

De lichamelijke screening bij jeugdpsychiatrische patiënten – een evaluatie

door G.M.A. Westermann en S.H. Hartman-Faber

Samenvatting

Lichamelijke ziektebeelden komen veelvuldig voor bij psychiatrische patiënten. De betekenis van deze lichamelijke aandoeningen voor de psychiatrische behandeling varieert. Er is nog geen overeenstemming over de wijze waarop onderzoek naar lichamelijke aandoeningen bij volwassen en kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten optimaal verricht kan worden. Hiertoe is door de auteurs ten eerste een literatuurstudie over de medische screening bij voornamelijk volwassen psychiatrische patiënten verricht. Ten tweede heeft een inventarisatie van de lichamelijke screeningswijze bij de Nederlandse ambulante en residentiële jeugdpsychiatrische instellingen plaatsgevonden. Ten derde is een prospectief onderzoek verricht naar het voorkomen van lichamelijke aandoeningen en de effectiviteit van de lichamelijke screening bij jeugdpsychiatrische patiënten. Op basis van deze gegevens pleiten de auteurs voor een beperkte, op indicatie uit te breiden, lichamelijke basisscreening bij opgenomen jeugdpsychiatrische patiënten.

Inleiding

Bij psychiatrische patiënten worden, meer dan algemeen in de bevolking, lichamelijke aandoeningen aangetroffen (Eastwood 1977). Deze aandoeningen kunnen op verschillende wijze gerelateerd zijn aan de psychiatrische problemen en zodoende wisselend van belang zijn voor de behandeling. De lichamelijke aandoening kan de psychiatrische stoornis (mede) veroorzaken. Ook kan het psychiatrisch beeld via abnormaal gedrag, voeding of psycho-immunologische mechanismen effect hebben op de lichamelijke toestand. Verder kan de lichamelijke ziekte of de behandeling ervan mentale effecten met zich meebrengen en kan psycho-actieve medicatie toxisch werken of andere bijwerkingen geven. Uiteraard kunnen fysieke en mentale problemen ook onafhankelijk van elkaar voorkomen (White en Barraclough 1989). Er bestaat in de psychiatrie nog geen overeenstemming over de benodigde standaardscreening op lichamelijke afwijkingen in het kader van het

psychiatrisch onderzoek. Dit geldt zowel voor de volwassenenpsychiatrie als voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Bij adolescenten speelt bij de screening mee dat er weliswaar sprake is van een lichamenlijk relatief gezonde levensfase, maar dat er tevens ingrijpende, soms schaamtevolle, verwarrende lichamenlijke veranderingen plaatsvinden en dat er nogal eens sprake is van zeker risicovol gedrag (experimenteren met genotmiddelen en seks).

Het is de vraag hoe uitgebreid een lichamenlijk onderzoek dient te zijn in geval van jeugdpsychiatrische patiënten en door wie het onderzoek verricht dient te worden: de huisarts, kinder- of jeugdarts of de behandelend psychiater zelf? Een uitvoerig onderzoek is duur, tijdrovend en soms belastend voor de patiënt. Daarentegen kan de vooronderstelling, dat de jongere wel gezond zal zijn en dus geen onderzoek behoeft, ertoe leiden dat belangrijke symptomatologie over het hoofd gezien wordt. Het is van belang, rekening houdend met de vragen en verwachtingen van de adolescent en de ouders/opvoeders, te expliciteren wat er met het onderzoek beoogd wordt: screening (algemeen of specifiek in geval van een medicamenteuze behandeling bij voorbeeld) of preventie (bij voorbeeld met betrekking tot houdingsafwijkingen of adipositas). Lichamenlijk onderzoek kan tevens als therapeutische, strategische interventie dienen (zoals het serieus nemen van 'ongerustheid' in geval van een psychosomatische). Dit artikel heeft als doel het lichamenlijk screeningsonderzoek, met name in de klinische jeugdpsychiatrie, te evalueren. Het onderzoek, de begeleiding en behandeling van adolescenten met een chronische ziekte komen in dit kader slechts zijdelings ter sprake.

Om tot een afgewogen oordeel over de noodzakelijke lichamenlijke screening voor jeugdpsychiatrische patiënten te komen is door de auteurs allereerst literatuuronderzoek verricht, is vervolgens landelijk het beleid in de jeugdpsychiatrische instellingen ten aanzien van de somatische screening geïnventariseerd en is ten slotte in één centrum prospectief onderzoek naar de diagnostische waarde van het lichamenlijke onderzoek bij opgenomen jeugdpsychiatrische patiënten gedaan. In dit artikel worden deze bevindingen beschreven en wordt een voorstel tot een standaard lichamenlijk onderzoek bij deze populatie gedaan.

Lichamenlijke ziektebeelden bij psychiatrische patiënten: een beknopt literatuuroverzicht

Onderzoek naar het voorkomen van somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten richt zich vooral op de (oudere) volwassenen. Rooijmans (1983) stelt in een overzichtsartikel naar somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten op grond van zestien studies vast dat men bij 30 tot 50% van de onderzochte patiënten lichamenlijke ziektebeelden aantreft, waarvan de helft niet eerder gediagnostiseerd is. Latere

studies (Hoffman en Koran 1984; Hoogduin e.a. 1985, 1987; Ferguson en Dudleston 1986; Krummel en Kathol 1987; Honig e.a. 1989; Hovens e.a. 1989; White en Barraclough 1989) geven eenzelfde beeld. In deze studies wordt in het algemeen een beperkte basisscreening aanbevolen, met een uitgebreider onderzoek op grond van specifieke gegevens. Als aanwijzingen voor organiciteit worden genoemd aanzienlijk gewichtsverlies, zelfverwaarlozing, bewustzijnsstoornissen, een duidelijke daling in het intellectueel en/of sociaal functioneren, atypische psychiatrische symptomen met een relatief abrupt of snel begin en een atypisch beloop, zoals een uitblijvende respons op een adequate behandeling of een voortdurend sterk fluctuerend beeld (Hoffman en Koran 1984; Ferguson en Dudleston 1986; Gabel 1989).

In tegenstelling tot dit omvangrijk onderzoek bij volwassenen is er slechts één onderzoek in de jeugdpsychiatrische praktijk bij de auteurs bekend. In het onderzoek bij 100 opgenomen jeugdpsychiatrische patiënten van Gabel en Hsu (1986) blijken laboratorium-, ECG- en röntgenonderzoek niet wezenlijk bij te dragen tot de diagnostiek. Een aantal afwijkende bepalingen is echter niet vervolgd, zoals regelmatig aangetroffen afwijkende schildklierfuncties en een relatief lage glucosespiegel. Om een betere inschatting te maken van de diagnostische betekenis van deze afwijkende waarden is volgens deze auteurs nader onderzoek nodig.

Gezondheid, ziekte en ontwikkeling tijdens de adolescentie

Bij kinderen tot en met de lagere-schoolleeftijd is er sprake van relatief veel routinematige medische bemoeienis (consultatiebureau-arts, schoolarts), al wordt volgens Schulpen (1989) niet altijd optimaal gebruik gemaakt van deze medische gegevens. Deze leeftijdsgroep vraagt een eigen aanpak (Sauer en Weisglas-Kuperus 1992) en blijft hier buiten beschouwing.

De adolescentie (hiermee wordt bedoeld de leeftijdsfase van 12 tot 21 jaar) is een lichamelijk relatief gezonde levensperiode. De morbiditeits- en mortaliteitscijfers zijn laag in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Passieve en actieve immuniteit tegen veel ziekten zijn veelal op jongere leeftijd verworven en vasculaire en degeneratieve afwijkingen komen pas op middelbare leeftijd voor. De aandoeningen zijn ook zelden levensbedreigend (Schuil e.a. 1987). Toch kunnen op deze leeftijd relatief onschuldige aandoeningen aanzienlijk interfereren met de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke ontwikkeling.

Gerritzen e.a. (1986) wijzen op het meer voorkomen van licht degeneratieve afwijkingen bij kinderen en jongeren met psychische stoornissen en op gevonden correlaties tussen lichaamsbouw en gedrag alsook tussen fysieke aantrekkelijkheid enerzijds en sociale acceptatie en gevoel van eigenwaarde anderzijds. Pomeroy e.a. (1988) stellen in hun studie vast dat 'minor physical anomalies' samenhangen met een vertraagde

psychomotore rijping, die weer ten grondslag kan liggen aan verschillende psychiatrische beelden. Garrick e.a. (1988) concluderen dat bij jongeren vele lichamelijke klachten een aanwijzing voor psychische problematiek kunnen zijn.

Kahn (1990) beschrijft overzichtelijk de meest voorkomende medische problemen tijdens de adolescentie en verdeelt ze over de volgende drie categorieën:

1. gezondheidsproblemen gerelateerd aan het ontwikkelingsstadium, zoals groei- en ontwikkelingsstoornissen, menstruatiestoornissen, anemie, myopie, infectieziekten, obesitas, dermatologische en orthopedische problemen;
2. exacerbaties van chronische medische ziekten, als diabetes, CARA, hartafwijkingen of hemofilie;
3. acute medische, chirurgische problemen, zoals sportblessures, gevolgen van ongevallen of seksueel overdraagbare ziekten (Kahn 1990).

Somatische diagnostiek in de jeugdpsychiatrie: een landelijke inventarisatie

Methode – Bij alle jeugdpsychiatrische (poli)klinieken en de jeugdafdelingen van de RIAGG's in Nederland is medio 1991 geïnventariseerd op welke wijze de lichamelijke screening een plaats heeft in de totale diagnostiek bij aangemelde adolescenten.

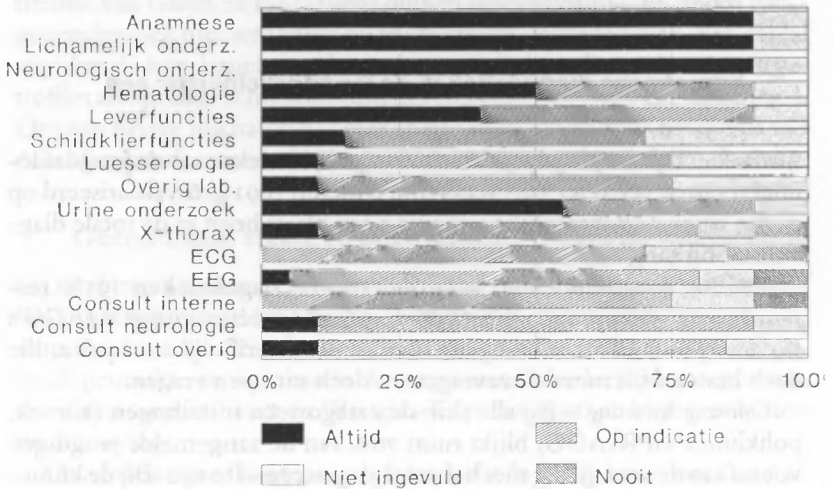
Twintig jeugdklinieken, waaronder twee dagklinieken (91% respons), negentien jeugdpoli's (83% respons) en éénenvijftig RIAGG's (85% respons) hebben meegewerkt aan een schriftelijke enquête, die deels bestond uit meerkeuzevragen en deels uit open vragen.

Omvang screening – Bij alle drie de categorieën instellingen (kliniek, polikliniek en RIAGG) blijkt ruim 70% van de aangemelde jeugdigen voorafaan de verwijzing niet lichamenlijk gescreend te zijn. Bij de klinieken wordt in de diagnostiekfase 100% van de jongeren lichamenlijk onderzocht. Bij vier van de poliklinieken gebeurt dit altijd, bij elf poliklinieken wordt de noodzaak ertoe altijd besproken en bij vier poliklinieken behoort dit niet tot de vaste procedure. Slechts één RIAGG doet altijd lichamenlijk onderzoek, zesendertig RIAGG's bespreken wel altijd of somatisch onderzoek gewenst is en veertien RIAGG's doen dit niet altijd.

Artsen – Vele verschillende categorieën artsen voeren de screening uit. De kinderarts is het meest bij de screening betrokken. Deze categorie maakt ruim 40% uit van het totaal aantal screenende medici. De categorieën psychiater, huisarts en neuroloog (waarvan de helft kinderneuroloog) maken elk ongeveer 15% deel uit van het totaal. Onder de overige artsen bevinden zich onder anderen enkele basisartsen, schoolartsen en een jeugdarts.

Onderzoekswijze – Welke soorten screeningsonderzoek gedaan worden bij de klinieken en in welke mate is in figuur 1 te zien. Bij de vier poliklinieken, waar altijd lichamelijk onderzoek wordt gedaan, is de verdeling als volgt: alle nemen een anamnese af, drie poliklinieken doen daarbij lichamelijk onderzoek inclusief neurologisch onderzoek, terwijl één polikliniek tevens routinematig hematologisch onderzoek, lever- en schildklierfuncties en urineonderzoek verricht en een andere polikliniek routinematig een elektro-encefalogram (EEG) laat maken. Bij de RIAGG-afdeling die bij elke jongere lichamelijk screent, is de anamnese een vast onderdeel, terwijl overig onderzoek alleen op indicatie geschiedt. Geconcludeerd mag worden dat er op heel verscheiden wijze gescreend wordt. Op grond van deze gegevens kan uiteraard geen uitspraak gedaan worden over de doelmatigheid van ieders werkwijze.

Figuur 1: Wijze van lichamelijke screening bij twintig jeugd(dag)klinieken



Consult overig = specifiek vermeld, geneticus, endocrinoloog en CT-scanonderzoek.

Studie naar de somatische screening in een jeugdkliniek¹

In Nederland deden Hoogduin e.a. (1985, 1987) onderzoek naar de omvang van somatische ziekten bij op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) opgenomen patiënten en naar de relevantie van de verschillende onderdelen van het lichamelijk onderzoek.

Deze studie is gerepliceerd in de jeugdpsychiatrische kliniek Laanzicht van het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal te Den Haag.² Binnen de klinische jeugdpsychiatrische zorg in Zuid-Holland-Noord is Laanzicht mede verantwoordelijk voor de basisfuncties jeugdpsychia-

trie, te weten crisisinterventie, observatie, kort- en langerdurende behandeling. Het betreft ernstige psychiatrische problematiek zoals gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen, psychosen en ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornissen. De leeftijd varieert van 12 tot 21 jaar. Zwakzinnigheid en primaire verslaving vormen een contra-indicatie voor opname.

Alleen de lichamelijke aandoeningen die aan de volgende criteria naar Hoogduin e.a. (1987) voldoen, zijn in het onderzoek opgenomen:

- de aandoening bedreigt de gezondheid of kan het leven bekorten;
- de aandoening vereist behandeling volgens gangbare medische inzichten;
- de aandoening heeft consequenties voor het psychiatrisch-therapeutisch beleid.

Alle patiënten die vanaf 1 oktober 1989 tot 1 april 1991 zijn opgenomen in Laanzicht, zijn in het onderzoek betrokken. Wanneer heropname in deze periode voorkomt, wordt dit niet als een nieuwe opname beschouwd. Wel worden aanvullende medische gegevens toegevoegd aan de bevindingen die verkregen zijn tijdens de eerste opname.

Het routineonderzoek naar lichamelijke aandoeningen, zoals dit in Bloemendaal en derhalve ook op Laanzicht plaatsvindt, is weergegeven in tabel 1.

Na de verrichting van elk van de verschillende onderzoeksonderdelen, zoals vermeld in tabel 1, wordt vastgelegd of op grond van het betreffende onderdeel een (vermoedelijke) diagnose gesteld kan worden.

Resultaten

Patiënten – In de onderzoeksperiode zijn zestig patiënten opgenomen, van wie drieënveertig meisjes (72%) en zeventien jongens (28%). De patiënten zijn bij de verdere beschrijving in drie groepen onderverdeeld. Groep A (40) betreft de door de arts-assistent volledig gescreende jongeren, groep B (6) de door de internist gescreende patiënten en groep C (14) de adolescenten die om verschillende redenen niet volledig gescreend zijn, in verband met een recent onderzoek door de verwijzer of weigering op onderdelen door de patiënt of door voortijdig vertrek.

Somatische aandoeningen en de bijdrage van de onderzoeken – Bij drieëndertig (55%) jongeren is geen somatische diagnose gesteld, bij vijftien (25%) is een bekende aandoening en bij twaalf (20%) is een niet eerder gediagnostiseerde aandoening aangetroffen. In tabel 2 staan de diagnoses weergegeven. De aantallen zijn te klein om ze statistisch te relateren aan psychiatrische diagnose, geslacht, etnische achtergrond, verwijzende instantie of de rangorde van opname. In geen van de gevallen is er kli-

Tabel 1: Het lichamelijk onderzoek bij jeugdpsychiatrische patiënten in de kliniek Laanzicht

-
- *de (hetero)anamnese*: volgens een standaardvragenlijst.³
 - *algeheel lichamelijk onderzoek*: inclusief oriënterend neurologisch onderzoek door de arts-assistent verricht.
 - *bloedonderzoek*: Bezinking (BSE), Hemoglobinegehalte (Hb), Hematocrietwaarde (Ht), Erytrocyten (E), Leucocyten en -differentiatie (L + diff), Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH), Mean Corpuscular Volume (MCV), Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC), Thrombocyten (T), Thymol Troebelings test, Zinksulfaat Troebelings test, Alkalische Fosfatase (AF), serum-glutamaat-oxaalacetaat-transaminase (SGOT), serum-glutamaat-pyruvaat-transaminase (SGPT), Gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT), Natrium (Na), Kalium (K), Chloride (Cl), Fructosamine, Thyroxine (T₄) (eventueel T₄-Thyroxine bindend globuline (T₄TBG en TBG) en Hepatitis B surface antigeen (HBs-Ag).
 - *urineonderzoek*: Soortelijk Gewicht (SG), Nitriet, Zuurgraad (pH), Eiwit, Glucose, Aceton, Urobilinogeen, Bilirubine, Erytrocyten en sediment. Bij afwijkingen worden de laboratoriumwaarden in elk geval eenmaal herhaald, zoals Gabel en Hsu (1986) vanuit hun onderzoek aanraden.
 - *elektrocardiogram (ECG) en röntgenonderzoek van de thorax (X-thorax)*: Wanneer vooraf te verwachten is dat er medebehandeling van de internist gevraagd zal worden (zoals bij patiënten met eetstoornissen, diabetes mellitus en dergelijke), dan wordt ook het eerste onderzoek door de specialist uitgevoerd.
Het ECG- en het X-thoraxonderzoek, dat in het jaar voorafgaand aan de opname is verricht, wordt niet herhaald. De uitslagen ervan worden wel opnieuw bekeken.
 - *Aanvullend onderzoek*: dit wordt op indicatie verricht
-

nisch een duidelijk causaal verband met de psychiatrische stoornis te leggen. Wel is bij de patiënten met eetstoornissen (groep B) naast onder- of overgewicht de volgende symptomatologie vastgesteld: sinusbradycardie, hypokaliëmie en een relatieve polyglobulie met perifere cyanose. Deze bevindingen hangen alle samen met de eetstoornis.

Behoudens de afwijkende lab-waarden bij de patiënten uit groep B zijn bij nog twaalf adolescenten van de norm afwijkende lab-waarden aangetroffen, die op twee na (urinewegsinfectie en M. Gilbert) zonder klinische betekenis blijken te zijn. Het betreft verhoogd thyroxine samenhangend met pilgebruik, verhoogde alkalische fosfatase te wijten aan sterke botgroei en hyperbilirubinemie, licht verhoogd cholesterol en lymfocytose waaraan door de geconsulteerde internist geen klinische waarde is verbonden. Eenmaal kon een verhoogde bezinking niet vervolgd worden. De drie afwijkende ECG's (van totaal vijfenvijftig verrichte ECG's) zijn evenmin van klinische betekenis gebleken. Er is tweeënvijftig maal röntgenonderzoek van de thorax verricht. Eenmaal worden hierbij voor het eerst tekenen van emfyseem geconstateerd en

Tabel 2: Nieuw gediagnostiseerde en reeds bekende somatische aandoeningen

Groep A	
Reeds bekend:	Nieuw gediagnostiseerd:
M. Osgood Schlatter	candida-infectie
nierinsufficiëntie	geleidingsdoofheid
scoliose (2x)	contactallergisch eczeem
syndroom van Costen	vulvovaginitis
condylomata acuminata	chlamydia-infectie
spastisch colon en fissura ani	kyfose
myopie (2x)	emfyseem
CARA (2x)	M. Gilbert
allergie	
migraine	
hooikoorts	
gehoorverlies bij status na cholesteatoom	
Groep B	
diabetes mellitus (3x)	stomatitis
scoliose	
verrucae vulgaris	
Groep C	
peritonitis tuberculosa	blaasontsteking
verrucae vulgaris	
kyfose	
scoliose	
Groep A: volledig gescreend door de arts-assistent	
Groep B: volledig gescreend door de internist	
Groep C: onvolledig gescreende patiënten	

eenmaal geeft dit onderzoek vermoeden op een congenitale hartafwijking, een diagnose die door de geconsulteerde cardioloog vervolgens niet wordt bevestigd. Drieëntwintig maal is er een EEG verricht, waarbij tweemaal vermoedelijke afwijkingen zijn geconstateerd, die echter bij herhaling klinisch niet meer relevant zijn gebleken.

Discussie

In vergelijking met het onderzoek van Hoogduin e.a. (1987) zijn de aangetroffen aandoeningen beduidend milder van aard. Wel vragen de bevindingen steeds aandacht of behandeling en heeft een vrij groot percentage (45%) een of andere afwijkende lichamelijke bevinding. Hoewel conclusies, gezien de relatief kleine onderzoeksgroep, met de nodige voorzichtigheid getrokken dienen te worden, blijkt in dit onderzoek dat in een groot deel (68%) de anamnese de aandoening naar voren

brengt, zeker gecombineerd met het algemeen lichamelijk onderzoek (92%). Het lab-onderzoek (5%) en het X-thoraxonderzoek (3%) hebben slechts een geringe diagnostische bijdrage. Dit beeld stemt overeen met onderzoek bij de volwassen populatie (Hampton e.a. 1975; Summers e.a. 1981). Op grond van dit onderzoek en literatuurgegevens (Gabel en Hsu 1986; Marks en Fisher 1987; White en Barracough 1989; Young e.a. 1990) lijkt er voor een routinematig verrichte X-thorax en ECG geen en voor het lab-onderzoek slechts een bescheiden plaats aanwezig in een standaardscreening bij deze patiëntengroep. Een ECG kan geïndiceerd zijn bij specifieke klachten en/of bevindingen van cardiale aard of hyperventilatieklachten (Hoogduin 1987), een X-thorax indien er anamnestic of bij lichamelijk onderzoek aanwijzingen voor pathologie in deze regio zijn, en bij (verdenking op een) toeval of een positieve (familie)anamnese ten aanzien van epilepsie is EEG-onderzoek aangewezen (Lam e.a. 1988).

Het is echter mogelijk dat meer specifieke screening, gericht op de gevolgen van leeftijdsgerelateerde, potentieel lichamelijk schadelijke gedragingen ook meer afwijkende bevindingen zal opleveren. Zo stelt Gabel (1989) dat routinematige screening met betrekking tot druggebruik een hoger percentage aan door middelen veroorzaakte psycho-organische stoornissen zou kunnen opleveren. In de screening bij de patiënten van Laanzicht is verder, behalve een anamnesticke navraag naar symptomen, geen onderzoek opgenomen met betrekking tot seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Aangezien het met name asymptomatische of passagère infecties kan betreffen, zou verder lichamelijk en/of lab-onderzoek bij seksueel actieve adolescenten aangewezen kunnen zijn, als het standaardonderzoek (de anamnese, het lichamelijk onderzoek of lab-onderzoek) daartoe aanleiding geeft. Gynaecologische klachten, die bij de Laanzicht-populatie ook relatief veel voorkomen, vragen wellicht ook meer gericht onderzoek.

Bij het ontwikkelen van een voorstel voor een lichamelijke basiscreening bij jeugdpsychiatrische patiënten hanteren de auteurs, mede op grond van bovenstaande, de volgende uitgangspunten:

- de 'psychologische betekenis' van lichamelijke klachten, belevingen en van hulp vragen hiervoor, met name in de adolescentie, vraagt om zorgvuldig, doch afgewogen onderzoek;
- een beperkte basisscreening is gerechtvaardigd, gezien het hoge rendement bij deze relatief gezonde levensfase;
- de basisscreening richt zich met name op leeftijdsgerelateerde aandoeningen en risico's, inclusief de mogelijk asymptomatische afwijkingen;
- verdere screening wordt verricht op grond van:
 - ★ gegevens uit de basisscreening,
 - ★ het psychiatrisch beeld,
 - ★ een specifieke psychiatrische behandeling,

- ★ een aanwezige chronische ziekte,
- ★ tekenen van mogelijke organiciteit,
- ★ nieuwe symptomen gedurende de behandeling.

De medicus dient om een dergelijke screening te kunnen uitvoeren een aantal kwaliteiten in zich te bergen. Zo vraagt het spanningsveld tussen enerzijds de afhankelijke positie van de adolescent ten opzichte van de autoriteit van de arts en anderzijds de autonomie- en conflictbehoefte gespreks- en attitudevaardigheden. Alle adolescenten zullen soms klachten en zorgen over hun lengte, gewicht of seksuele rijping hebben, maar deze niet snel spontaan melden. In de meeste gevallen zullen deze klachten pas na zorgvuldig uitvragen naar voren komen (Kahn 1990). Daarbij is gedetailleerde kennis van ontwikkelingspsychologische en psychiatrische aard niet een absolute noodzaak. Wel dient de arts kennis van eerder genoemde leeftijdsspecifieke medische problemen en vaardigheden te beheersen en te onderhouden. Bij de beoordeling van de bevindingen geldt dat er een geleidelijke overgang tussen normaliteit en pathologie bestaat en dat bij adolescenten bepaalde lab-waarden andere normaalwaarden hebben of aan het Tanner-ontwikkelingsstadium gerelateerd zijn. Met Gijsman (1922) wordt de mening gedeeld dat een somaticus met name vanwege de benodigde onderzoeksvaardigheid bij het verrichten van de screening verreweg de voorkeur verdient. De kinder- en jeugdpsychiater dient uiteraard wel vanuit zijn medische achtergrond voor een inpassing van de somatische bevindingen in het totale diagnostisch beeld te zorgen en zal zich daartoe op somatisch gebied moeten blijven bijscholen. Goed overleg tussen de somatische arts en de psychiater en kennis van elkaars werkwijze zijn wenselijk, zeker wanneer er sprake is van meebehandeling.

Aanbevelingen

De volgende lichamelijke basisscreening voor opgenomen jeugdpsychiatrische patiënten wordt, uitgaande van bovenstaande, aanbevolen. In de ambulante praktijk bij jongeren met in het algemeen iets mildere emotionele of gedragsproblemen, waarbij verder aanwijzingen voor organiciteit ontbreken, kan veelal volstaan worden met een medische (hetero)anamnese.

Lichamelijke basisscreening (samengevat in tabel 3):

- a. (hetero)anamnese: behoudens het nagaan van de medische voorgeschiedenis (eerdere ziekten, vaccinaties) vindt met name navraag plaats naar klachten met betrekking tot bovenstaande relatief vaker voorkomende aandoeningen, voedingsgewoonten, lichamelijke activiteit, verzorging, middelengebruik, seksuele activiteiten en anticonceptie; familieanamnese: met name cardiovasculaire aandoeningen bij ouders of siblings onder de leeftijd van 60 jaar zijn preventief van belang;

Tabel 3: Somatische basis-screening bij nieuw opgenomen jeugdpsychiatrische patiënten

(Hetero)anamnese:

- eerdere medische gegevens en tractus-anamnese
- familieanamnese: cardiovasculaire aandoeningen bij ouders of sibs jonger dan 60 jaar
- medicatie, middelengebruik en psychoseksuele anamnese
- zelfverzorging, voeding en lichamelijke activiteit

Lichamelijk onderzoek: intern en neurologisch onderzoek

- rijping, lengte, gewicht, bloeddruk, pols en huid
- 'soft signs' en 'minor physical anomalies'
- visus-, gehoor- en locomotoriusonderzoek
- op indicatie: gynaecologisch en/of rectaal onderzoek

Lab-onderzoek

- hemoglobinegehalte en hematocrietwaarde
- urinesediment

Overig onderzoek (inclusief ECG, EEG en X-thorax) op indicatie (zie tekst):

- met name bij autisme en pervasieve ontwikkelingsstoornissen, eetstoornissen, stemmingsstoornissen, neuropsychiatrische beelden, seksuele activiteit, middelmisbruik en chronische lichamelijke aandoeningen

b. *lichamelijk onderzoek:* intern en neurologisch onderzoek, waarbij vaststelling van het rijpingsstadium, lengte, gewicht, bloeddruk en pols, eventuele 'minor physical anomalies' en neurologische 'soft signs' en vooral aandacht voor huid-, visus- en gehoor- en locomotorisch onderzoek; externe genitalia en borstonderzoek vindt routinematig plaats, gynaecologisch of rectaal onderzoek op indicatie;

c. *lab-onderzoek:* hemoglobinegehalte en hematocriet (in verband met anemie door snelle groei, slechte voeding, menstrueel bloedverlies); urinesediment (in verband met mogelijk asymptomatische aandoeningen zoals urethritis, urineweginfectie (leucocyurie), suikerziekte (glucosurie), slechte voedingsgewoonte (ketonurie) of nierziekten (proteïnurie en/of hematurie). Om zicht te krijgen op de betekenis van afwijkende lab-waarden dienen deze steeds vervolgd te worden;

d. *op indicatie:*

- bij autisme en pervasieve ontwikkelingsstoornissen kan de medische evaluatie op grond van de basisscreening het volgende omvatten: neurologische en/of pediatrie consultatie; nagaan van verschillende mogelijk geassocieerde ziektebeelden (zoals congenitale rubella, tubereuze sclerose, phenylketonurie, fragile X-syndroom), pre- en perinatale risicofactoren; genetische screening (chromosomaal en stofwisselingsonderzoek) (Volkmar 1991);

- bij *eetstoornissen* is nader specialistisch onderzoek aangewezen. Neurologische ziekten (hersentumoren), hormonale stoornissen (hypofyse-dysfunctie, diabetes mellitus en bijnieraandoening) en gastro-intestinale ziekten (malabsorptie-syndromen, ulcera en regionale enteritis) dienen uitgesloten te worden. Medische complicaties kunnen vrijwel elk systeem betreffen. Hartritmestoornissen, elektrolytenstoornissen, hormonale veranderingen, parotitis, cariës en huidveranderingen kunnen de gevolgen van de uithongering, dehydratie, het braken, laxeren en dergelijke zijn (Lucas 1991);
- bij *stemmingsstoornissen* dienen organische beelden, die etiologisch een rol spelen of zich voordoen als een stemmingsstoornis, uitgesloten te worden. De medische evaluatie is gericht op het detecteren van infecties (zoals de ziekte van Pfeiffer of een geslachtsziekte), neurologische stoornissen (onder andere epilepsie of post-contusionale beelden), endocriene stoornissen (zoals schildklierafwijkingen of diabetes mellitus), invloeden van medicatie (bij voorbeeld orale anticonceptiva of benzodiazepines) en andere invloeden als anemie, drugmisbruik, uremie en dergelijke. Een volledig bloedbeeld, elektrolyten, kreatinine, schildklier- en leverfuncties en naast basaal urineonderzoek de kreatinineklaring en een EEG-bepaling wordt aanbevolen. De DST (dexamethason-suppressietest) kan diagnostisch een bevestigende waarde hebben en in sommige gevallen dienen om de therapierespons te meten (Weller en Weller 1991);
- bij *neuropsychiatrische beelden* zal de medische evaluatie, doorgaans via specialistische consultatie, uitgebreid zijn. Naast de basale onderzoeken (met name de mentale status en neurologisch onderzoek) zal volledige hematologie en bloedchemie en urineonderzoek plaatsvinden. Toxicologisch onderzoek, bloedgasanalyse, een ECG en X-thorax en meer gericht en geavanceerd onderzoek kan vervolgens nodig zijn om de oorzaak van het organisch psychosyndroom te achterhalen (Williams 1991);
- bij *somatoforme stoornissen* zijn de interacties tussen lichaam en psyche het meest duidelijk, maar deze relatie is complex en zeker nog niet geheel begrepen. Ofschoon een conversie bij kinderen dikwijls psychodynamisch te begrijpen valt, mag een lichamelijk onderzoek niet worden nagelaten. In onderzoeken (Krummel en Kathol 1987) is bij 40% van volwassen patiënten met conversieve klachten uiteindelijk een medische oorzaak naar voren gekomen. Afhankelijk van de klacht kan na de basale screening verder gericht en gelimiteerd onderzoek nodig zijn om diagnostische en therapeutische redenen (Davidson Nemzer 1991);
- bij *angststoornissen* komen dikwijls lichamelijke symptomen voor, op cardiovasculair, respiratoir, gastro-intestinaal en muscu-

lair gebied. Hierbij is zelden meer dan basisonderzoek nodig (Livingston 1991). Ook bij jongeren met *enuresis- of encopresis*klachten volstaat doorgaans een routineonderzoek (Mikkelsen 1991);

- bij *seksueel actieve adolescenten* is onderzoek naar geslachtsziekten (bij homoseksuele jongens screening op hepatitis B) aangewezen. Routinematig onderzoek op HIV wordt door de Nationale Commissie AIDS Bestrijding (1989) ontraden;

- bij *drugs- en/of alcoholmisbruik* zijn leverfuncties (SGOT, SGPT en gammaGT) en hepatitis B-screening van belang;

- bij het voorschrijven van *psychofarmaca* is een uitgebreidere screening aangewezen, vooral omdat er relatief weinig bekend is over de lange-termijneffecten van psycho-actieve medicijnen op de groei en ontwikkeling van kinderen en adolescenten. De volgende bepalingen worden aanbevolen: aanvullend bloedonderzoek: volledig bloedbeeld, elektrolyten en leverfuncties en bij tricyclische antidepressiva (TCA) en lithium eveneens de schildklierfuncties; een ECG bij aanvang en bij TCA periodiek afhankelijk van de dosering; een EEG in verband met mogelijke drempelverlagende werking van de medicatie met betrekking tot epileptische activiteit en andere EEG-veranderingen (Green 1991).

Noten

1. Met dank aan Kees Hoogduin voor zijn enthousiaste adviezen betreffende het opzetten van het onderzoek.

2. In tegenstelling tot het onderzoek van Hoogduin e.a. werd er echter niet standaard een elektro-encefalogram (EEG), noch een röntgenfoto van de schedel gemaakt. Ook waren de laboratoriumtesten op onderdelen verschillend, doch niet naar onderzochte functies.

3. Deze standaardvragenlijst wordt alleen in Laanzicht gebruikt. Ze is gebaseerd op de 'algemene anamnese' in: P. Formijne en E. Mandema (1979), *Leerboek der anamnese en der fysische diagnostiek*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, p. 4-14.

Literatuur

- Davidson Nemzer, E. (1991), Somatoform disorders. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 697-706.
- Eastwood, M.R. (1977), Epidemiological studies in psychosomatic medicine. In: Z.L. Lipowski (red.), *Psychosomatic Medicine*. Oxford University Press, New York, p. 413-414.
- Ferguson, B., en K. Dudleston (1986), Detection of physical disorder in newly admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74, 485-489.
- Gabel, S., en L.K.G. Hsu (1986), Routine laboratory tests in adolescent psychiatric inpatients: their value in making psychiatric diagnoses and in detecting medical disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 113-119.
- Gabel, S. (1989), Medical evaluation. In: L.K.G. Hsu (red.), *Recent Developments in Adolescent Psychiatry*. J. Wiley & sons, New York, p. 52-69.

- Garrick, T., E. Ostrov en D. Offer (1988), Physical symptoms and self-image in a group of normal adolescents. *Psychosomatics* 29, 73-80.
- Gerritzen, H.M.J.A., G. van Goor en P. Chr. Mussert (1986), *Kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek*. Boom, Meppel/Amsterdam, p. 84-97.
- Green, W.H. (1991), Principles of psychopharmacotherapy and specific drug treatments. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 770-795.
- Gijisman, J.B. (1992), De adolescent. In: F.C. Verhulst (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek*. Van Gorcum, Assen, p. 165-171.
- Hampton, J.R., M.J.G. Harrison, J.R.A. Mitchell, J.S. Prichard en C. Seymour (1975), Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal* 2, 486-489.
- Hoffman, R.S., en L.M. Koran (1984), Detecting physical illness in patients with mental disorders. *Psychosomatics* 25, 654-660.
- Honig, A., P. Pop, E.S. Tan, H. Philipsen en M.A.J. Romme (1989), Physical illness in chronic psychiatric patients from a community psychiatric unit. *British Journal of Psychiatry* 155, 58-64.
- Hoogduin, C.A.L., E. de Haan en B. Terluin (1985), Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 105-114.
- Hoogduin, C.A.L., E. de Haan, B. Terluin en C. Dolman (1987), Lichamelijke ziekten bij psychiatrische patiënten. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 10, 1101-1108.
- Hovens, J.G.F.M., C.M.M. Vleugels, G. Poddighe, P.J.M. van Alphen en G.M.P.J. Costongs (1989), Somatische klachten bij patiënten op een PAAZ. *Medisch Contact* 44, 753-755.
- Kahn, A.U. (1990), Adolescent medicine. In: *Short-term Psychiatric Hospitalization of Adolescents*. Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, p. 175-205.
- Krummel, S., en R.G. Kathol (1987), What you should know about physical evaluations in psychiatric patients. *General Hospital Psychiatry* 9, 275-279.
- Lam, R.W., T.A. Hurwitz en J.A. Wada (1988), The clinical use of EEG in a general psychiatric setting. *Hospital and Community Psychiatry* 39, 533-536.
- Livingston, R. (1991), Anxiety disorders. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 675-676.
- Lucas, A.R. (1991), Eating disorders. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 578-579.
- Marks, A., en M. Fisher (1987), Health assessment and screening during adolescence. *Pediatrics* 80, 135-158.
- Mikkelsen, E.J. (1991), Modern approaches to enuresis and encopresis. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 583-590.
- Nationale Commissie AIDS Bestrijding (1989), *Notitie kinderen, HIV-infectie en AIDS*. NCAB, Amsterdam.
- Pomeroy, J.C., J. Sprafkin en K.D. Gadow (1988), Minor physical anomalies as a biologic marker for behavior disorders. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 466-473.
- Rooijmans, H.G.M. (1983), De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. I. Somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 127, 2323-2327.
- Schulpen, T.W.J. (1989), De kinderarts bij de RIAGG: een noodzaak. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 12, 47-52.

- Sauer, P.J.J., en N. Weisglas-Kuperus (1991), Kindergeneeskundig onderzoek. In: F.C. Verhulst (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek*. Van Gorcum, Assen, p. 232-237.
- Schuil, P.B. (red.), (1987), *Nederlands leerboek voor de jeugdgezondheidszorg*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Summers, W.K., R.A. Munoz en M. Read (1981), The psychiatric physical examination – part I: methodology. *Journal of Clinical Psychiatry* 42, 95-97.
- Volkmar, F.R. (1991), Autism and pervasive developmental disorders. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 503-505.
- Weller, E.B., en R.A. Weller (1991), Mood disorders. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 657-658.
- White, A.J., en B. Barraclough (1989), Benefits and Problems of routine laboratory investigations in adult psychiatric admissions. *British Journal of Psychiatry* 155, 65-72.
- Williams, D.T. (1991), Neuropsychiatric signs, symptoms and syndromes. In: M. Lewis, *Child and Adolescent Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, p. 340-347.
- Young, J.G., L. Leven, W. Ludman, H. Kisanadwala en J.D. O'Brien (1990), Interviewing children and adolescents. In: B.D. Garfinkel (red.), *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Saunders Company, Philadelphia, p. 454-459.

Summary: Physical health screening of adolescent psychiatric patients – an evaluation

Mental and physical illness coexist by a number of mechanisms. The significance of the physical illness to the psychiatric treatment can be various and the optimum medical screening procedures in both adult and child- and adolescent psychiatry are still a matter of discussion.

The aim of this article is to evaluate the medical screening of adolescent psychiatric patients. Based on a survey of significant literature concerning mainly adult psychiatric patients and screening methods in most of the adolescent psychiatric in- and out-patient centres in the Netherlands combined with an evaluation of a screening program in an adolescent psychiatric inpatient unit the authors present their recommendations for a graded utilization of screening-tests in psychiatric hospitalized adolescents.

G.M.A. Westermann is psychiater en in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater bij de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Mevrouw S.H. Hartman-Faber is kinder- en jeugdpsychiater en als hoofd behandelen verbonden aan de afdeling Laanzicht. Correspondentieadres: PC Bloemen-daal, Laanzicht, Postbus 53002, 2505 AA Den Haag.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 15-3-1993.