

Miskend of ontkend probleemgebied

Somatische aandoeningen bij ambulante chronische psychiatrische patiënten

door A. Honig, A.D.M.A.C. Escher, M.A.J. Romme
en M.G.G.J. Breuls

Samenvatting

Voor de behandeling van de ambulante chronische psychiatrische patiënten zijn nog onvoldoende epidemiologische gegevens omtrent aard en frequentie van somatische aandoeningen beschikbaar. Dit gebrek aan aandacht voor somatische problemen werkt miskenning in de hand. Andere factoren die miskenning van somatiek in de hand zouden kunnen werken zijn nog onvoldoende onderzocht. In tegenstelling tot de acute klinische psychiatrie is er in de ambulante chronische sector geen protocol voor screening van somatische dysfunctie. Extra handicap is hierbij dat de RIAGG-arts-psychiater niet rechtstreeks bloed-, urineonderzoek of andere laboratoriumonderzoeken kan laten doen. Pas onlangs heeft de RIAGG-psychiater na veel discussie van de overheid toestemming gekregen medicatie voor te schrijven. Met andere woorden: faciliteiten zijn althans bij de RIAGG lacunair op somatisch gebied. Medewerkers van de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie en van de Rijksuniversiteit Limburg maakten in samenwerking met hulpverleners van de SPD van het RIAGG Maastricht een hulpinstrument, de probleemanalyse (PA).

Deze PA voldoet goed als leidraad voor het tot stand komen van een systematische informatieverzameling (de probleemanalyse), integratie van somatische problemen alsook doelgerichte behandeling c.q. revalidatie van de ambulante chronische psychiatrische patiënt. Met het door ons gehanteerde model is er bij herkenning van somatische afwijkingen een rol voor de arts-psychiater weggelegd. De integratie van de somatische problematiek in het algehele probleemveld van de patiënt is duidelijk een taak van de specifieke SPD-hulpverlener van de patiënt.

Ten aanzien van de lacunes op epidemiologisch gebied en factoren die miskenning bevorderen alsook het ontwikkelen van een in de SPD-praktijk bruikbaar protocol van somatische screening is een onderzoeksproject in vergevorderd stadium van voorbereiding.

Inleiding

Psychiaters achten zichzelf vaak niet competent uitspraken te doen over somatische klachten en aandoeningen van hun patiënten (McIntyre en Romano 1977; Patterson 1978). Toch wordt van de psychiater wel verwacht dat hij zich met somatische diagnostiek bezig houdt. Hij is immers medicus en uit hoofde van deze functie wordt

hem de competentie toebedacht een oordeel uit te spreken over somatische klachten en aandoeningen. Er wordt tevens verondersteld dat hij in staat is de somatische klachten of stoornissen in een behandelingsplan te integreren. Voor deze moeilijke taak biedt zijn opleiding hem onvoldoende training (Köhle e.a. 1982; Pérez e.a. 1985). Hij zal bij de omgang met somatische klachten van psychiatrische patiënten uit eigen ervaring of die van anderen moeten putten, bij voorbeeld door middel van literatuuronderzoek.

De capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de RU Limburg heeft in samenwerking met de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD) van het RIAGG Maastricht e.o. in de periode 1981-1984 bij 541 chronische psychiatrische patiënten een aantal facetten systematisch geïnventariseerd (Romme 1985). Voor deze inventarisatie is een protocol ontworpen (problemanalyse). In dit protocol zijn onder andere een psychiatrische diagnose volgens DSM-III, inventarisatie van sociaal netwerk, sociaal-demografische en ook somatische klachten en aandoeningen opgenomen.

Bij 100 at random gekozen patiënten uit deze groep exploreerden wij de frequentie van somatische klachten en aandoeningen alsook de wijze van integratie en de wijze van omgang met somatische klachten en/of afwijkingen door de hulpverleners. In dit artikel gaan wij eerst in op literatuurgegevens omtrent somatiek om vervolgens gegevens uit eigen onderzoek en eigen ervaringen op dit gebied te beschrijven aan de hand van een viertal casussen.

Herkenning van somatiek

Het is al langer bekend dat er een duidelijk positieve correlatie bestaat tussen somatische aandoeningen en psychiatrische ziekten (Roessler en Greenfield 1961; Lipowski 1967; Eastwood en Trevelan 1972). Een maatstaf voor de ernst van somatische stoornissen kan het hoge sterftecijfer van deze patiëntengroep zijn. Deze sterfte onder langdurig opgenomen psychiatrische patiënten, gecorrigeerd voor suïcide en ongevallen, is hoger dan die onder de algehele bevolking (Babigian en Odoroff 1969; Shinozaki 1976; Giel e.a. 1978; Rooymans 1983). Epidemiologische gegevens van de kwantiteit van somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten lieten zien dat tussen de 30 en 60% van alle klinische en ambulante psychiatrische patiënten (Rooymans 1983; Ananth 1948) één of andere somatische aandoening heeft. Dezelfde auteurs gaven ook aan dat gemiddeld de helft van de geconstateerde lichamelijke stoornissen door de behandelaar gemist was. Men zou kunnen veronderstellen dat deze miskennis het gevolg is van onvoldoende kennis van zaken of gebrek aan interesse voor somatische stoornissen van de arts-psychiater. Miskennis van somatiek is echter niet alleen het geval in de psychiatrische praktijk (Rooymans 1983; Ananth 1984) maar ook in de 1e-lijns gezondheids-

zorg [Eastwood en Trevelyan 1972]. Epidemiologische gegevens over de kwaliteit van somatische aandoeningen laten zien dat de aard van de lichamelijke stoornissen het gehele medische spectrum beslaat. De somatiek beperkt zich zeker niet tot neurologische stoornissen zoals de nauwe band tussen psychiatrie en neurologie deed veronderstellen.

Er is veel literatuur bekend over de somatische status van chronische psychiatrische patiënten die opgenomen zijn. Over dit gebied is bij de ambulante chronische psychiatrische patiënt echter weinig onderzoek gedaan. Barnes e.a. (1983) geeft aan dat bij een eenmalige somatische screening van zijn ambulante chronische psychiatrische patiëntengroep 26% een somatische afwijking heeft; 13% daarvan was voordien niet bekend. Beresford e.a. (1985) beschrijft dat bij 205 patiënten uit dezelfde categorie naar aanleiding van een eenmalig bloed- en urineonderzoek in 25% van de gevallen tot verwijzing voor verder somatisch onderzoek is besloten.

De hoeveelheid somatische klachten en aandoeningen die de pilot-study opleverde bij 100 SPD-patiënten van het RIAGG Maastricht e.o. lagen hoger. Liefst 70 patiënten bleken lichamelijke klachten te hebben, 30 patiënten waren reeds eerder gediagnostiseerd met een lichamelijke ziekte. Deze gegevens zijn verkregen zonder dat als routine lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek werd uitgevoerd. Waarschijnlijk ligt het percentage somatische afwijkingen dan ook hoger (Ananth 1984). Uit deze summierende gegevens uit de literatuur gevoegd bij de gegevens van onze eigen populatie kan geconcludeerd worden dat somatiek kwantitatief een niet te onderschatten onderdeel vormt in het gehele probleemveld van de ambulante chronische psychiatrische patiënt. Praktische problemen zoals de onmogelijkheid van de SPD-psychiater om rechtstreeks laboratoriumonderzoek bij een patiënt te laten verrichten (dit is alleen mogelijk via de huisarts of ziekenhuisspecialist) maken dit onderdeel van de problematiek niet makkelijk toegankelijk voor diagnostiek.

Een ander voorbeeld is dat het arts(en), verbonden aan het RIAGG, pas heel recent, per 28.1.1986, is toegestaan medicatie aan de RIAGG-patiënten voor te schrijven. Dient de SPD-patiënt routinematig lichamelijk te worden onderzocht en zo ja hoe vaak? Biedt het afnemen van een gerichte somatische anamnese of een lichamelijke-klachtenlijst (Luteijn 1979) een goed alternatief? Moet bij elke SPD-patiënt routinematig bloed-, urineonderzoek en ECG plaats vinden? Is het opvragen van gegevens bij huisarts en/of medische specialist voldoende? Kortom, een goed beargumenteerd protocol inzake een toereikende somatische inventarisatie ontbreekt tot op heden.

Integratie van somatiek

In de acute psychiatrie heeft het dichotome medische model de

laatste jaren weer een belangrijke plaats gekregen (Sandifer 1977; McIntry & Romano 1977; Guze 1978; Rooymans 1979a, 1979b; Adler 1981; Hoffman & Koran 1984). Volgens dit model worden klachten van patiënten in symptomen en syndromen gegroepeerd, die vervolgens geordend worden naar problemen van somatische of van psychische aard. Is er door middel van deze lineair-causale manier van ordenen duidelijkheid ontstaan over de af- en aanwezigheid van somatiek, dan volgt de behandeling van de psychiatrische patiënt. Wanneer men deze lineair-causale theorie hanteert komt men tot percentages van de gevonden somatische afwijkingen van 50% of hoger die als 'oorzakelijk' geduid kunnen worden voor het psychiatrische toe-standsbeeld (Hall e.a. 1980).

Om een voorbeeld te geven: bij een man die zonder hulpverlening functioneert ontstaat een depressieve stemming. Lichamelijk onderzoek brengt een ernstige schildklierafwijking aan het licht. Medicatie ter normalisering van de schildklierfunctie leidt in de meeste gevallen tot een aanzienlijke verbetering of zelfs het verdwijnen van de depressieve stemming (Wilson en Jefferson 1985). Bij chronische psychiatrische problematiek is het medische model echter niet meer toereikend en leidt dan ook vaak niet tot succesvolle interventies. Om hetzelfde voorbeeld van een chronisch depressieve patiënt te gebruiken: behandeling van alleen de schildklierafwijking geeft in slechts een kleine minderheid (Wilson en Jefferson 1985) een verbetering van het klachtenpatroon te zien. Om opnieuw Wilson en Jefferson (1985) aan te halen komt men dan, volgens het dualistische medische model, tot de volgende mijns inziens onvruchtbare stelling: 'Persons with longstanding hypothyroidism are less likely to show improvement, suggesting that chronic deficiency of thyroid hormone leaves a residual CNS deficit'.

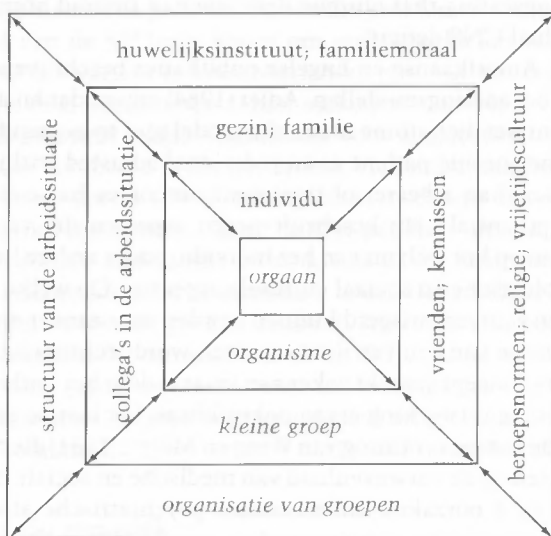
Recente Amerikaanse en Engelse publikaties beschrijven mogelijk andere benaderingsmodellen. Adler (1984) erkent dat bij de chronische patiënt het dichotome medische model niet toereikend is: 'Considering the chronic patient as an individual adjusted within his life space rather than a bearer of treatment outcomes has considerable heuristic potential'. Hij beschrijft negen aspecten die van invloed kunnen zijn op het welzijn van het individu, onder andere lichamelijke, psychologische en sociaal culturele aspecten. Op welke wijze deze aspecten geïnventariseerd kunnen worden en wanneer er sprake is van dysfunctie van een van deze aspecten wordt echter niet beschreven. Adlers concept spreekt zeker aan maar is door het ontbreken van een praktische uitwerking ervan onbruikbaar. Dit laatste geldt evenzeer voor de conceptvorming van Wing en Morris (1981) die zich meer concentreren op de verwevenheid van medische en sociale handicaps waarvoor zij 3 oorzaken onderkennen: psychiatrische stoornissen, sociale stoornissen en reacties op de voornoemde psychiatrische en sociale stoornissen. Daar alle bekende en op deze doelgroep toepasba-

re concepten een praktische uitwerking ontbeerden is door ons een op de praktijk gericht hulpinstrument ontwikkeld.

Het Maastrichtse model

In de afgelopen 5 jaren hebben medewerkers van de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de RU Limburg in samenwerking met hulpverleners van de SPD RIAGG Maastricht voor de behandeling van de ambulante chronische psychiatrische patiënt een systematische wijze van informatieverzameling ontwikkeld. Deze doet recht aan de complexiteit van de problematiek van ambulante chronische psychiatrische patiënten en biedt tevens aanknopingspunten voor een in te stellen behandelings- of begeleidingsplan. Als uitgangspunt voor deze informatieverzameling werd als ordeningsprincipe de systeemtheorie van Von Bertalanffy (1950) genomen. Zijn theorie bedoelt een kader te bieden, waarbinnen de gegevens uit verschillende wetenschapsgebieden geïntegreerd konden worden. Deze theorie gaat ervan uit dat 'De Umwelt' is opgebouwd uit een hiërarchische reeks systemen. Een systeem wordt gedefinieerd als een samenhangend geheel van onderdelen (die men ieder kan beschrijven in termen van materie en energie). Tussen een systeem en de omgeving bestaan grenzen die min of meer doorgankelijk zijn. Het verkeer binnen een systeem en met de omgeving is onderhevig aan bepaalde wetmatigheden, waarop we in dit artikel niet verder zullen ingaan. In de hiërarchie van levende systemen kunnen verschillende niveaus worden onderscheiden zoals figuur 1 laat zien.

Figuur 1



Uit: *Wat is sociale psychiatrie*, Romme e.a.

Volgens de theorie van Bertalanffy zijn voor de chronische psychiatrische patiënt in de sociaal-psychiatrische praktijk 4 niveaus van functioneren belangrijk: het orgaanniveau (niveau 1), het individueel niveau (niveau 2), het niveau van de kleine groep (niveau 3) en het niveau van de organisatie van groepen (niveau 4). Hulpverleners van de SPD Maastricht hebben deze 4 niveaus gebruikt als basis voor een inventarisatie van het functioneren van hun patiënten op elk niveau (de probleemanalyse). Hiermee kan het functioneren op elk niveau en de onderlinge samenhang tussen de niveaus beoordeeld worden. Aan de hand van deze inventarisatie kan een behandelingsplan worden opgesteld. Daarmee verschaft dit hulpinstrument een praktische bruikbare wijze van integratie van en een omgang met de door de patiënt aangedragen problematiek. In dit artikel wordt een onderzoek bij 100 chronische SPD-patiënten beschreven. Aan de hand van de PA wordt gekeken naar de samenhang tussen het orgaanniveau en de andere 3 niveaus. Bovendien wordt ingegaan op de wijze waarop de betrokken hulpverleners in de praktijk met somatiek omgingen.

Doelgroep- en settingonderzoek

Door de specifieke organisatie van deze RIAGG worden door de SPD alleen die patiënten aangeboden die reeds een langdurige psychiatrische carrière achter de rug hebben met stoornissen op meer niveaus van functioneren (Romme e.a. 1985). Om een indruk te krijgen van de aard en ernst van de onderzochte psychiatrische cliëntèle werd bij alle patiënten een diagnose vlg. DMS-III, AS-I en -II (onderdeel van niveau 2) gesteld. Twee psychiaters stelden deze diagnoses gezamenlijk vast. Voor 13 patiënten kon geen overeenstemming over de diagnose worden bereikt en werd deze uitgesteld.

Op AS-I was er sprake van de volgende stoornissen: 30% psychotisch; 5% psycho-organisch; 10% affectief en 10% stoornissen door gebruik van middelen. Van deze populatie was 20% zwakbegaafd. Op AS-II kon er in 32 gevallen een diagnose worden gesteld. Theatrale en afhankelijke persoonlijkheden vormden hier de grootste groep. Bij 15 patiënten lag op deze as de hoofddiagnose. Zoals reeds eerder werd vermeld is in 70% van de gevallen sprake van somatische klachten; 30% heeft een aangetoonde somatische afwijking. Deze afwijkingen zijn gediagnostiseerd door anderen dan SPD-hulpverleners en werden verkregen door het opvragen van informatie bij huisarts en specialist. Uitgaande van het bovenbeschreven referentiekader werd de rol beschreven die de somatiek in het gehele dysfunctioneren van de patiënt speelde.

1. *Somatisch zwaartepunt* – Patiënt is een 35-jarige gescheiden man, vader van een tienerdochter. Hij is koopman. Sinds zijn scheiding (een jaar geleden) woont hij bij zijn bejaarde moeder. Patiënt heeft

sinds enkele jaren een osteosarcoom. Er werd een onderbeenresectie gedaan. Het is de patiënt bekend dat hij nog hooguit twee jaar zal leven. Een jaar voor aanmelding bij de SPD wordt de man in toenemende mate afhankelijk van pijnstillers. Deze maken hem verward, hij raakt sociaal geïsoleerd. In die tijd wordt hij ook meerdere malen op een PAAZ opgenomen. Patiënt voelt zich beperkt en bedreigd door zijn ziekte. Hij eist voortdurend meer aandacht en meer medicatie. Zijn gevoel van hulpeloosheid wordt gedeeld door zijn omgeving. Deze hulpeloosheid is aanleiding tot een strijd, die voor de patiënt nog meer isolatie tot gevolg heeft. Na een inventarisatie door middel van de probleemanalyse besluit de SPD-hulpverlener alleen in te gaan op het gevoel van hulpeloosheid. Samen met de patiënt wordt een inventarisatie gemaakt van levensdoelen die de man denkt te kunnen realiseren in de tijd die hem nog rest. Hierop verandert geleidelijk aan het gedrag van de patiënt. Hij kan zijn medicatiegebruik, en daarmee de noodzaak tot opname, verminderen. Zijn sociale isolatie vermindert, het contact met zijn dochter herstelt zich. Ook is hij in staat opnieuw een relatie aan te gaan. Hij zoekt zelfs weer een tijdelijke baan in de zaak van zijn broer. Patiënt komt geleidelijk aan tot een zekere aanvaarding van zijn lot.

Bespreking: somatische klachten kunnen het evenwicht van draagkracht en draaglast verstoren. Een terminaal lijden kan ernstige verstoring van alle andere niveaus van functioneren tot gevolg hebben. Als consequentie ontstaat dan een voor patiënt ondragelijke patstelling. Op het individuele niveau wordt als DSM-III-diagnose theatrale persoonlijkheid gesteld en stoornissen door het gebruik van pijnstillers en sedativa. Over het niveau van de kleine groep kan gezegd worden dat hij de band zowel bij zijn moeder als ook bij zijn gezin verloren was. Maatschappelijke functies waren volledig verdwenen, hij was zonder werk en contact met collega's had hij niet meer. Het contact met het ziekenhuis was zeer turbulent en er vond een uitstotingsproces plaats. In de behandeling werd de voornaamste aandacht besteed aan revalidatie op het niveau 2 en 3, respectievelijk het op gang brengen van een rouwproces, alsook het herstel van contact met zijn directe gezins- en familieleden, later ook 4. Met herstel van functie op deze niveaus werd het onherstelbare dysfunctioneren op het 1e niveau draaglijker en uiteindelijk ook aanvaardbaar.

2. *Somatiek als signaal* – Patiënt is een 45-jarige zwakbegaafde gehuwde man, vader van een volwassen zoon. Sinds negen jaar loopt hij ten gevolge van chronische maagklachten en depressiviteit in de WAO. Bij hem is tweemaal een maagresectie gedaan. De man brengt zijn dag in ledigheid door. Hij slaapt en hij eet slecht. Van zijn psychiater krijgt hij antidepressiva, van zijn internist maagtabletten. Patiënt leeft totaal geïsoleerd. Alleen voor bezoeken aan de internist of psychiater verlaat hij het huis. Bij deze bezoeken doet zijn vrouw het

woord. Zij vertelt dat hij maagklachten heeft en dat alles aan de zenuwen te wijten is. Patiënt zelf zegt alleen beter te willen worden, verder zwijgt hij. Wanneer de man elf jaar onder behandeling is, neemt hij een overdosis aan medicijnen. Nadat hij uit het ziekenhuis ontslagen is, decompenseert zijn vrouw. Zij wordt met een depressief beeld in een PAAZ opgenomen. Na haar thuiskomst draaien de echtelieden hun rollen om. Zij wordt een wat tobberige vrouw. Hij verandert van een passieve, hulpbehoevende man in een verzorgende, actieve echtgenoot. Zijn lichamelijke klachten nemen aanzienlijk af. Hij besluit zijn psychofarmaca af te bouwen en doorbreekt zijn sociale isolatie. Tussen de echtelieden ontstaat een nieuw evenwicht waarbij beiden elkaar steunen en slechts minimale directieve hulpverlening nodig is.

Bespreking: Deze patiënt had langdurige stoornissen op niveau 1 (maagklachten) en niveau 2 (depressieve klachten). Voor beide klachten ontving hij specialistische hulp. Er was een verstoring op het 3e niveau van functioneren nodig (decompensatie van echtgenote) om de patiënt de mogelijkheid te creëren zijn rol als hulpbehoevende echtgenoot en uitgerangeerde huisvader te kunnen herdefiniëren. Na het verminderen van dysfunctie op dit niveau verminderen ook de dysfuncties op de andere niveaus. Bestaand somatisch lijden kan fungeren als signaal voor het dysfunctioneren op ander(e) niveau(s). Somatische klachten verwijzen dan niet alleen naar aantoonbare lichamelijke afwijkingen, maar ook naar een onbevredigende sociale maatschappelijke rol of levenspatroon. Het signaal blijft bestaan zolang dit patroon of deze rol in stand wordt gehouden.

3. *Parallelproblematiek* – Patiënte is een 34-jarige gescheiden vrouw, moeder van een 10-jarige zoon. Zij heeft een nieuwe relatie en woont samen. De vrouw is zwakbegaafd. Sinds de geboorte van haar zoon heeft patiënte recidiverende episodes van panisch, chaotisch en destructief gedrag. Sociaal-maatschappelijke- en relatieproblemen waren hiertoe vaak de aanleiding. Onder verschillende diagnoses wordt de vrouw verschillende malen langdurig opgenomen in een APZ. De multiple lichamelijke klachten die patiënte naar voren brengt, zijn voor een deel terug te voeren tot een hyperventilatiesyndroom. Na een kort verblijf in een pensiontehuis woont de vrouw al geruime tijd zelfstandig. Met structurerende directieve begeleiding lukt het draagkracht en draaglast in zodanig evenwicht te houden, dat er sindsdien nog maar twee opnames zijn geweest. Zeer recent constateerde haar behandelende psychiater, na lichamelijk onderzoek, radicaire prikkelingsverschijnselen. De patiënte verwees hij door. Zij werd, zonder psychiatrische decompensatie, met succes geopereerd aan een lumbale discusprolaps.

Bespreking: Deze patiënte heeft problemen op alle niveaus van functioneren. Met langdurige hulpverlening blijkt het mogelijk te

zijn om patiëntes functioneren op niveau 3 (gezinsverband met haar zoon) en 4 (zelfstandig wonen in de maatschappij) te bestendigen. Somaatich dysfunctioneren kan parallel lopen met dysfunctioneren op andere niveaus, zonder dat er een directe samenhang kan worden aangetoond. Aandacht voor in dit geval een somatisch probleem kan echter wel lijden tot minder risico voor decompensatie van de andere chronisch dysfunctionele niveaus. De draagkracht van de patiënte kan in zijn geheel door deze wijze van integratie versterkt worden.

4. *Somatiek als alibi* – Patiënte is een 40-jarige vrouw zonder kinderen. Vanaf haar twintigste vertoont zij onaangepast gedrag, waarvoor ze naar een psychiater verwezen wordt. Deze stelt vast dat de vrouw zwakbegaafd is en hysterisch getinte toevallen heeft. Een EEG-onderzoek geeft diffuse irritatieve afwijkingen te zien. Anti-epileptische medicatie brengen geen veranderingen in het gedrag van de vrouw. Zij blijft onhoudbaar en wordt daarom in een APZ opgenomen. Na tien jaar neemt patiënte, tegen advies in, ontslag uit het ziekenhuis. Zij trouwt een medepatiënt. De vrouw laat zich opnieuw door een neuroloog onderzoeken. Deze kan de diagnose epilepsie niet meer bevestigen. In overleg met hem staakt patiënte haar medicatie. Ze werkt nu in WSW-verband, regelt haar eigen huishouden en haar eigen financiën.

Bespreking: Na 20 jaar is moeilijk vast te stellen hoe deze patiënte tot haar probleemgedrag kwam. Onder de noemer slecht-reguleerbare epilepsie is deze vrouw jarenlang aan het maatschappelijk leven onttrokken. Te veel nadruk op somatische factoren, zoals bij voorbeeld zwakbegaafdheid en epilepsie, kunnen leiden tot een eenzijdige en restrictieve behandeling. Doordat er te weinig aandacht aan problemen op andere levensgebieden geschonken wordt, kunnen kansen op herstel van functioneren aanzienlijk verminderen.

Conclusie

Aan de hand van dit onderzoek kunnen we concluderen dat het Maastrichtse model een vruchtbare wijze van integratie van somatiek in de algehele aangeboden problematiek geeft, alsook aanknopingspunten voor een behandeling en revalidatie van deze patiëntengroep. Die hulpverlener die overzicht over alle 4 de niveaus van functioneren van de betrokken patiënt heeft kan tot een dergelijke integratie komen. Voor deze integratie is dus geen medicus nodig. Echter voor het diagnostiseren van lichamelijke afwijkingen of dysfunctie is de arts-psychiater de aangewezen deskundige. Indien een hulpverlener door middel van de PA dysfunctie op het orgaanniveau vermoedt is het wenselijk om de arts-psychiater te consulteren.

Literatuur

- Adler, D.A. (1981), The medical model and psychiatry's tasks. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 32, 6, 387-392.
- Adler, D.A., R.E. Drake en R. Stern (1984), Viewing chronic mental illness: a conceptual framework. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 25, 2, 192-207.
- Ananth, J. (1984), Physical illness and psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 25, 6, 586-593.
- Babigian, H.M., en C.L. Odoroff (1969), The mortality experience of a population with psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry*, 126, 470-480.
- Barnes, F.B., e.a. (1983), Medical illness in chronic psychiatric outpatients. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 5, 191-195.
- Beresford, T.P., e.a. (1985), Clinical laboratory data in psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, vol. 26, 9, 731-744.
- Bertalanffy, L. von (1950), An outline of general system theory. *Brit. J. Philos. of Science*.
- Eastwood, M.R., en M.H. Trevelyan (1972), Relationship between physical and psychiatric disorder. *Psychol. Medicine*, 2, 363-372.
- Giel, R., e.a. (1978), Mortality in the long-stay population of all Dutch mental hospitals. *Acta Psychiatr. Scand.*, 57, 361-368.
- Guze, S.B. (1978), Nature of psychiatric illness: why psychiatry is a branch of medicine. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 19, 4, 295-307.
- Hoffman, R.S., en L.M. Koran (1984), Detecting physical illness in patients with mental disorders. *Psychosomatics*, vol. 25, 9, 654-660.
- Köhle, K., e.a. (1982), Integration of the psychosomatic approach with internal medicine: development of concepts and preliminary results of evaluation of doctor-patient interaction. *Psychother. Psychosom.*, 38, 221-230.
- Luteijn, F., e.a. (1979), Enige ervaringen met een klachtenlijst (HSCL). *Ned. T. Psychol.*, 34, 167-179.
- McIntyre, J.S., en J. Romano (1977), Is there a stethoscope in the house (and is it used). *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 1147-1151.
- Patterson, C.W. (1978), Psychiatrists and physical examinations: a survey. *Am. J. Psychiatry*, 135, 967-968.
- Pérez, E.L., en J. Russell (1985), Extent of teaching of psychosocial medicine in Canadian medical schools. *Psychosomatics*, vol. 26, 10, 820-822.
- Roessler, R., en N.S. Greenfield, Incidence of somatic disease in psychiatric patients. *Psychosomatics Medicine*, 23, 413-419.
- Romme, M.A.J., e.a. (1981), *Wat is sociale psychiatrie*. Samsom, Alphen aan den Rijn, p. 126-132.
- Romme, M.A.J., e.a. (1985), *De chronisch psychiatrische patiënt, eindverslag, interne publikatie*.
- Rooymans, H.G.M. (1979a), Psychiatrie als medisch specialisme I. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde*, 123, 10, 380-383.
- Rooymans, H.G.M. (1979b), Psychiatrie als medisch specialisme II. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde*, 123, 11, 411-416.
- Rooymans, H.G.M. (1983), De verwevenheid van somatische en psychische ziekten I. Somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde*, 127, 51, 2323-2327.
- Sandifer, M.G. (1977), The education of the psychiatrist as a physician. *Am. J. Psychiatry*, 134, 1, 50-53.
- Shinozaki, H. (1976), An epidemiological study of deaths of psychiatric inpatients. *Compr. Psychiatry*, 17, 425-436.

- Wilson, W.H., en J.W. Jefferson, Thyroid disease, behavior and psychopharmacology. *Psychosomatics*, 26, 6.
- Wing, J.K., en B. Morris (red.) (1981), *Handbook of psychiatry rehabilitation practice*. Oxford, University Press.

Schrijvers zijn respectievelijk: psychiater, universitair docent Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Medische Psychologie en sociaal psychiater, RIAGG Maastricht e.o., afdeling Sociaal Psychiatrische Dienst; journaliste, medewerkster Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie; zenuwarts, hoogleraar Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie en sociaal psychiater, RIAGG Maastricht e.o., afdeling Sociaal Psychiatrische Dienst en psychologe, medewerkster Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie en psychologe, RIAGG Maastricht e.o., afdeling Sociale Psychiatrische Dienst.