

# Minimal brain dysfunction: één klinisch syndroom?

Resultaten van een enquête onder 616 ouders

DR. J. J. KLINKERT\*

Minimal brain dysfunction staat in de belangstelling, mede dankzij een tweetal recent uitgezonden televisieprogramma's over dit onderwerp. Ook de vakpers liet zich niet onbetuigd: in *Medisch Contact* vond een ietwat verhitte discussie plaats over het realiteitsgehalte van het syndroom. Intussen zijn de deskundigen het nog allerminst eens over de etiologie en ontbreekt een duidelijke symptoombeschrijving van MBD. Een en ander was aanleiding tot deze enquête onder een groot aantal ouders van MBD-kinderen.

## Inleiding

Hoewel het verschijnsel *Minimal brain dysfunction* (verder te noemen MBD) in en buiten de medische wereld sterk in de belangstelling staat, zijn deskundigen het nog steeds niet eens over de etiologie. *Blom* wijst er op dat dit laatste zich uit in de naamgeving: „Afhankelijk van de discipline van waaruit men het syndroom benadert worden benamingen toegekend die hetzij berusten op een bepaald gedragsymptoom (het hyperkinetisch syndroom), hetzij op een nauwelijks gedefinieerde vage vermeende psychische etiologie (inhibitie-zwaktesyndroom, structopathie), hetzij op een eveneens vrij vage vermeende organische etiologie (Minimal Brain Dysfunction)”. In dit artikel zullen wij overeenkomstig de heersende gewoonte de term *Minimal brain dysfunction* hanteren, zonder ons verder met de etiologie bezig te houden.

Een duidelijke symptoombeschrijving van MBD ontbreekt eveneens. Wel is duidelijk dat het hoofdzakelijk om een gedragsproblematiek – vooral bij kinderen – gaat, maar pogingen om tot een omschrijving van de symptomen te geraken, leveren dikwijls betrekkelijk lange opsommingen van subjectief te beoordelen gedragsverschijnselen op. *Stewart* noemt zevenentwintig symptomen. *Clements* noemt er negenennegentig en *Blom* onderscheidt vier groepen met in totaal negentien symptomen. *De Berg* tenslotte vat deze (en een aan-

tal andere) symptoomlijsten samen in een tiental punten. Daarbij moet worden opgemerkt, dat weliswaar dikwijls over MBD wordt gesproken in termen van een syndroom (volgens *Stedman's medical dictionary* „the aggregate of signs and symptoms associated with any morbid proces, and constituting together the picture of the disease”), maar dat anderen twijfelen aan de realiteitswaarde van dat beeld (*Geefhuysen e.a.*). Dit alles was voor ons reden om een onderzoek in te stellen onder ouders van MBD-kinderen met de vraag, welke verschijnselen hun kinderen vertonen die naar hun mening op MBD kunnen wijzen (zie ook *Klinkert*). Het belang van deze gegevens zal, gezien de in het voorgaande beschreven controversen en onduidelijkheden, evident zijn. Daarnaast is het resultaat van dit onderzoek ook om therapeutische redenen belangrijk. Ten gevolge van de grote aandacht in de massamedia – in oktober 1981 en in januari 1982 werden er televisieprogramma's aan gewijdd – wenden ouders zich steeds vaker met vragen over MBD tot medici. Uit ons onderzoek bleek dat onder ouders van MBD-kinderen een relatief grote ontevredenheid bestaat over de hulpverle-

ning door huisarts of specialist. Gegevens uit dit onderzoek kunnen wellicht een bijdrage tot verbetering van de hulpverlening leveren door vergroting van kennis van en inzicht in het verschijnsel MBD. In dit verband is het van belang dat de tabellen 3-6 opgevat kunnen worden als een weergave van de „taal”, waarin ouders MBD-symptomen uitdrukken en aan hun arts presenteren.

## De steekproef

Voor het onderzoek werden 1900 vragenlijsten verstuurd: 1200 aan mensen die gereageerd hadden op een televisieuitzending van de NCRV over MBD op 1 oktober 1981, en 700 aan ouders, aangesloten bij de afdeling MBD van de Bond van Motorisch Gehandicapten (BOSK). In totaal werden 1064 vragenlijsten geretourneerd. Hiervan bleken 616 verwerkbaar. Uitgesloten werden alle vragenlijsten waarin op de vraag *Hebt U een MBD-kind?* iets anders dan „ja” was ingevuld (dus „misschien” of „nee”). Het betrof hier vaak respondenten die op andere (professionele) gronden bij het MBD-verschijnsel waren betrokken, en mensen die door de TV-uitzending op het idee waren gebracht dat hun kind weleens MBD zou kunnen hebben.

Het is niet verwonderlijk dat van de BOSK-ouders slechts 25,4 procent met „nee” antwoordde op de bovengenoemde vraag, en dat dit percentage bij de TV-groep 55,7 procent bedroeg. Om de respons te bepalen hebben we de aantallen verzonden formulieren gecorrigeerd voor deze percentages. De gemiddelde respons blijkt dan 58,4 procent te zijn – voor een schriftelijke enquête een zeer aanvaardbaar cijfer (*tabel 1*).

Of deze steekproef representatief is voor de MBD-ouders in het algemeen blijft een open vraag. De grootte van de steekproef geeft ons een zeker vertrouwen, maar de onduidelijkheid van het MBD-verschijnsel zelf maakt dat er niets te zeggen is over het voorkomen ervan in de gehele Nederlandse populatie. Volgens sommige schattingen (bijvoorbeeld *Wender*) zou MBD bij 5 tot 10 procent van alle kinderen voorkomen.

Tabel 1. De steekproef.

	Verzonden - ongecorrigeerd	Verzonden - gecorrigeerd	Verwerkbaar retour	Responspercentage
TV-reacties	1200	532	195	36,6
BOSK-ouders	700	522	421	80,6
Totaal	1900	1054	616	58,4

\* Medisch socioloog, vakgroep Gedragswetenschappen van de Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Een niet nauwkeurig te omschrijven populatie echter maakt het op zijn beurt onmogelijk definitieve uitspraken te doen over de geldigheid van de steekproef.

### De meting

Als doel van het onderzoek was geformuleerd: het verkrijgen van enkele gegevens over de verschijnselen bij kinderen van wie vermoed wordt dat ze MBD hebben. Daarom werd de volgende vraag aan de ouders gesteld: Wilt U hieronder in het kort aangeven welke verschijnselen Uw kind vertoont die op MBD (kunnen) wijzen? De vraag was „open”, met andere woorden: er waren geen voorgestructureerde antwoordcategorieën gegeven. Dit was gedaan om de ouders de gelegenheid te geven zelf en in hun eigen woorden de verschijnselen te noemen die voor hén het meest belangrijk en typerend voor MBD zijn. De vraag is gesteld aan de ouders, omdat wij ervan uitgaan dat ouders MBD-symptomen bij hun kind kunnen herkennen. Zij gaan immers in het algemeen jarenlang de gehele dag met hun kind om. Daardoor zijn ze tot in de kleinste details op de hoogte van zijn gedrag. En waar MBD vooral een gedragsproblematiek (voor de ouders) betreft, zullen ze zeker van die problematische aspecten op de hoogte zijn. Daarbij komt dat ze in vele gevallen het gedrag van het MBD-kind kunnen vergelijken met dat van (hun) andere kinderen.

Het resultaat was een grote hoeveelheid door de ouders genoemde verschijnselen. Dit materiaal is in twee fasen verwerkt. Eerst zijn de resultaten van 200 antwoorden op deze vraag geïnventariseerd. Op grond hiervan is een indeling in vijf elkaar uitsluitende categorieën gemaakt:

- bijzondere reacties in sociaal contact;
- gestoorde motoriek;
- concentratiestoornissen;
- overbeweeglijkheid;
- leerproblemen.

Deze indeling bleek niet geheel gelijk te

zijn aan in de literatuur bekende indelingen, maar daar toch redelijk mee overeen te komen (vergelijk *Blom en De Berg*).

In de tweede fase van de verwerking zijn de antwoorden van alle respondenten voor computerverwerking gecodeerd en ondergebracht in de vijf categorieën; tevens werd binnen elke categorie de door de respondenten gebruikte uitdrukking ingevoerd.

Bij de bewerking van de antwoorden hebben wij verondersteld dat de ouders de symptomen van MBD bij hun kind adequaat waarnemen en de symptomen van MBD adequaat rapporteren. De eerste veronderstelling hebben wij reeds toegelicht. Wat de tweede veronderstelling betreft, merken wij op dat de enquête als geheel bijzonder goed en volledig ingevuld is; ongeveer 10 procent van de ouders ging zelfs zover extra opmerkingen, brieven, etcetera aan de vragenlijst toe te voegen. Dat is niet verwonderlijk, aangezien een MBD-kind dikwijls grote problemen en spanningen in een gezin veroorzaakt. Ten tweede is het zo, dat de door ons onderscheiden symptomen onderling duidelijk verschillen: het zijn niet moeilijk te onderscheiden verschijnselen, maar gedragsaspecten die elk voor de ouders een ander soort problematiek opleveren. Het noemen van een bepaald symptoom zal daarom niet leiden tot het (systematisch) niet-noemen van een bepaald ander symptoom. Anders gezegd: we mogen aannemen dat MBD-symptomen die door de ouders niet genoemd zijn, door het kind ook niet vertoond worden.

### Resultaten

Tabel 2 geeft de frequentie van de genoemde symptomen, ingedeeld naar symptoomgroep. Symptomen uit de categorie „leer-problemen” worden het minst genoemd: slechts 30 procent van de ouders acht deze bij hun kind aanwezig. Symptomen uit de categorie „bijzondere reacties in sociaal contact” worden het meest genoemd: door 74 procent van de ouders.

Tabel 2. De frequentie van de genoemde symptomen, ingedeeld naar symptoomgroep.

Symptoomgroepen	Aantallen	Percentages (616 = 100%)
Bijzondere reacties sociaal contact	457	74,2
Gestoorde motoriek	438	71,1
Concentratiestoornissen	372	60,4
Overbeweeglijkheid	347	56,3
Leerproblemen	183	29,7

Tabel 3. Symptomen in de symptoomgroep „Bijzondere reacties in sociaal contact”. Percentages (N = 457).

Symptomen	Percentages
Contactgestoord, autisme	16,1
Wisselvallig gedrag	12,9
Heftige reacties	12,4
Emotioneel	9,5
Extreme angsten, faalangst	9,2
Geen verandering aankunnen	8,2
Algemene abnormale reacties	6,9
Agressief gedrag	6,3
Spontaan	4,5
Veel huilen	4,5
Aandacht trekken	3,4
Slaat en trapt bij woede	1,8
Handtastelijk, onredelijk, etc.	4,3

Tabel 4. Symptomen in de symptoomgroep „Gestoorde motoriek”. Percentages (N = 438).

Symptomen	Percentages
Gestoorde motoriek	50,0
Slecht praten	13,4
Ongecontroleerd bewegen	11,0
Onhandig gedrag	6,6
Laat lopen	5,9
Slecht schrijven	4,1
Vaak vallen	4,1
Gestoorde oog-hand coördinatie	2,8
Zenuwtrekken	2,1

In de tabellen 3 t/m 6 zijn de verschillende symptoomgroepen nader uitgewerkt. Daarbij hebben wij zoveel mogelijk recht trachten te doen aan de eigen woorden van de ouders, wat heeft geleid tot een groot aantal subcategorieën. Uiteraard staat het de lezer vrij deze subcategorieën naar eigen – medisch, psychologisch of pedagogisch – inzicht te combineren tot een kleiner aantal clusters.

*Bijzondere reacties in sociaal contact.* Uit tabel 3 blijkt dat een drietal verschijnselen binnen deze categorie het meest wordt genoemd:

- contactgestoordgedrag (autisme komt slechts een enkele keer voor);
- wisselvallig gedrag;
- heftige reacties.

*Gestoorde motoriek.* Opvallend is, dat de term „gestoorde motoriek” al tot het vocabulair van 50 procent van de ouders (binnen deze categorie) blijkt te behoren (tabel 4).

*Concentratiestoornissen* (tabel 5). Het overgrote deel van de ouders verwoordt dit symptoom als „snel afgeleid”.

*Overbeweeglijkheid.* Ouders die dit symptoom naar voren brachten, deden dat in grote meerderheid (94 procent)

met deze of een vrijwel identieke term. Daarnaast noemde 5 procent het feit dat hun kind weinig slaap nodig had. *Leerproblemen*. Dit is de minst genoemde categorie. Daarbij merken we op, dat 87 procent van de ouders meldde, dat hun kind 6 jaar of ouder was; het relatief weinig voorkomen van dit symptoom wordt dus niet verklaard door een groot aantal niet leerplichtige kinderen. In *tabel 6* hebben we de betreffende uitspraken verzameld.

### Onderlinge samenhang van symptomen

De ouders in het onderzoek achtten zelden symptomen uit alle vijf categorieën bij hun kind aanwezig; slechts 3,6 procent van de respondenten meende dat dit het geval was. Daartegenover noemde 4,9 procent slechts één symptoom. De meeste ouders (44,5 procent) noemden drie symptomen van MBD. Interessant is nu de vraag of er een patroon van symptomen in de antwoorden te onderscheiden is. Anders gezegd: of er van duidelijke samenhang tussen bepaalde symptomen sprake zou zijn. In dat geval zou het spreken over een MBD-syndroom terecht zijn. Wij hebben daartoe de Pearson-correlatiecoëfficiënten voor de onderlinge relaties tussen de vijf symptomen berekend. Deze associatiemaat is heel wel bruikbaar om een eerste indruk van een samenhang te verkrijgen. Voor deze berekening hebben wij de groep die drie symptomen noemde, als uitgangspunt genomen. Overigens wordt het algemene beeld, zoals dat uit *tabel 7* naar voren komt, niet anders wanneer de bereke-

*Tabel 5. Symptomen in de symptoomgroep „Concentratiestoornissen. Percentages (N = 372).*

Symptomen	Percentages
Snel afgeleid	86,9
Gevaar op de weg	4,4
Laat zindelijk	4,4
Weinig met speelgoed spelen	3,8
Rest	0,6

*Tabel 6. Symptomen in de symptoomgroep „Leerproblemen”.*

Symptomen	Percentages
Leert slecht	54,5
Onregelmatige ontwikkeling	34,1
Rekenstoornis	8,0
Klinkers niet goed kunnen lezen	2,3
Laag IQ en rest	1,1

*Tabel 7. De correlatie tussen de symptoomgroepen. (N = 274 = het aantal gevallen dat symptomen uit drie symptoomgroepen aanwezig werden geacht.)*

Symptoomgroepen	2	3	4	5
1. Bijzondere reacties	<b>-.24</b>	<b>-.21</b>	<b>-.33</b>	<b>-.21</b>
2. Gestoorde motoriek		<b>-.33</b>	<b>-.35</b>	<b>-.03</b>
3. Concentratiestoornissen			<b>-.12</b>	<b>-.39</b>
4. Overbeweeglijkheid				<b>-.28</b>
5. Leerproblemen				

Noot: de vetgedrukte coëfficiënten zijn significant ( $p < 0,05$ ).

ningen worden uitgevoerd voor de groepen die respectievelijk twee en vier symptomen noemden. (Het berekenen van een samenhang voor de groepen die respectievelijk één en vijf symptomen noemden, heeft geen zin). Uit *tabel 7* blijkt dat de meeste correlaties tussen de verschillende MBD-symptomen significant en vrij sterk negatief zijn. Alleen „gestoorde motoriek” en „leerproblemen” correleren niet significant met elkaar. Een negatieve correlatie tussen (bijvoorbeeld) concentratiestoornissen en gestoorde motoriek is als volgt te interpreteren: de kans dat gestoorde motoriek door ouders als bij hun kind waargenomen symptoom van MBD wordt genoemd is klein, wanneer ze concentratiestoornissen als symptoom noemen. Wat kan er geconcludeerd worden uit deze tabel? Uit de literatuur blijkt dat standpunten betreffende MBD dikwijls met grote stelligheid worden ingenomen: *MBD - een mythe* (Geefhuysen e.a.) versus *MBD - geen mythe* (Blom). Wij willen onze conclusie formuleren in de vorm van een voorzichtige vraag: bestaat – gegeven de afwezigheid van significante positieve correlaties tussen de symptomen – *Minimal brain dysfunction* eigenlijk wel als klinische entiteit?

*Samenvatting. In dit artikel worden enkele resultaten gepresenteerd van een onderzoek onder 616 ouders van MBD-kinderen. Deze ouders werd gevraagd welke symptomen hun kind vertoonde, die op MBD (kunnen) wijzen. Analyse van de antwoorden leverde vijf symptoomgroepen op. „Bijzondere reacties in sociaal contact” werd door de ouders het meest als MBD-symptoom genoemd, „leerproblemen” het minst. Analyse van de onderlinge samenhang der symptomen laat zien, dat er voornamelijk negatieve significante correlaties bestaan. Dat doet de vraag rijzen of het bij het MBD-verschijnsel terecht is van één klinisch „syndroom” te spreken.*

*Summary. Minimal brain dysfunction: one clinical syndrome? This paper presents some results of an enquiry among 616 parents of MBD children, who were asked to specify which symptoms (possibly) indicative of MBD their child showed. Analysis of the responses yielded five symptom groups. „Unusual reactions in social contact” were most frequently mentioned by the parents as MBD symptom, while „learning problems” ranked last. Analysis of symptom correlations revealed mostly negative significant correlations. This raises the question whether the MBD phenomenon can be justifiably described as one clinical „syndrome”.*

Berg, P. de. Minimal brain dysfunction. (1981) *Med. Contact* **36**, 133-136.  
 Blom, J. L. Minimal brain dysfunction geen mythe. (1981) *Med. Contact* **36**, 662-666.  
 Clements, S. D. and J. E. Peters. Minimal brain dysfunction in the school-age child. (1962) *Arch. gen. Psychiat.* **6**.  
 Geefhuysen, J., C. B. van Loon en B. Middelkoop. Minimal brain dysfunction een mythe. (1981) *Med. Contact* **36**, 456-459.  
 Klinkert, J. J. Rapport MBD-onderzoek. *NCRV, Hilversum*, 1982.  
 Stedman's medical dictionary. *Williams & Wilkins, Baltimore*, 1976.  
 Stewart, M. A. Hyperactive children. (1970) *Scientific American* **4**, 94-98.  
 Wender, P. M. Minimal brain dysfunction in children. *Wiley-Interscience, New York*, 1971.

### Nota bene

Borstvoeding dient ontraden te worden aan een patiënte lijdende aan reumatoïde arthritis. (Stelling bij: L. Emmen. De entodermale sinus tumor van het ovarium. *Diss. Groningen*, 1982.)