

Présenté au congrès du SIDIIEF
Bordeaux (France) Juin 2018

SENSIBILISATION AU DIAGNOSTIC OVERSHADOWING EN SANTÉ MENTALE

Par Steeven Bernier, inf., M.Sc., cours doctoraux sc.inf., M.A.(c)
Clinique externe de psychiatrie - CIUSSSCN (site CHUL)
Chargé de cours département sc. inf. - UQAR (campus Lévis)

CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Janssen
 - Programme PACTE
- Otsuka - Lundbeck
 - Présentation

OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

- À la fin de cette séance, vous serez en mesure de:
 - Comprendre l'origine et la définition de la notion de diagnostic overshadowing;
 - Être conscientisé face aux conséquences et aux risques reliés;
 - Être capable d'identifier, dans votre pratique, des exemples concrets où il pourrait y avoir un *diagnostic overshadowing* et d'identifier les moyens de l'éviter.

LE DIAGNOSTIC OVERSHADOWING...

Qu'est-ce que c'est ?



DES MOTS-CLÉS...MAIS PAS DE CONSENSUS !

- ⦿ Diagnostic overshadowing
- ⦿ Dissimulation diagnostique
- ⦿ Double diagnostic
- ⦿ Biais diagnostic



L'ORIGINE

- ◉ 1ère utilisation du terme par Reiss, Levitan & Szysko (1982)
- ◉ Biais des médecins à sous-diagnostiquer la présence d'une comorbidité psychopathologique chez une personne ayant un retard mental.

- Croyance était que les personnes déficientes étaient « immunisées » contre tous les troubles mentaux, de part leur déficit intellectuel (Matson & Barrett, 1993).
- Chez adultes atteints de déficience intellectuelle, l'incidence des troubles psychotiques tout comme celle des troubles de l'humeur serait 3 fois plus élevée que dans la population générale. (Cooper et al., 2007; Richards et al., 2001; Turner, 1989)

QUELQUES DÉFINITIONS PLUS RÉCENTES...

- ⦿ L'erreur de ne pas distinguer la présence d'une problématique puisque ses caractéristiques sont attribuées à une autre, lors de l'évaluation d'un individu qui présente plusieurs problématiques.

(APA, 2006)

- ⦿ L'attribution d'un signe ou symptôme d'une maladie physique à une problématique de santé mentale, entraînant un diagnostic erroné et un manque de traitements reliés à la condition physique.

(Jones, Howard & Thornicroft, 2008; Nash, 2013; Thornicroft, Rose & Kassam, 2007)

MISE EN CONTEXTE

LIEN AVEC SANTÉ MENTALE...

- De 20 à 50% des personnes avec un problème de santé mentale présentent aussi des troubles de santé physique ou de dépendance. (Schmitz et al., 2007; Fleury et al., 2008; Zolnierek, 2009)
Ce taux augmente entre 50 à 90% chez les personnes ayant une maladie mentale sévère et persistante.

(Gold, Kilbourne & Valenstein, 2008; Viron, Baggett, Hill & Freudenreich, 2012)

- 35% des adultes ayant une problématique de santé mentale aurait également une problématique de santé physique non-diagnostiquée (Zolnierek, 2009).

◉ Présence de comorbidités !

- Les personnes ayant une problématique de santé mentale, tout diagnostic confondu, présentent un taux de morbidité élevé qui n'est malheureusement pas en diminution depuis les dernières décennies. Cela est particulièrement le cas chez les personnes ayant un trouble mental sévère et persistant.

(Joukarmaa et al., 2001 ; Lawrence et al., 2003; Lawrence et collab., 2010 ; Murphy et collab., 2010; Robson & Gray, 2007).

- Qu'en est-il des traitements en lien avec les problématiques physiques ?
 - Les patients ayant une maladie mentale sévère et persistante décèdent plus tôt, ont davantage de problématiques de santé physique et reçoivent moins de soins médicaux que les gens de la population générale (Viron & Stern, 2010).
 - Les personnes atteintes de schizophrénie reçoivent des traitements médicaux sous-optimaux (Lee, Lee & Remington, 2014)
 - Les individus ayant un problème de santé mentale reçoivent moins de soins préventifs (Druss, Rosenheck, Desai & Perlin, 2002) et moins de soins relatifs au diabète (Frayne et al., 2005).
 - Les personnes ayant un trouble mental sévère et persistant reçoivent moins de médication prescrite pour des problématiques de santé physique, particulièrement les médicaments cardiovasculaires (Mitchell, Lord & Malone, 2012).

Or, au-delà du trouble métabolique et des maladies cardiovasculaires attribuables, en partie, aux mauvaises habitudes de vie et à la polypharmacie, il y a les autres problèmes de santé physique !

Un nombre croissant d'études démontre la disparité entre le diagnostic et le traitement d'une problématique de santé physique chez une personne atteinte d'une problématique de santé mentale VS une personne issue de la population générale. (Mitchel, Malone & Doebbeling, 2009; Shefer, Cross, Howard, Murray et al., 2015).

Cela est, entre autres, relié au fait que les symptômes physiques sont trop souvent négligés.

(Fleischacker et al., 2008)

UTILISATION DE CE CONCEPT DANS LE CAS DES
PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE VS
SYMPTÔMES PHYSIQUES.

“L'utilisation de ce concept pour représenter le processus par lequel des symptômes physiques sont faussement attribués à une maladie mentale est peu présent dans la littérature” .

(Jones, Howard & Thornicroft, 2008)

EXEMPLE DE HAYHOW, GAILLARD, VELAKOULIS & WALTERFANG (2014)

○ Présentation du cas:

- Homme
- 42 ans
- Dx schizo-affectif depuis l'âge de 27 ans

○ Raison de consultation:

- Diminution des fonctions cognitives avec symptômes récurrents de paresthésie périphérique, vision brouillée, incontinence urinaire, chûtes ainsi qu'une sensibilité à la chaleur.
- Sx présents depuis plusieurs années, mais toujours été attribué à la problématique de santé psychiatrique ou à la médication reliée.

○ Lors de l'évaluation:

- Pas d'évidence de décompensation, pas d'hallucination ou de délire.
- Apathie et pauvreté du discours.
- Tests cognitifs: difficulté de la mémoire de rappel, construction visuelle diminuée, débit verbal diminué.
- Examen neuro: dystonie asymétrique, faiblesse musculaire, réflexes primitifs non-habituels, ophtalmoplégie, démarche ataxique.

MAIS...

- ◉ IRM et autres analyses biologiques: Dx sclérose en plaque.

EXEMPLE DE VIGNETTES

○ Article de Graber et al. (2000)

■ Cas:

- Homme
- 62 ans
- Raison consultation: douleur abdominale aiguë
- Sx:
 - La douleur est mal définie, mais le début a été soudain. Situé au milieu de l'abdomen et semble être de nature colique.
 - Il n'y a cependant pas de symptômes associés gastro-intestinaux ou génitaux-urinaires.
 - Les signes vitaux sont normaux, mais les pulsations cardiaques sont de 100 battements/minutes.

○ Étude:

- Questionnaire répondu par 232 médecins de famille
- Dans le cas présenté: risque d'anévrisme de l'aorte
- Gr.1(contrôle): pas d'historique médical inclus
- Gr.2: historique de dépression majeure et que le patient a vécu plusieurs stressseurs dans les derniers mois
- Gr.3: Visite multiples pour des plaintes somatiques, mais aucun résultat organique n'a été trouvé.
- 2 questions posées:
 - Quelle est la probabilité que vous allez effectuer davantage d'investigation immédiatement pour ce patient ?
 - Quelle est la probabilité que ce patient ait un problème sérieux ?

○ Résultats:

Question	Pas d'historique	Dépression	Plaintes somatiques
Investigation ?	90%	81%*	72%**
Problème sérieux ?	46%	36%***	30%****

*P ajusté = 0,08

**P ajusté = 0,003

***P ajusté = 0,03

****P ajusté < 0,001

EXEMPLES...

Dans quelles autres situations pourrait-il y avoir un diagnostic overshadowing d'une problématique de santé physique chez une personne ayant une problématique de santé mentale ?

Les professionnels de la santé trouvent difficile de diagnostiquer l'objet d'une plainte physique lorsqu'une problématique de santé mentale est diagnostiquée.

(Lester et al., 2005).

À QUOI EST DÛ CE BIAIS ?



En lien avec les professionnels ou le système de santé:

- ◉ Stigmatisation sociale (Clark et al., 2007; Shefer et al., 2014)
- ◉ Attitude des professionnels de la santé envers le système de santé (Happell et al., 2016; Mitchell et al., 2012; Vahia et al., 2008)
- ◉ Travail en parallèle entre intervenants santé physique et santé mentale (Van Nieuwenhuizen et al., 2013).
 - Cette structure influence les soins de santé offerts (Moore et al., 2015)
 - Structure devrait être priorisée (Young et al., 2017)
 - Rend la trajectoire de service confuse (van Hasselt, Oud & Loonen, 2015)
 - Manque d'accès aux soins fragilise la relation intervenants-client (van Hasselt et al., 2013)
- ◉ Ne pas tenir compte des symptômes physiques décrits ou les considérer comme "imaginaires" (Holm et al., 2014)
- ◉ Doute sur la véracité des symptômes décrits (Goff, 2007; DeCoux, 2005)

- ◉ Manque de temps (Shefer et al., 2014; Van Nieuwenhuizen et al., 2013)
- ◉ Manque de communication (Shefer et al., 2014)
- ◉ Manque de connaissance et de formation (Giddings, 2013; Shefer et al., 2014).
- ◉ Manque d'expertise et d'expérience clinique en lien avec la santé physique de la part des professionnels de la santé mentale (Hyland et al., 2003; Organ et al., 2010)
- ◉ Manque de clareté dans les rôles et responsabilités professionnelles (Shefer et al., 2014)

En lien avec la clientèle:

- ⦿ Description difficile des symptômes par les patients
- ⦿ Présentation clinique complexe (Shefer et al., 2014)
- ⦿ Comportements du patient (Giddings, 2013; Shefer et al., 2014)
- ⦿ Des symptômes semblables entre deux problématiques (Shefer et al., 2014)
- ⦿ Difficulté des clients de répondre aux questions dû aux effets de la médication, l'apathie ou les distractions causées par les symptômes psychotiques (Van Nieuwenhuizen et al., 2013).

QUELLES PEUVENT ÊTRE LES CONSÉQUENCES ?



Le diagnostic overshadowing est l'une des raisons donnée dans la littérature afin d'expliquer le manque de suivi au niveau de la santé physique chez les personnes ayant une problématique de santé mentale.

(Holt, 2011; Jones, Howard & Thornicroft, 2008; Nash, 2011)

Plusieurs conséquences négatives pour le client...

- **Disparité dans les soins physiques p/r population générale** (Crawford et al., 2014; Lawrence & Coghlan, 2002; Connolly & al., 2015; Moore et al., 2015)
- **Client attendent plus longtemps avant de consulter** (Happell et al., 2016)
- **Phénomène de la porte tournante** (Joy et al., 2016)
- **Difficulté à recevoir des services appropriés, même si problèmes identifiés** (Fletcher & Menolascino, 1989; Nézu, Nézu & Gill-Weiss, 1992; Stark, Menolascino, Albarelli & Gray, 1984)
- **Délais pour les traitements appropriés** (Joy et al., 2016; Nash, 2013)
- **Risque de complications de la problématique de santé physique** (Clarke, Dusome & Hugues, 2007; Nash, 2013; Shefer et al., 2014).
- **Mort...** (Shefer et al., 2014)

COMMENT L'ÉVITER ?



Quelques pistes...

- ◉ Réfléchir sur l'attitude, les habiletés, les besoins d'éducation et la pratique (Nash, 2013).
- ◉ Évaluation objective du diagnostic et de la planification du traitement, l'accès aux professionnels, l'obtention de l'histoire collatérale, porter attention à l'attitude, effectuer davantage d'apprentissage (Vahabzadeh, 2013).
- ◉ Éducation/formation p/r à différents biais (Wood & Tracey, 2009)
- ◉ La pratique et l'éducation (Shefer et al., 2015)
- ◉ Une équipe de liaison psychiatrique dans les urgences (Shefer et al., 2014; Shefer et al., 2015)
- ◉ Améliorer les procédures entre l'urgence et les départements de psychiatrie ainsi que pour les cas complexes (Shefer et al., 2014)
- ◉ Utiliser d'autres examens dans certains cas (imagerie médicale) (Hayhow et al., 2014).

QUESTIONS ?

COMMENTAIRES ?



RÉFÉRENCES

- ◉ American Psychological Association (2006). *Dictionary of psychology*. American Psychological Association; Washington, D.C., 1024 pages.
- ◉ Clarck, D. E., Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131.
- ◉ Connolly, J.G., Toomey, T.J. & Schneeweiss, M.C. (2015). Metabolic monitoring for youths initiating use of second-generation antipsychotics, 2003-2011. *Psychiatric Services*, 66, 604-609.
- ◉ Cooper, S., Smiley, E., Morrison, A., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190 (1), 27-35.
- ◉ Crawford, M.J., Jayakumar, S., Lemmey, S.J., Zalewska, K., Patel, M.X., et al. (2014). Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *Br. J. Psychiatry* 205, 473-477.
- ◉ Crews, W. David; Bonaventura, Sharon; Rowe, Frederick. (1994). Dual Diagnosis: Prevalence of psychiatric disorders in large state residential for individuals with mental retardation. *American journal of Mental Retardation*, 98, 6, 724-731 .
- ◉ DeCoux, M.(2005). Acute versus primary care: the health care decision-making process for individuals with severe mental illness. *Journal of Mental Health Nursing*, 26, 935-951.
- ◉ Druss, B.G., Rosenheck, R.A., Desai, M.M. & Perlin, J.B.(2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Medical Care*, 40, 129-136.
- ◉ Eaton, L.F. & Menolascino, F.J. (1982). Psychiatric Disorders in the Mentally Retarded : types, problems and challenges. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1297-1303.
- ◉ Fenton, W.S. & Chavez, M.R. (2006) Medication-induced weight gain and dyslipidemia in patients with schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 163(10), 1697-1704.
- ◉ FLEURY, M. J., BAMVITA, J. M., TREMBLAY, J., LESAGE, A., FARAND, L., AUBÉ, D., FOURNIER, L., POIRIER, L. R., LUSSIER, M. T., LAMARCHE, P., OUADAHI, Y., IMBOUA, A. (2008) *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec*, IRSC. (<http://www.douglasrecherche.qc.ca/g... studies/study-practitioners. asp ? l = f>)
- ◉ Fleischhacker, W.W., Cetkovich-Bakmas, M., DeHert, M. et al.(2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *Journal Clinical Psychiatry*, 69, 514-519.
- ◉ Fletcher, R. & Menolascino, F. J. (1989). *Mental Retardation and Mental Illness: Assessment, Treatment, and Services for the Dually Diagnosed*. Lexington Books, Massachusetts/Toronto.
- ◉ Frayne, SM., Halanych, J.H., Miller, D.R., Wang, F., Lin, H. et al. (2005). Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med*, 165, 2631-2638.
- ◉ Giddings, G.(2013). Raison et sensibilité. *Canadian Medical Association Journal*, 185(18), 1587-1588.
- ◉ Goff, D.C.(2007). Integrating general health care in private community psychiatry practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (suppl. 4), 49-54.
- ◉ Gold, K.J., Kilbourne, A.M. & Valenstein, M. (2008). Primary care of patients with serious mental illness: your chance to make a difference. *Journal Family Practice*, 57, 515-525.
- ◉ Gouvernement du Québec (2016). Santé mentale (maladie mentale). Portail santé mieux-être. [<http://www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>]
- ◉ Graber, M.A., Bergus, G., Dawson, J.D., Blake Wood, G., Levy, B.T. & Levin, I. (2000). Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J. Gen. Intern. Med.*, 15, 204-206.
- ◉ Happell, B., Ewart, S.B., Bocking, J., Platania-Phung, C. & Stanton, R. (2016). That red flag on your file': misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2933-2942.
- ◉ Hayhow, B., Gaillard, F., Velakoulis, D., & Walterfang, M. (2014). Delayed diagnosis of multiple sclerosis in a patient with schizoaffective disorder: a case of 'diagnostic overshadowing'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 186-187.
- ◉ Hayhow, B., Velakoulis, D., Dewhurst, R. & Gaillard, F. (2014). Neuropsychiatric presentation following acute hypoxic-ischaemic encephalopathy. *American & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 188-189.
- ◉ Holm, A.L., Lyberg, A. & Severinson, E. (2014). Living with stigma: depressed elderly persons' experiences of physical health problems. *Nursing Research and Practice*, Article ID 527920, 8 pages, consulté au [<http://dx.doi.org/10.1155/2014/527920>].
- ◉ Holt, R.I.G. (2011). Undoing Descartes: Integrating diabetes care for those with mental illness. *Practical Diabetes*, 28(6), 270-275.
- ◉ Hyland, B., Judd, F., Davidson, S., Jolley, D. & Hocking, B. (2003). Case managers'attitudes to the physical health of their patients. *Aust N Z Psychiatry*, 37(6), 710-714.
- ◉ Isane, D.R., Nitkin, K. & Gastaldo, D (2010). Les problèmes de santé physique chez les personnes atteintes de schizophrénie au Canada: une recension critique de la littérature. *CJNR*, 42(3), 124-140

- ◉ Jones, S., Howard, L. & Thornicroft, G. (2008). Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 169-171.
- ◉ Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, et al (2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry*, 179, 498-502.
- ◉ Joy, M., Clement, T. & Sisti, D. (2016). The ethics of behavioral health information technology. Frequent flyer icons and implicit bias. *Journal of American Medical Association*, 316(15), 1539-1540.
- ◉ Laursen T.M., Munk-Olsen T., Agerbo E., Gasse C. & Mortensen P.B. (2009). Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Archs Gen Psychiat*, 66, 713–720.
- ◉ Lawrence, D. & Coghlan, R. (2002) Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *New South Wales Public Health Bulletin*, 13, 155-158.
- ◉ Lawrence D., Holman C.D.J., Jablensky A.V. & Hobbs M.S. (2003) Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *Br J Psychiat*, 182, 31–36.
- ◉ Lawrence D, Kisely S, Pais J (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*. (Invited review) 55: 752-760
- ◉ Lee, J., Lee, T.-S. & Remington, G. (2014). Schizophrenia: No health without physical health. *Annals Academy of Medecine*, 43 (5), 248-249.
- ◉ Lester, H.E., Tritter, J.Q. & Sorohan, H.(2005). Patient's and health professionals'views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *British Medical Journal*, 330, 1122-1127. Lunsby, Y., Bradley, E., Durbin, J., Koegl, M. & al. (2006). The clinical profile and service needs of hospitalized adults with mental retardation and a psychiatric diagnosis. *Psychiatric Services*, 57(1), 77-83.
- ◉ Matson, L. & Barrett, R.P. (1993). *Psychopathology in the Mentally Retarded*. Matson, Barrett éditeur, Allyn and Bacon, 2ème édition.
- ◉ McIntyre, R. S. et J. Z. Konarski. (2005). Tolerability profiles of atypical antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), 28-35.
- ◉ Menolascino, F.J. & Stark, IA. (1984). *Handbook of Mental Illness in the Mentally Retarded*. New-York: Plenum.
- ◉ Mitchell, AJ, Lord, O. & Malone D. (2012). Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *British Journal Psychiatry*, 201, 435-443.
- ◉ Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC (2009) Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry*, 194, 491–499.
- ◉ Moore, S., Shiers, D., Daly, B., Mitchell, A.J. & Gaughran, F. (2015). Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care. *Acta Psychiatr. Scand.* 132, 109–121.
- ◉ Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*, 17(4), 22-26.
- ◉ Nash, M. (2011). Detecting diabetes in the mental ill. *Diabetes professional*, 7 (4), 8-10.
- ◉ Nézu, C. M. , Nézu, A. M. & Gill-Weiss, M. 1. (1992). *Psychopathology in Mental Retardation: Clinically Guideline for Assessment and Treatment*. Research Press Company, Champaign, Illinois.
- ◉ NEWCOMER, J. W. (2006) Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia, *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, Suppl. 9, 25-30.
- ◉ Organ, B., Nicholson, E. & Castle, D. (2010). Implementing a physical health strategy in mental health service. *Australas Psychiatry*, 18(5), 456-459.
- ◉ Parks, J. & Radke, A.Q. (2008). *Obesity reduction and prevention strategies for individuals with serious mental illness*. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors, Medical Director Council.
- ◉ Reiss, S., Levitan, G. & Szyszko, J.(1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574
- ◉ Richards, M, Maughan, B., Hardy, R., Hall, I. et al.(2001). Long-term affective disorder in people with mild learning disability. *British Journal of Psychiatry* (179), 523-527.
- ◉ Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, S. et al.(2000). Receipt of psychotropic medication by people with intellectual disability in residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(6), 666-676.
- ◉ Robson, D. & Gray, R. (2006). Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International journal of Nursing Studies*, 44, 457-466.
- ◉ SCHMITZ, N., WANG, J., MALLA, A., LESAGE, A., 2007, Joint effect of depression and chronic conditions on disability : results from a population-based study, *Psychosomatic Medicine*, 69, 4, 332-338.
- ◉ Serretti, A. et coll. (2004). « New antipsychotics and schizophrenia: A review on efficacy and side effects ». *Current Medicinal Chemistry*, 11(3), 343-358.
- ◉ Shefer, G., Cross, S., Howard, L.M., Murray, J., Thornicroft, G. & Henderson, C. (2015). Improving the diagnosis of physical illness in patients with mental illness who present in emergency departments: consensus study. *Journal of psychosomatic research*, 78, 346-351.
- ◉ Shefer, G., Henderson, C., Howard, L.M., Murray, J. & Thornicroft, G.(2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms – a qualitative study. *Public Library of Science One*, 9, e111682.
- ◉ Stark, IA, Menolascino, F.I , Albarelli, M.H., & Gray, V.C. (1988). *Mental Retardation and Mental Health : classification, diagnosis, treatment, services*. New-York: SpringerVerlag.

- ◉ Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- ◉ Turner, T.H. (1989). Schizophrenia and mental handicap: an historical review, with implications for further research. *Psychological Medicine*, 19(2), 301-314.
- ◉ Vahabzadeh, A. (2013) What is Diagnostic Overshadowing? And 5 strategies we can use to minimise it. Best Doctors Clinical Cubside. Site internet: [<http://curbsideconsult.tumblr.com/post/56239515311/what-is-diagnostic-overshadowing-and-5-strategies-we>]
- ◉ Vahia, I.V., Diwan, S., Bankole, A.O., Kehn, M., Nurhusein, M., et al. (2008). Adequacy of medical treatment among older persons with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 59, 853-859.
- ◉ Van Hasselt, F.M., Oud, M.J.T. & Loonen, A.J.M.(2015). Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 387-396.
- ◉ Van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L.M. & Thornicroft, G. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 22(3), 255-262.
- ◉ Viron, M., Baggett, T., Hill, M. & Freudenreich, O.(2012). Schizophrenia for primary care providers: how to contribute to the care of a vulnerable patient population. *The American Journal of Medicine*, 125, 223-230.
- ◉ Viron, M.J. & Stern, T.A. (2010). The impact of serious mental illness on health and healthcare. *Psychosomatic*, 51(6), 458-465.
- ◉ Wood, D.S. & Tracey, T.J.G. (2009). A brief feedback intervention for diagnostic overshadowing. *Training and education in professional psychology*, 3, 218-225.
- ◉ Zolnierek, Z.D.(2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: Systematic review. *Journal of Advance Nursing*, 65, 1570-1583.