

CONSULTATIEVE PSYCHIATRIE*

door Dr. H. G. M. ROOYMANS

(hoofd afd. Consultatieve Psychiatrie
van de Psychiatrische Universiteits-
kliniek, Groningen)

INLEIDING

De bovenstaande titel klinkt wat weids. Hij past eerder bij een handboek dan boven een artikel. Zoals gebruikelijk, haast ik mij dan ook mee te delen dat de vlag de lading niet helemaal dekt. Een uitgewogen verhandeling over consultatieve psychiatrie moet u niet verwachten. Wat dan wel?

Ik voelde de behoefte een aantal ervaringen en indrukken uit het consultatieve werk van alledag te ordenen en op papier te zetten. Men maakt als psychiatrisch consulent in een algemeen ziekenhuis natuurlijk allerlei dingen mee. Geleidelijk ontdekt men dat sommige ervaringen van meer dan incidentele betekenis zijn. En dat ze iets 'eigens' hebben: al consulterende stuit men op een aantal fenomenen die men niet, of in veel minder duidelijke mate, tegenkomt in andere branches van het psychiatrisch bedrijf.

Waar de consultatieve psychiatrie voor velen een onbekend gebied is (er is bij mijn weten in Nederland nauwelijks over geschreven**), lag het voor de hand de ervaringen te ordenen in het raam van een globale terrein-verkenning. Toch een overzicht dus van de consultatieve psychiatrie, maar een *subjectief* overzicht. Bepaalde punten zullen sterk de aandacht krijgen terwijl andere aspecten niet of nauwelijks zullen worden belicht.

Basis van dit referaat is een overzicht van de in een tijdsperiode van een half jaar in consult geziene patiënten (159 patiënten). Het materiaal is vanuit verschillende gezichtshoeken doorgelicht. De resultaten van deze analyse zijn ten dele in tabellen weergegeven.

Op basis van de cijfers zal vooral worden ingegaan op de vraag waarom een psychiatrisch consult wordt aangevraagd. Behandeling van deze vraag — die van beslissende betekenis is in het consultatieve werk — zal ampel gelegenheid bieden een aantal verschillende aspecten van de consultatieve psychiatrie te belichten. Voordat het probleem van het waarom-van-een-consult aan de orde komt, zal kort iets worden gezegd over de vraag wat consultatieve psychiatrie eigenlijk is. Tenslotte zullen

* Tekst van een referaat, gehouden voor de staf van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen.

** Het boek van Weyel 'Psychiatry and General Practice' (1958) behandelt vanuit een andere gezichtshoek weliswaar enkele basisproblemen, maar geeft uiteraard geen overzicht.

in het laatste gedeelte van dit artikel enkele opmerkingen worden gemaakt over de houding van artsen en patiënten tegenover psychiatrische consulten, en over de aan patiënten geboden hulp.

WAT IS CONSULTATIEVE PSYCHIATRIE?

LIPOWSKY (1967a) omschrijft consultatieve psychiatrie als een deel van de klinische psychiatrie, omvattende alle diagnostische, therapeutische, onderwijs- en research-activiteiten van psychiaters in de niet-psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis. Consultatieve psychiatrie wordt in de Engelstalige literatuur ook wel aangeduid met de term *liaison psychiatry*. Er bestaat een vrij grote en groeiende literatuur over, met name uit Amerikaanse bron. Consultatieve psychiatrie is duidelijk in opmars.

De opkomst van de consultatieve psychiatrie hangt vanzelfsprekend direct samen met het totstandkomen en de ontwikkeling van psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. De al eerder genoemde Lipowsky noemt de groei van deze afdelingen een van de belangrijkste ontwikkelingen in de Amerikaanse psychiatrie sinds de Tweede Wereldoorlog. LINN (1959) laat zich in dezelfde geest uit. KAUFMAN (1953) noemt *'liaison psychiatry'* *'the most significant division for the role of psychiatrists in a general hospital.'* De grote belangstelling voor de betekenis die de psychiatrie kan hebben in een algemeen ziekenhuis, weerspiegelt zich in uitgaven van gebundelde publicaties, als o.a. van Linn (1961): *'Frontiers in General Hospital Psychiatry'*, Zinberg (1964): *'Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital'*, Bandler (1966): *'Psychiatry in the General Hospital'*. Ze bevatten bijdragen van velerlei aard (en van sterk uiteenlopende waarde) over de relatie tussen de psychiatrie en de 'somatische' disciplines.

De opkomst van de consultatieve psychiatrie is ook vanuit een andere gezichtshoek te belichten: vanuit de ontwikkeling van de *psychosomatische geneeskunde*. Volgens LIPOWSKI (1967a, 1968) heeft de psychosomatische geneeskunde zich in twee hoofdrichtingen vertakt: enerzijds de psychofysiologische research, anderzijds de consultatieve psychiatrie waarin de psychosomatische benaderingswijze wordt toegepast en gepropageerd. Het is in dit verband opvallend dat de term *'psychosomatisch'* in de geciteerde omschrijving van het werkterrein van de consultatieve psychiatrie ontbreekt. Dat is niet toevallig. Lipowski stelt dat een consulent in *'psychosomatische geneeskunde'* waarschijnlijk het slachtoffer zou worden van een verkeerde interpretatie van zijn functie: hij zou alleen worden gezien als expert op het gebied van de z.g. psychosomatosen. Hij zou ook, kan men hieraan toevoegen, veel weerstanden oproepen bij zijn somatische collegae. En niet geheel ten onrechte. De term psychosomatisch heeft in de loop der jaren heel wat verwarring gesticht. Na een periode van stormachtige belangstelling, hoog-

gespannen verwachtingen en groot (zij het niet altijd gerechtvaardigd) optimisme, is de psychosomatiek, zoals men deze althans gemeenlijk opvatte en bedreef, de laatste jaren wat 'uit' geraakt.

De tanende belangstelling, zowel van psychiaters als van 'somatici', heeft verschillende oorzaken. Het zou te ver voeren hierop uitgebreid in te gaan. Volstaan mag worden met de aanduiding van enkele m.i. kardinale punten:

(1) Hoewel de psychosomatische geneeskunde werd geïntroduceerd als een benaderingswijze die men kon gebruiken bij *alle* somatische ziekten, kromp het werkterrein spoedig vrijwel geheel in tot bestudering van een *aantal* lichamelijke ziekten, de z.g. psychosomatosen. Hierdoor werd het misverstand opgeroepen als zouden er psychosomatische en niet-psychosomatische ziekten bestaan. 'Psychosomatisch' is echter niet een kenmerk van een aantal ziekten, het is een wijze van kijken.

(2) Het oorspronkelijke leerstuk van de *specificiteit*, d.w.z. het postulaat dat bij een bepaalde emotionele constellatie een bepaald, specifiek somatisch correlaat hoorde, bleek niet houdbaar. In de afgelopen decennia is veel onderzoek verricht naar het persoonlijkheidsprofiel en de psychodynamiek van lijders aan z.g. psychosomatische aandoeningen. In de laatste jaren is de scepsis dienaangaande gegroeid; men zie bv. het kritische literatuur-overzicht van MORDKOFF en PARSONS (1967) over de 'coronary personality', en het meer algemene uitvoerige overzichtsartikel van LIPOWSKI (1968). Het onderscheid tussen *specificiteit* en *'typiciteit'* werd niet altijd voldoende in het oog gehouden: een bepaald gedragspatroon of emotionele constellatie kan typisch zijn bij een bepaalde ziekte zonder specifiek daarvoor te zijn; met een aan VAN DIJK (1970) ontleende vergelijking: vliegen is typisch voor vogels maar geenszins specifiek voor vogels.

(3) Vaak werd een te simpel denkmodel gehanteerd, (resp. werd de indruk gewekt dat men dat deed), in de zin van: emotionele constellatie is *oorzaak*, somatische ziekte *gevolg*. Met zo'n model is men niet zo gek ver verwijderd van monocausaal denken. Het gevolg bleef dan ook niet uit: een eindeloze en volstrekt zinloze strijd tussen 'psychici' en 'somatici'. Het feit dat de veelal psychoanalytisch georiënteerde onderzoekers vroeger hun meningen nogal eens naar voren plachten te brengen in een esoterisch getint jargon, deed begrijpelijkerwijs de weerstanden der andere zijde niet bepaald verminderen. (Men kan dit soort ontwikkelingen alleen maar goed begrijpen als men zich realiseert hoe groot de verleiding is monocausaal te denken. Het zou zoveel simpeler zijn als iedere ziekte één oorzaak, of één groep van oorzaken had. Als psychiatrische stoornissen uitsluitend het gevolg zouden zijn van een defect cerebrum of van slechte maatschappelijke structuren).

Omschrijft men psychosomatiek als die benaderingswijze, waarbij aandacht wordt besteed aan de psychische en sociale aspecten van de somatische ziekte en het ziek-zijn (zowel m.b.t. etiologie en pathogenese

als m.b.t. de 'gevolgen' van de somatische ziekte), dan blijft de psychosomatische 'approach' uiteraard dé basishouding van de psychiatrische consultant. Op deze wijze opgevat valt psychosomatiek samen met de door QUERIDO (1955) geïntroduceerde term 'integrale geneeskunde'.

HET WAAROM VAN EEN PSYCHIATRISCH CONSULT

1 *Enkele gegevens over het patiëntenmateriaal* — In de tijdspanne van een half jaar werden 159 patiënten (een- of meermalen) gezien.*

Tabel 1, leeftijds- en sexeverdeling

leeftijd	M	V	M + V	%
16-25	12	35	47	29.6
26-35	9	22	31	19.5
36-45	11	6	17	10.7
46-55	11	14	25	15.7
56-65	13	6	19	11.9
66-75	8	8	16	10.1
76 en ouder	2	2	4	2.5
totalen	66 (41.5%)	93 (58.5%)	159	100

De leeftijds- en sexeverdeling van de onderzochte patiënten is weergegeven in *Tabel 1*. Twee punten vallen op: 1. het aantal vrouwen overtreft het aantal mannen (58.5% tegen 41.5%); 2. De jongere leeftijdsklassen zijn nogal sterk vertegenwoordigd: vrijwel de helft (49.1%) is 35 jaar of jonger.

Dat meer vrouwen werden gezien dan mannen is *niet* terug te voeren op de opbouw van de ziekenhuispopulatie. Jaaroverzichten van het totaal aantal opnames in het Academisch Ziekenhuis te Groningen geven naar sexe uitgesplitst vrijwel een fifty-fifty verhouding te zien.**

In de mij bekende literatuur wordt zonder uitzondering een zelfde ongelijke sexeverdeling gerapporteerd. In het overzicht van EILENBERG (1965) uit de Mayo-Clinics over 197 patiënten vindt men een verhouding van 59.5% vrouwen tegen 40.5% mannen. FLEMINGER en

* Dit cijfer heeft alleen betrekking op de door mij (en in enkele gevallen door een waarnemer) onderzochte patiënten. Consulten die in avond- en nachturen, en in weekend-diensten door de dienstdoende assistenten werden verricht, konden door onvoldoende registratie niet worden meegerekend. Het totaal aantal in consult geziene patiënten in de onderzochte tijdspanne van een half jaar is dus hoger dan het hier gegeven aantal van 159. Hoeveel hoger is niet precies te zeggen (naar grove schatting 10-15%).

** Totaal aantal opnames in 1969: 17.876, waarvan 8829 mannen en 9047 vrouwen.

MALLETT (1962) geven op: 64.4% vrouwen, 35.6% mannen (Guy's Hospital, London; overzicht over 337 patiënten), KENYON en RUTTER (1963): 72.4% vrouwen, 27.6% mannen (Londen; overzicht over 319 patiënten), SCHWAB et al. (1964): 63% vrouwen, 37% mannen (Florida; 100 patiënten).

Ook de sterke vertegenwoordiging van jongere leeftijdsklassen komt men in de literatuur nogal eens tegen. Bij FLEMINGER en MALLETT (1962) is 50% onder de 39 jaar, bij KENYON en RUTTER (1963) 48% onder de 39 jaar. De overige, net genoemde auteurs geven geen totaalcijfers.

Tabel 2, verwijzende afdelingen

afdeling	aantal	%
Interne Kliniek (kliniek 41; polikliniek 16)	57	35,8
Neurologische Kliniek (kliniek 16; polikliniek 6)	22	13,8
Chirurgische Kliniek (kliniek 18; polikliniek 3)	21	13,2
Gynaecologische Kliniek (inclusief Verlosk. afdeling)	36	22,6
Kliniek voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde	11	6,9
Dermatologische Kliniek	3	1,9
Neurochirurgische Kliniek	4	2,5
Oogheelkundige Kliniek	1	0,6
Beademingscentrum	4	2,5
totaal	159	99,8

De *herkomst* van de patiënten is weergegeven in Tabel 2. De Interne Kliniek ligt aan kop met 35.8% van het totaal. Daarna volgt de afdeling Gynaecologie/Obstetrie met 22.6%. De in tabel 2 staande cijfers zijn om verschillende redenen nauwelijks te vergelijken met gegevens uit de boven aangehaalde literatuur. Niet altijd zijn alle afdelingen, die in tabel 2 staan opgesomd, aanwezig in de ziekenhuizen waaruit werd gerapporteerd. Voorts kennen de betreffende ziekenhuizen vaak een anderssoortige afdelingsopbouw dan een Nederlands academisch ziekenhuis; zo worden de Inwendige Geneeskunde, de Neurologie en de Dermatologie vaak tot één 'department' ('Medicine') gerekend. Dit 'department' blijkt gemeenlijk de grootste groep patiënten te leveren.

2 *De reden van consult-aanvragen* — Op het eerste gezicht heeft de vraag waarom men in niet-psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis een psychiater in consult roept, veel van een open deur. Het antwoord lijkt voor de hand liggend: omdat men een psychiatrische aandoening vermoedt, resp. heeft vastgesteld. Het kan zijn dat men te maken heeft met een complicatie van, of een reactie op een somatische aandoening; het is ook mogelijk dat zich de vraag voordoet of de so-

matische klachten niet te zien zijn als symptomen van een (onderliggende) psychiatrische ziekte. Klassieke 'medische' vraagstellingen kortom, die om een 'medisch' antwoord vragen: de psychiatrische diagnose, met aansluitend hierop eventueel een voorstel tot therapie. De vraag waarom men een psychiater in consult roept lijkt niet te verschillen van de vraag waarom men b.v. een internist in consult vraagt op niet-interne afdelingen.

Zoals u waarschijnlijk al vermoedde, ligt het niet zo eenvoudig; niet voor niets vormt de bespreking van het waarom-van-een-consult het pièce de résistance van dit referaat. Met een 'patient-centered approach' is de kous bepaald niet af. Daarover echter later. We blijven voorlopig nog even met beide benen stevig op de klassiek-medische grond.

Tabel 3, redenen van consult-aanvraag

A	Onderzoek naar aanwezigheid van psychische oorzaken van niet (of onvoldoende) verklaarde somatische klachten en/of verschijnselen	42	26.4%
B	Psychische klachten en/of verschijnselen — als reactie op somatisch lijden — losstaande van somatisch lijden — bij afwezigheid van somatisch lijden	58	36.5%
C	Suïcidepogingen	30	18.9%
D	Secundaire amenorrhoe (Gynaecologische Kliniek)	16	10.0%
E	Diversen	13	8.2%
totaal		159	100 %

In tabel 3 zijn de redenen van consult-aanvraag in een aantal groepen ondergebracht. De indeling is ruw, en vooral door de praktijk bepaald. (Zo dankt b.v. groep D haar bestaansrecht alleen aan het feit dat ik op verzoek van de afdeling Gynaecologie alle aldaar wegens secundaire amenorrhoe opgenomen patiënten zie; het psychiatrisch onderzoek is deel van het 'routine-pakket'). De indeling spreekt voor zichzelf. Groep B is, zoals men ziet, een nogal heterogene groep. Differentiatie binnen deze groep bleek nogal moeilijk uitvoerbaar en leverde binnen het kader van een globale indeling weinig zinvolle 'meerwaarde' aan relevante informatie op. (Het al of niet hebben van aantoonbare somatische afwijkingen komt later nog aan de orde).

De cijfers behoeven weinig commentaar. Wel vestig ik er de aandacht op dat haast 1/5 van de consult-aanvragen suicidepogingen betreft: een niet onaanzienlijk aantal. FLEMINGER en MALLETT (1962) geven in hun overzicht (uit Londen) aan, dat 12% van de consulten werd aangevraagd wegens een suicidepoging. KENYON en RUTTER (1963) (eveneens Londen) geven een cijfer op van 23.2%.

Het blijkt in het algemeen erg moeilijk te zijn uit de diverse publikaties een indruk te krijgen van de redenen van consult-aanvraag; iedere

auteur gebruikt zijn eigen indeling (ik ben daar geen uitzondering op). Er wordt nogal eens onderscheid gemaakt tussen 'diagnosis en 'management' (b.v. STEWART, 1962); zelden wordt geëxpliciteerd wat met deze termen precies wordt bedoeld (zie ook LIPOWSKI, 1967b).

Er is iets met *de patiënt* aan de hand — met deze woorden zou men de eerste benaderingswijze van het probleem van het waarom-van-een-psihiatrisch-consult kunnen aanduiden. De patiënt heeft 'iets psychiatisch' — vandaar het consult. De 'medische' vraag roept om een 'medisch' antwoord. Wát is er aan de hand?

3 *De patiënt en 'zijn ziekte'* — Wat vindt men? Er is uiteraard boeiende casuïstiek over te geven — wat ik echter niet zal doen. Mijn bedoeling is een geordend overzicht te bieden. Getracht is vanuit een aantal verschillende diagnostische gezichtshoeken het patiëntenmateriaal te doorlichten.

De eerste diagnostische vraag die aan de orde komt, is een *niet-psihiatrische*: hoe ligt het met het al dan niet hebben van somatische afwijkingen? M.a.w.: bij hoeveel patiënten was sprake van een, op het tijdstip van het consult bekende somatische ziekte of aandoening, en bij hoeveel patiënten was dat *niet* het geval? De resultaten staan in tabel 4. Uitgesloten van de berekening zijn die patiënten die ik routinematig zie (de groepen C en D uit tabel 3). Resteerden 113 patiënten. (Vermeld zijn tevens de soort van ziekte, resp. bij afwezigheid van ziekte, de soort van klachten).

Tabel 4, in consult geziene patiënten (minus routine-consulten*) gesplitst naar aan- of afwezigheid van somatische afwijkingen, en naar aard van afwijkingen, resp. klachten

I Somatische afwijkingen	71	62.8%
— hart-, vaat- en bloedziekten	15	
— neurologische aandoeningen	11	
— gynaecologische aandoeningen	9	
— nierziekten en urologische aandoeningen	9	
— K.N.O.-aandoeningen	7	
— carcinomen vzw. niet vallend onder eerder genoemde rubrieken	4	
— andere groepen en diversen	16	
II Geen somatische afwijkingen	42	37.2%
— gastro-intestinale klachten	8	
— cardiale/pulmonale klachten	7	
— 'psychische' klachten	7	
— hoofdpijnklahten	4	
— 'toevallen'	4	
— rugklachten	2	
— andere groepen en diversen	10	
totaal	113	100 %

* 'routine'-consulten zijn de groepen C en D uit tabel 3, in totaal 46 patiënten.

Ruim 60% somatische afwijkingen, haast 40% niet. EILENBERG (1965) en FLEMINGER en MALLETT (1962) vinden vrijwel dezelfde verhouding. KENYON en RUTTER (1963) geven aan dat 14.7% van hun patiëntenmateriaal geen somatische afwijkingen had.

Komen we nu op meer psychiatrisch terrein. Zoals bekend pleegt het classificeren van psychiatrische aandoeningen nogal wat hoofdbreken te geven. Geen classificatiesysteem voldoet geheel. Waar het onderhavige patiëntenmateriaal voor een belangrijk gedeelte gekenmerkt is door een verweven-zijn van psychische met somatische pathologie, zijn de problemen waarop men stuit bij een poging tot indeling zo mogelijk nog groter dan normaal al het geval is. De in tabellen 5 en 6 gegeven classificaties hebben dan ook slechts een zeer betrekkelijke waarde.

Gepoogd is eerst het patiëntenmateriaal te ordenen vanuit een 'syndroomaal' uitgangspunt. De resultaten zijn samengevat in tabel 5.

Tabel 5, indeling naar psychiatrische syndromen

1 organische psychosyndromen (incl. dementiesyndromen)	15	9.4%
2 'psychotische' syndromen (verwardheids-toestanden, delirante toestanden, paranoïde en paranoïd-hallucinatoire beelden enz.)	14	8.8%
3 depressieve syndromen	28	17.6%
4 hysterische syndromen	21	13.2%
5 'decompensatie'-groep (hyperesthetisch-emotionele syndromen, neurasthene syndromen, angstneurotische syndromen enz.)	31	19.5%
6 diversen	4	2.5%
niet in te delen	46	28.9%
totaal	159	99.9%

Ondanks invoering van zeer ruime groepen (zie m.n. de 'decompensatie'-groep, onder welke naam een aantal min of meer verwante syndromen zijn samengevat), en toepassing van een liberaal toewijzingsbeleid, bleek 28.9% *niet* in te delen: de grootste groep in de tabel. Deze 46 patiënten vertoonden *geen* psychiatrisch syndroom (hetgeen niet zonder meer wil zegen dat zij psychiatrisch gezien 'gezond' waren — daarover verder). Na de 'decompensatie-groep' (19.5%) kwamen de depressieve syndromen het meest voor (17.6%). Op de hoge frequentie van depressies bij 'consult-patiënten' wordt in de literatuur nogal eens gewezen (LIPOWSKI, 1967b).

Een indeling in hoofdgroepen van de I.C.D., afd. Mental Disorders (tabel 6), lijkt op het eerste gezicht meer te bevredigen dan de syndromale classificatie. De groep 'niet in te delen' is hier in elk geval aanzienlijk kleiner (4.4%). Anderzijds moet worden gesteld dat de classificatie-problemen hier zijn 'verstopt' in groep 2 en 3. Groep 2 (neurosen en persoonlijkheidsstoornissen) bevat vanzelfsprekend vogels

Tabel 6, indeling in hoofdgroepen van de I.C.D. (Mental Disorders)

1 Psychosen (I.C.D. no. 290-299)	20	12.6%
2 Neurosen, persoonlijkheidsstoornissen e.d. (I.C.D. no. 300-306)	71	44.6%
3 Situatieve reacties/reactieve stoornissen (I.C.D. no. 307)*	27	17.0%
4 Organische, niet-psychotische aandoeningen (I.C.D. no. 309)	15	9.4%
5 Geestelijke retardatie (I.C.D. no. 310-315)	5	3.1%
6 Gezond	14	8.8%
Niet in te delen	7	4.4%
totaal	159	99.9%

van zeer uiteenlopende pluimage. Groep 3 correspondeert weliswaar met groep 307 van de I.C.D. maar is uitgebreid met 'reactieve stoornissen'; hieronder zijn begrepen psychische reacties op somatisch lijden bij patiënten die tevoren psychisch normaal functioneerden. (Een scherp omschreven criterium is hiervoor niet gebruikt; en is alleen gevaren op een globale indruk uit de door de patiënt weergegeven biografie).

Bij de hoofdgroepen ontbreekt de rubriek 'psychosomatosen'. 'Klassieke' psychosomatosen zie ik vrijwel niet, in overeenstemming met wat hierover in de literatuur wordt gerapporteerd (LIPOWSKI, 1967b).

Zoals al gesteld hebben al deze cijfers slechts een zeer betrekkelijke waarde. Er zijn geen duidelijke, van te voren omschreven diagnostische criteria gebruikt. Bovendien ontbreekt goed vergelijkingsmateriaal: vrijwel iedere onderzoeker gebruikt zijn eigen indeling. Het enige cijfer dat zich vrij goed voor vergelijking leent is dat van de groep 'gezond': 8.8%. FLEMINGER en MALLETT (1962) geven een percentage op van 8, KENYON en RUTTER (1963) van 10.3, SCHWAB et al. (1964) van 14. In EILENBERGS rapportage (1965) gaan de gezonden schuil in een rubriek 'other', waarvoor 10.7% wordt opgegeven.

Tot zover over wat er 'te vinden' was bij de patiënten. Ik keer terug tot ons hoofdthema: het waarom-van-een-consult. Het gegeven overzicht was een eerste poging dit 'waarom' te beantwoorden. Het past bij een benaderingswijze die de reden van het consult bij de patiënt zoekt, en zich dan ook vooral op de patiënt richt. In de Angelsaksische literatuur wordt deze benaderingswijze de 'patient-oriented approach' genoemd. Begrijpelijkerwijs was deze approach aanvankelijk de enige die werd toegepast. Hij ligt voor de hand, en past volledig in het 'medisch model'. Er zijn klassieke artikelen over verschenen, waarvan m.n. de studies van KAUFMAN (1953) en BIBRING (1956) mogen worden genoemd.

De vraag waarom een psychiatrisch consult wordt gevraagd, is in een aantal gevallen afdoende te beantwoorden met een verwijzing naar de

* Onder 'reactieve stoornissen' worden verstaan psychische afwijkingen als reactie op somatisch lijden bij personen die tevoren psychisch normaal functioneerden.

gevonden psychiatrische pathologie. Niet altijd echter; soms heeft deze verklaring iets onvolledigs en onbevredigends. Men blijft met vragen zitten die duidelijk maken dat ook een derde in het spel is betrokken: de dokter.

4 *De dokter en zijn patiënt* — Als men, gewapend met het inzicht dat een consult wordt gevraagd omdat er iets met de patiënt aan de hand is, consulten gaat verrichten, stuit men soms op merkwaardige fenomenen. Ik noem er twee: het probleem van de onduidelijke of ontbrekende vraagstelling en het probleem 'waarom hij en niet zijn buurman'.

Het komt nogal eens voor dat men eigenlijk geen vraagstelling krijgt voorgelegd, of een uiterst vage als: 'heeft een psychiatrische voorgeschiedenis'. Waar in lang niet alle gevallen van 'psychiatrische voorgeschiedenis' consult wordt gevraagd, rijst de vraag: waarom hier wel? Soms krijgt men wél op het eerste gezicht duidelijke vraagstellingen voorgelegd (b.v.: 'bestaat er suicide-gevaar?') die bij nader toezien echter intrigerend worden omdat zij in het geheel niet op de patiënt van toepassing blijken te zijn; — de vragen lijken meer 'pour besoin de la cause' te worden gesteld. Maar wat voor 'cause'?

Dan is er de categorie 'vreemde vragen'. Een voorbeeld: 'is deze patiënt toerekeningsvatbaar?' Het ging om een ruim 70-jarige man, die ik enkele maanden tevoren al eens had gezien, opgenomen op de Chirurgische Kliniek wegens blaaspapillomen. Het gesprek met de 1e verpleegster en de arts bracht opheldering. Het bleek dat de patiënt een nogal dwars en nukkig gedrag vertoonde, hetgeen de hoogleraar ertoe had gebracht te stellen dat hij ontslagen moest worden. De zaalarts, en m.n. de 1e verpleegster, hadden zich echter gehecht aan deze man tijdens zijn lange verblijf in de kliniek. Openlijke oppositie durfde men blijkbaar niet goed aan. De psychiater diende als medisch wapen in de strijd. Als hij de patiënt ontoerekeningsvatbaar verklaarde had men een argument in handen om zich tegen de zienswijze van de hoogleraar te verzetten. (Na het gesprek met de 1e verpleegster en de arts bleek het niet meer nodig de patiënt te zien!)

Uit de onduidelijke of vreemde vragen krijgt men de indruk dat het probleem soms meer moet worden gezocht bij de dokter dan bij de patiënt. Beter gezegd: in de relatie tussen de dokter (en verplegenden) en de patiënt. Achter de vragen gaan soms andere vragen schuil. Men zit b.v. met de patiënt omhoog, voelt zich onzeker of angstig.

Bij het tweede punt: 'waarom hij en niet zijn buurman?', moet wat langer worden stilgestaan. In de gesprekken met verwijzende arts en verplegenden vallen uiteraard ook wel eens opmerkingen over andere patiënten. Herhaaldelijk komt het voor dat men toevallig hoort dat die en die patiënt (voor wie men niet is geroepen) zo in de put zit, of zo gek doet, etc. Tijdens een consult op de Interne Kliniek voor een vrouw (met buikklachten) werd in het gesprek met de verplegenden, en ook

met de arts, min of meer in het voorbijgaan een opmerking gemaakt over een andere daar liggende dame (wier naam veel leek op de naam van de in consult geziene patiënte). Deze patiënte vertoonde een voor de Interne Kliniek nogal verrassend gedrag. Haast achteloos werd verteld dat zij zich 's nachts op nogal rumoerige wijze naakt door de gangen bewoog. Degenen, die wel eens iets geproefd hebben van de onrust die zich van een groot aantal functionarissen in somatische klinieken pleegt meester te maken als patiënten zich niet helemaal houden aan het complex van afspraken, samenhangend met de rol van 'zieke', kunnen zich mijn bevreemding voorstellen. Informatie waarom voor deze patiënt geen consult was aangevraagd, leverde niet onmiddellijk een duidelijk antwoord op (een dergelijke vraag wordt begrijpelijkerwijs snel opgevat als kritiek!). Bij doorpraten werd een en ander wel iets duidelijker: het bleek een patiënt te zijn die onder verantwoordelijkheid viel van een andere afdeling.

Op grond o.a. van dergelijke voorvallen rijst vanzelfsprekend de vraag volgens welke criteria de arts zijn patiënten selecteert voor een psychiatrisch consult. Men krijgt de indruk (ik hoop die indruk nog met cijfers te verstevigen): niet alleen op grond van aanwezige psychiatrische pathologie. Op welke gronden dan wel? In welk opzicht verschillen 'consult-patiënten' van andere patiënten?

Beantwoording van deze vragen kan pas plaatsvinden als eerst iets is gezegd over de *psychiatrische morbiditeit* in algemene ziekenhuizen, en over de vraag hoe groot de groep 'consult-patiënten' is op het totaal van opgenomen patiënten. We beginnen met het laatste.

Tabel 7, in consult geziene patiënten in diverse klinieken als percentage van het totaal aantal opnamen in die klinieken

kliniek	aantal in consult geziene patiënten gedurende een half jaar	aantal opnamen per jaar*	consult-patiënten als percentage van totaal
Interne Kliniek	41	3000	2.7%
Neurologische Kliniek	16	880	3.6%
Chirurgische Kliniek	18	4250	0.8%
Gynaecologische Kliniek (excl. Verloskunde)	34	1000	6.8%
totalen	109	9130	2.2%

In tabel 7 is voor de grote klinieken weergegeven het aantal geziene patiënten als percentage van het totaal aantal opnamen. (Vermeld zijn de opnamecijfers over 1969). Het totaal aantal van 2.2% is gezien de

* afgeronde cijfers van 1969.

literatuur wat aan de lage kant, al valt het bepaald niet uit de toon. Men kan allerlei percentages opgegeven vinden, van 0.7% (FLEMINGER en MALLETT, 1962) tot 12% (SCHWAB et al., 1964). De meeste opgaven liggen tussen 2 en 5% (EILENBERG, 1965; SHEPHERD et al., 1960; overzicht bij LIPOWSKI, 1967b). De in de literatuur vermelde cijfers zijn onderling niet goed vergelijkbaar, gezien de grote verschillen m.b.t. het aantal onderzochte patiënten, de tijdsduur van de periode waarover zich het onderzoek uitstreckte, het soort ziekenhuis en niet ten laatste: de organisatie van de consultatieve dienst. De hogere percentages worden gemeld uit ziekenhuizen waar een psychiater vast aan de staf van een somatische kliniek is verbonden (of daar is gedetacheerd), aan besprekingen deelneemt, en mee visites loopt (b.v. SCHWAB et al., 1964; MEYER en MENDELSON, 1960). Op het belang van integratie van een psychiatrisch consultant in de door hem bediende afdeling(en) wordt door vele auteurs gewezen (zie buiten bovengenoemde: HOCKADAY, 1961; KAUFMAN, 1966; LIPOWSKI, 1967a). Terzijde zij opgemerkt dat een dergelijke opzet een goed georganiseerde consultatieve dienst vooronderstelt, met voldoende personeel. Aan enkele Amerikaanse ziekenhuizen bestaan dergelijke diensten, met ingebouwde stages voor assistenten. De praktische opleiding wordt aangevuld met theoretische scholing in de vorm van seminars e.d. (zie hierover de bijdragen van SCHWAB en MENDEL in het door MENDEL en SOLOMON (1968) geredigeerde boek 'The psychiatric consultation').

Het zal de enigszins met epidemiologie vertrouwde lezer niet verbazen dat voor de *psychiatrische morbiditeit* in algemene ziekenhuizen sterk uiteenlopende cijfers worden opgegeven. Het laagste cijfer vond ik bij SCHWAB et al. (1964, 1965a), nl. 15%. QUERIDO (1963) vond in zijn onderzoeken in de Amsterdamse gemeenteziekenhuizen bij rond de helft van de opgenomen patiënten 'psychische problematiek', al dan niet samenhangend met de somatische aandoening (zie hierover ook WEYEL 1958). De hoogste mij bekende cijfers worden opgegeven door ZWERLING et al. (1955) over 200 chirurgische patiënten. Men vond psychiatrische pathologie in maar liefst 86%! Bestudering van de gegeven diagnoses leert dat ruim de helft viel onder de groep 'character and behaviour disorders', en vrijwel alleen 'passive-aggressive' en 'emotionally unstable personality' betrof. De vraag rijst dan ook wat eigenlijk de relevantie is van dit soort cijfers.

Resumerend: de cijfers over de psychiatrische morbiditeit lopen sterk uiteen. LIPOWSKY (1967b) geef in zijn uitvoerig overzichtsartikel 30-60% op voor opgenomen patiënten.

Tegen de achtergrond van de psychiatrische morbiditeit steken de percentages 'consult-patiënten' wat magertjes af. De vraag 'waarom hij en niet zijn buurman' is van meer dan incidentele betekenis. Zonder te willen stellen dat bij alle patiënten met psychische problematiek, resp. psychiatrische stoornissen, een psychiatrisch consult zou moeten plaats-

vinden (ook psychische stoornissen genezen soms vanzelf, zijn soms niet van groot belang, kunnen soms door niet-psychiaters behandeld worden) is het merkwaardig te noemen dat de consult-percentages niet veel hoger liggen. Hoe dit te verklaren?

Men zou kunnen beginnen met te wijzen op de weerstand in de 'soma-tische' klinieken tegen de psychiatrie (in de ruimste zin des woords). Die weerstand is er (nog?) al dient eraan toegevoegd te worden dat de situatie per afdeling sterk verschilt. De weerstand tegen de psychiatrie zou als een 'zeef' kunnen werken, waardoor alleen de ernstiger stoornissen de consultant bereiken. Verondersteld zou verder kunnen worden dat men de 'lichtere' gevallen niet 'ziet', niet onderkent. (Ook is theoretisch mogelijk dat de lichtere gevallen door de verwijzende arts zelf worden behandeld. Deze veronderstelling is echter op basis van de ervaring van alledag beter in de categorie 'wensdromen' dan in de categorie 'hypothesen' onder te brengen).

Op het eerste gezicht lijkt dit een zinnige verklaring; toch klopt hij niet helemaal met de feiten. Ik kom daar dadelijk op terug. Eerst iets over wat voor deze verklaring pleit. Ontegenzeglijk waar is dat de weerstand tegen psychiatrie en alles wat daarnaar zweemt, een belangrijke rol speelt. Een aanwijzing hiervoor is bijvoorbeeld het feit dat het aantal consult-aanvragen op een afdeling van een kliniek in de tijd nogal eens grote schommelingen vertoont, die samen lijken te hangen met de wisseling van arts-assistenten op die afdelingen (althans: daar veel meer mee lijken samen te hangen dan met veranderingen in de patiënten-populatie van die afdelingen). Artsen die belang stellen in psychiatrie en alles wat daarmee te maken heeft, vragen meer consulten aan dan artsen die ervan blijk geven emotionele stoornissen eigenlijk maar 'aanstellerig' te vinden. 'Psychiatrie is geen vak als je het niet als vak wilt zien' (V. D. HOOFDAKKER, 1970).

Dat het 'niet zien' van lichtere stoornissen een rol speelt, lijkt al evenzeer waar. Het gedrag van de patiënt moet duidelijk gestoord zijn, wil de boodschap dat er iets psychiatrisch aan de hand is tot de gemeenlijk gehaaste specialist doordringen. Uit het onderzoek van SCHWAB et al. (1964) bleek ook dat de alertheid van artsen voor psychosen en duidelijke gevallen van verslaving groter was (gezien de snelle consult-aanvraag) dan voor depressies, neurotisch bepaalde angsttoestanden en conversiereacties (in ruime zin des woords). Moeilijk ligt het met name als psychische en somatische pathologie door elkaar spelen, hetgeen nauw samenhangt met blijkbaar onuitroeibaar monocausaal denken. In het kader van het 'duidelijk gestoorde gedrag' kan men eventueel ook nog een andere bevinding van dezelfde onderzoekers betrekken (SCHWAB et al., 1956b): 'consult-patiënten' bleken van een vergelijkbare controlegroep te verschillen in het feit dat zij significant meer 'klachten' naar voren brachten.

Zoals al gezegd voldoet de bovengegeven verklaring echter niet geheel.

Met name moet betwijfeld worden of men alleen de z.g. 'ernstige gevallen' ziet. Mijn ervaring, dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten duidelijk verbetert met betrekkelijk eenvoudige therapie (enkele gesprekken — soms één gesprek —, medicamenten) is daar niet mee in overeenstemming, en wijst in elk geval op de aanwezigheid van ook 'lichtere' gevallen in de groep van consult-patiënten. Het is daarnaast aannemelijk dat niet *alle* 'ernstige' gevallen tot de consulent doordringen — ik herinner aan het gegeven voorbeeld van de vrouw die 's nachts naakt door de gangen liep.

Het is niet duidelijk volgens welke criteria de arts selecteert. Eén ding is wél duidelijk: het feit dat de arts een psychiatrisch consult aanvraagt zegt niet alleen iets over de patiënt. Het zegt ook iets over de dokter. Het zegt iets over hun relatie.

5 'Involvering' — MEYER en MENDELSON (1961) stelden in een klassiek geworden artikel dat aan twee voorwaarden moet worden voldaan voordat een arts een psychiater in consult roept. Zij duiden deze voorwaarden aan met de trefwoorden 'onzekerheid' (opgeroepen door het gedrag van de patiënt) en 'verantwoordelijkheid' (d.w.z. het gevoel iets aan dat gedrag te moeten doen). Men zou met recht kunnen stellen dat beide punten bij *iedere* consult-aanvraag (ook bij het aanvragen van 'somatische' consulten) van belang zijn. Wat het psychiatrisch consult echter onderscheidt van de niet-psychiatrische consulten is dat de onzekerheid vaak dieper ingrijpt. De emotionele betrokkenheid van de arts is groter (zie o.a. ABRAHAMS en GOLDEN, 1963).

Waarvoor men wordt opgeroepen is niet alleen het probleem van de patiënt, het is soms ook, en soms meer, het probleem van de dokter. De 'patient-oriented approach' dient te worden aangevuld met een '*consultee-oriented approach*'. In de consultatieve literatuur is uitgebreid aandacht besteed aan deze benaderingswijze (zie m.n. SCHIFF en PILOT, 1959). In het verlengde van de consultee-oriented approach ligt de *situation-oriented approach*, waarin de aandacht wordt gericht op het *totale* netwerk van interacties op een afdeling: de arts, zijn supervisor(en), de verplegende (zie m.n. GREENBERG, 1960; MEYER en MENDELSON, 1961; KOUMANS, 1965).

De involvering van de arts heeft soms onduidelijke vraagstellingen tot gevolg — ik wees daar al eerder op. De gestelde vragen zijn niet altijd de 'eigenlijke' vragen, ze zijn dan a.h.w. 'in code gesteld' en dienen te worden gedecodeerd (zie SANDT en LEIFER, 1964; BROSEN, 1968). Achter de vragen gaan soms emotionele motieven schuil: angsten, irritatie, schuld- en insufficiëntie gevoelens, enz., enz. (zie voor fraaie voorbeelden: SCHIFF en PILOT, 1959; MEYER en MENDELSON, 1961). Van groot belang is dan ook, vóórdat men de patiënt ziet, een gesprek te hebben met de verwijzende arts én de verplegenden. (De wenselijkheid van een gesprek met de verplegenden verdient extra nadruk. Vaak

kan de verpleegkundige aanzienlijk meer relevante informatie over het dagelijkse gedrag van de patiënt geven dan de behandelende arts. Bovendien verschillen de zienswijzen van de verplegenden en de arts nogal eens sterk van elkaar (WILSON en MEYER, 1965)).

Tot nu toe is steeds het woord 'soms' gevallen. Hoe vaak is 'soms'? M.a.w.: bij hoeveel consultaanvragen traden 'emotionele motieven' aan de zijde van de arts(en)/verplegenden duidelijk aan het licht? Het hieronder gegeven percentage pretendeert uiteraard niet meer te zijn dan een *globale indruk*. Op generlei wijze is systematisch onderzoek verricht naar de geïnvolveerdheid van de arts(en)/verplegenden, en naar de mate daarvan. Wel ben ik in de korte gesprekken met arts en verplegende steeds alert geweest op de aanwezigheid van emotionele motieven bij de consult-aanvraag, en heb ik hier steeds aantekening van gehouden. 'Routine'-consulten (Groep C en D uit tabel 3) zijn weer buiten beschouwing gelaten. Over de resterende 113 patiënten vond ik duidelijke aanwijzingen van emotionele involvering in 39 gevallen, d.w.z. 34,5%. In tabel 8 staat opgesomd welke emotionele motieven een rol speelden. Uiteraard pretendeert deze opsomming niet meer te zijn dan een grove aanduiding.

Tabel 8, 'emotionele motieven' die een rol speelden bij de consult-aanvraag

irritatie	11
meegevoel en gevoelens van machteloosheid (b.v. bij ernstige zieken)	9
angsten (b.v. voor suicide), onzekerheid	5
onzekerheid over keuze van behandeling (incl. 'machtsstrijd' tussen artsen)	6
schuldgevoelens (b.v. bij vroeger gemaakte fouten in de behandeling)	5
diversen	3
totaal	39

HOUDING VAN PATIËNTEN EN ARTSEN TEGENOVER PSYCHIATRISCHE CONSULTEN

De gangbare mening is dat somatisch zieke patiënten het erg vervelend vinden een psychiatrisch onderzoek te moeten ondergaan. Men dicht hen gedachten en gevoelens toe in de zin van 'ze denken zeker dat ik gek ben' enz. Herhaaldelijk wordt een dergelijke bij patiënten veronderstelde attitude tegenover psychiaters door artsen als motief aangevoerd om geen consult aan te vragen, of dit pas te doen als men er niet meer 'omheen kan'. De vrees van de arts dat de patiënt het wel 'gek' zal vinden dat een psychiater in consult wordt gevraagd, is mede reden van het feit dat men nogal eens nalaat de patiënt van tevoren in te lichten, of, zó men inlicht, hierbij een versluierend woordgebruik

hanteert in de zin van 'er komt straks nog een dokter met u praten' etc. (Ik kom op het al dan niet van tevoren ingelicht zijn nog terug). Mijn ervaring is dat bij de grote meerderheid der patiënten van dergelijke weerstanden geen of nauwelijks sprake is. Althans: ze treden niet aan het daglicht. Integendeel: veel patiënten wekken de indruk het zeer op prijs te stellen eindelijk eens te kunnen 'praten'.* Bevestiging van mijn indruk vond ik in een artikel van SCHWAB en medewerkers (1966a). Bij hun onderzoek van een serie van 50 consulten bleek 90% van de patiënten welwillend, of althans niet onwelwillend te staan tegenover het psychiatrisch consult. Binnen 24 uur na het consult werden de patiënten door een onafhankelijk onderzoeker ondervraagd of zij vonden dat het consult waarde had gehad. 32% vond dat dit duidelijk het geval was, 34% achtte het consult van weinig of geen waarde, 34% had 'mixed opinions'. Schwab et al. onderzochten ook (SCHWAB et al., 1966b) of de houding van de patiënten tegenover de verwijzende arts veranderde tengevolge van het consult. Zij gingen dit na bij 30 patiënten. Vóór het consult stonden 20 positief tegenover hun dokter, 5 negatief en 5 namen een tweeslachtige houding aan. De opinies over de dokter bleken ná het consult bij 6 patiënten veranderd, waarvan bij 4 in 'positieve' richting.

Zoals vermeld laat men nogal eens na het consult van tevoren met de patiënt te bespreken. Pas in de laatste maanden ben ik ertoe overgegaan systematisch aan te tekenen of de patiënt al dan niet van tevoren is ingelicht. Op basis van de ervaring van de laatste maanden is te stellen dat rond 50% van de patiënten van tevoren is ingelicht. In de literatuur wordt slechts sporadisch melding gemaakt van dit punt. Schwab vermeldt in zijn 'Handbook of psychiatric consultation' (SCHWAB, 1968) dat in zijn ziekenhuis 10% niet van tevoren is ingelicht. MENDELSON en MEYER (1961) geven over 60 opeenvolgende consulten de volgende cijfers: 10 ingelicht; 35 niet ingelicht; 15 niet bekend.

HULP

Tot slot een enkel woord over de geboden hulp. Hulp is moeilijk in cijfers uit te drukken. Soms betekende het eerste diagnostisch inter-

* Coll. A. A. M. Feiertag (Hoofd Polikliniek van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen) maakte mij in de discussie die op deze voordracht volgde, erop attent dat deze ervaringen niet in overeenstemming zijn met de ervaringen die men op de polikliniek opdoet met patiënten die lichamelijke klachten hebben. Hij veronderstelde dat het verschil mogelijk toe te schrijven zou zijn aan het feit dat patiënten die de polikliniek bezoeken, vaak (terecht of ten onrechte) het gevoel hebben somatisch 'opgegeven' te zijn — iets wat niet, of in veel mindere mate het geval is bij de patiënten die men in de 'somatische' klinieken ziet. Het lijkt me een zeer plausibele verklaring, die nader onderzoek zou verdienen.

view al een reëel stuk hulp. Vaak werd 'gemengde' hulp gegeven: medicamenten plus gesprekken, of vaker: medicamenten plus advies aan arts en/of verplegenden. Door de toevloed van consulten kan ik aan therapie niet altijd doen wat ik zou willen doen; — 'It is seldom appreciated by those not working in this field that consulting on medical wards is a time-consuming job' (LIPOWSKI, 1967a). Mijn taak beperkt zich dikwijls alleen tot een diagnostisch selecterende. Met name kom ik zelden toe aan enige follow-up.

Als men wel eens met collegae over het consultatieve werk praat, krijgt men vaak de vraag voorgelegd of men 'veel kan doen'. Ja en nee. Het antwoord hangt af van wat men 'veel' noemt. Of beter gezegd: vanuit welk perspectief men wenst te kijken. Men kan zich soms moeilijk van een verlamdend gevoel van machteloosheid vrijmaken als men zich ten volle de 'welzijnsnood' (de term is van WEYEL, 1970) van veel mensen realiseert. Als men de soms zo mistroostige en schamele levensverhalen aanhoort, moet men wel tot de conclusie komen dat de mensen inderdaad 'geen leven hebben'. Anderzijds: als men érgens wil ontdekken dat 'talking helps', is het in het consultatieve werk. Mits men zijn doelen niet te hoog stelt, kan men met enkele gesprekken, soms zelfs met één gesprek, bepaald wel iets, en in een aantal gevallen zelfs veel, bereiken. Dat 'iets' is er eigenlijk al als mensen het gevoel hebben eindelijk eens te hebben kunnen praten. Het had ook bij een ander dan een psychiater kunnen zijn. Maar die ander was er niet. Het is wonderlijk te moeten constateren hoe eenzaam veel mensen zijn.

SAMENVATTING

Een aantal ervaringen wordt beschreven die men opdoet als psychiatisch consultant in een algemeen ziekenhuis. Een en ander gebeurt aan de hand van de in een tijdsperiode van een half jaar in consult geziene patiënten. Vooral wordt ingegaan op de vraag waarom een psychiatrisch consult wordt aangevraagd. Besproken wordt dat hierbij vaak de emotionele betrokkenheid van de arts (en de verplegenden) bij de ziekte of het gedrag van de patiënt een belangrijke rol speelt. Tot slot worden enkele opmerkingen gemaakt over de houding van patiënten en artsen t.o.v. psychiatrische consulten.

SUMMARY

Some experiences of a psychiatric consultant in a general hospital are described. This is done based on a survey of referrals during a period of 6 months time. Especially, the question is raised why a psychiatric consultation has been asked for. It is discussed that the emotional involvement of the physician (and the nursing staff) often plays an important role. Finally some remarks are made about the reactions of patients and physicians towards psychiatric consultations.

LITERATUUR

- 1 Abrahams, D. and J. S. Golden 1963 'Psychiatric consultation on a medical ward.' *Arch. Int. Med.*, 112: 766-774.
- 2 Bandler, B. 1966 *Psychiatry in the General Hospital*. J. A. Churchill Ltd., London.
- 3 Bibring, G. L. 1956 'Psychiatry and medical practice in a General Hospital'. *New Engl. J. Med.*, 254: 366-372.
- 4 Brosin, H. 1968 'Communication systems of the Consultation Process'. In: *The Psychiatric Consultation* (Eds. W. M. Mendel and Ph. Solomon). Grune & Stratton, New York/London.
- 5 Dijk, W. K. van 1970 'Alcoholisme' In: *Nederlands Handboek der Psychiatrie deel 4* (Red.: J. J. G. Prick en H. G. v. d. Waals). Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- 6 Eilenberg, M. D. 1965 'Survey of In-Patient Referrals to an American Psychiatric Department'. *Brit. J. Psychiat.*, 111: 1211-1214.
- 7 Fleminger, J. J. and B. L. Mallett 1962 'Psychiatric Referrals from Medical and Surgical Wards.' *J. Ment. Sci.*, 108: 183-190.
- 8 Greenberg, I. 1960 'Approaches to Psychiatric Consultation in a Research Hospital Setting'. *Arch. gen. Psychiat.*, 3: 691-697.
- 9 Hockaday, W. J. 1961 'Experiences of a Psychiatrist as a Member of a Surgical Faculty.' *Amer. J. Psychiat.*, 117: 706-708.
- 10 Hoofdakker, 1970 *Het bolwerk van de beteroeters*. Van Gennep, Amsterdam.
R. H. v. d.
- 11 Kaufman, M. R. 1963 'The role of the Psychiatrist in a General Hospital'. *Psychiat. Quart.*, 27: 367-381.
- 12 Kaufman, P. 1966 'Consultation Services.' In: *Psychiatry in the General Hospital* (Ed. B. Bandler), J. A. Churchill Ltd., London.
- 13 Kenyon, F. E. and M. L. Rutter 1963 'The Psychiatrist and the General Hospital'. *Compreh. Psychiat.*, 4: 80-89.
- 14 Koumans, A. J. R. 1965 'Psychiatric Consultation in an Intensive Care Unit.' *J. A. M. A.*, 194: 633-637.
- 15 Linn, L. 1959 'Hospital Psychiatry'. In: *American Handbook of Psychiatry* (Ed. S. Arieti). Vol. II. New York.
- 16 Linn, L. 1961 *Frontiers in General Hospital Psychiatry*. International Universities Press, New York.
- 17 Lipowski, Z. 1967a 'Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. I. General Principles'. *Psychosom. Med.*, 29: 153-171.
- 18 Lipowski, Z. 1967b 'Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. II. Clinical Aspects'. *Psychosom. Med.*, 29: 201-224.
- 19 Lipowski, Z. 1968 'Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. III Theoretical Issues.' *Psychosom. Med.* 30: 395-422.
- 20 Mendel, W. M. and Ph. Solomon 1968 *The Psychiatric Consultation*. Grune & Stratton, New York/London.
- 21 Mendelson, M. and E. Meyer 1961 'Countertransference Problems of the Liaison Psychiatrist'. *Psychosom. Med.*, 23: 115-122.

- 22 Meyer, E. and M. Mendelson 1960 'The Psychiatric Consultation in Postgraduate Medical Teaching'. *J. nerv. ment. Dis.*, 130: 78-81.
- 23 Meyer, E. and M. Mendelson 1961 'Psychiatric Consultations with Patients in Medical and Surgical Wards: Patterns and Processes'. *Psychiatry* 24: 197-220.
- 24 Mordkoff, A. M. and O. A. Parsons 1967 'The Coronary Personality! a critique'. *Psychosom. Med.*, 29: 1-14.
- 25 Querido, A. 1955 *Inleiding tot een integrale geneeskunde*. H. E. Stenfert Kroese, Leiden.
- 26 Querido, A. 1963 *The Efficiency of Medical Care*. H. E. Stenfert Kroese, Leiden.
- 27 Sandt, J. J. and R. Leifer 1964 'The Psychiatric Consultation'. *Compreh. Psychiat.*, 5/6: 409-418.
- 28 Schiff, S. K. and M. L. Pilot 1959 'An approach to Psychiatric Consultation in the General Hospital'. *A. M. A. Arch. gen. Psychiat.*, 1: 349-357.
- 29 Schwab, J. J. et al. 1964 'Problems in Psychosomatic Diagnosis. I. A controlled study of medical in-patients.' *Psychosomatics*, 5: 369-373.
- 30 Schwab, J. J. et al. 1965a 'Problems in Psychosomatic Diagnosis. II. Severity of medical illness and psychiatric consultations.' *Psychosomatics*, 6: 69-72.
- 31 Schwab, J. J. et al. 1965b 'Differential Characteristics of Medical In-Patients referred for Psychiatric Consultation: a controlled study'. *Psychosom. Med.*, 27: 112-118.
- 32 Schwab, J. J. et al. 1966a 'Medical In-Patients' reactions to Psychiatric Consultations.' *J. nerv. ment. Dis.*, 142: 215-222.
- 33 Schwab, J. J. et al. 1966b 'Medical Patients' reactions to referring physicians after psychiatric consultation.' *J. A. M. A.*, 195: 1120-1122.
- 34 Schwab, J. J. 1968 *Handbook of Psychiatric Consultation*. Appleton-Century-Crofts, Meredith Corporation, New York.
- 35 Shepherd, M., B. Davies and R. H. Culpán 1960 'Psychiatric Illness in the General Hospital'. *Acta Psych. Neur. Scand.*, 35: 518-525.
- 36 Stewart, M. A. et al. 1962 'A Study of Psychiatric Consultations in a General Hospital'. *J. chron. Dis.*, 15: 331-340.
- 37 Weyel, J. A. 1958 *Psychiatry in General Practice*. Elsevier Publ. Comp., Amsterdam/London/New York/Princeton.
- 38 Weyel, J. A. 1970 *De mensen hebben geen leven*. Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
- 39 Wilson, M. and E. Meyer 1965 'The doctors' vs. the nurses' view of emotional disturbance'. *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 10: 212-215.
- 40 Zinberg, N. E. 1964 *Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital*. International Universities Press, New York.
- 41 Zwerling, I. et al. 1955 'Personality disorder and the relationships of emotion to surgical illness in 200 surgical patients'. *Amer. J. Psychiat.*, 112: 270-277.