

Wisselwerkingen: over epilepsie en de psychiatrische opleiding

door M. W. Hengeveld

Inleiding

'Epilepsy is important to the psychiatrist and the psychiatrist is important to epilepsy.'

Met deze uitspraak begint het hoofdstuk over psychiatrie in een recent handboek over epilepsie (Betts et al., 1976). Is epilepsie van belang voor de psychiater en is de psychiater van belang voor epilepsie? In het algemeen wordt de epilepsie, sinds de ontwikkeling van de electroencefalografie, gezien als het werkterrein van onze neurologisch geschoolde collega's. Dat blijkt bij voorbeeld ook uit het feit dat er maar één psychiater is verbonden aan het Instituut voor Epilepsiebestrijding. Een arts-assistentschap aan dit instituut wordt erkend als een neurologische stage voor de assistent-psychiater. In mijn verhaal wil ik daarom de volgende dubbele vraag stellen: Is een stage in het Instituut voor Epilepsiebestrijding van belang voor de assistent-psychiater en zijn de werkzaamheden van de assistent-psychiater van belang voor het Instituut voor Epilepsiebestrijding? Om een meer gefundeerd antwoord op deze vraag te kunnen geven heb ik de volgende drie punten onderzocht bij een groep patiënten die in dit instituut opgenomen is geweest:

1. hoe vaak komen neurologische of neuroradiologische afwijkingen voor;
2. hoe vaak en op grond waarvan wordt de diagnose epilepsie niet gehandhaafd;
3. hoe vaak worden psychosociale of psychiatrische problemen gevonden.

Methode

Het eerste halfjaar van 1978 heb ik als afdelingsarts op de West-

M. W. Hengeveld heeft als 'psychiater in opleiding' tijdens zijn neurologische stage gewerkt op de observatieafdeling de Westvleugel en de Sociotherapeutische Gemeenschap 'de Oostvleugel'. Hij is nu werkzaam als 'liaison' psychiater bij Prof. H. G. M. Rooymans te Leiden (consultatieve psychiatrie).

vleugel van de Koningin Emma Kliniek gewerkt, een observatie-afdeling voor volwassenen met een dertigtal bedden. Over het algemeen worden de patiënten vrij kort opgenomen, drie weken tot twee à drie maanden. Doel van de opname kan zijn: vaststellen van de diagnose, instellen op medicatie, aanvalsobservatie, grondige EEG-diagnostiek, uitzoeken van psychosociale problemen of indicatiestelling voor een overplaatsing naar een afdeling voor langerdurend verblijf. Alle patiënten worden grondig neurologisch onderzocht door de afdelingsarts onder supervisie van de afdelingsneuroloog (destijds E. L. Vrijland). Bij iedere patiënt wordt een serie EEG's onder verschillende omstandigheden gemaakt. Psychologisch onderzoek wordt vrij vaak gedaan. Bij een groot aantal patiënten wordt computertomografie van de hersenen verricht, bij voorbeeld als sprake is van partiële epilepsie. Een enkele keer wordt een arteriogram van de cerebrale vaten gemaakt, bij voorbeeld bij verdenking op een hersentumor of ter lokalisatie van een vaatanomalie. Deze laatste twee onderzoeken worden niet op het Instituut voor Epilepsiebestrijding zelf gedaan.

In het half jaar dat ik op de Westvleugel werkzaam was, zijn er in totaal 88 patiënten ontslagen of naar andere afdelingen overgeplaatst. Voor mijn onderzoek heb ik de, meestal door mijzelf geschreven, ontslagbrieven van deze 88 patiënten doorgewerkt. Dat leverde de volgende resultaten op.

Resultaten

Neurologische of neuroradiologische afwijkingen – In navolging van D. M. Sterman (1976), die indertijd voor een scriptie een vergelijkbaar onderzoek deed, heb ik de neurologische afwijkingen in drie categorieën ingedeeld (zie tabel I A, B en C). Deze groepen sluiten elkaar niet uit: een patiënt kan neurologische afwijkingen van elk der drie soorten hebben. Ter verduidelijking geef ik van deze drie groepen elk een voorbeeld.

Patiënt A, een 21-jarige jongeman, lijdt vanaf zijn 13e jaar aan partiële epilepsie, die zich aanvankelijk uitte in tonisch-clonische insulden, later in psychomotore aanvallen. Bij opname vind ik een eerstegraads horizontale nystagmus en een geringe dysartrie.

Toch zijn de bloedspiegels van de anti-epileptica die hij gebruikt, Tegretol® en Difantoine®, binnen de therapeutische grenzen. De Difantoine® wordt vervangen door Depakine®, waarna de neurologische afwijkingen verdwijnen.

Patiënt B is een 24-jarige jongeman, die op zijn derde jaar een hersenbloeding heeft gehad uit een arterioveneus aneurysma rechts-frontopariëtaal; vanaf zijn vierde jaar heeft hij een partiële epilepsie met tonisch-clonische krampen van de linker extremiteiten bij behouden bewustzijn. Bij onderzoek vind ik linkszijdig een geringe atrofie en krachtsvermindering met hypertonie, hyperreflexie, een voetzoolreflex volgens Babinski en een enkelclonus, kortom: restverschijnselen van een spastische parese.

Patiënt C, een 53-jarige man, is opgenomen wegens een partiële

epilepsie met poliklinisch niet goed instelbare maandelijks clusters van psychomotore aanvallen. Bij nader onderzoek wordt een neuropathie van de onderbenen gevonden, ten gevolge waarvan een areflexie, coördinatiestoornissen en lichte subjectieve sensibiliteitsstoornissen van de onderbenen bestaan. De oorzaak van deze neuropathie hebben wij, mede door zijn plotselinge vertrek tegen ons advies, niet kunnen achterhalen.

In tabel I zijn, naast deze neurologische afwijkingen, ook de neuroradiologische afwijkingen opgenomen, zoals die zijn gevonden bij arteriografie, pneumencefalografie (in 1975) en computertomografie (in 1978).

Tabel I: Neurologische en neuroradiologische afwijkingen op een observatie-afdeling van het Instituut voor Epilepsiebestrijding.

	Sterman, 1975 N = 24 periode: 1 jaar	Hengeveld, 1978 N = 88 periode: ½ jaar
A. Afwijkingen, vermoedelijk ten gevolge van gebruik van anti-epileptica	10 (= 42 %)	12 (= 14 %)
B. Afwijkingen, vermoedelijk samenhangend met de cerebrale pathologie die ook aan de epilepsie ten grondslag ligt	7 (= 29 %)	9 (= 10 %)
C. Afwijkingen, niet bij A of B onder te brengen	9 (= 37 %)	18 (= 20 %)
D. Neuroradiologische afwijkingen	2 (= 8 %)	5 (= 6 %)
Totaal aantal patiënten met neurologische of neuroradiologische afwijkingen	17 (= 71 %)	33 (= 37 %)

Het blijkt dat in de door mij onderzochte groep patiënten bij ruim éénderde (33) neurologische of neuroradiologische afwijkingen voorkwamen. Niet geheel verklaarbaar is, waarom bij het onderzoek van Sterman dit percentage veel hoger was, namelijk ruim tweederde (17). Zijn onderzoek betrof een kleinere groep patiënten (24) op een andere observatieafdeling over een twee keer zo lange periode (één jaar), in een tijd dat de doorstroming veel geringer was en er waarschijnlijk minder mensen voor differentiaal-diagnostiek of op psychosociale indicatie werden opgenomen. In ieder geval blijkt uit ons beider onderzoek dat de assistent-psychiater een heel scala van neurologische afwijkingen te onderzoeken krijgt tijdens zijn stage in het Instituut voor Epilepsiebestrijding, al is dat natuurlijk niet te vergelijken met de ervaring die een assistent opdoet op een neurologische afdeling van een academisch of perifeer ziekenhuis.

Aanvalsdagnostiek – Hoofdtak van een observatie-afdeling is het klinisch en electroencefalografisch observeren van de epileptiforme aanvallen van een patiënt, teneinde vast te kunnen stellen of gesproken mag worden van epilepsie, en zo ja, van welke vorm van epi-

lepsie (zie ook de bijdrage van Mulder). In het verleden gebeurde dat dikwijls met behulp van de onderscheiding hysterie of epilepsie.

Hoe kwam zo'n diagnose tot stand? Als we de handboeken over epilepsie bekijken, valt het op dat in honderd jaar weinig verandering is gekomen in de opvattingen over de verschillen tussen epileptische en hysterische aanvallen. In 1885 schreef Gowers een klassiek geworden werkje, *Epilepsy and Other Chronic Convulsive Diseases*, waarin hij epilepsie en hysterie beschrijft als twee te onderscheiden functionele ziekten. Hij geeft een opsomming van de kenmerken waarmee hysterische aanvallen zich onderscheiden van epileptische, bij voorbeeld: ze beginnen niet zo plotseling, er wordt geschreeuwd tijdens de aanval in plaats van ervoor, er vindt geen tongbeet plaats maar bijten van de lippen, de handen of omstanders, de duur is veel langer, enzovoorts. Hij sluit zich aan bij Charcot in de opvatting dat hysterio-epilepsie bestaat, een ziektebeeld waarbij beide soorten aanvallen naast elkaar optreden. Wel merkt hij op dat de Engelse hysterische patiënten minder extravagante symptomen vertonen dan Charcots patiënten in de Salpêtrière. Bij epilepsie schrijft hij broom voor (en zegt: 'dankzij dit middel kunnen we tegenwoordig vrijwel alle epileptici goed behandelen', een opmerking die sindsdien bij elk nieuw anti-epilepticum gemaakt is, al wordt de waarheid steeds dichter benaderd). Hysterische aanvallen worden door hem behandeld met ijzer en 'morele therapie'.

In de meeste leerboeken die nadien zijn verschenen (bij voorbeeld Turner, 1907; Joosten, 1941; Sutherland & Tait, 1969) worden de differentiaaldiagnostische kenmerken die Gowers noemt herhaald of iets uitgebreid. Muskens (1924) voegt eraan toe dat hysterie meer bij Joden voorkomt; maar dat zegt vermoedelijk meer over deze auteur en zijn tijd dan over zijn patiënten. Sinds de ontwikkeling van de EEG-diagnostiek worden de psychomotore aanvallen gerekend onder de epilepsie. Ook daardoor werd de belangstelling voor de hysterische aanvallen geringer; volgens Rabe (1970) verwaarloosde men steeds meer het feit dat epileptici ook hysterische aanvallen kunnen hebben.

Lennox (1960) is de eerste die wijst op het belang van een psychodynamisch onderzoek van patiënten met epileptiforme aanvallen; hij merkt ook op dat het karakter van de functionele aanvallen is gewijzigd; in plaats van musculaire conversieverschijnselen treden nu meer psychofysiologische en viscerale verschijnselen op (hartkloppingen, flauwvallen, transpireren, benauwdheid en andere kenmerken van dat syndroom dat tegenwoordig zo in de mode is, de hyperventilatie).

De auteurs van de door mij bestudeerde handboeken zijn het erover eens dat de klinische observatie het belangrijkste middel is bij het stellen van de diagnose epilepsie of hysterie. Ook op de observatie-afdeling waar ik werkte werd dit benadrukt. De neurologische grondhouding echter is: zorgvuldig somatisch onderzoek, en hulponderzoek moet aantonen of een afwijking organisch is

of niet; de diagnose 'functionele aanvallen' wordt daarom bij uitsluiting gesteld. Er worden maar zelden positieve psychologische factoren gezocht die deze diagnose kunnen bevestigen. Maar ik ben me bewust dat hierover nog maar weinig bekend is, en dat de psychologische en psychiatrische literatuur over conversie en functionele symptomen weinig éénduidig is (zie b.v. Rooymans, 1977).

In de praktijk zoals ik die heb meegemaakt speelde de EEG-diagnostiek een zeer belangrijke rol. Het wel of niet vinden van epileptiforme activiteit op het EEG, tijdens een aanval of interictaal, gaf vaak de doorslag. Zo was iedereen bij patiënte D van mening, dat zij duidelijk niet-epileptische aanvallen had; haar levensgeschiedenis gaf ook talloze aanwijzingen voor ernstige neurotische problematiek. Maar toen éénmaal piekgolven op haar EEG waren gezien werden haar aanvallen heel anders beschreven door de verpleging. Zij kreeg de diagnose epilepsie.

Patiënte E daarentegen, 47 jaar oud, had vanaf haar vroege jeugd aanvallen met een gil en trekkingen en schoppen, die altijd als epileptisch waren behandeld. Bij opname gebruikte zij 14 soorten geneesmiddelen. Klinisch leken haar aanvallen niet epileptisch, op diverse EEG's werden geen epileptiforme afwijkingen gezien. Bij ontslag waren haar de diagnose epilepsie en 10 soorten medicijnen ontnomen.

Patiënt F, 32 jaar oud, had al jaren last van duizelingen en wegrakingen. Elders werden eenmaal epileptiforme afwijkingen op het EEG gezien, maar anti-epileptica hadden geen effect. Door deze aanvallen was patiënt geheel geïnvaleerd: hij zat passief thuis en leefde van een WAO-uitkering. Omdat men twijfelde aan de diagnose, werd hij naar ons instituut verwezen. Wij vonden zijn aanvallen weinig epileptisch van aard. Ook op het EEG werden geen afwijkingen gezien. De diagnose epilepsie werd daarom verworpen.

Tabel II: Aanvalsdagnostiek op een observatieafdeling (1978)

Diagnose bij ontslag:	wel epilepsie	geen epilepsie, of waarschijnlijk	
		geen epilepsie	totaal
Diagnose bij opname:			
Wel epilepsie	56	7	63 (= 72 %)
Onbekend of waarschijnlijk geen epilepsie	6	19	25 (= 28 %)
Totaal	62 (= 70 %)	26 (= 30 %)	88 = 100 %)

Uit tabel II blijkt dat ruim een kwart (25) van de onderzochte groep van 88 patiënten werd ingestuurd met de vraag of er sprake was van epilepsie. Een groot aantal (19) van hen had, naar onze mening, inderdaad geen epilepsie. Van de overige patiënten (63) bleek bij een aantal (7) de diagnose epilepsie ook niet gehandhaafd te kunnen worden. Het is interessant om te zien dat daar-

door het aantal patiënten zonder epilepsie bij opname en ontslag vrijwel gelijk blijft (respectievelijk 25 en 26).

Uit deze tabel blijkt dat in ieder geval voor de assistent-psychiater op een dergelijke observatie-afdeling veel valt te leren over de grensproblemen bij de differentiaaldiagnostiek van neurologische en functionele afwijkingen. Daarbij komt een aantal patiënten, bij wie de diagnose epilepsie wel wordt gesteld, maar die daarnaast ook niet-epileptische aanvallen hebben (zie art. Mulder). Dit soort patiënten stelt ons voor nog groter diagnostische en therapeutische problemen; vrij vaak ontdekt men pas na langere observatie dat een aantal aanvallen therapie-resistent is en gaat men bedenken dat die aanvallen misschien niet epileptisch zijn. Ook Bruens (1977) noemt de combinatie epilepsie en histerie een *crux medicorum*. Van het totale aantal patiënten met de ontslagdiagnose epilepsie (62) waren er zeker 7 die ook functionele aanvallen hadden.

Psychosociale en psychiatrische problematiek – ‘Many epileptics are troubled, some are troublesome and a few are mad’ (Betts et al., 1976). Op de poliklinieken van het Instituut voor Epilepsiebestrijding is de ervaring dat ongeveer één kwart tot één derde van de patiënten last heeft van ‘psychosociale problematiek’. Onder deze vage noemer vallen zowel problemen met het verwerken van de ziekte zelf als psychiatrische stoornissen. Hoe ligt dit bij de groep die ik onderzocht heb? Ik weet dat dit moeilijk meetbaar is. Het is bekend hoe verschillend de uitkomsten zijn van epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische morbiditeit. Het gaat in tabel III daarom om een zeer grove indeling op grond van moeilijk objectiveerbare criteria.

Ik spreek van *psychische problematiek* wanneer ik de indruk heb gekregen dat de patiënt ernstige problemen heeft met de acceptatie van ziekte, maar toch nog sociaal goed functioneert (in zijn relaties en werk); deze groep zou men ‘troubled’ kunnen noemen. Een voorbeeld hiervan is patiënte G, een 31-jarige vrouw die drie jaar voor opname plotseling 's nachts een tonisch-clo-nisch insult kreeg. Dit herhaalde zich aanvankelijk zelden, later steeds vaker; daarbij traden aanvallen van derealisatiegevoelens op die haar zeer angstig maakten. De diagnose ‘partiële epilepsie’ werd klinisch bevestigd, en ook de derealisatie-aanvallen waren van epileptische origine. Tijdens het verblijf op de afdeling bleek patiënte een gespannen, verdrietige vrouw die veel moeite had met het aanvaarden van haar ziekte.

Wanneer er duidelijk stoornissen zijn in de relaties of op het gebied van het werk, spreek ik van *psychosociale problematiek* (‘troublesome’). Patiënte H valt in deze groep. Zij is een 24-jarige jonge vrouw met partiële epilepsie vanaf haar tiende jaar. Het laatste jaar zijn de insulten heviger geworden en heeft zij ook korte afwezigheden met angst en automatismen. Zij is somberder geworden, is thuis vaak ontstemd en prikkelbaar en werd uit haar werk als archiefmedewerkster ontslagen, omdat zij zich vrijwel elke ochtend versliep.

Wisselwerkingen: over epilepsie en de psychiatrische opleiding

Van *psychiatrische problematiek* spreek ik wanneer duidelijke psychopathologische symptomen aanwezig zijn, het begrip 'mad' is hierop min of meer van toepassing. Patiënt J is hiervan een voorbeeld. Hij is een 17-jarige Turkse jongen, die in 1973 naar Nederland kwam, twee jaar na zijn eerste epileptische aanval. Hij is enkele keren psychiatrisch opgenomen geweest wegens impulsief, agressief en suïcidaal gedrag. Hij wordt naar ons instituut overgeplaatst, omdat zijn aanvallen medicamenteus niet goed zijn te bestrijden. Op grond van de EEG-bevindingen wordt door ons zijn medicatie gewijzigd, waarna hij aanvalsvrij is. Maar wegens niet te handhaven gedrag (agressiviteit en onttrekken aan alle regels) moet hij al spoedig ontslagen worden.

Tabel III: Psychosociale, psychische en psychiatrische problematiek op een observatie-afdeling (1978)

	geen psychosociale problematiek	psychische problematiek	psychosociale problematiek	psychiatrische problematiek	totaal
Patiënten met ontslagdiagnose 'epilepsie'	9 (15%)	24 (39%)	22 (35%)	7 (11%)	62 (100%)
Patiënten met ontslagdiagnose 'geen epilepsie'	0 (0%)	2 (7%)	15 (58%)	9 (35%)	26 (100%)
Totale groep patiënten	9 (10%)	26 (30%)	37 (42%)	16 (18%)	88 (100%)
Overplaatsing Oostvleugel, de sociotherapeutische afdeling	0 (0%)	7 (35%)	12 (60%)	1 (5%)	20 (100%)

Uit tabel III blijkt dat, althans naar mijn criteria gemeten, een groot aantal (53) van deze patiëntengroep te kampen heeft met min of meer ernstige psychosociale of psychiatrische problematiek. Meer dan de patiëntenpopulatie van de poliklinieken in ieder geval, en ook meer dan 'some' en 'a few'. Een verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat bij het stellen van de indicatie voor opname de psychosociale problematiek vaak een rol speelt, ook al gebeurt dat lang niet altijd expliciet. Dat levert dan een sterk in deze richting geselecteerde groep epilepsiepatiënten op.

Vooraf de patiënten bij wie de diagnose epilepsie niet werd gehandhaafd leveren een groot aandeel aan deze groep (15 + 9). Op zichzelf komt mij dit niet zo vreemd voor: het feit dat mensen epileptiforme symptomen zijn gaan vertonen als uiting van een psychisch conflict, geeft mijns inziens al voldoende aanwijzingen voor de ernst van hun problematiek. De diagnose 'hysterische neurose' is dan ook het meest gesteld onder de 16 patiënten bij wie retrospectief gesproken kan worden van psychiatrische problematiek: bij 9 patiënten, waarvan 2 óók lijden aan epilepsie. Bij 3 patiënten was, naast epilepsie, sprake van een chronische psychose.

Voor de volledigheid heb ik in tabel III ook aangegeven, hoe het gesteld is met de ernst van de problematiek van de patiënten die in het eerste halfjaar van 1978 zijn overgeplaatst van de observatie-afdeling naar 'De Oostvleugel', de sociotherapeutische afdeling van het instituut (20). Het blijkt dat het overgrote deel van deze patiënten (7 + 12) last heeft van psychische of psychosociale problematiek. Dat patiënten zonder duidelijke psychische problemen niet in aanmerking komen voor opname op de sociotherapeutische afdeling, wekt niet zo'n verbazing. Interessanter is het om te zien dat psychiatrische problemen kennelijk ook een contra-indicatie vormen voor deze afdeling. Wel moet hierbij opgemerkt dat tot voor kort alleen patiënten met de diagnose epilepsie op De Oostvleugel werden opgenomen, zodat alleen al op grond daarvan een aantal psychiatrische patiënten moest worden afgevoerd (zie art. Nettinga).

Uit tabel III wordt duidelijk dat voor een assistent-psychiater op een observatie-afdeling van het Instituut voor Epilepsiebestrijding veel valt te leren over de psychosociale en psychiatrische problematiek van patiënten met een ernstig neurologisch of pseudo-neurologisch lijden.

Conclusies en discussies

Uit mijn onderzoek van de ontslagbrieven van 88 patiënten van een observatie-afdeling van het Instituut voor Epilepsiebestrijding resulteren de volgende antwoorden op de drie vragen die ik aan het begin van dit artikel heb gesteld:

1. bij ruim één derde van de patiënten komen neurologische of neuroradiologische afwijkingen voor;
2. bij een kwart van de patiënten wordt de diagnose epilepsie niet gehandhaafd, voornamelijk op grond van aanvalsobservatie en EEG-registratie;
3. bij tweevijfde van de patiënten is sprake van psychosociale problematiek en bij één vijfde van psychiatrische problematiek.

Tijdens zijn stage onderzoekt de arts-assistent derhalve een vrij groot aantal patiënten met neurologische afwijkingen, maar indrukwekkend is dit getal niet. De vraag is of daarmee wel aan het doel van de neurologische stage in de opleiding tot psychiater is voldaan. Dat doel is immers: het leren herkennen en behandelen van neurologische afwijkingen. De laatste jaren gaan echter steeds meer stemmen op, die dit een te beperkte doelstelling vinden (b.v. Romme & Richartz, 1978). Sinds de ontwikkeling van de biologische psychiatrie komt de nadruk steeds meer te liggen op het leren beïnvloeden van gedrag met psychofarmaca en op het bestuderen van het biologisch substraat van gedragsstoornissen. En dat leert de assistent zeker niet in een neurologische kliniek.

Op het Instituut voor Epilepsiebestrijding krijgt de aanstaande psychiater ruimschoots te maken met patiënten die zich bevinden op het grote grensgebied van somatiek en gedrag, waarbij hij

vooral ook de wisselwerking tussen de somatische stoornis en het gedrag kan bestuderen. Bij een groot aantal patiënten moet hij meebepalen of wel of niet sprake is van epilepsie. Bij een zeer groot aantal patiënten ziet hij de consequenties van een biologisch gefundeerde stoornis en de behandeling daarvan voor de patiënt en zijn omgeving. Kortom, hij krijgt een laatste kans om een medische attitude en een psychotherapeutische attitude samen te smelten tot een integrale houding ten opzichte van zijn patiënten. Dit in tegenstelling tot zijn collega's die een jaar werken op een neurologische afdeling en die dit jaar nogal eens beleven als een geïsoleerde periode, waarin ze genoodzaakt waren hun psychiatrische attitude tijdelijk af te schaffen.

Ik denk dat het Instituut voor Epilepsiebestrijding de afgelopen jaren al verrijkt is door de denkbeelden, die de psychiatrische assistenten hebben ingebracht. De Oostvleugel, de sociotherapeutische afdeling (zie art. Nettinga) voor patiënten met epileptiforme aanvallen, is mede door hun inzet van de grond gekomen. Het belang van psychosociale factoren bij het ontstaan of als het gevolg van aanvallen wordt steeds meer ingezien. Het lijkt me dat er daarom nog een belangrijke taak ligt voor de assistent-psychiaters en zeker ook voor psychiaters bij het verbeteren van de differentiaaldiagnostiek en de behandeling van epileptiforme avalsziekten.

Concluderend: 'Epilepsy is important to the psychiatrist and the psychiatrist is important to epilepsy'.

Literatuur

- Betts, T. A., H. Merskey, D. A. Pond (1976), *Psychiatry*. In: J. Laidlaw, A. Richens (ed.), *A Textbook of Epilepsy*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Bruens, J. H. (1977), Psychosociale aspecten van epilepsie, *Soma & Psyche wereldwijd* 3: 6-11; 4: 1-6; 4: 7-10.
- Gowers, W. R. (1885), *Epilepsy and other Chronic Convulsive Diseases: Their Causes, Symptoms and Treatment*, New York: Dover, 1965 (reprint).
- Joosten, H. H. (1941), *Epilepsie*, Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Lennox, W. G. (1960), *Epilepsy and Related Disorders*, Boston: Little, Brown.
- Muuskens, C. J. J. (1924), *Epilepsie: vergelijkende pathogenese, verschijnselen, behandeling*, Amsterdam: Van Rossen.
- Rabe, F. (1970), *Die Kombination hysterischer und epileptischer Anfälle*, Berlin: Springer.
- Romme, M. A. J., & M. M. W. Richartz (1978), De opleiding tot psychiater, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 20: 461-467.
- Rooymans, H. G. M. (1977), Psychiatrische diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 19: 155-174.
- Sterman, D. M. (1976), Inventarisatie van het voorkomen van neurologische afwijkingen bij patiënten van de damesobservatie-afdeling 'De Oostvleugel', die in 1975 ontslagen werden, in: *Kantboek uit de proefboerderij, Praatpapier 7 van de sociotherapeutische gemeenschap 'De Oostvleugel'*. Heemstede: Instituut voor Epilepsiebestrijding.

- Sutherland, J. M., & H. Tait (1969), *The Epilepsies; Modern Diagnosis and Treatment*, Edinburgh: Livingstone.
- Turner, W. K. (1907), *Epilepsy, A Study of the Idiopathic Disease*, New York: Raven Press 1973 (reprint).