

# Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland

door J. Pols

## I Inleiding

Periodiek komt de vraag op of de opleiding tot psychiater veranderd moet worden. Enkele malen hebben in het recente verleden wijzigingen plaatsgevonden. Het huidige curriculum – 2 basisjaren, 1 jaar neurologie, 1 zogenaamd keuzejaar – bestaat sinds 1 februari 1972 (1), en werd mogelijk gemaakt doordat de neurologie en de psychiatrie als aparte specialismen werden erkend (2). Daarvoor omvatte sinds 20 november 1964 de opleiding tot psychiater 5 jaren, te weten 3½ jaar psychiatrie en 1½ jaar neurologie (met bevoegdheid tot uitoefenen van het specialisme neurologie naast de psychiatrie) (3); sinds 1950 bestond een opleiding uit 2½ jaar psychiatrie en 1½ jaar neurologie, eveneens met dubbele bevoegdheid.

Het lijkt erop dat de huidige bepaling van de totale duur van het specialisme vooral is ingegeven door een poging tot uniformering op internationaal niveau (4). De samenstelling van het 'pakket', waarmee bedoeld wordt de verschillende stages, die men moet volgen, lijkt vooral ingegeven door evidentie-gevoelens en pogingen om de opleiding tot op zekere hoogte een reflectie te laten zijn van wat er in de maatschappij aan psychiatrische instituties aanwezig is. Hoe dan ook, het is buitengewoon moeilijk op de hoogte te geraken van de argumentaties en beweegredenen die aanleiding waren tot de vorming van juist dit curriculum, omdat er over de opleiding tot psychiater in Nederland, behalve de besluiten van het Centraal College, niets gepubliceerd is voorzover ik kon nagaan; tevens is het buitengewoon moeilijk, inzage te verkrijgen in rapporten die vroeger, naar men moet aannemen, intern over dit onderwerp verschenen zijn.

## II Het paradigma

Op zichzelf is de vraag naar de opleiding voor enig beroep of

---

Schrijver is zenuwarts, en als hoofd van de opleiding verbonden aan het N.H. Psychiatrisch Centrum 'Licht en Kracht' en 'Port Natal' te Assen (Geneesheer-directeur U. Joustra).

enige deskundigheid qua procedure niet zo buitengewoon moeilijk te beantwoorden. Men dient allereerst na te gaan welke kennis de betreffende beroepsbeoefenaar dient te bezitten en over welke vaardigheden en deskundigheden hij moet beschikken. Anders gezegd: wat moet hij weten, wat moet hij kunnen en vanuit welke basishouding moet hij werken? Een vierde vraag komt daarbij, zeker als het een beroep betreft waar belangen van andere mensen in het geding zijn: hoe denkt hij, of behoort hij te denken; en hoe ziet hij het doel en de zin van zijn werken? Met andere woorden hoe ziet zijn beroepsethiek en hoe ziet zijn beroepsfilosofie eruit? Wanneer het antwoord op deze vragen geformuleerd is kan men vervolgens de wegen vaststellen, die iemand moet bewandelen om tot de vereiste kennis en capaciteiten te komen, en procesbewakende en evaluerende maatregelen bedenken die kwaliteitsbewakend zijn. Daarnaast kan men een verdere verfijning toepassen door te evalueren of de aangegeven wegen inderdaad tot het doel voeren dat voor ogen staat, en naar bevind van zaken methodiek van onderwijs en programma aanpassen. Een dergelijke procedure echter gaat uit van een aantal vooronderstellingen die in het geval van de opleiding tot psychiater kennelijk erg hachelijk zijn, en waarover zeer weinig overeenstemming bestaat. Het loont wellicht de moeite enkele van deze vooronderstellingen zeer kort nader te bezien.

*Vooronderstelling 1 luidt: 'Het is duidelijk wat een psychiater moet weten'. Er is een aantal argumenten aan te voeren die aantonen dat deze vooronderstelling evident onjuist is. In de verschillende richtingen, die binnen het vakgebied van de psychiatrie te onderscheiden zijn, is de stroom van kennis zo zeer gezwoolen, dat geen individu meer in staat kan worden geacht datgene wat als psychiatrische kennis wordt gepresenteerd en ook als zodanig te definiëren is te overzien, laat staan te beheersen. Maar er is meer. De verschillende richtingen in de psychiatrie vormen geen vreedzaam coëxisterende gebieden van kennis en ervaring, maar staan vaak in een zekere spanning en polariteit tegenover elkaar. Er is bij vrijwel iedere psychiater een onmiskenbare neiging, kennis die door en in een bepaalde richting verzameld wordt niet alleen als relevant te beschouwen, maar als meer relevant dan kennis die over dezelfde problematiek wordt verzameld door en in een andere denkrichting. Wanneer dit gebeurt zonder dat de argumentatie het karakter van een logische bewijsvoering draagt, moet men deze neiging wel als een ideologische zien, en de eruit voortvloeiende overtuigingen als opinies beschouwen. Men denke aan de stromingen in de psychiatrie, die voor schizofrenie een biochemische, respectievelijk een psychogene verklaring zoeken, en de stroming die het hele concept van de schizofrenie ontkent en bestrijdt; men denke aan de elkaar uitsluitende controversen met betrekking tot behandeling van problematiek door psychotherapie en/of psychofarmaca (5); men denke – binnen het psychotherapeutisch terrein – aan de controverse tussen psycho-analitic*

en systeemtheoretisch gerichte therapeuten. Men denke aan de controverse tussen diegenen die vinden dat alle medische kennis voor een psychiater overbodig (of zelfs schadelijk) is en diegenen die vinden dat het medicus-zijn van een psychiater juist wezenlijk is voor de identiteit van het beroep. Therapieën worden ver-  
guisd en verheerlijkt veel meer dan dat ze als nuchtere alternatieven naast elkaar worden geplaatst. Hoewel sommigen deze contro-  
versen als minder scherp beleven en de hier gebruikte woord-  
keus als te polemisch zullen beschouwen: Wie zal in deze situatie  
uitmaken wat een psychiater moet weten?

*Vooronderstelling 2 luidt:* 'Het is duidelijk wat een psychiater moet kunnen'. Samenhangend met de eerste vooronderstelling is ook hier geen enkel 'hard' criterium te vinden: men vindt dezelfde controversiële opinies en conflicterende overtuigingen terug. Wel lijkt er duidelijkheid over te bestaan dat een psychiater ingewikkelde menselijke problematiek moet kunnen benaderen, uiteen-  
leggen in z'n componenten, zoveel mogelijk begrijpen, en er een gedifferentieerd oordeel (lees: diagnose) over moet kunnen ge-  
ven. De inhoud echter van dit gedifferentieerde oordeel zal zeer verschillend kunnen zijn, is vaak gedeeltelijk intuïtief, en wellicht daarom ook moeilijk toetsbaar en reproduceerbaar. Daar-  
naast lijkt er duidelijkheid over te bestaan dat de psychiater, ge-  
geven de interpretatie van de aangeboden problematiek, we-  
gen moet kunnen wijzen tot beïnvloeding, verandering en verbetering. De technieken en methoden die de psychiater moet beheer-  
sen blijven echter in sterke mate onduidelijk. Voorbeelden: Moet een psychiater een electro-shock, een insulinekuur, een koolzuur-  
insufflatie, een narco-analyse, een hypnose, een rêve éveillée, een ontspanningsmethodiek zoals die van Schultz, kunnen uitvoeren of zijn dit - gedeeltelijk of geheel - obsoleete behandelingen? Moet een psychiater een psychotherapie on analytic lines, een Rogeriaanse psychotherapie, een groepstherapie, een gezins-  
therapie kunnen uitvoeren? Moet een psychiater in staat zijn rap-  
portages te maken voor de justitie, pensioenfondsen etc.? Moet een psychiater in staat zijn om te beoordelen of iemand krachtens psychische gestoordheid in de termen valt om tegen zijn wil uit de  
gemeenschap verwijderd te worden? Moet een psychiater in staat zijn zelfstandig een wetenschappelijk onderzoek te verrichten -  
b.v. naar de werking van een psychofarmacon, naar een epidemio-  
logisch probleem, naar het effect van psychotherapie? Wie zal in deze situatie uitmaken, wat een psychiater moet kunnen?

*Vooronderstelling 3 luidt:* 'De professionele basishouding en de beroepsfilosofie van de psychiater is duidelijk en eenduidig'. Szasz heeft duidelijk gemaakt, dat binnen het gebied van de psychothe-  
rapie verschil van inzicht bestaat tussen de psychotherapeuten die zich ten doel stellen met hun methodiek de autonomie van de patiënt te vergroten, en de psychotherapeuten die zich ten doel stellen, daarmee kwalen van hun patiënten te genezen (6). Dit ver-  
schil is in feite een verschil in basishouding, en in doelstelling. Ook buiten het gebied van de psychotherapie is de verwarring

groot, wanneer de doelstellingen van psychiatrische bemoeiing en de rol van de psychiater in de maatschappij ter sprake komen. Moet de psychiater gezien worden als een beroepsbeoefenaar, die *in wezen* medicus is, voor wie basishouding, gedragsregels en rol van medicus – en niet meer of minder dan dat – zijn weggelegd, of kan (mag) hij ook nog anders functioneren? Is het medisch model – in het midden latend hoe eng of wijd dat opgevat dient te worden – wat een leest is voor de schoenmaker, of mag (moet) hij zich ook bedienen van een sociaal model, een interactie-model etc.? Als de psychiater er is om het belang van zijn patiënten naar beste weten en kunnen te dienen betekent dat dan enerzijds: mag (moet) hij ingaan tegen het belang van zijn patiënt om b.v. in het belang van het milieu, de maatschappij of de preventie te handelen? En zo ja, hoever mag hij daarin gaan? Anderzijds: in hoeverre mag (moet) hij juist de belangen van zijn patiënt dienen door in te gaan tegen belangen van milieu, maatschappij en preventie? Moet de psychiater als burger van een bepaalde maatschappij uitgaan van de normen, waarden en gedragsregels van deze maatschappij en deze dus ook in zijn werk met patiënten als richtlijnen hanteren, of mag (moet) hij daar soms, als het belang van zijn patiënten dat vraagt, tegen in opstand komen? Is het psychiaters zelf altijd nog duidelijk, welke rol ze spelen, van welke basishouding ze uitgaan? Er is een uitgebreide literatuur ontstaan met betrekking tot deze problemen, die – hoe men er ook over oordeelt – de uitgebreidheid van de controversen met betrekking tot basishouding, doelstellingen en maatschappelijke rol van psychiaters duidelijk aantoont. Het gaat er hier niet zozeer om, dat vele psychiaters een standpunt hebben, een overtuiging zo men wil, het gaat er hier om, dat deze standpunten totaal verschillend kunnen zijn, zonder dat er hetzij een communis opinio over bestaat, hetzij een gezaghebbend, boven de partijen staand oordeel te geven is.

*Vooronderstelling 4* (in de vorige vooronderstelling reeds impliciet gegeven) *luidt*: 'Het is duidelijk hoe de beroepsethiek van de psychiater is'. Alleen op het eerste gezicht lijken hier misschien niet zo bijzonder veel problemen te liggen. Bij nadere beschouwing echter springen tal van dingen in het oog. Enkele daarvan worden thans kort genoemd. De somatische gezondheidszorg kent een onderscheid tussen curatieve, met name op het individu gerichte, en preventieve, met name op de gemeenschap gerichte, gezondheidszorg. Er is een duidelijke tendens gaande om dit onderscheid in de geestelijke gezondheidszorg steeds onduidelijker te maken (men zie b.v. het R.I.A.G.G.-concept in de Structuurnota Gezondheidszorg (7)). Daarnaast echter speelt in de psychiatrie vaker dan in de somatische geneeskunde, dat maatregelen worden overwogen die tegen de uitdrukkelijke wens, en tegen het belang van de patiënt, zoals hij dat zelf voelt, ingaan. Curatieve psychiatrie is gericht op het individu, en komt primair op voor het belang van het individu. Preventieve psychiatrie richt zich op de gemeenschap (of het milieu), en komt allereerst op voor het belang van de gemeenschap. Een zorgvuldige scheiding

tussen curatieve en preventieve psychiatrie zou men dus wel, en met een hoge mate van prioriteit, mogen verwachten. Voorts: onduidelijk blijft vaak in hoeverre men therapeutisch of anderszins mag ingrijpen zonder uitdrukkelijke wens en toestemming van de patiënt; en hoever men gaan mag als een patiënt zijn behandelingsbekwaamheid is ontnomen. Ik bedoel dit nu niet formeel-juridisch maar psychiatrisch-ethisch. Er is voorts veel twijfel of opgenomen patiënten in psychiatrische units werkelijk vrij zijn in hun beslissingen ten aanzien van hun verdere verblijf en behandeling. In een recent overzichtsartikel verzuchten Redlich en Mollika dan ook: 'The psychiatric literature reflects considerable controversy over ethical questions' (8).

### *III Een vereenvoudigd model*

Hoewel het opleiden van een deskundige, waarvan men niet kan definiëren wat hij moet weten en wat hij moet kunnen in principe een onmogelijke zaak is, worden toch zowel aan de psychiatrische universiteits-klinieken als in centra daarbuiten psychiaters opgeleid. Dat betekent dat er bij deze opleidingen sprake moet zijn van een aantal denkbeelden over de beroepsidentiteit van de psychiater, die als opleidingsdoelen worden gesteld. Deze denkbeelden pretenderen dan wellicht niet de psychiater als beroepsbeoefenaar te definiëren, maar wel het beroep omschrijvend te benaderen of zo mogelijk te typeren. In principe zijn hier twee wegen mogelijk om te weten te komen wat het beroep van psychiater, van opleidingsstandpunt bekeken, inhoudt: men kan zich wagen aan een directe – zo men wil intuïtieve – typering en deze als handvat voor de opleiding bezigen; of men kan uit het opleidingsprogramma zelf trachten af te lezen – dus indirect – welke ideeën opleidingskliniek en opleider voor ogen staan. De literatuur over de identiteit van de psychiater en dan vooral de literatuur over hoe de identiteit van de psychiater zal moeten veranderen, is uitgebreid; het is des te verwonderlijker en opmerkelijker dat de uitwisseling van gedachten en ideeën over de opleiding tot psychiater zich in Nederland heeft beperkt tot interne rapporten en activiteiten, met name van het Consilium Psychiatricum, terwijl toch waarschijnlijk als een gegeven kan worden beschouwd dat de identiteit van de psychiater tijdens en door zijn opleiding in hoge mate wordt gevormd. Beschrijvingen van de wijze waarop psychiaters worden opgeleid aan de verschillende opleidings-instituten, en de daarbij behorende pogingen tot typering van de beroepsidentiteit van de psychiater vormen twee elkaar aanvullende en inspirerende bronnen van gegevens; een toenemende duidelijkheid in het ene gebied geeft direct meer duidelijkheid in het andere.

Hiermee is een gereduceerd model gegeven. Gereduceerd allereerst omdat de pretentie van een objectieve en normatieve benadering van de vraag, hoe een psychiater moet worden opgeleid plaats maakt voor een subjectieve en pragmatische benadering:

men begint niet te vragen, hoe de opleiding moet zijn, men begint te vragen, hoe hij in feite is. Omdat echter de assistent-geneeskundige in opleiding van heden de psychiater van morgen is, – en dan dus weer bijdraagt aan de beroepsidentiteit van de psychiater – is deze vraag valide. Gereduceerd in de tweede plaats omdat definiëring plaats maakt voor typering, waardoor enerzijds de pretentie van volledigheid van het geschetste beeld wordt opgegeven, en anderzijds de limiterende omschrijving – nl. datgene wat een psychiater niet is – daarbij achterwege wordt gelaten, althans niet systematisch wordt uitgewerkt.

#### *IV Een toepassing van het vereenvoudigde model*

Als toepassing van dit model wordt thans de opleiding tot psychiater, zoals deze plaatsvindt in het psychiatrisch centrum 'Licht en Kracht' en 'Port Natal' beschreven.<sup>1</sup> Allereerst wordt de psychiater als beroepsbeoefenaar, zoals deze ons als uitgangspunt en einddoel voor ogen staat, getypeerd. Nadat deze typering getoetst is aan het thans geldende, landelijk vastgelegde curriculum (1) volgt daarna het opleidingsprogramma als weg waarlangs we de vorming en opleiding van deze psychiater willen realiseren.

*1 – De typering.* De psychiater wordt allereerst getypeerd door het feit dat hij een 'breedtespecialist' is, en de psychiatrie doordat het een breedtespecialisme is. Daarmee wordt bedoeld dat alle facetten, die in de geestelijke gezondheidszorg essentieel zijn: het somatische, het intra-psychische, het relationele, het sociale en het cultureel-maatschappelijke, in principe binnen het vakgebied van een psychiater liggen. Geen enkele andere discipline op het terrein van de geestelijke volksgezondheid – afgezien dan van de huisarts, die tot op zekere hoogte en minder gespecialiseerd ook deze facetten binnen zijn vakgebied kan rekenen – kenmerkt zich door deze breedte. Voor de andere disciplines is het veeleer typerend dat het dieptespecialismen zijn, die één of twee van de genoemde facetten tot hun arbeidsveld rekenen. Men kan de breedte van het specialisme aantonen door de notie dat er in de geestelijke gezondheidszorg geen enkele behandelingsvorm is, die niet in principe óók door de psychiater kan worden beoefend. Anderzijds is te stellen dat het aantal behandelingsvormen dat specifiek tot het terrein van de psychiater behoort – daarmee wordt bedoeld dat de psychiater als enige een bepaalde behandelingsvorm geven kan – duidelijk afneemt: allerlei 'lichamelijke behandelingen' zoals koortskuren, insuline-coma-kuren, koolzuurinsufflatie, narco-analyse en last but not least elektro-shock zijn zo goed als verdwenen, resp. duidelijk op hun retour. Wellicht is thans de psychofarmacotherapie nog het enige belangrijke, voor de psychiater specifieke, gebied. Allerlei andere behandelingsvormen evenwel zijn niet specifiek voor de psychiater: men behoeft geen psychiater te zijn om bijvoorbeeld psycho-analyses of gezinstherapieën te verrichten. Typerend voor een psychiater is juist dat

alle behandelingsvormen in principe binnen het specialisme kunnen vallen.

Voorts: de psychiater is getypeerd doordat hij medisch specialist is. Deze uitspraak beklemtoont de afkomst van de psychiater, nl. dat hij arts is. Dat betekent dat het lichamelijke aspect van aangeboden problematiek bepaald binnen zijn gezichtskring ligt en ook behoort te liggen. Verder zegt de uitspraak dat de psychiater getypeerd is door het feit dat hij medisch specialist is, niets. Met name zegt deze uitspraak niets over het al of niet verplicht of gebruikelijk zijn van het hanteren van het ziektemodel (of van een ander model) in de psychiatrie. Deze uitspraak zegt ook niet, dat degene die bij een psychiater komt, per definitie ziek is, dus patiënt. Deze uitspraak zegt uitsluitend dat een psychiater deskundig moet worden geacht met betrekking tot somatische aspecten van hem aangeboden problematiek. Als men meent, dat voor het beoefenen van bepaalde taken in de psychiatrie kennis van somatische aspecten irrelevant is, betekent dat allereerst dat men deze taken volstrekt legitiem als psychiatrische taken kan bestempen, doch het betekent tevens dat het taken zijn die niet specifiek-psychiatrisch zijn. Dat geldt trouwens evenzeer voor de psychiatrische taken waarvoor kennis van somatische aspecten essentieel is – omdat de psychiater op dat terrein zijn somatische collegae als diagnosten en behandelaars ontmoet, is ook dit terrein voor hem niet specifiek. Juist het feit dat problemen met somatische relevante aspecten én problemen zonder somatische relevante aspecten beiden op het terrein van de psychiatrie liggen typeert de psychiater.

In de derde plaats volgt uit beide voorgaande overwegingen dat typerend voor de psychiater is zijn behoefte aan en neiging tot samenwerken met niet tot zijn discipline behorende beroepsbeoefenaren: slechts in combinatie met andere specialisten die zich, in tegenstelling tot hemzelf, vooral in één of enkele gebieden in de 'diepte' gespecialiseerd hebben, kan zijn specialisme én dat van de anderen tot verwerkelijking van al zijn mogelijkheden en tot een zo hoog mogelijk rendement komen. Bij deze samenwerking met anderen behoort zeker ook, en niet in de laatste plaats, het overdragen van kennis en inzicht, eventueel in de vorm van consultatie, aan b.v. huisartsen, maatschappelijk werkenden, verpleegkundigen en assistent-geneeskundigen.

Uit bovenstaande typering van de psychiater als beroepsbeoefenaar kunnen de volgende consequenties voor de opleiding tot psychiater worden getrokken: Het breedtekarakter van het specialisme vraagt om uniformiteit in de opleiding waar het betreft de diagnostiek, de kennis omtrent indicatiegebieden voor de verschillende behandelingsmethodieken, het leren omgaan met en het hanteren van allerlei probleemsituaties waarin een mens met zichzelf of met anderen terecht kan komen, het leren kennen van zichzelf, van eigen mogelijkheden en beperkingen. Daarnaast zijn organisatorische aspecten van betekenis, en het leren van een multi-disciplinaire wijze van werken. Naast deze uniformiteit is een

mogelijkheid tot diversifiëren zeer wezenlijk zodat reeds in de opleiding de mogelijkheid is gegeven die specifieke bekwaamheden te verwerven, of de aanzet daartoe vorm te geven, die met de speciale belangstellingsrichting van de psychiater overeenkomen. In andere gevallen, b.v. wanneer de assistent het voornemen heeft zich verder te bekwamen in een speciaal onderdeel van het vakgebied, kan het zinvol zijn tijdens de opleiding een keuze te doen die dit speciale onderdeel kan aanvullen of onderbouwen.

2 – *De typering getoetst aan het vastgestelde curriculum.* In het huidige curriculum van de opleiding tot psychiater in Nederland (1) komen bovenstaande denkbeelden althans schematisch goed tot hun recht. Naast de algemene basis immers is er ruimte voor keuze afhankelijk van de belangstellingsrichting van de assistent-geneeskundige. Enkele opmerkingen zijn hierbij echter te maken. Het onderdeel neurologie beslaat 25 % van de totale opleidingsduur. Het is de vraag of dit niet een te hoog percentage is, nadat het artsexamen is behaald. Weliswaar is kennis van neurologische symptomatick belangrijk en het kan in een aantal gevallen belangrijk zijn om méér dan de algemene medicus in de neurologie te zijn geschoold. Juist het feit echter dat het aantal gevallen waarin dit zo is, klein is maakt de aarzeling groter. Bovendien is de relevantie van meer-dan-artsenkennis van de neurologie in verschillende deelgebieden van de psychiatrie nogal erg verschillend.<sup>2</sup> Daarbij komt dat het onmogelijk blijkt dat de stage voor de aanstaande psychiater beperkt blijft tot die gebieden der neurologie die voor de psychiater speciaal van belang zijn, hetgeen het rendement van deze stage vermindert. Dat is geen verwijt aan de neurologische opleidingen, want heel goed is in te zien dat een dergelijke opleidingseis vrijwel niet aan de neurologische opleidingscentra te stellen is. Bij deze reeks vragen over de stage neurologie voegt zich nog een zeer belangrijk praktisch probleem. Het aantal opleidingsplaatsen voor de stage neurologie voor aanstaande psychiaters is veel geringer dan de vraag naar deze plaatsen. Daardoor blijkt het in vrijwel alle gevallen niet alleen onmogelijk de specialisatie te beginnen met het neurologische deel, hoewel dat vrij algemeen als de meest wenselijke volgorde wordt gezien, maar ook kost het vaak de grootste moeite om na het psychiatrische deel van de opleiding een opleidingsplaats voor de neurologie te vinden. Het gebeurt nogal eens dat er wachttijden zijn, waardoor de specialisatie vertraagd wordt. Het improviseren van een aantal C-opleidingsplaatsen<sup>3</sup> biedt een – hoewel beperkt – soelaas. Tegelijkertijd dient men zich af te vragen of hierdoor de kwaliteit van de opleiding niet zoveel verder daalt, dat opnieuw de vraag naar de relevantie van de stage neurologie gewettigd is. Het zou misschien te overwegen zijn het neurologisch deel te verkorten tot b.v. een jaar gedurende halve dagen. Er zouden daardoor meer opleidingsplaatsen beschikbaar kunnen komen, het zou tevens betekenen dat de aanstaande psychiater niet genooddaakt is halverwege zijn specialisatie allerlei voor de uitoefening van



zijn toekomstig beroep zeer wezenlijke taken, zoals met name het uitvoeren van psychotherapieën en het volgen van psychotherapie-opleidingen, te onderbreken. Tenslotte kan het percentage van de totale opleiding dat aan de psychiatrie zelf wordt besteed, daardoor nog wat stijgen.

Dit laatste voert tot een tweede opmerking. In de twee basisjaren dient een hoeveelheid kennis, vaardigheid en deskundigheid te worden opgedaan. Door de enorme groei aan relevante kennis en inzichten, door het zich uitbreiden van therapeutische methodieken en mogelijkheden is deze kennis in twee jaren onmogelijk bij elkaar te brengen. Er ontstaat dan ook een groeiende spanning tussen het praktische en het theoretische deel van de opleiding. Het 'klassiek' model van de opleiding, het samenwerken van de specialist als supervisor met de assistent-geneeskundige in een 'meester-gezel'-verhouding, wordt door de Koninklijke Nederlandse Mij ter bevordering van de Geneeskunst als paradigma gesteld (9), doch ook elders is aangetoond(10) dat dit klassieke model het beste blijft voldoen, ook in de psychiatrie. Het is een model van praktische strekking waarin al werkend een leerproces in en door de praktijk plaatsvindt. Men ontwikkelt de 'handvaardigheid' die nodig is om het 'vak' te beoefenen. Weliswaar geeft deze samenwerking op allerlei momenten aanleiding tot beschouwingen en theoretische uiteenzettingen; deze blijven echter overwegend aan de praktijk gekoppeld. Dit gedeelte van de opleiding zal ik in het hierna volgende het praktische deel noemen. Naast dit praktische deel is een theoretisch gedeelte onmisbaar. Hierin moet een verdere theoretische uiteenzetting over achtergronden, theorieën, benaderingen en attitudes zijn plaats kunnen vinden; hierin moeten gebieden worden belicht, die in het dagelijks werk (te) weinig aandacht kunnen krijgen; hierin moet zo mogelijk de in de praktijk verkregen kennis en kunde gesystematiseerd worden; hierin moet met name het onderwijs in de behandelmethodieken (waaronder vooral de psychotherapie) zijn plaats vinden. Indien men enigszins recht wil doen aan het theoretisch deel dan dreigt het praktische deel (immers de 'body', het centrale deel van de opleiding) al gauw in de verdrukking te komen. In de verte daagt het schrikbeeld van weer – net als in de medische studie, vooral zoals deze vroeger was – in de collegebanken te moeten plaatsnemen en genoegen te moeten nemen met een al te smalle praktische ervaring. Het vaststellen van een praktisch en een theoretisch deel van de opleiding draagt derhalve de kenmerken van het laveren tussen Skylla en Charybdis. Het lijkt mij dat het theoretisch gedeelte niet meer dan 15 uren maximaal per week mag beslaan waardoor er voor het praktische deel 25 uren overblijven. Deze verhouding is ingegeven op grond van het marchanderen met evidentie-gevoelens; het zou wenselijk zijn wanneer men ook andere argumenten voor deze verhouding zou kunnen aandragen. Een derde opmerking. De stages in het keuzejaar vinden veelal in een ander opleidingsinstituut plaats dan de stages in de basisjaren en dit wordt ook door het Consilium gepropageerd. Dat betekent

echter ten aanzien van het theoretisch gedeelte dat er een discontinuïteit optreedt. Weliswaar kan men als de geografische afstand niet al te groot is nog wel een enkele cursus blijven volgen, maar dit zal eerder als uitzondering dan als regel gelden. Dat betekent dat in de keuzestage de aandacht verder vrijwel exclusief gaat vallen op het speciale deelgebied, dat door de keuzestage wordt bestreken. Het theoretisch gedeelte van de opleiding zal in twee jaar vrijwel voltooid moeten zijn. Men mag dit fenomeen, nl. dat in de helft van de opleidingstijd vrijwel het gehele theoretische pakket behandeld moet zijn, op zijn minst opmerkenswaard en verwonderlijk noemen.

3 – *Het opleidingsprogramma.* Het programma van de beide basisjaren zoals dat thans in het N.H. Psychiatrisch Centrum 'Licht en Kracht' en 'Port Natal' wordt uitgevoerd, wordt thans in grote lijnen beschreven. Daarbij wordt zoveel mogelijk van technische en organisatorische details afgezien. Eveneens worden de eisen met betrekking tot het curriculum, die expliciet zijn gesteld door het Centraal College en de SRC, hier niet vermeld. Voor dezen zij naar de desbetreffende publicatie (1) verwezen. Vermeld worden de onderdelen van het programma die op 1-4-1976 gerealiseerd zijn of bezig zijn zich te voltrekken. Aan het eind worden zeer summier nog enige onderdelen aangeduid die binnen afzienbare tijd gerealiseerd zullen worden. Achtereenvolgens wordt het praktische en het theoretische gedeelte van de opleiding besproken.

3.1 – *Het praktische gedeelte: de stages.* De twee basisjaren van de opleiding worden verdeeld in drie stages: twee klinische stages en één poliklinische stage. In principe duren deze stages elk acht maanden. Bij beide klinische stages ligt het accent vooral op diagnostiek en behandeling van patiënten, die kortdurend worden opgenomen. Voor iedere stage is geëxpliciteerd hoe de programmering dient te zijn.

#### A. *Het programma van de eerste stage*

1 – Het zich eigen maken van het diagnostisch proces in de psychiatrie, het leren begrijpen en hanteren van de individuele structuurdiagnose. Hiervoor is een richtsnoer ontworpen.

2 – Het onderzoek van nieuw-opgenomen patiënten, gevolgd door een kritische evaluatie met de supervisor. Het is noodzakelijk dat de supervisor in een groot aantal gevallen een diagnostisch gesprek met de patiënt voert in aanwezigheid van de assistent.

3 – Hiermee samenhangend is het wenselijk dat een grondmodel voor een psychiatrisch onderzoek in de zin van een modelstatus wordt gebruikt in alle opname-afdelingen van het psychiatrisch centrum.

4 – Deelnemen aan teambesprekingen en gerichte bespreking met vertegenwoordigers van andere disciplines.

5 – Het aanleren van het samen met vertegenwoordigers van

andere disciplines opstellen en uitvoeren van behandelingsprogramma's, het gaan uitvoeren van psychiatrische behandelingsmethodieken, het gaan ontwikkelen van professionele vaardigheden daarbij.

6 - Kennis nemen van het werk, de werkmethodeken en de attitudes van andere disciplines, in het algemeen het leren samenwerken en het leren werken in teamverband.

7 - Het zich eigen maken van de eerste interventies na de opname van nieuwe patiënten. Anders gezegd: het aanleren van therapeutische interventies in crisissituaties.

8 - Het geschoold worden in algemene gespreksvoering zowel individueel gericht als inter-actioneel gericht.

9 - Wat de supervisie betreft moet als minimum eis worden gesteld dat minstens twee vaste uren per week voor individuele supervisie beschikbaar zijn.

In deze supervisie-uren dienen behalve bovengenoemde aspecten met name ter sprake te komen de kwaliteit van onderzoek en behandeling; het functioneren van de assistent in diagnostische en behandelingsituaties; het functioneren van de assistent in zijn relatie met de andere teamleden en met de supervisor; het bespreken van vorm en inhoud van de ontslagbrieven en van de statussen.

In deze eerste stage gaat het er vooral om dat de psychiater met de assistent samenwerkt, allerlei dingen samen doet; zodoende enerzijds de assistent begeleidt anderzijds door de assistent metterdaad te laten zien hoe hij functioneert, in zekere zin voor de assistent model staat. Ideaal-typische situatie zou zijn dat de superviserend psychiater twee van dergelijke assistenten superviseert. Hij zal zich in deze ideaal-typische situatie voor ongeveer 1/3 deel van de week met deze taken bezighouden; uiteraard zijn dit grotendeels ook activiteiten die de patiënten en de behandelunits ten goede zullen komen. Een alternatief voor deze ideaal-typische situatie is dat de psychiater twee assistenten superviseert, waarvan de ene in zijn eerste stage, de ander in zijn tweede stage is. Voordeel hierbij is dat het contact tussen beide assistenten voor hen beide van voordeel zijn kan, juist door het verschil in kennis en ervaring. Nadeel is dat de superviserend psychiater te maken krijgt met assistenten in verschillende fasen van hun opleiding tegelijk, hetgeen zijn taak gecompliceerder kan maken.

#### B. *Het programma van de tweede stage*

In deze tweede stage dient de zelfwerkzaamheid van de assistent meer nadruk te krijgen. De activiteit van de supervisor zal duidelijker een consultatief accent krijgen. Uiteraard is ten opzichte van de eerste stage hier van een gradueel verschil en van een geleidelijke overgang sprake. Ook in de tweede stage is het noodzakelijk, dat de supervisor met de assistent samen die patiënten ziet, die bijzondere problemen opleveren. Dit zal echter minder frequent voorkomen dan gedurende de eerste stage. Het bezig zijn met en het beoefenen van meer specifieke behandelmethoden, m.n. inter-actionele facetten, krijgt in deze stage meer gewicht dan in de eer-

ste stage. Het inschakelen als co-therapeut b.v. bij groepen op de afdeling of bij het praten met echtparen of gezinnen zal nu gemakkelijker en vaker gebeuren dan in de eerste stage.

Rapportages, b.v. ten behoeve van justitie of pensioenraad, dienen bij voorkeur tijdens de tweede stage plaats te hebben. Tijdens de tweede stage zal ook een begin moeten worden gemaakt met de voorbereiding van het referaat c.q. de publicatie, die in de opleiding plaats moet hebben. De uitvoering hiervan zal aan het einde van de tweede of in de derde stage plaats moeten hebben. De punten 1 t/m 9, genoemd onder A, zullen hier gedeeltelijk worden voortgezet, gedeeltelijk een ander karakter dragen. Wat betreft punt 9, de supervisie, is te stellen, dat de individuele supervisie kan worden teruggebracht tot één vast uur per week. Tijdens het supervisie-uur komen in principe dezelfde zaken ter sprake, die ook in de eerste stage besproken werden. Tijdens de tweede stage zal ook plaats moeten vinden de door de SRC als eis gestelde kennisneming van de kinderpsychiatrische voorzieningen in de regio.

### *C. Het programma van de poliklinische stage*

In deze stage valt de nadruk geleidelijk aan op een verdere zelfstandigheid in het functioneren van de assistent. De supervisor krijgt veel duidelijker de rol van consulent en ziet slechts op indicatie patiënten samen met de assistent. Wat in deze stage vooral van belang is, is het à tempo leren toepassen van het in de vorige stages verworvene, en het leren beslissingsstrategisch te denken en te werken. De case-load van de assistent zal aanzienlijk hoger zijn dan in de beide vorige stages; hij zal moeten leren de discontinuïteit van het contact met de patiënten te hanteren. Interactionele aspecten krijgen in vorm van echtpaar, eventueel gezins therapie, meer expliciet aandacht. De supervisie zal een vast uur per week omvatten, daarnaast zo mogelijk als groepssupervisie of in groepsbesprekingen plaatsvinden. Het omgaan met hulpverleners van eigen en andere disciplines vindt hier een uitbreiding naar het leren hanteren van relaties met hulpverleners van eigen en andere disciplines buiten het centrum, het leggen en onderhouden van contacten met deze; zo mogelijk het meemaken van consultaties.

Gedurende de drie stages zal de assistent een supervisorische taak krijgen bij de opleiding van de co-assistenten; hierbij wordt dus gedacht aan een dakpanstructuur van opleidingen: de psychiater leidt de assistent op, de assistent leidt de co-assistent op. Dit heeft als groot voordeel, dat de assistent reeds tijdens zijn opleiding vertrouwd raakt met het hanteren van supervisie-relaties als supervisor.

### 3.2 *Het theoretische gedeelte: Opleidingsactiviteiten buiten de stages*

#### A. *Psychotherapeutische opleidingsactiviteiten*

1 – Seminar analytische psychotherapie 1. Duur: 1 uur per week. Dit is een gecombineerd theoretisch en technisch seminar, waarin de psychoanalytische theorie ter sprake komt door middel van referaat en boekbespreking en daarnaast vooral de techniek van het verrichten van analytische psychotherapieën besproken wordt aan de hand van banden van door deelnemers verrichte psychotherapieën.

2 – Seminar analytische psychotherapie 2. Duur: 1 uur per week. Het betreft hier een zuiver technisch psychotherapeutisch seminar, waarin het verloop van de psychotherapieën, met name de dynamiek van de overdracht, wordt bestudeerd aan de hand van door de deelnemers verrichte psychotherapieën.

3 – Seminar groepspsychotherapie. Duur: 2 uur per week. In dit seminar valt de nadruk op de technische aspecten, i.c. het bestuderen van een therapeutisch proces aan de hand van video-banden van groepspsychotherapieën. Daarnaast wordt tevens aan theoretische aspecten aandacht besteed.

4 – Seminar Rogeriaanse psychotherapie. Duur 1 uur per week. In dit seminar komen theoretische aspecten aan bod d.m.v. het refereren van literatuur; daarnaast wordt d.m.v. rollenspel en het bestuderen van banden van door deelnemers verrichte psychotherapieën het interactie-proces tussen therapeut en patiënt en het verloop van het psychotherapeutisch proces bestudeerd.

5 – Cursus gedragstherapie. Duur: ca. 25 uur per 2 jaar. De programmering van deze cursus is zodanig dat de assistent-geneeskundige vertrouwd wordt gemaakt met de wijze van denken en met de probleembenadering zoals deze binnen de gedragstherapie gebruikelijk is. Voorts wordt aandacht gegeven aan de verschillende methodieken binnen de gedragstherapie en aan de indicatie-gebieden voor de gedragstherapie voor zover deze al uitgekristalliseerd zijn. Doel van dit seminar is niet dat de assistent zelf gedragstherapie onder supervisie gaat verrichten – al is dit principieel niet uitgesloten – maar dat hij voldoende kennis en begrip van dit gebied verkrijgt om op de juiste wijze naar de gedragstherapeut te kunnen verwijzen.

6 – Introductie-cursus gezinstherapie. Ca. 18 uur per 2 jaar. Voor deze cursus worden verschillende sprekers van buitenaf uitgenodigd. In een beperkt aantal zittingen worden de belangrijkste richtingen binnen de gezinstherapie theoretisch toegelicht en praktisch, b.v. door middel van rollenspel beoefend. Ook hier is niet de bedoeling dat de assistent-geneeskundige door deze cursus zelf gezinstherapie kan beoefenen, doch dat hij voldoende kennis en begrip van het gebied van de gezinstherapie verwerft om op de juiste wijze te kunnen verwijzen.

7 – In de poliklinische stage wordt eenmaal per week gedurende anderhalf uur een intervisie met betrekking tot gezinstherapie ge-

houden. In deze intervisie-groep worden videobanden van gezins-therapieën beluisterd en becommentarieerd. Het is de bedoeling dat de assistent-geneeskundige in zijn poliklinische stage in deze intervisiegroep participeert en zelf ook als co-therapeut één of enkele kortdurende echtbaar- of gezinstherapieën verricht.

8 – Bij de basisopleiding behoort het doen van twee individuele psychotherapieën door de assistent-geneeskundige onder supervisie. Eén van deze is in principe een on analytic lines psychotherapie, de andere een Rogeriaanse psychotherapie. Naast deze twee therapieën is een derde psychotherapie verplicht waarbij de assistent kan kiezen tussen, hetzij een individuele, Rogeriaanse of on analytic lines therapie, hetzij een groepspsychotherapie, hetzij eventueel een andere psychotherapie naar keuze.

### *B. Andere opleidingsactiviteiten*

1 – Patiëntenbespreking voor en door assistent-geneeskundigen. Duur 1 uur per week. In deze patiëntenbesprekingen ligt de nadruk op de diagnostiek.

2 – Het refereren van tijdschrift-artikelen. Duur: 1 uur per week. Hier worden door de deelnemers (assistenten en vaste stafleden) korte referaten over tijdschriftartikelen en dergelijke gehouden.

3 – Refereer-avond. Eénmaal per maand. Hier worden uitgebreidere referaten gehouden, waarbij bijvoorbeeld literatuur betreffende een bepaald onderwerp verzameld wordt of werk van een bepaalde auteur wordt besproken.

4 – Assistentenberaad. Duur 1 maal per 14 dagen 1 uur. Het assistentenberaad staat ten dienste van de groepsvorming van de assistent-geneeskundigen enerzijds en heeft anderzijds aspecten van opiniëring en belangenbehartiging en van evaluatie van de opleiding.

5 – Tweemaal per twee jaar trekken de assistent-geneeskundigen zich onder leiding van een deskundige van buitenaf gedurende een gehele week terug om zich bezig te houden met alle contacten, die een assistent-geneeskundige of psychiater heeft, behalve de contacten met patiënten. Centraal staat dus het contact van de assistenten met medewerkers, hun relaties binnen en buiten de behandelteams. Daarnaast komen organisatorische en beleidsvraagstukken ter sprake en het contact tussen de assistent-geneeskundigen onderling.

6 – Capita Selecta. Duur: 1 uur per week. Gedurende dit uur wordt min of meer cursorisch en op een flexibele wijze een groot aantal onderwerpen, die om de een of andere reden praktisch of theoretisch nadere toelichting verdienen, door verschillende sprekers aan de orde gesteld.

7 – Twee dagen per jaar zijn ter beschikking voor excursies. Meestal wordt als doel voor een dergelijke excursie een instituut uitgekozen, dat hetzij door zijn wijze van werken hetzij door zijn categorale doelstelling facetten van de psychiatrie toont, die dreigen in deze basisopleiding onderbelicht te raken.

8 – Met onregelmatige tussenpozen worden gastsprekers uitgenodigd.

In de opleiding zoals deze thans functioneert blijven een aantal wensen. Het probleem dat zich hierbij voordoet is dat het opstellen van verlanglijsten met betrekking tot allerlei aspecten die men uitgebreid of verbeterd zou willen zien, niet moeilijk is: dat het evenwel zeer moeilijk is een zodanige keuze te doen, dat enerzijds het programma niet te overladen wordt, anderzijds het optreden van grote lacunes wordt vermeden. Vanuit dit dilemma bezien kunnen de volgende aanvullingen op het opleidingsprogramma als noodzakelijk worden gekwalificeerd:

1 – Het is onmogelijk gebleken adequate training in de verschillende gespreksmethodieken te realiseren in het kader van de eerste stage. Daarom zal er een seminar moeten komen voor de theorie en de techniek van de verschillende gespreksvormen en methodieken, zoals het steunende, het voorlichtende, het diagnostische, het cathartische, etc. gesprek. Dit seminar is thans in voorbereiding.

2 – De integratie van de op interactionele leest geschoeide psychotherapie – met name de partnerrelatie-therapie –, en de diagnostische gesprekken met echtparen in het geheel van de opleiding is thans nog onvoldoende. Hierin zal verbetering worden gebracht door het uitbreiden van de supervisie-mogelijkheden in dit opzicht en door een theoretisch en technisch meer expliciet aandacht geven aan deze behandelingsvormen.

3 – Hoewel er mogelijkheden aanwezig zijn voor assistent-geneeskundigen om te participeren in een researchproject blijkt dit aspect organisatorisch moeilijk en zeer arbeidsintensief zodat daar voortdurend op meer speciale wijze aandacht aan moet worden besteed. Zowel het niet primair op de research gericht zijn van een psychiatrisch centrum als de op behandeling gerichte attitude van de meeste vaste staf-medewerkers maken een voortdurende extra inspanning op dit gebied noodzakelijk.

4 – Door de eigen geaardheid van het specialisme zullen de meeste assistent-geneeskundigen later terechtkomen in functies waar een zekere organisatorische bekwaamheid van hen wordt verlangd. Het gaat hier niet om het functioneren als teamlid; dat aspect krijgt, zoals hierboven uiteengezet, uitvoerig aandacht. Het gaat om het scholen en ontwikkelen van organisatorische of – zo men wil – manager-bekwaamheden. Het is hier niet de plaats nader op dit probleem (dat landelijk lijkt te zijn gezien de wan-verhouding tussen vraag naar en aanbod van psychiaters in management-functies) in te gaan. Het wordt hier slechts aangeduid als essentieel verband houdend met het voor de psychiaters vitale netwerk van relaties waarin zij en ook alle anderen zich bevinden; en omdat het een probleem is, waarvoor in deze opleiding nog geen adequate oplossing gevonden is.

#### *V Verder onderzoek*

Het is mogelijk, en dit zou bijzonder waardevol zijn, dat een gedachtenwisseling naar aanleiding van het bovenstaande leidt tot

opscherpen van formuleringen, tot wijzigingen in de zin van meer doelgericht worden van opvattingen en daarmee de beroepsidentiteit van de toekomstige psychiater ten goede komt. Evenzeer is het echter mogelijk, dat een dergelijke gedachtenwisseling de in het eerste gedeelte van dit artikel gesignaleerde controversen weer zal oproepen. Het zou een vruchtbare weg kunnen zijn, indien een inventarisatie van opleidingsprogramma's en typering van de verschillende opleidingsinstituten zou kunnen worden verkegen. Men dient aan dergelijk onderzoek dan wel de eis te stellen, dat de inventarisaties volledig en vergelijkbaar zijn. Dit zou men kunnen bereiken door uit te gaan van gestandaardiseerde interviews en/of vragenlijsten, af te nemen bij opleiders en andere nauw bij de opleiding betrokken personen.

Daarnaast zou een onderzoek, verricht bij de assistent-geneeskundigen een aantal zeer belangrijke vragen kunnen beantwoorden. Enkele van deze vragen worden zeer kort aangeduid. Allereerst b.v. de vraag, of een aangeboden opleidingsprogramma de beoogde doeleinden bereikt. In de tweede plaats de vraag hoe de huidige assistent-geneeskundigen als groep hun toekomstig beroep zien, wat hun verwachtingen en aspiraties zijn, en of er discrepanties zijn tussen deze onderzoeksresultaten en de verwachtingen daaromtrent van de opleiders. In de derde plaats de vraag hoe de structuur van het huidig tekort aan psychiaters is, en in hoeverre dit samenhangt met kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van de bestaande opleidingen. Dat er, met medewerking van velen, veel bereikt kan worden, is in Groot-Brittannië o.m. gebleken door het onderzoek van Peter Brook (11).

Dergelijk onderzoek is uiteraard alleen mogelijk, indien de betrokken instituten en personen bereid en voldoende gemotiveerd zijn hun medewerking daaraan te verlenen. Men zou zich wensen dat aan de stilte in de Nederlandse vakliteratuur rondom de opleiding tot psychiater en de daaraan verbonden problemen in dit opzicht geen predictieve betekenis kan worden toegekend. Temeer is dit onderzoek van groot belang, niet alleen omdat het voor de toekomstige psychiaters uitermate belangrijk is om zo goed mogelijk te worden opgeleid en omdat het mogelijkheden kan gaan bieden, bruikbare instrumenten voor toetsing en evaluatie te ontwerpen, maar ook omdat het kan helpen de beroepsidentiteit van de psychiater te verduidelijken. Met deze enkele opmerkingen over de mogelijkheid en de perspectieven van verder onderzoek moge hier worden volstaan, omdat duidelijk is dat een grondige analyse een aparte beschouwing zal vergen.

## Noten

1 In 1969 verkreeg het N.H. psychiatrisch centrum 'Licht en Kracht' en 'Port Natal' (de zgn. A-opleidingsbevoegdheid); in 1974 werd het opleidingscurriculum tamelijk ingrijpend gewijzigd. We beperken ons hier tot de periode na 1974.

2 Men kan zich ook de vraag voorleggen of meer-dan-artsenkennis van b.v.



de interne geneeskunde of de gynaecologie voor psychiaters niet even belangrijk is als kennis van de neurologie. De grenzen van wat nog realiseerbaar is lijken vooral op praktische gronden getrokken.

- 3 Een C-opleidingsplaats is in dit verband een stage-plaats in een neurologische kliniek, waarbij de betreffende kliniek geen enkele opleidingsbevoegdheid/prententie bezit. Onder auspiciën van een hoofdopleider – meestal een hoogleraar in de neurologie uit de betreffende regio – kan de assistent-geneeskundige hier een voor zijn opleiding geldige stage neurologie volgen.

## Literatuur

- 1 Besluit nr. 11-1971 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, *Medisch Contact* 27, 123-130 (1972).
- 2 Besluit nr. 3-1971 van het Centraal College. *Medisch Contact* 26, 962 (1971).
- 3 Besluit nr. 2-1964 van het Centraal College. *Medisch Contact* 19, 874-875 (1964).
- 4 *Mondelinge mededeling*. A. Hustinx.
- 5 W. N. Stone, B. L. Green, R. M. Whitman, e.a.: Impact of psycho-social factors on the conduct of combined drug and psychotherapy research. *Brit. J. Psychiat.* 127, 432-439 (1975).
- 6 Th. S. Szasz, *The ethics of psychoanalysis*. Basic Books Inc. New York/London, 1965.
- 7 *Structuurnota gezondheidszorg*. Uitg. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage. 1974.
- 8 F. Redlich, R. F. Mollica; Overview: ethical issues in contemporary psychiatry. *Am. J. Psychiat.* 133, 125-136 (1976).
- 9 *Erkenning en registratie van medische specialisten*, blz. 67-70. Uitg.: Kon. Ned. Mij ter bevordering van de Geneeskunst, 1976.
- 10 B. Barraclough, G. Wace: Learning clinical psychiatry in a provincial mental hospital. *Brit. J. Psychiat.* 125, 303-309 (1974).
- 11 Peter Brook – Psychiatrists in training. *Brit. J. Psychiat.* special publication nr. 7. Hoadley Brothers Ltd., Ashford, Kent, 1973.