

door J. Lansen

In dit tijdschrift is in 1972 van de hand van Rooymans (12) een artikel verschenen over consultatieve psychiatrie. Schrijver dezes wil thans vanuit zijn eigen ervaringen als consulent een soort vervolg of uitbreiding hieraan geven.

Als vanouds roept de ene arts de ander in consult, ten bate van de behandeling van een patiënt. Ook de psychiater wordt al lang voor diagnostische en therapeutische doeleinden om een consult gevraagd door een andere medicus. Het consultatieve werk van de psychiater breidt zich echter meer en meer uit. De weerslag hiervan vinden we in een toename van de literatuur over consultatie, met name in de Amerikaanse psychiatrie, terwijl de naam voor dit soort werk zich daar ontwikkeld heeft tot de term 'consultation-liaison psychiatry'. Lipowski (2, 3) definieert psychiatrische consultatie als: 'Provision of expert advice on the diagnosis, management and prevention of mental disorders by specially trained mental health professionals at the request of other health professionals and within the constraints of available knowledge and techniques'. De toegevoegde term 'liaison' heeft meer en meer betekenis gekregen naarmate de consultatieve dienst zich ontwikkelde uit de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen (in de USA ontstonden deze afdelingen vooral na 1930). De term slaat op de verbinding, die de consulenten vormen tussen psychiatrie en de rest van de geneeskunde. Eveneens op het specifieke werk dat aan de psychiatrisch consulent wordt toegedacht: de rol van bemiddelaar, communicatiehersteller, verduidelijker tussen de patiënt en één of meer behandelaars (artsen, verpleegkundigen etc.); of bij verstoorde communicatie in een behandelend team het herstel daarvan, b.v. bij stafconflicten over de behandeling. De psychiater wordt daarbij geacht vanuit zijn kennis van groepsdynamiek, interview-techniek en communicatie zijn contact-herstellend werk te kunnen doen. Alhoewel consultatief en 'liaison'-werk theoretisch te onderscheiden zijn, werkt in de praktijk een consultatieve dienst het beste als dezelfde perso-

Schrijver is als psychotherapeut verbonden aan het psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong' te Halsteren en werkt van daaruit momenteel als consulent voor milieutherapeutische problemen in diverse andere klinieken.

nen erbij zijn betrokken. Aldus Lipowski (2, 3). Rooymans merkt in zijn genoemde artikel op, dat het consultatieve werk van de psychiater vooral tot bloei is gekomen door twee factoren: de aanwezigheid van een psychiatrische afdeling binnen een algemeen ziekenhuis én de ontwikkeling van de psychosomatische geneeskunde (en deze is in zijn visie identiek met 'integrale geneeskunde', een term ingevoerd door Querido (8)).

Robert O. Pasnau (7) merkt op dat met name de 'liaison' psychiatrie zich het laatste tiental jaren reusachtig heeft kunnen ontwikkelen op de basis van sociale psychologie, sociale psychiatrie (community psychiatry) en systeemtheorie (Miller, 5, 6). Allerlei activiteiten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zijn erdoor ontstaan (onderwijs, praeventie, systeembenaderingen) ten behoeve van opsporing of behandeling van gezondheidsbevorderende resp. -schadende elementen in het milieu.

Een heet hangijzer in de Amerikaanse psychiatrie is de vraag of de psychiater, met zijn consultatieve resp. liaison-activiteiten, zich moet beperken tot de relatie met andere strikt medische gebieden, of dat hij een ruimer gebied betreden mag, n.l. dat van de geestelijke gezondheidszorg. Destijds heeft te onzent ook Rümke (11) zich wel met deze vraag bezig gehouden. Caplan (1) kiest in dezen voor het ruimere model, waarbij de psychiater consultaties verricht ten dienste van een ruimere cliëntèle (de zgn. 'consultees'), variërend van artsen en verpleegkundigen tot onderwijzers, dominees en politieagenten. Lipowski (2, 3) bekritiseert dit ruimere model, omdat men z.i. duidelijk onderscheiden moet tussen het bevorderen van de geestelijke gezondheid en het behandelen van psychische stoornissen. Dat zijn twee dingen, waarvoor verschillende bekwaamheden, begrippen, zettingen en prioriteiten van handelen vereist zijn. Verder noemt hij het onderscheid tussen professionals in de gezondheidszorg en hen die dat niet zijn. Alhoewel beide onderscheidingen zinvol kunnen zijn, verdoezelt hij m.i. een andere tegenstelling, n.l. die tussen de éne professional in de gezondheidszorg (de psychiater) en de andere (alle overige medici). Bovendien legt hij te weinig accent op de aanrakingspunten tussen de psychiaters en andere professionals op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (maatschappelijk werkenden, psychotherapeutisch geschoolde psychologen e.a.). Ten derde veegt hij de niet-medische professionals op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg op één hoop met de non-professionals op dat gebied.

Het komt mij voor dat dit alles nodeloos ingewikkeld gemaakt wordt. Wat er in de praktijk toe doet, is naar mijn mening dat er deskundig advies van de psychiater wordt uitgebracht inzake psychopathologie. Aan wie, dus aan welke 'consultee', is een zaak van opportuniteit. Vanzelfsprekend horen daar de 'klassieke' consulten, gevraagd door een andere medicus, toe. Er horen echter ook andere sleutelfiguren uit de behandelingswereld van een patiënt toe (bij een patiënt b.v. die om allerlei reële of irreële redenen niet bij een medicus terechtgekomen is). En wat de interventies

van de consulent als liaisonfiguur betreft: zijn functie als communicatiehersteller tussen de leden van een behandelend team is zowel curatief t.a.v. dat team als gezondheidsbevorderend t.o.v. de patiënt (immers behandelings-'Umwelt' verbeterend). En het kan heel goed zijn dat dat team zich buiten een kliniek en in een niet-medische zetting bevindt, b.v. de maatschappelijk werkende in zijn eigen werksfeer t.b.v. een psychisch gestoorde. Natuurlijk blijft bij dit alles een onderscheid zichtbaar tussen b.v. het curatieve aspect van psychopathologie en het positieve bevorderen van de geestelijke gezondheidszorg. Dit onderscheid is ons welbekend uit de spanning tussen de begrippen psychotherapie en welzijnswerk, psychotherapie en vormingswerk, psychotherapie en agogiek e.d. Onderscheiden is echter lang niet altijd scheiden, het is vaak een kwestie van accent. Daarbij moet dat accent wel in het oog gehouden worden: een psychiater is géén social engineer ten bate van een utopische maatschappij-ontwikkeling. Hij is dit al evenmin als de 'somatische' arts louter een 'engineer of the body' is.

Dat overigens ook te onzent onduidelijkheden rondom de rol van een consulent liggen, is aan de hand van het volgende te illustreren: schrijver dezes werd kort geleden gevraagd als adviseur ten behoeve van een revalidatie-kliniek voor CARA-patiënten, en wel met de zeer specifieke opdracht om in milieutherapeutische aspecten te adviseren, waaronder ook de stafinteractie (zoals het bij een multidisciplinair team dat 'integraal' behandelt ook betaamt). Deze opdracht past als zodanig in het concept van de 'liaison'-psychiatrie. Binnen het bestuur van deze kliniek nu werd door een medicus (geen psychiater) geopponeerd tegen de term consulent voor deze functie. Hij dacht niet alleen aan de klassieke opvatting over consulten, maar zag in die term ook een autoriteitsaspect van sterker aard dan bij de term 'adviseur'. Dit herinnert mij overigens aan de wat eerbiedige houding van de boer tegenover de landbouwconsulent die het allemaal wist. Om nu verder mijn verhaal uit de sfeer van de theoretische overwegingen te houden, zou ik gaarne aan de hand van een korte beschrijving van een zestal verschillende consultatie-activiteiten mijn opvattingen over het consultatieve werk willen toelichten. Daarbij zijn omwille van de discretie de concrete situaties niet bij naam genoemd; dit heeft echter geen betekenis voor de strekking van het geheel. (Enkele situaties zijn inmiddels veranderd.)

1 - De *beademingsafdeling* van een groot algemeen ziekenhuis. In het kader van de opleiding tot psychiater komt de assistent als consulent op deze afdeling, incidenteel. Het incident vindt overigens tamelijk frequent plaats: het consult wordt vrijwel altijd gevraagd voor een patiënt die kort tevoren een suicide-poging heeft gedaan, meestal met medicamenten. De patiënt in kwestie is meestal spoedig in goede algemene gezondheidstoestand en nu komt de vraag: wat nu? Naar huis met of zonder nader psychiatrisch contact? Overplaatsing naar een andere afdeling (psychia-

trie) omdat er nog teveel suïcide-gevaar is? In zijn beoordeling betreft de consulent ook de achtergronden van het gebeurde. Een gesprek met de naaste familie kan in deze fase nauwelijks tot stand komen – de patiënt is n.l. op deze afdeling klaar en moet weg. De vraag om een consult is in dit geval dus de vraag om overname van de behandeling. Het consult is routine, de situatie wat deze afdeling betreft volkomen gedetermineerd: er is alleen maar een uitgang die snel bereikt moet worden. Het werk van de consulent is diagnostisch, curatief beperkt, en mede bepalend voor het verdere verloop van de behandeling (elders). De taak t.o.v. de 'consultee' is miniem, evenals t.o.v. het hele therapeutische team van deze afdeling. Er is géén liaison-werk.

2 – De afdeling *otologie*, speciaal de kinderafdeling, in een groot algemeen ziekenhuis. Hier worden de opgenomen kinderen (meestal kleuters) als routine gescreend door een consulent van de afdeling kinderpsychiatrie. Doorgaans zijn zij reeds op de afdeling zelf of vóór opname psychologisch onderzocht. Op de afdeling begeleidt een pedagoog de kinderen. Het consult bestaat uit een onderzoek van het kind en een gesprek met de pedagoog, die behalve met het kind ook met de ouders contact heeft. De vraagstelling is hier niet helemaal duidelijk. Er zijn bij de meeste kinderne gegevens genoeg vergaard door psycholoog of pedagoog. Nog eens doornemen van de anamnese, sociale en psychologische gegevens en eigen onderzoek levert zelden belangrijke gezichtspunten op. De psycholoog en de pedagoog vinden, zo blijkt tenslotte, het consult dan ook eigenlijk overbodig, evenals de consulent zelf. Wat is echter het geval? De betreffende otoloog resp. kinderarts acht zich in geweten het best verzekerd als er ook een medicus bij de situatie is betrokken, die het veld van de gedragswetenschappen uit de praktijk kent. Bovendien is de consulent de functionaris, die in voorkomende gevallen de brug moet leggen naar de polikliniek van de afdeling kinderpsychiatrie voor speciaal onderzoek resp. therapieën. De 'consultee' is hier eigenlijk een tweetal instanties: de otoloog resp. kinderarts, die in deze zetting overigens weinig contact heeft met de consulent, doch die wel de structuur bepaalt van de afdeling (hiërarchisch); en de pedagoog, aan wie het contact met de consulent door de eersten is gedelegeerd, doch die niet vrij is in het vragen van een consult – het consult is vaste prik. De geschetste constructie laat al iets zien van de rigiditeit van de afdeling. De milieutherapeutische kwaliteiten ervan kunnen door de pedagoog maar matig worden beïnvloed. Adviezen in deze richting van de consulent uit kunnen slechts via een tour de force het hogere echelon bereiken. De liaison-functie is te verwaarlozen: de consulent mag de pedagoog bewaken, zodat er geen fouten zullen voorkomen; in voorkomende gevallen mag (moet) hij de behandeling overnemen.

3 – Een *revalidatiekliniek*. Hier worden na een korte diagnostische resp. acute-behandelingsfase op de interne afdeling van een

universiteitsziekenhuis patiënten met allerlei klachten opgenomen, grotendeels om 'na te kuren'. Het is een diagnostisch nogal uiteenlopende groep met veel CARA-patiënten en veel alcoholisten met ernstige beschadiging van het leverparenchym. De geneesheer-directeur, doordrongen van de ernst van de psychopathologie bij vele patiënten, kan geen vaste psychiater vinden als 'klassiek' consulent (het is een buitenlandse kliniek in een afgelegen streek). Bij wijze van experiment wordt schrijver dezes, die in de buurt werkt ten behoeve van een andere populatie, ingeschakeld.

De consulent wordt geconfronteerd met een duidelijk op de patiënt gerichte vraag naar diagnostische en therapeutische beoordeling. Vaak komt de vraag naar de ernst van het organische psychosyndroom; nogal eens de vraag om advies inzake de behandelingsperikelen met een hysterische persoonlijkheid. Net als Rooymans voelt de consulent zich hier overstelpt met werk. Evenals hij vraagt hij zich af: waarom voor deze patiënt wél een consult en voor gene niet? Ook hier blijkt de involvering van de behandelende artsen (onzekerheid door het gedrag van de patiënt en zich daar verantwoordelijk voor voelen) een grote rol te spelen bij het vragen om een consult. Frustrerend is hier dat er zeer eenzijdig medisch-verpleegkundig gedacht wordt. De staf, met name de verpleegkundige staf, is niet toe aan iets anders. Tegen de afspraak in komen uitsluitend de artsen naar het overleg met de consulent aan het einde van de dag. De verpleging laat ook aan de patiënt duidelijk zijn minachting merken, als hij naar de psychiater 'moet'. Hier zou een algemene situatieberading gewenst zijn, met voorlichting aan en vorming van medewerkers in diverse sectoren, om zich anders t.o.v. de te revalideren patiënt op te stellen. In het verlengde daarvan zou een strategie opgesteld kunnen worden over de invoering van een niet uitsluitend fysiotherapeutisch resp. conditie-aankwekend dagprogramma, over de multidisciplinaire samenwerking en nog veel meer. Hiervoor is een 'zwaarder' consulentschap, althans tijdelijk, vereist; in een kliniek als deze zou dit gedurende enige tijd een full-time liaisonwerk kunnen inhouden, van een psychiater die tot het eigen volk behoort resp. het zeer goed kent.

4 - Deze illustratie is de eerste *buiten de strikt medische sfeer*. Het betreft een vorm van consulentschap voor een kleine en enigszins geïsoleerd levende, religieus aparte bevolkingsgroep met in sterke mate eigen zeden en gewoonten. Zowaar zijn er enkele maatschappelijk werkenden en psychologen uit eigen kring voortgekomen en, nog verbazingwekkender, binnen eigen kring teruggekeerd. De meeste sociale en psychologische problemen van de mensen van deze groep worden opgelost door eigen geestelijken, die hoog in aanzien staan. De 'eigen' psychologisch-maatschappelijke dienst komt op de tweede plaats. Evenwel 'lukt' daar ook niet alles - voor het niet weglappende deel van het overschot wordt de hulp van buiten ingeroepen, gezien de problematiek van de pa-

tiënt dikwijls niet ten onrechte de psychiater. Een ietwat komische situatie doet zich voor: de psychiater als minst geachte der hulpverleners moet in het moeilijkste werk de juiste raad geven (niet ongebruikelijk, maar zelden zo duidelijk). Ook de patiënt in kwestie kan de psychiater niet anders zien dan de zoveelste bemoeial, in het verlengde van de anderen komend, die hij trouwens óók al heeft verslagen. Dat er desalniettemin toch wel eens iets goeds gebeurt tussen psychiater en patiënt, ondanks deze structuur, is waarschijnlijk het gevolg van een solidariteit; beiden zijn in deze groep out-laws. Dat was overigens niet de bedoeling van het consult: de consultee wil alles in handen houden, de psychiater is potentieel gevaarlijk, de patiënt kan ten onrechte ontsnappen. Terecht houdt de consultee de touwtjes in handen, zijn uitgangspunt was: behandelingsadvies van de psychiater, géén behandeling dóór de psychiater. Zolang de patiënt het daarmee eens is, moet daar dan ook maar zo blijven. Helaas is de consultee zelf meestal niet open genoeg. En de totale situatie is onmogelijk te beïnvloeden: het systeem zit potdicht en is alleen met listen te verschalken. Een dergelijke positie als psychiatrisch consulent is niet te benijden. De pressie op de consulent, eventueel via telefoontjes, is zeer groot: het liefst zien de consultee en het systeem de patiënt ontoerekenbaar gek verklaard.

5 – Een aantal *maatschappelijk werkenden* in een perifere regio (bij verschillende diensten) voelt dringend behoefte aan psychiatrische consultatie. Hun 'hoofd' (niet hiërarchisch maar gezien leeftijd en ervaring) zocht daarnaar en ontmoet schrijver dezes, die bereid is een tijd aan de vraag te voldoen. Het interessante is, dat er nu geruime tijd verstrijkt voor er iets gebeurt – geen wonder misschien voor degene die verneemt, dat het hoofd in kwestie lijdende is aan anorexia nervosa, en zich sociaal nog net kan handhaven. De vrouw in kwestie heeft mij als het ware een tijd verstoep; haar collega's komen het echter toch te weten en dwingen haar tot capitulatie. Besloten wordt tot regelmatige bijeenkomsten met gevalsbesprekingen, vanwaaruit individuele patiënten aan mij incidenteel worden voorgesteld. De mensen die als patiënt voor deze besprekingen worden voorgesteld, blijken nu een aantal cliënten te zijn die om allerlei redenen niet de 'gewone' gang naar de psychiater gemaakt hebben (grote geografische afstand, persoonlijke afkeer, negatieve ervaring van huisartsen met psychiaters). Ook hier geldt dat de maatschappelijk werkenden in hen sterk geïnvolveerd zijn. Toch krijg ik de indruk, dat de screening van deze relatief ongeoefende 'consultees' goed werkt – de zwaardere pathologie komt duidelijk aan de orde (verslavingsproblematiek, zware fobieën, affectief en pedagogisch verwaarloosde jeugd). In korte tijd komt nu een voorlopige consultatiedienst tot stand, waarbij de consulent adviseert bij gevalsbesprekingen (zoals soms in een Balint-groep), verwijst naar andere behandelende instanties (IMP b.v.) en supervisie geeft aan twee maatschappelijk werkenden inzake een groepstherapie die nu aan-

vangt (supervisie en consulentschap laten zich soms niet verdragen t.a.v. dezelfde hulpverlener). Het lijkt iets weg te hebben van de consultatieve dienst voor het eerste echelon, zoals die van een S.P.D. kan uitgaan (Romme, 9). Duidelijk is dat er belangrijke beïnvloeding naar de 'consultee' kan uitgaan, van grote vormende waarde.

6 - Een *vereniging van cliënten* op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg heeft, zo denken zij, de hulp van een psychiatrisch consulent nodig. Dat is ook de mening van de medewerkende pastores, maatschappelijk werkenden en goedwillende personen. Aan de consulent wordt gevraagd enkele mensen met psychiatrische problematiek te zien, die kopschuw zijn voor de 'gewone' psychiater (naar later blijkt vaak heel terecht). Daar er naar het resultaat van de bemoeienis wordt geïnformeerd, is er op het punt van beroepsgeheim geen probleem. De consulent is hier een bijzonder behandelend psychiater. Er is echter méér. Er worden adviezen gevraagd inzake hulpverlening door resp. aan verenigingsleden. Resultaat hiervan is dat in overleg besloten wordt: (a) een aantal non-professionele hulpverleners, al dan niet cliënten, door de consulent te laten superviseren; (b) een gespreksgroep op te zetten van echtparen, waarvan één of beide leden in dit opzicht cliënt is. De consulent zal deze groep begeleiden. Deze voornemens mislukken jammerlijk (a) omdat er bij de non-professionals grote angst is zich te laten superviseren; zoals overigens ook bij vele professionals is er wel de bereidheid om anderen te helpen, maar niet de bereidheid om de vraag te bekijken van: 'helpen, waarom?'; (b) omdat de meerderheid der deelnemers het liever bij social talk houdt.

Wat is hier het nut van het consulentschap? Alleen het psychiatrisch behandelen van een aantal individuele patiënten, die anders hieraan niet toegekomen zouden zijn. De 'consultees' in kwestie, variërend van bestuurslid, pastoraal medewerker enzovoorts tot vrijwillige helper, zijn in toenemende mate geschrokken. Het is een schrale troost dat ook dat positief kan worden gewaardeerd. De ervaring laat echter een conclusie toe: de cliëntenvereniging in kwestie is een systeem, waar men niet zonder meer als consulent in kan schieten, maar dat als zodanig vraagt om een omzichtige systeem-benadering.

Na dit zestal illustraties moge het wellicht duidelijk zijn dat het jammer zou zijn, wanneer de psychiatrische know-how (in allerlei opzicht) slechts ter beschikking zou worden gesteld van andere medici, zoals de beperktere opvatting dat wil. De deskundigen die in aanraking komen met psychopathologie worden in de praktijk veelal ook buiten de medische sfeer aangetroffen, en kunnen op hun gebied ook hulp verlenen. De zgn. 'therapeutische groep', waarvan in de consultatie-literatuur nogal sprake is en waarmee bedoeld wordt de groep van hulpverleners, is waarlijk méér dan alleen het therapeutische team op een ziekenhuisafdeling. Uit de

illustraties blijkt, dat dáár trouwens lang niet altijd zinvolle beïnvloeding nodig of mogelijk is. Ik heb in mijn voorbeelden vooral de nadruk gelegd op de zetting, waarin de consultaties plaatsvonden. Dat is trouwens ook geheel in overeenstemming met de ontwikkeling van de consultation-liaison psychiatrie in de Angelsaksische wereld. Niet alleen de patiëntenpopulatie in kwestie, niet alleen de consultee en diens behoefte (wat is diens vraag áchter de vraag), maar vooral ook de zetting, waarin de patiënt is opgenomen en waarin de 'consultee' werkt zijn erg belangrijk: de situation-approach.

Ik wil hieraan toevoegen de kwaliteiten, die naar mijn mening een goed psychiatrisch consulent dient te hebben:

Een psychiatrisch consulent dient in de eerste plaats een goed arts te zijn, die de integrale aanpak in de geneeskunde voorstaat. Voor zijn werk in klinieken dient hij algemeen medische problemen en de klinieksfeer goed te kennen. Diagnostisch moet hij goed geschoold zijn. Theoretisch moet hij in een brede zin thuis zijn in allerlei psychotherapieën en psychotherapeutische interventies. Hij moet anderen kunnen superviseren. Van minder belang is, of hij zelf zeer specifieke behandelingsmethoden uitvoeren kan (b.v. een psychoanalyse); wel moet hij de reikwijdte van deze specifieke behandelingsmethoden kennen om patiënten goed te kunnen verwijzen. Voor zijn werk in klinieken met name is het belangrijk dat hij de medicamenteuze behandeling kent en in acute gevallen kan helpen ingrijpen. Zijn kennis moet hij aan hulpverleners van zéér verschillende achtergrond overbrengen; dit vereist een goed vertalingsvermogen vanuit vakjargon (dat hij niet gebruiken moet) naar andere disciplines en zekere didactische gaven. Last but not least: hij moet een goed oog hebben voor het behandelingsstelsel, waarin de patiënt resp. de 'consultee' participeren, en dit vergt een zekere scholing in systeemtheorie.

Het effect van de werkzaamheid van een psychiatrisch consulent in een kliniek of wat voor stelsel dan ook hangt niet alleen van zijn kwaliteiten als vakman af, maar ook van de openheid van dat stelsel, van het algemene psychohygiënische klimaat aldaar, van de bereidwilligheid van de medewerkers om samen te werken en zich te laten vormen e.d. Zijn deze systeemfactoren negatief, dan kan het effect van de werkzaamheid van de consulent tot nihil gereduceerd worden. Zijn deze factoren echter positief, dan kan dit effect via een soort van hefboomwerking veel groter zijn dan de inbreng van een psychiater ter plaatse alléén hebben zou. Daarom moet een consulent, aler hij op een verzoek tot consultatie ingaat, eerst een soort milieu-onderzoek doen naar de zetting, het 'stelsel', en een soort diagnose stellen hierover; vervolgens dient hij de consultee(s) te beraden over de nodige gewenste veranderingen. Als men het in positieve zin met elkaar eens is geworden, kan een begin van werkzaamheid worden gemaakt. Daarna is het zaak, steeds bij te sturen, wederom met het oog op het hele stelsel.

Met een noot over literatuur moge ik eindigen. Over consultatie

bestaat een nuttig overzicht (Lipowski, 2, 3), een handboek (Schwab, 12) en een kritisch overzicht betreffende consultatie-research (Manningo, Shore, 4).

Literatuur

- 1 Caplan, G.; *The theory and practice of mental health consultation*. New York, Basic Books, 1970, pp. 19-34.
- 2 Lipowski, Z. J.; Consultation-liaison psychiatry: past, present and future. In: *Consultation-liaison psychiatry*, zie: Pasnau. New York, Greene and Stratton, 1975.
- 3 Lipowski, Z. J.; Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, I, II, III. *Psychosom. Med.* 29: 153-171, 1967; 29: 201-224, 1967; 30: 395-422, 1968.
- 4 Mannino, F. V., Shore, M. F.; *Consultation research in mental health and related fields*. Washington D.C., US Dept. of Health Education and Welfare, Public Health Monograph, No. 79.
- 5 Miller, W. B.; Psychiatric consultation I. A general system approach. *Psychiatry Med.* 4: 135-145, 1973.
- 6 Miller, W. B.; Psychiatric consultation II. Conceptual and pragmatic issues of formulation. *Psychiatry Med.* 4: 251-271, 1973.
- 7 Pasnau, Robert O.; Preface. In: *Consultation-liaison psychiatry*. Ed. Robert O. Pasnau, pp. IX-XI. New York, Greene and Stratton, 1975.
- 8 Querido, A.; *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. Stenfert Kroese, Leiden, 1965.
- 9 Romme, dr. M. A. J.; Noodzakelijke contacten van S.P.D. met intra- en extra-murale geestelijke gezondheidszorg en overige diensten voor maatschappelijke gezondheidszorg. *Ned. T. v. Psychiatrie*, 14, 1972, pp. 418-434.
- 10 Rooymans, dr. H. G. M.; Consultatieve psychiatrie. *Ned. T. v. Psychiatrie*, 14, 1972, pp. 19-38.
- 11 Rümke, dr. H. C.; Een bloeiende psychiatrie in gevaar. In: *Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie*. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1958, pp. 11-30.
- 12 Schwab, J. J.; *Handbook of psychiatric consultation*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1968.