

De huidige hoogleraar forensische psychiatrie is nl. geneesheer-directeur van deze kliniek; ook zijn beide voorgangers bekleedden resp. de functies van eerste geneesheer en geneesheer-directeur van de P.O.K.

Aan de uitspraak van SCHUURMANS STEKHOVEN dat hij die geen forensische psychiatrie heeft gestudeerd ongeschikt is om als deskundige op te treden, zal ik voorbijgaan, hoewel ze me veel te boud is, zeker nu schrijver niet nader aangeeft wat hij hier onder „forensische psychiatrie studenten” verstaat.

Tenslotte nog een enkel woord over de met nadruk verkondigde opvatting van de auteur dat de gerechtelijke psychiater zich dient te onthouden van een uitspraak over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Hoewel over deze kwestie in het verleden verschillend is gedacht, wordt thans algemeen aanvaard dat de rapporterende psychiater zijn oordeel over de toerekeningsvatbaarheid geeft. Zo de rechter (-commissaris) er al niet expliciet om vraagt, verwacht hij wel dat de deskundige zich erover uitlaat. Het is zelfs de vraag of een psychiater die om principiële redenen weigert op deze — stilzwijgende — vraag te antwoorden, nog verdere opdrachten als deskundige zal krijgen. De hier geschetste praktijk wordt bevestigd door de vraagstelling aan en de rapportage door de bovengenoemde P.O.K. die als toonaangevend op het gebied van de forensisch-psychiatrische rapportage mag worden beschouwd.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 177.

Leiden, juni 1979

MR. J. KRUL-STEKETEE

Bijwerkingen van lithiumprofylaxe

In het artikel van collega VAN SCHEYEN (1979) is een onnauwkeurigheid geslopen. In de tweede alinea onder het hoofd „Beschouwing” wordt gesteld, dat lithium een negatieve invloed kan hebben op de schildklierfunctie. Een daling van de concentratie van het serum-TSH zou hierbij kunnen optreden.

De opmerking over de TSH-daling is onjuist. Het tegendeel is het geval. Er vindt een verhoging van de basale serum-TSH-concentratie plaats, als resultaat van een waarschijnlijk tijdelijke verlaging van de vrije T₄- en vrije T₃-spiegel. Meestal treedt dit op in de eerste maanden van het lithiumgebruik. In verloop van tijd ontstaat er een nieuw evenwicht, zich uitend in een blijvend verhoogde TSH-respons op TRH-stimulatie en soms ook in een verhoogde basale TSH-spiegel, die ervoor zorgen, dat de schildklierhormoonspiegels na verloop van tijd nagenoeg normaliseren.

Patiënten met een zogenaamde „marginale schildklierfunctie” — dit zijn patiënten, die bijvoorbeeld een strumectomie hebben ondergaan, positieve schildklier-antistoffen hebben en (of) een ¹³¹I-therapie hebben ondergaan — lijken voorbestemd te zijn om bij langdurig lithiumgebruik hypothyreoïdie en (of) een struma te ontwikkelen (BAKKER 1977). Overigens lijken deze veranderingen van de schildklierfunctie in principe reversibel, een enkele uitzondering daargelaten (PERRILD e.a. 1978).

Literatuur: BAKKER, K. (1977) *The influence of lithium-carbonate on the hypothalamic-pituitary axis; studies in patients with affective disorders, thyreotoxicosis and hypothyroidism.* Proefschrift Groningen. — PERRILD, H., S. NISTRUP MADSEN en J. E. MØLHOLM HANSEN (1978) *Brit. med.*

J. I., 1108. — SCHEYEN, J. D. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 606.

Heemstede, mei 1979

K. BAKKER

Ik ben collega BAKKER erkentelijk voor zijn corrigerende opmerkingen over de tijdens lithiumprofylaxe soms optredende hypofunctie van de schildklier. Ook dit vormt weer een illustratie van de nimmer te verwaarlozen toxiciteit van lithium. Bij de problemen die zich dan kunnen voordoen is — ook blijkens onze ervaring — een goede samenwerking met de internist vereist. Wellicht geldt dit ook voor andere vormen van biologisch-psychiatrische therapie.

Middelburg, juli 1979

J. D. VAN SCHEYEN

Perinatale morbiditeit als maatstaf voor de verloskundige zorg

STOLTE e.a. (1979) beschrijven in hun recente artikel in dit Tijdschrift een neonatale morbiditeitsindex, die gebruikt zou kunnen worden bij de kwaliteitscontrole van het verloskundig handelen. Het systematisch bepalen van deze index d.m.v. neurologisch onderzoek van pasgeborenen zou meer inzicht geven in de relatie tussen verloskundige zorg en het resultaat van die zorg: de toestand van de pasgeborene.

Het betoog van STOLTE e.a. bevat echter een aantal uitspraken die vragen om een nadere toelichting. Dat geldt om te beginnen voor de voorwaarden die zij verbinden aan een morbiditeitsindex. Terecht wordt gesteld, dat de morbiditeit van de pasgeborene in het latere leven meetbaar moet zijn en dat de index in verband gebracht moet kunnen worden met de bestede verloskundige zorg. Een essentieel deel van die voorwaarden ontbreekt echter. Het moet toch van belang zijn dat de door STOLTE e.a. gepropageerde morbiditeitsindex kan discrimineren tussen effecten van de verloskundige zorg en de gevolgen van andere factoren? Een lage index bij een ernstig dysmatuur kind, dat bij een amenorroeduur van 33 weken per sectio caesarea werd geboren, of die van een microcefalaal kind, geeft immers weinig informatie over de bestede verloskundige zorg. In beide gevallen kan die optimaal zijn geweest.

STOLTE e.a. menen echter dat de door hen beschreven en gebruikte neurologische score wel voldoet aan daaraan naar hun inzicht te stellen voorwaarden, en zij adstrueren dit onder meer met drie conclusies, resp. gebaseerd op werk van DE JONG (1975), NJOKIKTIEN (1977) en VAN DEN BERG-HELDER (in voorbereiding). Uit het onderzoek van DE JONG wordt het volgende geconcludeerd: „Van twee factoren, één de zwangerschap en één de baring betreffende, kon de samenhang met de neurologische score duidelijk worden aangetoond: de verhoging van de bloeddruk en de verlenging van het uitdrijvingstijdperk.” Dit lijkt dus inderdaad steun te verlenen aan de idee van STOLTE e.a. betreffende een neonatale morbiditeitsindex. Lijkt, want een nader bestuderen van het werk van DE JONG leert dat bovenstaande conclusies niet uit de tot nu toe gegeven feiten kunnen worden getrokken.

Het onderzoek van DE JONG, dat een onderdeel vormde van het project „Trend-detectie in de toestand van de ongeborene”, betrof een heterogene groep nulliparae en parae, deels met, deels zonder primaire medische indicatie. De criteria voor selectie van deze vrouwen uit het patiëntenbestand staan niet duidelijk vermeld, maar wel