiviteit, zou er sprake kunnen zijn van ‘ADHD het overwegend hyperactief-impulsieve beeld’.

In de afgelopen decennia is het aantal kinderpsychiatrische ADHD-classificaties en -behandeling explosief gestegen. Aan deze toename kwam pas een eind nadat de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, wegens aanzwellende zorgen en kritiek vanuit de samenleving, in 2012 de Gezondheidsraad verzocht de stand van zaken rondom ADHD te onderzoeken. Dit resulteerde in de publicatie van het rapport 'ADHD: Medicatie en Maatschappij' op 3 juli 2014. In dit rapport luidt de Gezondheidsraad de noodklok, omdat het gebruik van Ritalin (methylphenidaat) door Nederlandse kinderen tussen 2003 en 2013 bleek te zijn verviervoudigd, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat hun gedrag in die periode veranderd is. Na publicatie van dit rapport zien we voor het eerst een daling in het aantal Nederlandse kinderen dat ADHD-medicatie gebruikt.

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de explosieve toename van ADHD- en ADHD-medicatiegebruik in binnen- en buitenland. Deze stijging is deels het gevolg van het verruimen van de definitie ADHD in de opeenvolgende versies van de DSM, waardoor ook dromerige meisjes, pubers, volwassenen en zelfs bejaarden voortaan in aanmerking kwamen voor een classificatie. Er is daarnaast nog een aantal maatschappelijke factoren die van invloed zijn geweest op de toename van ADHD-classificaties en -behandelingen en sommige ervan worden in dit hoofdstuk besproken. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de nadelen van het steeds ruimer toepassen van de categorie ADHD.

Toename ADHD en medicatiegebruik

Hoeveel kinderen voldoen er aan de criteria voor ADHD? Nederlandse cijfers hierover zijn er niet. Internationale studies komen door de jaren heen tot steeds hogere cijfers. In de jaren negentig werd de prevalentie geschat op 3 tot 5%, in 2007 kwamen Polanczyk en zijn collega's tot een schatting van 5,29% wereldwijd en in 2015 noemden Rae Thomas en haar collega's een cijfer van 7,2%.

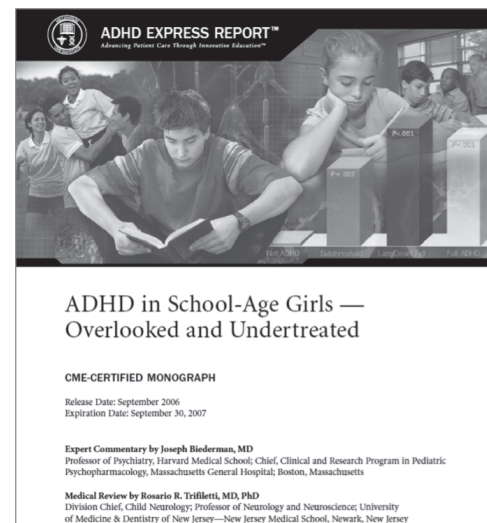
Niet ieder kind dat aan de ADHD-criteria voldoet krijgt in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk de classificatie, en niet iedereen die de classificatie heeft gekregen voldoet aan de criteria. In de Verenigde Staten steeg het aantal kinderen dat volgens hun ouders met ADHD gediagnosticeerd is van 7,8% in 2003 tot 9,5% in 2007 tot 11% in 2011. Exacte Nederlandse cijfers zijn er niet, maar uit het onderzoek van de Gezondheidsraad is wel naar voren gekomen dat het aantal kinderen dat met ADHD-achtige problematiek bij de huisarts komt tussen 2002 en 2011 is verdubbeld. Vanaf 2008 wordt het aantal ADHD-classificaties in de specialistische kinderpsychiatrie bijgehouden. Tussen 2008 en 2011 steeg dat aantal met een derde.

Met de toename van de hulpvraag en het aantal ADHD-classificaties steeg ook het ADHD-medicatiegebruik door kinderen. Tussen 2003 en 2013 verviervoudigde het aantal kinderen dat in Nederland Ritalin of Concerta voorgeschreven kreeg, zodat dit medicijn in 2013 door 4,5% van de Nederlandse kinderen gebruikt werd. Zoals vaak zijn de Amerikaanse cijfers nog extremer: daar steeg het medicatiegebruik van 2,8% in 1995 naar 4,8% in 2007 naar 6,9% in 2011. Ruim 13% van de Amerikaanse jongens gebruikt ADHD-medicatie!

Van drukke jongens naar dromerige meisjes

De stijging van het aantal ADHD-classificaties en -medicatievoorschriften is voor een deel het logische gevolg van het feit dat de definitie van ADHD met iedere nieuwe editie van de DSM, het wereldwijd gebruikte psychiatrisch handboek, is verruimd. In het vorige hoofdstuk zagen we al dat het creëren van het ‘aandachtszwakke subtype van ADHD’ (ook wel ADD) heeft geleid tot een toename in ADD-classificaties en -medicatiegebruik, met name onder meisjes. Deze toename hadden de opstellers van de DSM slechts gedeeltelijk voorzien. In een interview met Max Lauteslager in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*, zegt Allen Frances, de voorzitter van de DSM-IV-taakgroep, hierover: ‘We konden niet voorzien dat er bij attention deficit disorder zo’n toevloed van nieuwe middelen zou komen. De markt voor ADD-medicatie omvatte zo’n 30 miljoen dollar en het was een stabiele markt. Als gevolg van de veranderingen in DSM-IV voorspelden we een toename van 15 procent. Uiteindelijk blijken de verkoopcijfers verdubbeld te zijn. Ik denk niet dat dit alleen het gevolg was van de nieuwe criteria, het was het resultaat van de marketingcampagne om ADD te verkopen. Hoe dan ook, wat we deden, blijkt misbruik in de hand te hebben gewerkt en ongewenste negatieve consequenties te hebben gehad.’ Hyperactief gedrag komt veel minder voor bij meisjes dan bij jongetjes. Met de komst van het aandachtszwakke subtype van ADHD kwamen echter ook rustige, dromerige meisjes in aanmerking voor de classificatie: een kans voor de farmaceutische industrie om de markt voor haar pillen uit te breiden. In hoofdstuk 7 bespreek ik de methoden die de industrie hanteert om een stoornis te ‘verkopen’. Ik volsta hier met één voorbeeld. Sommige wetenschappers laten zich inhuren door ‘Big Pharma’ (zoals de machtige

farmaceutische industrie vaak wordt genoemd) om voorlichtingsmateriaal voor artsen te maken waarin ze een stoornis beschrijven en er een pil voor promoten. De bijscholingsfolder in figuur 5.2 probeert artsen ervan te overtuigen dat ze ADHD (en dan het aandachtszwakke type) bij meisjes over het hoofd zien en onderbehandelen – en dat er een medicijn is dat veilig is, weinig bijwerkingen heeft (als je overgeven, buikpijn, gebrek aan eetlust, misselijkheid, hoofdpijn en slapeloosheid niet meerekent) en er ook nog voor zorgt dat de meisjes minder fouten maken in rekensommen. De folder is grotendeels geschreven door Joseph Biederman, over wie in hoofdstuk 6 meer.



Figuur 5.2 CME-folder voor Amerikaanse artsen waarin betoogd wordt dat adhd bij meisjes vaak niet herkend en behandeld wordt, CME staat voor Continuing Medical Education.

Dat ik geen voorstander van medicatie voor kinderen ben, is waarschijnlijk geen verrassing. In dit hoofdstuk zullen we eerst bekijken wat we weten over de werking van ADHD-medicatie. Vervolgens bespreek ik de invloedrijke MTA-studie die voorstanders van medicatie voor kinderen met ADHD vaak aanhalen. De nadelen van medicatie voor kinderen zullen vervolgens aan de orde komen, evenals het placebo-effect. Ik sta ook stil bij de vragen wanneer en hoe er wel voor medicamenteuze behandeling gekozen zou moeten worden. En hoewel dit boek met name gaat over kinderen, sluit ik af met een paragraaf over volwassenen en ADHD-medicatie. Dit laatste onderwerp illustreert namelijk genadeloos de verstrengeling die er in de psychiatrie is tussen macht en belangen enerzijds en ‘kennis’ die verspreid wordt anderzijds.

Hoe medicatie werkt – als die dat doet

Farmaceuten en andere professionals beschrijven ADHD vaak als een ‘stoornis van de remfunctie van de hersenen, die wordt veroorzaakt door een tekort aan dopamine en noradrenaline’. Methylfenidaat remt de heropname van dopamine en noradrenaline, en zorgt er op die manier voor dat de beschikbaarheid van deze neurotransmitters in het brein toeneemt. In de folder van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie over volwassen-ADHD staat: ‘Stimulerende medicijnen zoals methylfenidaat en dextro-amfetamine zorgen voor toename van de activiteit in de hersenen, waardoor “de rem” wordt gestimuleerd en de symptomen afnemen. De medicatie wordt daarom ook wel “remstof” genoemd.’

Het lijkt wel alsof ADHD-medicijnen ontwikkeld zijn voor ADHD op basis van kennis over de onderliggende

oorzaak van de stoornis, maar dat is niet het geval. ADHD-medicijnen werken niet alleen bij ADHD, maar ook bij andersoortige problemen. Ook kinderen en volwassenen zonder concentratieproblemen gaan zich tijdelijk beter concentreren met behulp van Ritalin en soortgelijke stoffen. Steeds meer studenten gebruiken het tijdens tentamenperiodes en er bestaat op universiteiten dan ook een levendige Ritalin-handel.

Toen ik net in de praktijk werkte, vertelde een beginnend psychiater tijdens een bespreking over zijn hoofdbreken over een patiënt. Hij wist niet of hij het jongetje als ADHD of als psychotisch moest classificeren. Hij worstelde zo met zijn beslissing omdat hij bij ADHD Ritalin zou voorschrijven en bij een psychotische stoornis een antipsychoticum. Er wordt vaak gedacht dat uit een DSM-diagnose automatisch een recept voor de juiste behandeling, een juiste pil, rolt. David Kupfer, de voorzitter van de DSM-5-taakgroep, waarschuwt echter voor deze versimpeling van de werkelijkheid: een DSM-diagnose voorspelt nauwelijks welk medicijn het best aan zal slaan. Dit komt enerzijds doordat de categorieën van de DSM elkaar overlappen. Het jongetje uit het voorbeeld kwam zowel in aanmerking voor het label ADHD als voor het label psychotisch. Anderzijds is de werking van veel medicijnen non-specifiek: dat wil zeggen dat ze verbetering kunnen brengen bij een uiteenlopende reeks van DSM-stoornissen. Antidepressiva schrijft men voor bij depressie, maar ook bij angststoornissen en eetstoornissen. Ritalin staat bekend als ADHD-middel, maar wordt ook voorgeschreven bij gedragsstoornissen, autismspectrumstoornissen en narcolepsie (slaapaanvallen overdag). Het middel bupropion is een ontwenningmiddel om te stoppen met roken én een antidepressivum – en men schrijft het ook voor aan volwassenen met ADHD.

Vaak wordt medicatie uiteindelijk gebruikt voor iets anders dan waar het voor ontwikkeld werd. Zo ontdekten men bij toeval dat een tuberculosemiddel een positief effect heeft op de stemming van sombere patiënten en dat een medicijn tegen allergie een positief effect bleek te hebben op psychotische patiënten. Een medicijn tegen hoge bloeddruk is nu wereldberoemd als wondermiddel bij erectieproblemen. De non-specifieke werking van medicatie is op zich geen probleem, maar wordt dat wel als professionals ten onterechte suggereren (of zelfs denken) dat bijvoorbeeld ADHD-medicatie speciaal ontwikkeld is voor ADHD op basis van kennis over de achterliggende oorzaken.

De chemicus Leandro Panizzon van de Zwitserse farmaceut CIBA (in 1996 met Sandoz samengegaan in Novartis), maakte al in 1944 uit amfetamine het middel methylfenidaat. Zijn vrouw Marguerite, roepnaam Rita, ontdekte dat ze er heel goed van ging tennissen. Panizzon noemde het middel daarom Ritalin. CIBA bracht het in eerste instantie op de markt als oppepper voor lusteloze bejaarden.

Toen Panizzon Ritalin ontwikkelde, bestond de stoornis die het middel beroemd en berucht zou maken nog niet. De Amerikaanse psychiater Charles Bradley had in 1937 al wel per toeval uitgevonden dat amfetamine probleemgedrag kon onderdrukken. Hij maakte röntgenfoto's van de hersenen van overbeweeglijke kinderen door lucht als contrastmiddel in de hersenkamers te pompen. Zijn proefpersonen kregen hier barstende hoofdpijn van en in een opwelling gaf Bradley een paar kinderen wat verkoudheidstabletten die amfetamine bevatten. Tot zijn verbazing werden de drukke kinderen opeens rustig. Bradley vermoedde dat dit kwam door de concentratieverhogende werking van amfetamine, die

de kinderen in staat stelde zich te concentreren op één bezigheid.

Bradley's opvolger Maurice Laufer onderzocht later de werking van methylfenidaat bij overbeweeglijke en impulsieve kinderen. In 1957 publiceerde hij zijn eerste positieve resultaten. Er volgden meer onderzoeken met soortgelijke resultaten, en het aantal voorgeschreven recepten steeg gestaag. Het was echter nog steeds onduidelijk waarvoor men het middel eigenlijk voorschreef. De aandoening Minimal Brain Damage (MBD) bracht uitkomst. Men gebruikte deze term in Nederland rond 1960 (in de Verenigde Staten al eerder) voor kinderen die prikkelbaar, sociaal onhandig, motorisch onhandig, hyperactief, afleidbaar of antisociaal waren en waarbij men lichte hersenafwijkingen als oorzaak voor dit gedrag veronderstelde. Met een reclamecampagne promootte CIBA zowel de stoornis MBD als het tegenwoordig veel geslikte product Ritalin. Figuur 8.1 toont een advertentie uit 1975: op de eerste foto staan een wanhopige moeder en een jongetje dat zich van de camera afwendt. Op de tweede foto, van een paar jaar later, zien we een keurig jongetje dat volgens het bijschrift een 'gewone' leerling is. En ook thuis is hij voldoende aangepast, zodat zijn moeder hem weer kan 'accepteren'. Volgens de advertentie was dit mogelijk gemaakt door Ritalin.

De concentratieverhogende en hyperactiviteitverlagende werking van het stimulerende middel methylfenidaat sloot nog beter aan bij 'aandachtstekortstoornis met of zonder hyperactiviteit' uit 1980 (DSM-III). Kortom, Ritalin is niet uitgevonden voor de stoornis ADHD, maar was al op de markt voordat ADHD bestond. Het had alleen nog geen duidelijke bestemming. Naast het Ritalin van Novartis (voorheen CIBA), bracht Janssen het langwerkende Concerta