

ADHD, een ‘modeverschijnsel’ dat maar niet uit de mode raakt

Een illustratie van de veelzijdigheid van de vroegere psychiatrie

E. H. NIEWEG

‘The only thing new in this world is the history you don’t know’ (Harry S. Truman)

ACHTERGROND Dit essay behandelt literatuuronderzoek naar de opvattingen in de oudere Nederlandse kinderpsychiatrie over dat wat nu ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) wordt genoemd.

METHOD Omdat deze literatuur niet is opgenomen in elektronische databases, moest vooral worden afgegaan op literatuurverwijzingen, waarvan systematisch en aselectief gebruikgemaakt is.

RESULTATEN ADHD is niet, zoals vaak gedacht wordt, een louter Angelsaksisch fenomeen dat in Nederland pas met het MBD-concept (minimal brain damage) werd ingevoerd, maar heeft in ons land (en omliggende landen) een respectabele voorgeschiedenis. De voorlopers van ADHD werden beschouwd als een veelvoorkomend verschijnsel. Door de jaren heen zijn deze concepten vaak controversieel geweest. Bij het ontstaan werd aan biologische factoren een belangrijke rol toegekend.

CONCLUSIE Het is dus onjuist ADHD uitsluitend te beschouwen als een modeverschijnsel dat voortkomt uit het tijdperk van de computer en de werkende moeder. Ook blijkt – evenals uit eerder literatuuronderzoek – de hedendaagse veronderstelling niet houdbaar dat de pre-DSM-III- (kinder)psychiatrie het ontstaan van psychiatrische stoornissen geheel aan omgevingsinvloeden toeschreef (parent blaming). De geschiedenis van ADHD laat daarmee zien dat de vroegere psychiatrie evenwichtiger en veelzijdiger was dan vaak wordt gedacht.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)4, 303-312]

TREFWOORDEN aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, aanleg en milieu, geschiedenis, kinder- en jeugdpsychiatrie

Vooruitgang is altijd maar half zo groot als hij aanvankelijk lijkt, merkten Freud (1926/1991) en Wittgenstein (1953/1992) op, en de wetenschaps-historicus Kuhn (1962/1996, p.167) schreef: ‘There are losses as well as gains in scientific revolutions, and scientists tend to be particularly blind to the former’. Wellicht gaan deze opmerkingen ook op voor de

omslag die de psychiatrie heeft gemaakt rond 1980, het jaar van de introductie van de DSM-III. De zegeningen van die revolutie worden wel eens overdreven en de nadelen onderschat, mede doordat de psychiatrie van daarvoor vaak beschreven wordt als een donkere periode, waarin biologische factoren taboe waren en op symptomen gebaseerde di-

agnostiek als irrelevant werd beschouwd. Psychiatrische problematiek, zo is tegenwoordig vaak het idee, werd destijds bijna per definitie toegeschreven aan ongunstige gezinsinvloeden – vader en vooral moeder (ook wel de maatschappij) hadden het altijd gedaan.

Dit hedendaagse beeld van de vroegere (kinder)psychiatrie heeft nuancering, waarmee tegelijk de bedoelde omslag wordt gerelativeerd. Uit de oudere Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrische literatuur komt namelijk een ander beeld naar voren: men ging er ook toen van uit dat psychiatrische problemen ontstaan door een wisselwerking van biologische, psychische en sociale factoren. Voor dit uitgangspunt werden termen als ‘multi/pluri/poly-conditioneel/causaal/dimensioneel’ model gebruikt. Freud (1905/1985) sprak van de *Ergänzungsreihe*: de ‘complementaire reeks’ van aanleg- en omgevingsfactoren, waarbij een sterke aanleg inhoudt dat slechts geringe ongunstige omgevingsinvloeden nodig zijn om een stoornis te doen ontstaan en vice versa.

De onjuistheid van het huidige idee over de vroegere (kinder)psychiatrie heb ik in eerdere publicaties laten zien aan de hand van twee stoornissen, de antisociale gedragsstoornis en het autisme (Nieweg 2000, 2002). In dit artikel doe ik verslag van literatuuronderzoek naar een andere belangrijke kinderpsychiatrische stoornis, de *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD; aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit). Doel was te onderzoeken of en hoe in de oudere Nederlandse kinderpsychiatrische literatuur werd geschreven over wat we nu ADHD noemen. Als zou blijken dat in de vakliteratuur van vóór circa 1980 biologische factoren belangrijk werden geacht bij het ontstaan van ‘ADHD’, dan wordt de stelling verder onderbouwd dat de vroegere kinderpsychiatrie niet eenzijdig *nurture* was georiënteerd. Het onderzoek heeft zich vooral gericht op publicaties van Nederlandse (kinder)psychiaters van vóór 1980, met af en toe verwijzingen naar andere disciplines en buitenlandse auteurs.

HET BEGIN

In Engelstalige historische overzichten worden meestal enkele publicaties van de Britse kinderarts George Frederic Still (1902/2004) genoemd als startpunt van de geschiedenis van ADHD. De grote encephalitis-lethargica-epidemie van rond 1920 (‘Spaanse griep’) was een belangrijke stimulans voor onderzoek naar hyperkinesie, affectlabiliteit, concentratieproblemen en andere neuropsychiatrische gevolgen van hersenbeschadiging. In de jaren veertig werd in Amerika het begrip ‘*minimal brain damage*’ (MBD) geïntroduceerd, begin jaren zestig – bij gebrek aan aantoonbare hersenafwijkingen – gewijzigd in ‘*minimal brain dysfunction*’. In de loop van de jaren waren voor deze problematiek nog tientallen andere termen in omloop, tot de DSM-III in 1980 ‘ADD(H)’ en de DSM-III-R in 1987 ‘ADHD’ invoerden.

In deze overzichten vinden we meestal niets over de alleszins respectabele Europese tradities, waarin ongeveer dezelfde verschijnselen in weer andere termen beschreven werden. Ook op het continent begonnen rond de vorige eeuwwisseling medici en psychologen te publiceren over ‘ADHD’, een ontwikkeling die door de sociologe Brancaccio (2001) in verband wordt gebracht met de invoering van de leerplicht. In België beschreef de arts Demoor (1901) als ‘*psychischer Veitstanz*’ (sint-vitusdans) een beeld dat overeenkomt met ADHD. In Frankrijk werd volgens Nyssen (1942, p.381) vanaf omstreeks 1900 geschreven over ‘*les instables*’, gedefinieerd door ‘*l’incapacité à garder l’immobilité et à fixer l’attention sur un exercice scolaire*’. In *Die Nervosität des Kindes*, misschien het eerste boek dat over deze problematiek verschenen is, schreef de Zwitserse kinderarts Combe (1903) dat dit nieuwe, nog weinig onderzochte thema in de lucht hing. De diagnose was controversieel: veel artsen waren geïnteresseerd, maar ook waren velen van mening dat de symptomen gefingeerd of ingebeeld waren en ‘*mit etwas gutem Willen und durch gute Erziehung verschwinden würden*’ (p.9). Door die houding werden volgens Combe ouders gekwetst en in het alternatieve circuit gedreven – is er iets nieuws on-

der de zon? Combe definieerde de 'Nervosität' als een ziekelijke toestand, waarbij er een discrepantie is tussen prikkel en reactie, zonder aantoonbaar organisch substraat. Er werden gewoonlijk twee typen van nerveuze kinderen onderscheiden: het overprikkelde ('die losgelassenen Teufel') en het onderprikkelde ('die Indolenten'). Naast Nervosität werden in Duitsland ook termen als 'Neuropathie', 'Erethismus' en 'Hypermotilitätsneurose' gebruikt.

ADHD IN NEDERLAND: 'VAN DEN HAK OP DEN TAK'

Termen

In de Nederlandse kinderpsychiatrie werden de termen 'het nerveuze kind' en 'nervositas' het meest gebruikt om 'ADHD' aan te duiden. Vaak werd hier, al dan niet tussen haakjes, 'constitutioneel' aan toegevoegd. Daarnaast zijn nog vele andere termen, die elkaar sterk overlappen, in omloop geweest, soms in één boek van één auteur. Op de belangrijkste wordt hier ingegaan.

Nervositas, het (constitutioneel) nerveuze kind De eerste mij bekende verwijzing in de Nederlandse psychiatrische literatuur naar 'ADHD' bij kinderen is van de befaamde Utrechtse hoogleraar H.C. Rümke (1933), die in de jaren dertig schreef over de 'kinderlijke nervositas', die hij beschouwde als een regulatiestoornis. Volgens hem bestond hierover destijds al een uitgebreide literatuur, maar hij gaf geen verwijzingen. Als voornaamste kenmerken noemde hij 'verhoogde prikkelbaarheid, een gering praestatievermogen, emotionele onevenwichtigheid, een abnormaal sterke vermoeibaarheid'. Jaren later schreef hij (Rümke 1967) dat het begrip – naar zijn mening ten onrechte – uit de psychiatrie aan het verdwijnen was. De term nervositas werd overigens, net als ADHD nu, ook voor volwassenen gebruikt.

Het begrip nervositas is niet zonder meer synoniem met het huidige ADHD. De beschrijvingen van 'het nerveuze kind' komen vaak sterk met ons ADHD-beeld overeen, maar daarnaast werden

als kenmerken ook lichamelijke klachten op basis van vegetatieve reageerbaarheid of labiliteit genoemd, zoals maag-darmklachten, vasomotorische verschijnselen en snelle vermoeibaarheid. De nervositas was geen scherp omschreven, homogene aandoening, maar had een 'profielkarakter'. De psychoanalyticus Hart de Ruyter (1953), de eerste hoogleraar kinderpsychiatrie in Nederland (Groningen), onderscheidde drie sterk overlappende ondervormen: een driftmatig-hyperkinetische, een vegetatief-labile en een emotioneel-labile. In hedendaagse termen zouden we kunnen spreken van een continuüm met drie polen: een overbeweeglijke, een overreactieve met lichamelijke verschijnselen en een overreactieve met psychische verschijnselen. De eerste pool komt dan overeen met ADHD en de laatste met de vooral in de infantpsychiatrie bekende *Regulatory Disorder, Hypersensitive type* (Zero to Three 1994).

Ter illustratie hier enkele beschrijvingen van 'het nerveuze kind'. De psychiater Vedder (1938, p.23) vatte de klachten samen met het woord 'onrust' en vervolgde: 'Hij is onrustig overdag en 's nachts, thuis en op school. Geen oogenblik kan hij stilzitten, altijd zit hij op zijn stoel te 'draaien'. In zijn spel druk en onbeheerscht. Hij heeft geen geduld om rustig aan tafel eens een spelletje te doen. Op school is zijn beweeglijkheid oorzaak dat hij dikwijls straf krijgt. Want behalve dat hij niet rustig in de bank kan zitten, kan hij ook moeilijk zijn mond houden. Steeds is hij in conversatie met andere kinderen. De onderwijzer heeft echter meer klachten. En één van de belangrijkste is: de groote afleidbaarheid. De jongen kan zich niet op zijn werk concentreren. Voortdurend dwalen zijn gedachten af en richt hij zijn opmerkzaamheid op andere dingen dan op zijn werk. Wanneer er een vlieg tegen de ramen vliegt, is hij de eerste, die opkijkt.' Het is een beschrijving zoals de hedendaagse kinderpsychiater die dagelijks hoort. Vedder noemde verder als kenmerken onnodige fouten in het schoolwerk, een slordig handschrift, onrustig slapen en lichamelijke klachten (bleek en mager zijn en perioden van hoofdpijn en maag-darmklachten). Volgens Hart de Ruyter (1954, p.12) is er

bij de constitutionele nervositas een ‘grote afleidbaarheid en onvoldoende selectie van de aangeboden prikkels. Het zijn de kinderen die elke vlieg zien vliegen, op elke, zelfs de zwakste prikkel reageren en in een grote klas gedoemd zijn tot mislukking. [...] De onrust en de overbewegelijkheid kunnen zó groot zijn, dat zij voortdurend botsingen veroorzaken en tot geen enkele constructieve prestatie komen. Het zijn dan ook deze kinderen met nerveuze temperamenten, die men in groten getale aantreft op de scholen voor zeer moeilijk opvoedbaren.’ Hier is dus overlap met het temperamentconcept, waarin de dimensie reabiliteit een belangrijke rol speelt.

Neuropathie De termen neuropathie en nervositas werden vaak inwisselbaar gebruikt. Kamp (1972, p.75), de eerste Utrechtse hoogleraar kinderpsychiatrie, omschreef de neuropathie als een ‘constitutionele hyperreagibiliteit op basis van een labiele functie van het centrale zenuwstelsel’. Omdat er over deze veelgebruikte term nogal wat verwarring was, onderzochten de Leidse kinderarts Haverkamp Begemann (1957) en psychiater Frets-Van Buuren (1957) in hun dubbelproefschrift de betekenis van de diagnose ‘neuropathie’. Zij concludeerden dat de term neuropathie, vergeleken met nervositas, meer gebruikt werd door kinderartsen dan door psychiaters en wel in het bijzonder voor jonge kinderen, bij wie de nadruk meer lag op een sterke vegetatieve prikkelbaarheid. Op oudere leeftijd, wanneer de vegetatieve labiliteit is afgenomen, gaat de term nervositas de plaats innemen van neuropathie.

Het ongedurige kind In twee belangrijke Nederlandse publicaties over ‘ADHD’ werd de term ‘ongedurigheid’ voor deze problematiek gebruikt. Chorus (1940, p.1), later de eerste hoogleraar psychologie in Leiden, beschreef in het eerste Nederlandse (Nijmeegse) proefschrift over ‘ADHD’ de ongedurigheid als volgt: ‘Ongedurigheid manifesteert zich afwisselend in afgeleidheid, verstrooid-zijn, speelsheid, nooit stil blijven

zitten, er nooit ‘bij’ kunnen blijven, voortdurend met iets anders bezig zijn, van den hak op den tak springen, plaagzucht, kortom een gedrag dat in elk opzicht den naam ‘kwikzilverig’ verdient’. De Leidse kinderpsychiater Van Krevelen (1952) gebruikte in zijn *Nederlands leerboek der speciële kinderpsychiatrie* (ten onrechte wel beschouwd als het eerste Nederlandstalige leerboek kinderpsychiatrie) de term ongedurigheid eveneens. Ook Van Krevelens ‘ongedurigheid’ komt overeen met het huidige ADHD-concept.

Het instabiele kind De uit de Franse psychiatrie afkomstige termen *instabilité* en *les instables* werden geregeld gebruikt in de Nederlandse vakliteratuur van de eerste helft van de twintigste eeuw. De Leidse hoogleraar psychiatrie Carp (1934, p.75) beschreef, onder de stoornissen in de aandachtsconcentratie, de ‘instables’ als volgt: ‘Een ieder kent deze kinderen met hun levendig temperament, hun rusteloosheid en beweeglijkheid, hun ongedurigheid en ongezeggenheid, hun oogenschijnlijke gevatheid, welke tot brutaliteit neigt, hun plagerigheid en drangmatig handelen.’

MBD Na de Tweede Wereldoorlog is de Nederlandse psychiatrie sterk onder Amerikaanse invloed gekomen. Bovengenoemde termen werden in de jaren zestig en zeventig geleidelijk vervangen door MBD of ‘het kind met lichte hersenbeschadiging’. Het eerste mij bekende Nederlandse artikel daarover is een klinische les van Hart de Ruyter (1961). Hij onderscheidde onder meer een chaotisch-hyperkinetisch type en een autistiform type. In het met Kamp geschreven derde Nederlandstalige leerboek kinderpsychiatrie besprak Hart de Ruyter (Hart de Ruyter & Kamp 1972) het MBD-syndroom opnieuw. Hij legde nu ook verband tussen MBD en de nervositas: er was volgens Hart de Ruyter een groep ‘nerveuze kinderen’ met lichte hersenbeschadiging en een groep waarbij men een constitutionele bodem moet aannemen. Ook MBD is overigens niet geheel synoniem met ADHD: de specifieke

leerstoornissen, motorische problemen en sociaal-emotionele problemen (lage frustratietolerantie, onzekerheid en dergelijke) die bij ADHD als bijkomende of comorbide verschijnselen worden beschouwd, werden bij MBD als onderdeel van het concept gezien.

'Een ieder kent deze kinderen'

Niet alleen is er al zeker honderd jaar belangstelling van medische zijde voor wat we nu ADHD noemen, ook stond voor veel oudere auteurs vast dat deze problematiek vaak voorkwam. Combe (1903) opende zijn boek *Die Nervosität des Kindes* met de opmerking dat het aantal nerveuze kinderen zeer groot is en met de dag toeneemt. In Nederland wees onder anderen Vedder (1938) op het frequent voorkomen van nervositas bij kinderen. Hij schreef dat hij het weliswaar niet met een statistiek kon bewijzen, maar hij had 'sterk den indruk dat het aantal 'nerveuze kinderen' met den dag toeneemt. Zij maken een groot percentage uit van hen, die op de spreekuren voor 'moeilijke kinderen' komen' (Vedder 1938, p.22).

Toevallig blijkt er uit hetzelfde jaar enige statistische onderbouwing van Vedders klinische indruk te zijn. De hoogleraar pedagogiek Waterink (1938) liet zien dat 66% van de kinderen met een goede tot zeer goede intelligentie, die in 1937 op de polikliniek van het Laboratorium voor Paedologie en Psychotechniek van de Vrije Universiteit in Amsterdam kwamen, een slechte concentratie en/of een traag tempo hadden. Een andere statistiek uit die tijd wordt achteraf geleverd door Buitelaar (2000), die de bewaard gebleven dossiers onderzocht van 50 jongens die tussen september 1941 en maart 1942 opeenvolgend waren aangemeld bij de Polikliniek Kinderpsychiatrie in Utrecht. Tweëntwintig procent van de jongens was aangemeld met de klachten 'erg druk, concentratieproblemen, lastig, ongehoorzaam'; bij 44% speelde dit soort klachten, naast de aanmeldingsklacht, in duidelijke en hinderlijke mate mee.

Ook de neuropathie kwam veel voor: Haverkamp Begemann (1957) en Frets-Van Buuren (1957)

vonden het beeld bij 8% van de zuigelingen op een consultatiebureau. Begin jaren 60 onderzocht de neurologe Stemmer (1964) een steekproef van 6.819 Nederlandse schoolkinderen tussen 4 en 18 jaar op het voorkomen van 'choreatiforme bewegingsonrust'. Dit syndroom, beschreven door de ontwikkelingsneuroloog Prechtel (1963), werd synoniem geacht met MBD. Stemmer vond dit beeld in ernstige mate bij 3-4% van de jongens van 7 t/m 11 jaar, bij 25% in zeer lichte mate, en bij de meisjes weinig. De schoolprestaties van de choreatiforme onrustige kinderen lagen veel lager dan die van de controlekinderen. In de jaren 60 en 70 werd MBD wel als de meest voorkomende stoornis in de kinderpsychiatrie beschouwd. Wender (1971) hield als praktische richtlijn aan dat hij iedere naar een *child guidance clinic* verwezen preadolescent beschouwde als een MBD-kind, totdat het tegendeel bewezen was. Yule (1978) schatte het voorkomen in de bevolking op 15-20%! Ook in Nederland was er bij ouders, klinici en in de media veel belangstelling voor MBD (Verberg 1986). De Groningse kinderpsychiater C. Rümke, die eerder het voorlichtingsboekje *Het nerveuze kind* had geschreven (C. Rümke 1967), zei in de jaren 70 op college dat 5-10% van de Nederlandse kinderen MBD had.

De tegenwoordig veel gehoorde klacht over een te kwistig gebruik van de diagnose ADHD blijkt evenmin nieuw te zijn. De termen nervositas en neuropathie werden volgens sommigen te pas en te onpas te berde gebracht en ook over MBD werd wel geklaagd dat het een modediagnose dreigde te worden.

'Dikwijls combineren zich nerveuze aanleg en exogene oorzaken'

Bij het ontstaan van bovengenoemde stoornissen werd aan biologische factoren een belangrijke rol toegedacht. 'Es sind die Nerven, nur die Nerven', zei Asperger (1956) over de neuropathie, maar hij wees ook op de grote rol van de opvoeding. Veel auteurs merkten op dat de ouders van 'nerveuze kinderen' vaak nerveuze volwassenen waren. Omdat voor de vroegere auteurs ook het grote belang

vaststond van rust, regelmaat en vermindering van overprikkeling voor deze kinderen, die zo sterk reageren op hun omgeving, ligt het voor de hand dat vaak werd gewezen op de rol van de wisselwerking tussen biologische factoren en omgevingsfactoren. Daarbij werd ook 'de moderne tijd' genoemd, die zulke sterke indrukken aanbrengt op het ontvankelijke brein van kinderen. Omdat die daar vaak nog verveeld en blasé onder bleven, vroeg Combe (1903, p.13) zich al bezorgd af 'was das wohl für Mittel sein werden, wodurch unsere Urenkel noch amüsiert werden können'.

Enkele illustraties uit het Nederlandse taalgebied: voor de kinderarts Gorter (1918) stond vast dat de neuropathie een erfelijke aandoening was, maar de opvoeding speelde wel een grote rol. In het in de vergetelheid geraakte eerste Nederlandstalige leerboek kinderpsychiatrie, van de Gentse hoogleraar psychiatrie Nyssen (1942), schreef deze over 'het nerveus kind': 'Dikwijls combineren zich nerveuze aanleg en exogene oorzaken' (p.354) en over 'de instabielen': 'Ook opvoeding en omgeving spelen een aanzienlijke rol, zooniet in het ontstaan, dan toch in de ontwikkeling der stuurloosheid' (p.383). Volgens Vedder (1938) ging het om een samenwerking van aanleg en opvoeding. Twintig jaar later was volgens Vedder (1958, p.76) de kwestie aanleg of milieu bij nervositas een belangrijk discussiepunt in de psychiatrische literatuur en hij schreef: 'Heeft het kind de aanleg van de moeder 'geërfd' of is het door haar gedrag zo nerveus geworden? Is het nerveus geboren of nerveus gemaakt? In de regel zullen beide factoren van invloed zijn'. Frets-Van Buuren (1957) schreef dat veel auteurs het probleem aanleg-milieu bij neuropathie onontwaaar hadden gevonden en dat neuropathe ouders, behalve erfelijk, ook qua milieu het jonge kind zullen belasten.

CONTROVERSES EN MULTICAUSALITEIT

Belangrijke thema's in de oudere literatuur waren het veelvuldig voorkomen van 'ADHD', de terminologisch-diagnostische problemen, het structurerende karakter van de behandeling, het

grote risico van secundaire 'neurotisering' en 'psychopathisering', het controversiële karakter van de besproken diagnoses en de multicausaliteit. Op de laatste twee punten zal ik nader ingaan.

Controverses De controverse lijkt deze problematiek aan te kleven: de kinderlijke nervositas, de neuropathie en MBD zijn in hun tijd sterk omstreden diagnoses geweest, zoals ADHD dat nu is (zie bijvoorbeeld Buitelaar 2000; Timimi/Taylor 2004). Honderd jaar geleden was de nervositas bij kinderen al controversieel, zoals we zagen bij Combe (1903). Over de neuropathie schreef Gorter (1918, p.471): 'Er is bijna geen gebied, waarop zooveel tegenstrijdige opvattingen bestaan', en zestig jaar later zei Kalverboer hetzelfde over MBD. Hij vatte de problemen kernachtig samen met een uitspraak van Dinnage: 'While there is no evidence that the MBD child exists, he urgently needs our attention' (Kalverboer 1978, p.14). Verberg (1986) deed onderzoek naar de opvattingen over MBD van Nederlandse experts en concludeerde dat die zeer sterk uiteenliepen. In de jaren zeventig waren er boeken met de titels *The myth of the hyperactive child* (Schrag & Divoky 1975) en *MBD: Fact or fiction* (Kalverboer e.a. 1978); later werd geschreven over *The myth of ADHD* (Weinberg & Brumback 1992).

Voor de controverses rond 'ADHD' zijn een aantal redenen te geven. Er is verwarring over wat het begrip ADHD nu eigenlijk inhoudt: een ziekte die verklaart waarom iemand zich druk, impulsief, enzovoort gedraagt, of slechts de beschrijving van zulk gedrag (Nieweg 2005). Er zijn geen specifieke symptomen, slechts klachten die ook bij allerlei gewone problemen en andere aandoeningen voorkomen en die in allerlei combinaties aanwezig kunnen zijn. Er zijn geen objectieve biologische of psychologische tests om ADHD vast te stellen. Er is geen specifiek biologisch substraat – om die reden werd *minimal brain damage* eerst *minimal brain dysfunction* en later ADHD, een term zonder etiologische implicaties. De oorzakelijke factoren liggen niet op één, maar op verschillende terreinen, zowel kindgebonden als omgevingsgebonden. De he-

dendaagse prevalentiecijfers variëren sterk, van 0,5-24% (Gezondheidsraad 2000). De comorbiditeit is zeer hoog. De meest effectieve behandeling bestaat uit een medicament dat onder de opiumwet valt: 'als MBD kinderen zo verstandig waren geweest om op lithium te reageren, zou hun behandeling op veel minder weerstand zijn gestuit', is wel eens gezegd. De problemen van het kind met ADHD zijn binnen allerlei disciplines en op allerlei niveaus relevant: diverse medische, psychologische, opvoedkundige, educatieve, maatschappelijke.

Er zijn kortom tal van redenen voor de controverses rond ADHD. ADHD is dan ook bij uitstek een slagveld waarop de zogenaamde *science wars* – 'zijn wetenschappelijke entiteiten natuurgegevens of sociale constructen?' – worden uitgevochten (Hacking 1999), zoals geïllustreerd wordt door de titel 'ADHD: geen Amerikaanse uitvinding maar ernstige neurobiologische stoornis ...' van een artikel van Paternotte & Buitelaar (2003).

Multicausaliteit Wanneer wordt verondersteld (bijvoorbeeld door Wisman 2001) dat 'ADHD vanaf het begin van de twintigste eeuw door psychoanalytisch georiënteerde klinici werd toegeschreven aan een tekort aan liefdevolle aandacht in de eerste levensjaren', dan wordt een in de hedendaagse psychiatrie door velen gedeelde mening vertolkt over het causale denken van onze collega's van enkele generaties geleden. Deze opvatting ben ik echter in de oudere literatuur niet tegengekomen (wat uiteraard nog niet wil zeggen dat hij in de praktijk geen rol gespeeld kan hebben). In de door mij gevonden publicaties werd de oorzaak gezocht in een wisselwerking van *nature* en *nurture*, vaak met een accent op *nature*. De hedendaagse constatering dat we de kwestie 'aanleg of milieu' eindelijk achter ons hebben gelaten en in deze verlichte tijd uitgaan van een wisselwerking tussen beide, blijkt al een lang leven achter de rug te hebben, maar het lijkt wel of iedere generatie dit wiel opnieuw moet uitvinden. Niet zelden is de oudere literatuur op dit punt zelfs evenwichtiger dan de hedendaagse,

waarin de omgevingsfactor wel eens wordt weggevoerd met geforceerde redeneringen, zoals 'ADHD komt vaak in families voor. Dat betekent dat erfelijke factoren een belangrijke rol spelen' (uit de folder ADHD bij volwassenen; van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie uit 2002).

Wellicht speelt onze neiging eerder in óf-óf-dan in én-én-termen te denken een rol bij dit onjuiste idee over de vroegere Nederlandse kinderpsychiatrie. Freud schreef het verwijt 'als zouden wij [psychoanalytici] de betekenis van de aangeboren (constitutionele) factoren hebben ontkend omdat wij die van de infantiele indrukken hebben geaccentueerd' toe aan de 'bekrompen causaliteitsbehoefte van de mensen, welke [...] met één veroorzakende factor genoeg wil nemen' (Freud 1912/1992, p.73). Bovendien geeft mogelijk de tegenwoordig vanzelfsprekende dominantie van de Amerikaanse psychiatrie aanleiding achteraf de evenwichtige Nederlandse (kinder)psychiatrie van het midden van de twintigste eeuw te vereenzelvigen met de Amerikaanse, die destijds waarschijnlijk wel eenzijdig *nurture* georiënteerd was. Ook lijkt de vroegere psychiatrie wel vereenzelvigd te worden met de tijdgeest van de jaren zestig en zeventig, waarin *nurture* een sterk overheersende rol werd toegedacht. Het feit dat Nederlandse psychiaters van zowel de Duitse en de Franse als de Angelsaksische psychiatrie kennisnamen, heeft wellicht bescherming geboden tegen deze eenzijdigheid (Van Krevelen 1952).

SLOT

Klachten van volwassenen over druk gedrag van kinderen zijn een oud verschijnsel. In het mooie boekje *Proeve over de opvoeding* uit 1780 schreef Betje Wolff (1780/1977): 'Een gezond en wel te vreden Kind, is druk, woelig, wil altoos spelen, ravotten, lopen, kortom het wil nooit stil zijn; dit noemt gy stout zyn – Is dit wel zo? geeft gy dit wel zynen rechten naam? Ik denk neen!'. En in *Tom Sawyer* van Mark Twain (1876), krijgt de 'onrustige, luidruchtige en lastige' Tom te horen: 'En probeer je voor één keer 's te gedragen, dan hoef je geen me-

dicijn meer te slikken’.

Het is dan ook niet verrassend dat de problematiek die we nu kennen als ADHD ook in de oudere kinderpsychiatrie een vaste plaats blijkt te hebben gehad. Deze bevinding heeft overigens niet alleen historische relevantie: zij weerspreekt de tegenwoordig vaak geopperde veronderstelling dat ADHD uitsluitend een modeverschijnsel zou zijn, eerder een symptoom van een tijd waarin ouders het te druk hebben om op te voeden, dan van een stoornis in het kind. Als ADHD een modeverschijnsel is, dan is het een wel erg langdurig modeverschijnsel.

Ten slotte: evenals mijn eerdere historische verkenningen in de kinderpsychiatrie, laat dit onderzoek zien dat wie een indruk wil krijgen van de vroegere (kinder)psychiatrie, de auteurs uit die tijd zélf moet lezen, in plaats van af te gaan op wat heden ten dage óver hen geschreven wordt. ‘Zelfs de meest scherpzinnigen onder ons’, waarschuwde De Montaigne (1580/2003) al, ‘laten zich door de tijdgeest om de tuin leiden’.

LITERATUUR

- Asperger, H. (1956). *Heilpädagogik* (2de druk). Wenen: Springer.
- Brancaccio, M.T. (2001). *But fidgety Phil, he won't sit still... From instability to hyperactivity, 1890s-1990s*. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Buitelaar, J.K. (2000). Over hyperactiviteit vroeger en nu. In J. Vandeputte, J. Buitelaar, P. Cohen e.a., (Red.), *Uit de kinderschoenen. 60 jaar kinder- en jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (pp.63-74). Assen: Van Gorcum.
- Carp, E.A.D.E. (1934). *Conflicten van het kinderleven*. 's-Gravenhage: Haga.
- Chorus, A.M.J. (1940). *Het tempo van ongedurige kinderen. Een vergelijkend psychologisch onderzoek*. Proefschrift. Amsterdam: H.J. Paris.
- Combe, A. (1903). *Die Nervosität des Kindes*. Leipzig: Hermann Seemann Nachfolger.
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen Kinder*. Altenburg: Oscar Bonde.
- Frets-Van Buuren, J.J. (1957). *Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie. Deel II: psychiatrische aspecten*. Proefschrift. Leiden: Eduard IJdo.
- Freud, S. (1905/1985). Drie verhandelingen over de theorie der sexualiteit. In S. Freud, *Klinische beschouwingen 1* (pp.49-177). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (1912/1992). Dynamiek van de overdracht. In S. Freud, *Klinische beschouwingen 4* (pp.69-84). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (1926/1991). Het vraagstuk van de lekenanalyse. In S. Freud, *De psychoanalytische beweging 2* (pp.105-195). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Gezondheidsraad. (2000). *Diagnostiek en behandeling van ADHD*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gorter, E. (1918). *Kindergeneeskunde*. Leiden: Van Doesburgh.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge/Londen: Harvard University Press.
- Hart de Ruyter, Th. (1953). *Over de plaats van de kinderpsychiatrie in de geestelijke gezondheidszorg*. Openbare les. Groningen/Djakarta: Wolters.
- Hart de Ruyter, Th. (1954). Waarin onderscheidt het partieel defecte kind zich van het normale? In *Het partieel defecte kind* (pp.5-18). Rotterdam: Stichting De Koepel.
- Hart de Ruyter, Th. (1961). De psychische ontwikkeling van kinderen met lichte hersenbeschadiging. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 105, 745-748.
- Hart de Ruyter, Th., & Kamp, L.N.J. (1972). *Hoofdlijnen van de kinderpsychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Haverkamp Begemann, N. (1957). *Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie. Deel I: pediatische aspecten*. Proefschrift. Leiden: Eduard IJdo.
- Kalverboer, A.F. (1978). MBD: discussion of the concept. In A.F. Kalverboer, H.M. van Praag & J. Mendlewicz (Red.), *Minimal brain dysfunction: fact or fiction* (pp.5-17). Bazel: Karger.
- Kalverboer, A.F., van Praag, H.M., & Mendlewicz, J. (Red.). (1978). *Minimal brain dysfunction: fact or fiction*. Bazel: Karger.
- Kamp, L.N.J. (1972). Kinderneurosen. In Th. Hart de Ruyter & L.N.J. Kamp, *Hoofdlijnen van de kinderpsychiatrie* (pp.51-80). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Krevelen, D.A. van. (1952). *Nederlands leerboek der speciële kinderpsychiatrie. Deel I*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Kuhn, T.S. (1962/1996). *The structure of scientific revolutions* (3de druk). Chicago/Londen: Chicago University Press.
- Montaigne, M. de. (1580/2003). Oude zeden en gewoonten. In M. de Montaigne, *Drijfnooit je vijand in het nauw (Essays I)* (pp.153-160). Amsterdam: Athenaeum – Polak & Van Gennep.
- Nieweg, E.H. (2000). Van kinderanalyse tot Y-chromosoom. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 887-894.
- Nieweg, E.H. (2002). De mythe van de koele moeder herzien. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 845-860.
- Nieweg, E.H. (2005). Wat wij van Jip en Janneke kunnen leren. Over

- reïficatie (verdinglijking) in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 687-696.
- Nyssen, R. (1942). *Leerboek der kinderpsychiatrie en der heilopvoedkundige behandeling*. Antwerpen: De Sikkel/Leiden: Stenfert Kroese.
- Paternotte, A., & Buitelaar, J.K. (2003, november). ADHD: geen Amerikaanse uitvinding maar ernstige, neurobiologische stoornis die goed te behandelen is. *Balans Belang*, 2-5.
- Prechtl, H.F.R. (1963). *Het cerebraal gestoorde kind*. Openbare les. Groningen: Wolters.
- Rümke, C. (1967). *Het nerveuze kind*. Nijkerk: Callenbach.
- Rümke, H.C. (1933). Psychiatrische gezichtspunten bij de beoordeling van het 'onmaatschappelijke kind'. In H.C. Rümke, *Studies en voordrachten over psychiatrie* (pp.275-285). Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1948.
- Rümke, H.C. (1967). *Psychiatrie III*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Schrag, P., & Divoky, D. (1975). *The myth of the hyperactive child*. New York: Pantheon.
- Stemmer, C.J. (1964). *Choreatiforme bewegingsonrust (een oriënterend onderzoek)*. Proefschrift. Groningen: Van Denderen.
- Still, G.F. (1902/2004). Some abnormal psychical conditions in children. Lectures I-III. Herdrukt in F. Verheij & Ph.D.A. Treffers (Red.), *Klassiekers van de kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp.58-97). Assen: Van Gorcum.
- Timimi/Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry*, 184, 8-9.
- Vedder, R. (1938). *Waarom niet als andere kinderen?* Kampen: Kok.
- Vedder, R. (1958). *Kinderen met leer- en gedragsmoeilijkheden*. Groningen: Wolters.
- Verberg, G.M. (1986). *The effects of psychopharmacological agents – especially stimulants – in hyperactive children, including some remarks on the use of the MBD concept*. Proefschrift. Alblisserdam: Kanters.
- Waterink, J. (1938). *De 'opvoedbaarheid' der kinderlijke intelligentie*. Wageningen: Zomer & Keunings.
- Weinberg, W.A., & Brumback, R.A. (1992). The myth of ADHD: symptoms resulting from multiple causes. *Journal of Child Neurology*, 7, 431-445.
- Wender, P.H. (1971). *Minimal Brain Dysfunction in children*. New York: Wiley-Interscience.
- Wisman, P. (2001). *Diagnose psychiatrie*. Wormer: Inmerc.
- Wittgenstein, L. (1953/1992). *Filosofische onderzoekingen*. Meppel: Boom.
- Wolff, B. (1780/1977). *Proeve over de opvoeding*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Yule, W. (1978). *Diagnosis: developmental psychological assessment*. In A.F. Kalverboer, H.M. van Praag & J. Mendlewicz (Red.), *Minimal brain dysfunction: fact or fiction* (pp.55-67). Bazel: Karger.
- Zero to Three. (1994). *Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Washington DC: Zero to Three.

AUTEUR

E.H. NIEWEG is kinder- en jeugdpsychiater en werkzaam bij Polikliniek De Ruyterstee (Accare locatie Assen).

Correspondentieadres: E.H. Nieweg, Polikliniek De Ruyterstee, Postbus 187, 9400 AD Assen.

E-mail: e.nieweg@accare.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-9-2005.

SUMMARY

ADHD, a 'fashion' that won't go out of fashion – E.H. Nieweg –

BACKGROUND This article reviews the older Dutch literature on what is now known as ADHD (attention deficit hyperactivity disorder).

METHOD Because this older literature is not included in electronic databases, it was traced, in a systematic and aselective manner, by means of bibliographic references.

RESULTS It is often assumed that ADHD is a purely Anglo-Saxon phenomenon that was introduced into the Netherlands along with the concept of MBD (minimal brain damage). This assumption is incorrect. In fact, ADHD has had quite a long, respectable history of its own in the Netherlands (and in surrounding countries). The antecedents of ADHD were regarded as very common phenomena. Over the years these concepts have often been the subject of considerable controversy. Biological factors were thought to be important in the etiology.

CONCLUSION It would be wrong to regard ADHD only as a fashionable ailment originating in the age of computers and working mothers. Equally untenable is the current view that pre-DSM III child psychiatrists attributed psychiatric disorders solely to parental influences ('parent-blaming'). The same conclusion was drawn in other publications by the author. The history of ADHD thus demonstrates that, contrary to general belief, early psychiatry in the Netherlands was more balanced and many-sided.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)4, 303-312]

KEY WORDS adolescent psychiatry, attention deficit disorder with hyperactivity, child psychiatry, history, nature and nurture