

symboliseerd worden en daardoor voor de buitenstaander vaak oninvoelbaar zijn.

Hoewel dus in coenaesthetische stoornissen de schizofrenie zich het duidelijkst als somatose openbaart, moeten ook hier psychologische mechanismen en een schizophrene verwerking van de stoornissen in het Körperschema als onmisbare elementen in het totaalbeeld gezien worden. Een beter inzicht van de coenaesthopathieën als stoornis in de somatognosis, zal echter ons inzicht in bepaalde vormen van schizofrenie kunnen verhelderen.

LITERATUUR

- Ladee, G. A., *Hypochondrische syndromen*, diss. 1961, Amsterdam.
H. Hécaen en J. de Ajuriaguerra, *Méconnaissances et Hallucinations Corporelles*, 1952, Masson & Cie.
Prick, J. J. G. en H. G. v. d. Waals, *Nederlands Handboek der Psychiatrie*, 1958, v. Loghum Slaterus, Arnhem.
Baruk, H., *Traité de Psychiatrie*, Tome I, 1959, Masson & Cie.
Huber, *Die Coenästhetische Schizophrenie*, Fortschritte, 25 (1957), 491—520.

DE DRIE ZUSTERS. EEN FAMILIE MET CHOREA VAN HUNTINGTON

door W. W. J. HERMANS, zenuwarts (psychiatrisch ziekenhuis Sint Anna te Venray, geneesheer-directeur H. J. P. M. Kortmann)

Reeds lang is bekend hoezeer de klinische uitingsvormen van de chorea van Huntington kunnen variëren, hetgeen in diagnostisch opzicht soms tot grote moeilijkheden aanleiding kan geven. De onderhavige voordracht wil dit, mogelijk ten overvloede, nog eens illustreren.

Moge ik U een landbouwersgezin voorstellen, bestaande uit vader, moeder en 8 kinderen.

De *vader* is 59 jaar oud geworden en overleed in 1936 aan een coronairthrombose. Volgens de mij ter beschikking staande gegevens zijn er over hem geen bijzonderheden te melden.

De *moeder* is 2½ jaar eerder dan haar man overleden in een psychiatrische inrichting, waar zij gedurende een viertal maanden onder de diagnose chorea van Huntington werd verpleegd. Bij een brand in deze inrichting is haar dossier verloren gegaan, zodat ik U geen gedetailleerde gegevens over haar kan verschaffen. Uit de inlichtingen van de kinderen distilleer ik, dat de ziekte van moeder zich voor het eerst geopenbaard zou hebben na de geboorte van haar jongste dochter. Moeder was toen 41 jaar oud. Voor haar ziekte zou moeder opgeruimd van karakter zijn geweest, en veel werk hebben kunnen verzetten. Tijdens haar ziekte kwamen herhaaldelijk depressieve fasen met driftbuien voor. Reeds in het begin traden loopstoornissen op,

en sneed moeder zich herhaaldelijk in de vingers als zij aard-appels moest schillen. Op den duur was zij niet meer in staat zelf het huishouden te doen, waarna deze taak op de schou- ders van haar oudste dochter kwam te rusten.

Van de 8 kinderen behoren er 4 tot het mannelijk, en 4 tot het vrouwelijk geslacht.

Van de 4 *dochters* is de jongste op 33-jarige leeftijd overleden na operatieve verwijdering van een meningeoom van de ala minor van het sphenoid. In haar ziektegeschiedenis vinden wij niets dat aan chorea van Huntington zou kunnen doen denken. De 5 kinderen van deze dochter zouden gezond zijn. De ove- rige 3 dochters zijn ten onzent opgenomen en zullen het eigen- lijke thema van onze bespreking uitmaken.

Eerst willen wij echter nog even aandacht wijden aan de 4 *zoons*. Drie van hen zijn gezond en hebben gezonde kinderen. De vierde echter is thans voor de tweede maal in een psychia- trisch ziekenhuis opgenomen onder de diagnose chorea van Hun- tington. Hij is 48 jaar oud. Bij hem openbaarde zich de ziekte omstreeks het 45e jaar in de vorm van een ernstige psycho- pathisering, een paranoïde instelling, inactiviteit, een progres- sive dementering, en een toenemende lichamelijke hulpbehoe- vendheid. Hij is gehuwd en heeft 7 kinderen in de leeftijd van 19 tot 8 jaar die allen tot nog toe gezond zijn. De voornaam- ste bevindingen bij het neurologisch onderzoek waren: chorea- tische arm- en rompbewegingen, een a-symmetrische facialisin- nervatie, een dysarthrische spraak, sterk gestoorde coördinatie, zeer hoge reflexen met neiging tot clonus, en een zeer sterk wisselende tonus. E.e.g.: gedesynchroniseerd e.e.g., dat bij hy- perventilatie normaal wordt; in temporale en achterste gebie- den verspreid laaggevolteerde theta-activiteit.

Gaan wij nu over tot onze drie gezusters, die gemakshalve A, B en C genoemd zullen worden. Alle drie vertonen zij een heel verschillend beeld, en bij 2 ervan (B en C) zouden wij waarschijnlijk niet aan de mogelijkheid van een chorea van Huntington gedacht hebben, als wij niet op de hoogte waren geweest van de familie-anamnese. Toch menen wij dat alle 3 zusters lijdende zijn aan deze ziekte, en willen wij U de be- vindingen die ons tot deze conclusie geleid hebben voorleggen. Beginnen wij met het minst speculatieve geval, in casu dat van zuster A.

A is 50 jaar, evenals de 2 anderen ongehuwd, en de oudste van de 3. In 1955 is zij hier opgenomen. Van haar wordt gezegd dat zij altijd al wat vreemd en traag was. Toen moe- der ziek werd kwam de zorg van het huishouden op haar neer. Na de dood van moeder, patiënte was toen 23 jaar, raakte het gehele gezin eigenlijk uit elkaar. Zij ging werken als dienst-

meisje en in die tijd kreeg zij allerlei maag- en buikklachten, waarvoor geen duidelijke oorzaak te vinden was. Zij werd stroef in haar bewegingen, en ook veroorzaakte zij veel moeilijkheden in haar betrekkingen door een paranoïde instelling. In 1951 ging patiënte samen met haar jongere zus C in een huisje wonen. Sindsdien verergerden de verschijnselen. Zij werd atactisch, kreeg een langzame spraak, en vertoonde onwillekeurige bewegingen. In 1954 werd zij 2 maal in een ziekenhuis opgenomen met de hoofdklachten buikpijn en duizeligheid. Na haar laatste ontslag uit het ziekenhuis werd zij agressief, dreigde vaak met een mes, en gooide de inboedel aan stukken. Haar spraak werd steeds minder verstaanbaar en patiënte gaf hoe langer hoe meer blijk van een paranoïde instelling. Tenslotte gaf zij zoveel moeilijkheden, dat zij in „St. Anna” moest worden opgenomen. Wij hebben patiënte 2 maal onderzocht met een tussenpoze van bijna 1 jaar. Het laatste onderzoek had ongeveer 2 weken geleden plaats. Zag men bij het eerste onderzoek nog choreatisch-athetotische bewegingen van romp, armen en hoofd, bij het tweede onderzoek waren deze afwezig. Overigens waren de bevindingen dezelfde en wel: patiënte maakte een diepdemente indruk, scheen niet meer te kunnen spreken, had een maskerachtig gelaat, vertoonde zeer hoge reflexen met een neiging tot clonus, pathologische reflexen waren aangeduid, de tonus was zeer hoog. De gang was niet na te gaan door een irreversibele contractuur in het rechter kniegewricht. Coördinatieproeven konden niet worden uitgevoerd en de sensibiliteit was niet goed te beoordelen.

Wij stelden als differentiaaldiagnose: 1) chorea van Huntington, 2) morbus Wilson.

De laatste mogelijkheid meenden wij te kunnen uitsluiten op grond van de volgende bevindingen: 1) er was geen ring van Kaiser-Fleischer, 2) de leverfunctieproeven waren niet gestoord, 3) het serum-koper was niet verlaagd, 4) de uitscheiding van koper in de urine was niet verhoogd, evenmin als 5) de uitscheiding van alpha-aminostikstof in de urine.

Blijft over als diagnose: chorea van Huntington. Wij hebben ons afgevraagd, of wij hier niet te doen hebben met de zgn. door Westphal beschreven variant van deze ziekte, waaraan mevr. MACKENZIE-VAN DER NOORDAA een recente publicatie gewijd heeft. Bij onze patiënte staat de „Parkinson component” wel zeer op de voorgrond. Het is natuurlijk wel bekend, zoals o.a. door ROSENHAGEN beschreven is, dat de ziekte van Huntington na een chorea-periode tenslotte in een hypokinetisch-rigide syndroom kan eindigen, en onze patiënte heeft ook een tijd lang reserpine gehad, opmerkelijk blijft echter in de anamnese dat patiënte al op zeer jeugdige leeftijd

als vreemd en stroef in haar bewegingen werd gekarakteriseerd. Voorts openbaarden zich de eerste ziekelijke verschijnselen al zeer vroeg, en wel omstreeks het 24e jaar.

Te vermelden valt nog dat het *e.e.g.*, dat aan artefacten rijk was, voor zover te beoordelen geen afwijkingen vertoonde. Het was echter, evenals dat van de beide andere zusters en de broer, laaggevolteerd, zulks in tegenstelling tot de bevindingen van enkele Amerikaanse onderzoekers die, zoals G. H. BRUYN in zijn samenvattend overzicht over de chorea van Huntington mededeelt, in drie-vierde van ruim 50 gevallen een hooggevolteerd tracé vonden.

Gaan wij nu over tot zuster *B.* Deze telt 46 jaren. Zij werd 2 maal ten onzent opgenomen, en wel in 1951 en 1955. Van de praemorbide persoonlijkheid is ons zeer weinig bekend. De eerste ziekteverschijnselen openbaarden zich omstreeks het 34e jaar en wel als volgt. Patiënte was 14 jaar werkzaam als dienstbode bij een pastoor, toen zij opeens de stem van O. L. Heer hoorde die zei, dat Hij grote dingen met haar voor had. Sindsdien schreef zij brieven op ingeving van de H. Geest aan Paus, bisschoppen en priesters, waarin zij hen op de hoogte bracht van haar uitverkiezing. Zij werd lastig, gedroeg zich zeer teatraal en gaf tenslotte zoveel moeilijkheden, dat zij in 1951 moest worden opgenomen. Patiënte werd zonder veel succes met een insulinekuur behandeld en in 1953 als niet hersteld ontslagen. Zij ging toen samenwonen met haar zusters *A* en *C.* Hier veroorzaakte zij veel onenigheid, o.a. doordat zij zeer achterdochtig was t.a.v. haar zusters. Vechtpartijen waarbij huisraad vernield werd waren aan de orde van de dag, zodat het noodzakelijk werd patiënte opnieuw op te nemen. Bij haar werd de diagnose op een paraphrenie gesteld.

Bij beide onderzoeken, die weer met tussenpozen van ca. een jaar plaatsvonden, was patiënte zeer weinig coöperatief. Zij gedroeg zich als een preutse martelares. Hooghartig-ironisch, met een vreemd lachje om de lippen, keek zij ref. aan, waarbij zij af en toe genadiglijk op een vraag antwoordde. Gevoelsmatig contact was niet met haar te krijgen. Zij wilde niet over haar waandenkbeelden praten. De gedachtengang was niet verward, maar patiënte persevereerde herhaaldelijk. Ook deed zij zeer gemaniëreed. Bij beide onderzoeken werden een asymmetrische facialis, en hoge symmetrische reflexen met een normale tonus, waargenomen. Als verschilpunten tussen de beide onderzoeken, noteerde ik de volgende: 1) Bij het laatste onderzoek knipte patiënte frequent met de ogen en trok met de linker mondhoek. 2) De diadochokinese verliep bijz. traag en vooral de rechter top-neusproef was niet geheel zuiver. Tenslotte grepen wij terug naar het opname-onderzoek van 1955.

Dit bleek in neurologisch opzicht geen bijzonderheden te vermelden, ook geen verhoogde reflexen.

Uit het voorgaande meenden wij te kunnen afleiden dat er neurologisch een zekere progressie in het beeld had plaats gevonden, en dat de trekkingen in het gelaat misschien de eerste uitingen van chorea waren.

Hierop wendden wij ons tot de psycholoog (drs. H. VAN NOORDEN), met de volgende vraagstelling:

— Hoe is de persoonlijkheidsstructuur van patiënte?

— Zijn er aanwijzingen voor een organisch hersenlijden?

Hierop vernamen wij het volgende:

Capaciteiten: De verstandelijke prestaties van patiënte bewegen zich thans rond het niveau van schoolachterlijkheid tot debiliteit. De coöperatie van patiënte is beperkt, waardoor de verstandelijke prestaties ontegenzeggelijk gedrukt zijn. Het best zijn nog de verbale prestaties (I.Q. is pl.m. 80). Als bijzonderheden treden op: ik-betrekkingen, perseveraties in het denken (kledingstuk, briefstuk), zo nu en dan een doffe weigering, en klankassociaties (oker is sigarenkoker) (WS). Het abstractievermogen bereikt het peil van 8 jaar (Cl. P.M.). Wanneer deze opdracht meer inspanning vergt, zoekt patiënte een noodoplossing in de zin van het domweg herhalen van een der patronen van het gegeven veld. De resultaten van de *Visual retention test* van BENTON lijden eveneens door het gebrek aan coöperatie. Opmerkelijk is dat de oog-hand coördinatie duidelijk is gestoord. Het tekenen van cirkels kan patiënte nauwelijks; rechte lijnen trekken evenzo. Het resultaat van de BENTON blijft ver beneden de verwachtingen, gegrond op de resultaten van de Cl. P.M. en W.S., welke eveneens te lijden hadden van de geringe medewerking. De conclusie is gewettigd om een ernstige stoornis van de verstandelijke vermogens te veronderstellen. Om deze conclusie meer grond te geven namen we tenslotte de GRÜNBAUM, sensu RUTTEN, af. Het feit dat patiënte geen kans zag om zelfs met veel hulp van de proefleider het 2de, meer gecompliceerde, deel te doen, duidt zonder meer op een dementie. Maar ook de eerste afname toont een duidelijke gestoordheid van de attentiviteit. Er zijn 8 reacties, langer dan 30", tegen een normale waarde van 2. Slechts één van de 8 reacties is te danken aan een dof weigeren om verder te gaan met de opdracht.

Conclusie: Ondanks de geringe coöperatie van patiënte menen wij toch voldoende aanknopingspunten gevonden te hebben om tot een organisch hersenlijden te mogen besluiten.

Persoonlijkheid: Farbpyramide test: Ondanks de duidelijke extraversie en grote prikkelbereitschaft, vertoont patiënte een verstart en verstijfd persoonlijkheidsbeeld. Zij grendelt zich be-

wust af, houdt zich halsstarrig vast aan de eigen doeleinden en laat zich niet raden of beïnvloeden. Het afgrendelen geschiedt vooral in een negatief afwijzen met een persevereren van deze houding. Bijgevolg zijn de uitingen van het gevoelsleven kil en arm en ontbreekt de contactfähigkeit. Deze psychopathologische gestoordheid doet schizofreen aan en bezit geen gunstige prognose.

RORSCHACH: Ook hier treffen we de extraverte gerichtheid aan. Ondanks de verkillig en armoede van de affectieve uitingen zien we dat patiënte een labiel, explosief, primitief en infantiel gevoelsleven heeft, waaraan de beheersende en leidinggevende krachten ontbreken. Alleen door een gewild negatief afwijzen schijnen de affectuïtingen afwezig te zijn. De agressie uit zich vooral als mutilatie; angst is er nagenoeg niet, evenals depressiviteit. Wel komen er disphorische perioden voor. De contactfähigkeit ontbreekt; er is een autistisch syndroom. Dit blijkt uit: gebrekkige sociale aanpassing, gebrekkige realiteitszin, slechte affectieve aanpassing, zwaar egocentrisme. Daarnaast zien wij duidelijk een psychopathische geldingsbehoefte. De hysteriforme uitingen zijn secundair, evenals de schizofrene. Primair lijkt ons een organisch hersenlijden. Redenen zijn: gering abstractievermogen, verminderde realiteitszin, affectincontinentie, gebrek aan juiste rationele controle, verlies van concentratievermogen, afname van geestelijke plasticiteit van het denken, neiging tot incoherent denken, organische vorm van persevereren, stereotype zegswijzen.

Uit het psychologisch onderzoek kwam dus een organisch hersenlijden met dementering en secundair hysteriforme en schizofreenachtige gedragingen naar voren. Tenslotte gaf nog een *pneumencefalogram* duidelijk verwijde ventrikels te zien. Het *e.e.g.* kon ons geen bijzonderheden verschaffen.

Tot slot zuster C, oud 45 jaar. Zij werd in 1959 in „St. Anna” opgenomen. Als jong meisje was patiënte ijverig, opgewekt, maar wat koppig. Op haar 18e jaar kreeg zij pleuritis en ongeveer terzelfder tijd overleed moeder. Sindsdien was het sukkelen. Patiënte had afwisselend hartklachten, buikpijn, galblaasklachten, etc. etc. Zij werd door zeer veel specialisten gezien, zonder dat men iets kon vinden. Sinds september 1958 verergerden de klachten: patiënte kon niets meer, was vreselijk moe, klaagde over hoofdpijn en pijn in de rug, sliep slecht, at weinig en kreeg loopstoornissen. Tenslotte werd zij in „St. Anna” opgenomen onder de diagnose: conversie-hysterie bij infantiele vrouw met wrsch. organische afwijkingen, o.a. chorea-achtige motoriek.

De beide onderzoeken met een tussenpoos van 1 jaar gaven bij deze patiënte geen duidelijke verschillen te zien. Zij maak-

te voortdurend bewegingen met armen, hoofd en benen, die niet echt choreatisch aandeden. De spraak was licht dysarthrisch. De hersenzenuwen vertoonden g.b. De reflexen waren bdz. zeer hoog, met neiging tot clonus. Pathologische reflexen waren aangeduid. De tonus was zeer wisselend. De gang was wat wankel, maar niet echt atactisch, patiënte liep met stijve benen. Vallen deed zij niet. Romberg was negatief. Stewart-Holmes: negatief. Van de top-neus en knie-hakproef waren de uitslagen niet goed te beoordelen, evenmin als van de diadochokinese. Intern werden, behoudens een extrasystolie, geen afwijkingen gevonden.

Op onze vraagstelling:

— Worden bij patiënte symptomen van een organisch hersenlijden aangetroffen?

— Heeft patiënte een hysterische persoonlijkheidsstructuur? antwoordde de psycholoog het volgende:

Capaciteiten: Als punt van uitgang is het wenselijk om het intelligentie niveau van patiënte te kennen. Hiertoe namen wij af de Woordenschat van STANDFORD-BINET en de Matrices van RAVEN. De gevonden waarden in de diverse testpsychologische onderzoeken zijn voldoende betrouwbaar, daar patiënte zich oprecht inspande om zo best mogelijke prestaties te leveren.

Woordenschat (St. B.) Niveau is pl.m. 75.

Patiënte denkt meer gerundivaal dan abstract; verwonderlijk is dit niet, daar het gerundivale denken een gemakkelijker, meer concrete greep op de wereld geeft dan het abstracte denken. Dat zij een concrete greep behoeft hangt samen met een manifeste zelfonzekerheid, geuit in de volgende gezegden: „ben ik zo stom als ik weet niet wat?” of: mozaïek is „zoiets van een vloertegel, zo in die richting” of: wimper is „van de vlag denk ik, of niet?” De zelfonzekerheid probeert zij echter tegelijk ook te verbergen achter een façade van diepzinnigheid, welke wordt ingeleid met het gezegde: „eventjes diep nadenken”. Dat het „diepe nadenken” onvoldoende resultaat met zich brengt komt tot uiting in het confabulatief aanvullen van leemten in kennis.

Progressive matrices: De gekleurde matrices leveren een verstandelijk niveau op van ongeveer 7 jaar. Uit de aard van de fouten blijkt, dat patiënte zodra zij niet onmiddellijk het juiste deel kan aanwijzen, zij als noodoplossing een reeds gegeven onderdeel als oplossing herhaalt. Van de Matrices 1938 kan de C-serie reeds niet meer gemaakt worden.

Uit het voorgaande volgt de conclusie dat het verstandelijk niveau van patiënte thans rond een I.Q. van 70 is gelegen, dus het niveau van zware schoolachterlijkheid tot debiliteit.

Om een eventueel organisch hersenlijden vast te stellen maken we gebruik van de *Visual retention test* van BENTON en de GRÜNBAUMTEST, sensu RUTTEN.

BENTON: Viel het al op dat patiënte een motorische gestoordheid heeft in de wijze van lopen en armbewegingen, nog meer komt deze tot uiting in de tekentest. De wijze waarop patiënte het potlood vasthoudt getuigt van een starre en arme vingermotoriek. Het tekenen gaat gebrekkig; patiënte kan alleen kleine haaltjes maken met een pasteuze druk. Het drukken op het potlood moet ongewenste „uitschietertjes” voorkomen; het grafisch effect is tegelijk bibberig, als dik. Ook hier is patiënte zich bewust van het onvermogen. Zij zegt niet alleen: „in tekenen ben ik nooit een grote held geweest” maar bovendien vraagt zij of het niet erg is wanneer zij de te reproducere figuren veel kleiner maakt dan het voorbeeld. Voor een deel zijn de gemaakte fouten te wijten aan de gestoorde motoriek, doch het gros van de fouten is het gevolg van een gestoorde perceptie- en reproductiefähigkeit. Het resultaat ligt zowel wat het aantal fouten, als het geringe aantal goede reproducties betreft, ver beneden het te verwachten niveau, gevonden met de Matrices en Woordenschat. Het vermoeden rijst van een organisch hersenlijden.

GRÜNBAUM (sensu RUTTEN): Dit vermoeden stijgt, wanneer we de resultaten van dit onderzoek bezien. Vooreerst zien we een heftig schommelen in de attentiviteit met een uitgesproken neiging tot reactietijden welke langer zijn dan 10”. Uitgesproken suspect voor een organisch gestoorde attentiviteit zijn de te vele reacties boven 30” welke zowel bij het eenvoudige, als bij het gecompliceerde cijferbord optreden.

Conclusie: Patiënte heeft thans een schoolachterlijk tot debiel verstandelijk niveau en lijdt waarschijnlijk aan een organisch hersenlijden.

Persoonlijkheid: LUSCHER: Patiënte heeft een labiele, primitieve, onvolgroeide persoonlijkheidsstructuur, welke niet door integratieve krachten bijeen wordt gehouden. Te gemakkelijk wordt het labiele evenwicht verstoord, hetzij door emotionele gebeurtenissen, hetzij door een uit het innerlijk opwellende onrust. Voortdurend is patiënte bang op de een of andere manier tekort te worden gedaan. Door het demonstreren van activiteit en beminnelijkheid tracht zij sympathie te verwerven, maar heeft van de andere kant het onvermogen zich te binden. Elke verplichting voelt zij als een tekort doen aan haar verlangde zelfstandigheid; elke eis kwelt haar. De contactname is bijgevolg egoïstisch bepaald, oppervlakkig en duurt niet langer dan strookt met het momentele doel. Zowel deze wijze van contact, als de neiging tot demonstreren komen voor bij een hysterisch lijden.

Farb pyramide test: Ook hier zien we de primitieve, labiele persoonsstructuur; maar tevens ook het ontbreken van integratieve krachten. De desintegratie ligt op de loer en kan door een geringe aanleiding manifest worden. Het gedrag wordt dan haltloos in de zin van „laat maar gaan” en eerder maniaaal dan depressief. De enige vorm van zelfhandhaving, welke waarschijnlijk juist in de test-situatie het meest in de lijn van patiënte is gelegen, is het domweg onderdrukken van elke irritatie. De spanning vindt dan een afvloeiing in een heftige prestatie-dwang; dus een grote bedrijvigheid, maar onvoldoende doel, als „een kip zonder kop”.

Rorschach: Het aantal antwoorden bij de Rorschach is pover, slechts 7. Het is niet verwonderlijk, daar de vaagheid van de platen deze onzekere patiënte te weinig houvast biedt. Alleen de meest gestructureerde platen, zoals de nrs. I — III — V en VIII, bieden haar de kans tot het geven van een duiding. Meer uit de kwalitatieve analyse dan uit een analyse van de objectieve testresultaten blijkt, dat patiënte waarschijnlijk onder een organisch hersenlijden gebukt gaat. Voor dit lijden pleiten: een goede wil t.a.v. de test; de geringe produktiviteit; het langzame tempo van denken en handelen, de neiging tot het confabulatief aanvullen van leemten; de geringe rationele controle; het povere concentratievermogen; de starheid van het denken; de stereotype zegswijzen; het vele falen (5 keer); het onvermogen om de als ontoereikend ervaren duidingen te verbeteren; het gebrek aan zelfvertrouwen met het steunzoeken bij de proefleider; met, als differentiatie t.o.v. een oligofrenie, zelfkritiek. Naast deze organische symptomen treffen we aan een verholde agressie en een sterk ingedroogd, arm, affectleven. Uit dit test-psychologisch onderzoek kwam dus naar voren dat: vermoedelijk t.g.v. een organisch hersenlijden de verstandelijke prestaties van patiënte gedaald zijn tot het niveau van debiliteit, terwijl de persoonlijkheidsstructuur een desintegratietendens te zien geeft, welke zich in het gedrag manifesteert met een hysterisch, soms agressief, maniakaal coloriet.

Bij deze patiënte liet het *pneumencephalogram* een matige verwijding van de ventrikels zien, terwijl het *e.e.g.* de volgende uitslag gaf: Het is licht afwijkend. Paroxysmale afwijkingen zouden kunnen wijzen op een centrencephale stoornis, maar zijn niet specifiek.

Samenvattend menen wij te mogen concluderen dat onze bevindingen bij patiënte B en C opgedaan, het bij hen aanwezig zijn van een organisch hersenlijden toch wel zeer aannemelijk maken. De familie-anamnese in aanmerking nemend, ligt het voor de hand de hier besproken ziektebeelden bij de chorea (of beter gezegd: de morbus) van Huntington onder te brengen.

- Bruyn, G. W. (1959), *Ned. T. Geneesk.*, 103, 1582.
 Delay, J. en P. L. Desclaux (1945), *Ann. Med. Psychol.*, I, 428.
 Mackenzie—van der Noordaa, M. C. (1960), *Ned. T. Geneesk.*, 104, 1625.
 Plooy, M.; Van der Meer, J. en A. Kaag (1959), *Ned. T. Geneesk.*, 103, 159 en 200.
 Rosenhagen (1938), *Zbl. Neurochir.*, 91, 331.
 Rümke, H. C. (1931), *Ned. T. Geneesk.*, 75, 5347.

VINGERVERVEN ALS BIJDRAGE TOT DE DIAGNOSTIEK

door J. J. KROON, zenuwarts, (Huize Padua te Boekel, geneesheer-directeur
 J. van Baar)

Werkzaamheden op de Creatieve Afdeling van de Jelgersmakliniek leidden enige jaren geleden tot een aantal vraagstellingen en overwegingen aangaande de diagnostische waarde van het vingerverven. Er werd een protocol geïmproviseerd voor het vastleggen van allerlei gegevens. Aan de hand van de indrukken, die op deze wijze werden opgedaan en in navolging van gegevens uit de literatuur zijn wij kort geleden in „Huize Padua” te Boekel begonnen met een uitgebreider protocol, dat, naar wij hopen, een grondslag kan vormen voor het verkrijgen van meer inzicht in het probleem van de diagnostische betekenis.

Er is reden om de vraag naar de diagnostische waarde van vingerverfsels te stellen. De ervaring leert wel, dat een serie vingerverfsels van een bepaalde patiënt incidenteel veel over hem kan leren, of datgene, wat wij reeds wisten, op voortreffelijke wijze kan illustreren. Dit houdt echter niet in, dat het vingerverven op een grote groep van psychiatrische patiënten toegepast, globaal een bijdrage tot de diagnostiek levert. Ook de literatuur geeft m.i. onvoldoende antwoord op deze vraag.

(Vooropgesteld dient, dat het begrip *diagnose* hier niet op de eerste plaats wordt gebruikt in verband met nosologische eenheden, maar in de betekenis van: het formuleren van een verkregen inzicht in de patiënt. Hoewel de diagnose in deze zin pas mogelijk is aan het eind van een plaatsgevonden behandeling of een langdurig contact, moet toch worden gestreefd naar een voorlopige visie aan het eind van de zgn. observatieperiode).

Er is een aantal facetten, die vóór de diagnostische waarde zouden kunnen pleiten:

- 1) de ervaring, die suggereert, dat een serie verfsels van één