

Belemmeringen bij de discussie over de opleiding tot psychiater in Nederland

door J. B. Bakker

In januari van dit jaar is de discussie over een wijziging van het huidige opleidingsschema in dit tijdschrift begonnen met het artikel van Pols: 'Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland' (1977).

Voor een tweetal omstandigheden wil ik hieronder de aandacht vragen, omdat zij belemmeringen zouden kunnen zijn bij het voeren van deze discussie. Ook zij zijn voor mij het uitgangspunt geweest voor een aantal gedachten, die beschouwd moeten worden als een persoonlijke bijdrage aan bedoelde discussie. Deze gedachten zijn niet nieuw, maar ik breng ze graag onder de aandacht. Zij gaan als het ware vooraf aan het invullen van een opleidingsschema.

Eerste belemmering: verdringing van principiële door praktische argumenten

In genoemd artikel spreekt Pols de hoop uit, dat een gedachtenwisseling zal leiden tot o.a. 'een meer doelgericht worden van opvattingen'. Deze formulering geeft aan, dat een opleiding als een weerspiegeling van opvattingen kan worden gezien. Ik zou dit graag willen beklemtonen, omdat ik vind dat de opleiding inderdaad in de eerste plaats gebaseerd dient te zijn op de opvattingen die er onder ons over het vak leven. Overwegingen van praktische aard, hoe dringend ook, zouden in het denken en praten over de opleiding pas een rol moeten gaan spelen als men tot besluitvorming overgaat. Een praktische factor is bijvoorbeeld de EEG-eis van maximaal vier jaar. Ongetwijfeld vinden sommigen dit te kort, maar principieel heeft men er waarschijnlijk niet zoveel moeite mee. Hier is het onderscheid tussen principiële argumenten (ontleend aan opvattingen) en praktische argumenten (gebaseerd op de concrete (on)mogelijkheden) niet van wezenlijk belang. Anders ligt het met de vragen rondom de verplichte stage Neurologie. Op de vergadering van de sectie 'Klinische Psychiatrie' op

Schrijver is chef de clinique van de afdeling Psychiatrie (hoofd Prof. Dr. G. A. Ladee) van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt.

6 november 1976 hield Jacobs (1977) een inleiding over de psychiatrische opleiding in Nederland. In de discussie, die erop volgde, werd door Bastiaans als voorzitter van het Consilium Psychiatricum duidelijk gesteld, dat de opleiding weer op de helling moest worden gezet vanwege overwegend praktische omstandigheden, nl. het tekort aan neurologische plaatsen. Ik zou willen zeggen, dat 'overwegend' hier dan wel moet worden benadrukt. Immers, louter praktische (i.c. plaatsings-)problemen vragen om een praktische oplossing. Maar de inleiding van Jacobs, het kennelijk veelvuldig overleg in het Consilium, de 'aandacht voor de opleidingseisen' van de redactie van dit Tijdschrift (Red. 1977) en het artikel van Pols wijzen eerder op een principieel dan op een praktisch probleem, ook al hebben praktische omstandigheden de zaak actueel gemaakt. De vraag: Hoe krijgen wij de assistenten neurologisch onder dak, is een andere dan: Wat vinden wij van de stage Neurologie? Immers, deze vraag is een principiële: de beantwoording vloeit voort uit onze opvattingen over de neurologie in de psychiatrie.

Een principieel argument: De symbolische betekenis van de neurologische stage

Zoals wij nog wel weten van de discussies die vooraf gingen aan het in werking treden van het huidige opleidingsschema, zijn er voor en tegen de neurologie in de psychiatrie vele argumenten aan te voeren. Graag wil ik nu eerst even stil staan bij discussies in het algemeen. Hierin worden niet alleen argumenten gebruikt, maar ook opinies¹ en andersoortige uitspraken. Argumenten hebben meer of minder overtuigingskracht. Een statistisch argument kan bijvoorbeeld voor de meeste betrokkenen een grote overtuigingskracht bezitten, terwijl een gevoelsmatig argument door de één zeer belangrijk en door de ander onzinnig kan worden gevonden.

Geïllustreerd aan de hand van de discussie over de neurologische stage: 'Ik vind dat de psychiater best zonder klinisch-neurologische ervaring kan' is geen argument, maar een opinie. 'Een schema met een verplichte neurologische stage en een facultatieve psychotherapeutische, suggereert opvattingen die niet meer bestaan' is wel een argument, zij het een gevoelsmatig. Een 'statistisch' tegenargument kan dan weer zijn: 'Bij 10 % van de sociaal-psychiatrische patiënten is er sprake van cerebraal-organische stoornissen'.

Van de drie bovenstaande uitspraken (een opinie, een gevoelsmatig en een 'statistisch' argument) doet in een discussie de tweede al gauw het zwakst aan. Terwijl ik geloof, dat juist zo'n soort uitspraak in de discussie over de neurologie in de psychiatrische opleiding wèl zwaar zou moeten wegen. Ik ben nl. van mening, dat

1 Zie de noten aan het eind van dit artikel.

de neurologische stage iets symboliseert, een bepaalde opvatting over psychiatrie suggereert. In een artikel in 'Archives of General Psychiatry' werd door Akiskal en McKinney (1973) gesproken van een 'diep schism in present-day US psychiatry'. Zij maakten daarbij onderscheid tussen 'soft-headed' en 'tough-headed' psychiaters. Van een 'diep schism' is hier te lande misschien geen sprake, maar ook onder ons zal men toch juist in de discussie over de neurologie wel 'soft-headed' en 'tough-headed' psychiaters kunnen onderscheiden? De auteurs kennen aan deze twee soorten collegae een aantal tegengestelde eigenschappen toe, zoals 'psychosocial (adaptonal) model' versus 'medical (illness) model' en 'contractual psychiatry' tegenover 'institutional psychiatry'. Een andere tegenstelling betreft de standpunten inzake de aetiologie: 'functional' wordt hier geplaatst tegenover 'organic etiology'. Naar mijn mening is het voor buitenstaanders vaak heel merkwaardig, dat deze tegenstelling bestaat en kan worden volgehouden. Staat er dan in de psychiatrische wetenschap zo weinig vast over de oorzakelijke factoren? Ja. De 'World Health Organization', een instituut dat toch geacht kan worden in redelijke mate boven alle partijen te staan, vermeldt in de inleiding van haar 'Glossary of Mental Disorders and Guide to their Classification' (1974): 'In general medicine a classification by cause is very useful for many purposes, but in psychiatry the causes of the majority of mental illnesses are not known' (cursivering van J. B. B.).

Nu zou ik willen stellen, dat de neurologische stage o.a. de opvatting symboliseert, dat bij vele psychiatrische toestanden er althans van een cerebraal-organisch substraat sprake is (van Praag 1974). Ook ben ik van mening, dat de ontwikkelingen in de biologische psychiatrie deze opvatting steunen. Hoe men er verder ook over denkt, afschaffen van de verplichte stage Neurologie betekent volgens mij in elk geval dat men aan deze opvatting minder waarde is gaan hechten. En dat zou weer betekenen, dat men over aetiologie en pathogenese kennelijk anders is gaan denken. De vraag is dan: op grond waarvan?

Tweede belemmering: de controversen

In de door Pols gewenste gedachtenwisseling zit dus het risico besloten, dat praktische factoren de principiële stellingname verhinderen, respectievelijk bemoeilijken. Zoals gezegd geldt dit met name ten aanzien van het denken en discussiëren over de toekomst van de verplichte neurologische stage. Waarschijnlijk is een andere factor hierbij van nog meer belang: wij zijn allen bevreesd verstrikt te raken in ingewikkelde discussies over alles, waarin wij van mening verschillen. Ook Pols geeft in zijn artikel op meerdere plaatsen aan, dat er onmiskenbare tegenstellingen bestaan: zeer weinig overeenstemming, polariteit, elkaar uitsluitende controversen etc. Op blz. 41 zegt hij hierover: 'Het gaat er

hier niet zo zeer 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.'

Ook kan men natuurlijk deze tegenstellingen accepteren en proberen, er in de gedachtenwisseling over de opleiding aan voorbij te gaan. Maar die gedachtenwisseling zou dan wel aan diepte verliezen. Ik geloof dat in elk geval het streven, de tegenstellingen te overbruggen, althans te verkleinen, zinvol is. Wanneer wegen zich splitsen, kan men pogen tot vóór de splitsing terug te gaan. Hieronder wil ik trachten een aantal terreinen te belichten, die wij psychiaters in ons werk gemeen hebben. Vervolgens zal ik eventuele consequenties noemen voor de opleiding tot psychiater. Wat wij volgens mij in elk geval gemeen hebben zijn ons probleemgebied, de taal en onze kennis.

Ons probleemgebied

Wat doet de psychiater? Van alles. Behandelen van psychotische patiënten, Balint-groepen, gezinstherapie, consultatieve adviezen, kinderalyses, rapportages enz. enz. Bij dit alles is er echter slechts één soort van psychische problemen bij de oplossing waarvan hij niet gemist kan worden. Laat ik mij nader verklaren. Ofschoon scherpe grenzen niet te trekken zijn, kan men psychische moeilijkheden grofweg in drie categorieën verdelen. De eerste betreft de moeilijkheden van de normale mens. Fase-problemen in puberteit en involutie, rouwreacties en 'stress' door sociale en beroepsproblemen zijn er voorbeelden van. Voor zover professionele begeleiding nodig is, kan die gegeven worden door huisartsen en andere eerstelijns-gezondheidswerkers. De tweede categorie omvat de problemen van de neurotische mens. Karakter- en symptoomneurosen, maar ook beklemmende gezinsconstellaties behoren ertoe. Wat de hulpverlening betreft is het gebied der psychotherapeuten. De derde categorie bestaat uit die toestanden, die vaak wel naar inhoud, maar niet naar vorm (Rümke 1958) te verklaren zijn met de universele psychische mechanismen en derhalve een andere therapeutische benadering vragen dan de twee genoemde groepen. Deze derde categorie is het specifieke gebied van de psychiater. Psychosen (ook de psychogene psychose), verslavingen, cyclothyme stemmingsanomalieën, (mede) organisch bepaalde functie-stoornissen en wat men wel noemt 'maligne neurosen', behoren ertoe. Hun verschijningsvorm, hun beloop en complicaties worden alleen door de psychiater gekend.

Hierboven bracht ik, over onscherpe grenzen sprekend, in een bijzin onder, wat mijns inziens in de psychiatrische opleiding centraal dient te staan, namelijk het onderscheid leren maken tussen de verschillende toestanden. Niet alleen is kennis van de genoem-

de derde categorie aan de psychiater voorbehouden, ook de voor de behandeling zo essentiële afgrenzing dient door vertegenwoordigers van andere disciplines expliciet aan de psychiater te worden overgelaten. In de praktijk is de eerste vraag altijd: Wat is hier aan de hand? Wat is het probleem? Hoe zit het in elkaar? En ook later, tijdens de behandeling: Gebeurt er wat ik had verwacht? Zo neen: heb ik het probleem verkeerd in kaart gebracht? De tweede vraag is steeds: welke naam kan ik geven aan dit probleem, dus: wat is de diagnose? Psychiaters bedrijven een continue diagnostiek.² Doordat in het vak over aetiologie noch therapie³ consensus bestaat, krijgt het zorgvuldig in kaart brengen van problemen, tezamen met het identificeren ervan, als vanzelf de grootste betekenis.

De taal

In de psychoanalytische literatuur is de aandacht voor de taal duidelijk aanwezig (Lacan 1966, Rosen 1969). De gezinstherapeuten beklemtonen de communicatieve aspecten ervan (Sluzki en Ransom 1976) en men spreekt van 'psycholinguistics' (Miller en Johnson-Laird 1976). Ook kan men de psychiatrie in het algemeen beseft van het belang van de taal niet ontzeggen (Pruyser en Menninger 1976). Maar hoe staat het met de integratie van deze ideeën in het psychiatrisch denken en doen van alledag? Blijft het niet bij op zichzelf staande ideeën, die de verbinding missen met onze routinebezigheden? Realiseren wij ons in voldoende mate het verschil tussen concrete en abstracte begrippen of tussen ondubbelzinnige en dubbelzinnige woorden? Hoe vaak worden 'eenzaam', 'in de kou laten staan' en andere moraliserende termen niet gebruikt? Hoe gemakkelijk nemen wij 'narcistisch', 'latent homoseksueel', 'empathie' en andere veelduidige, respectievelijk onduidelijke termen niet in de mond?

Ook het geschreven woord kan ons te pakken nemen. Neem nu bijvoorbeeld de uitspraak: 'A great many of the disagreements among schools of psychotherapy can be traced to the inability of their founders to accept this essentially pessimistic view of man'. Hier wordt in het bekende boek van Chessick (1974) met het woord 'inability' elke discussie onmogelijk gemaakt, want als ik zijn visie op de mens niet deel, dan is dat doordat ik daartoe niet in staat ben. (Toevallig deel ik die visie wel, maar niet doordat ik dat kan, maar omdat ik vind dat er goede gronden voor zijn).

En waarom wordt bijvoorbeeld het woord 'Veranlagung' in 'Das Ich und die Abwehrmechanismen' (Freud A., 1973) in de Nederlandse editie vertaald met 'trekken' (Freud A., z.j.)? Anna Freud heeft het over een hysterische of dwangneurotische aanleg; in deze woordkeus zit een belangrijke theoretische opvatting besloten, die door het woord 'trekken' onzichtbaar is gemaakt. Zowel in praktisch als in theoretisch opzicht zijn psychiaters bij uitstek

aangewezen op en dus kwetsbaar in het omgaan met de taal.

Onze kennis

In de gesprekken over de opleiding hoort men: hoeveel moet een psychiater weten? De steller van de vraag (en ook degene die hem zonder meer poogt te beantwoorden) gaat als het ware voorbij aan een geheel wijsgerig gebied. Want sprekend over een hoeveelheid kennis kiest hij al dan niet onwillekeurig het standpunt van de oude wetenschapsman-filosoof, die uit is op 'de ware wetenschap'. Het wijsgerig gebied waaraan hij dan voorbij gaat, is het veel jongere der wetenschapsfilosofie (Koningsveld 1976). Hierin wordt de nadruk veel meer gelegd op de wetenschappelijke methode zelf dan op het resultaat ervan: de kennis. In de visie van Popper, een vertegenwoordiger van dit gebied, is kennis dan ook nooit definitieve verworvenheid, maar de afspiegeling van een voortdurend evoluerend gebeuren, het wetenschappelijk bedrijf. Juist het besef van deze dynamiek kenmerkt de wetenschappelijke vakman: '... the history of science ... is seen not as a record of past errors but as a running argument, a chain of linked problems and their tentative solutions, with us in the present walking forward, if we are lucky, holding one end' (Magee 1976).

De vraag: hoeveel moet een psychiater weten? verwijst dus naar een bepaalde opvatting over kennis, die ik een statische zou willen noemen. Een aan de wetenschapsfilosofie ontleende dynamische opvatting van kennis zou resulteren in een andere vraag, namelijk: in hoeverre moet een psychiater op de hoogte zijn van de stand van zaken in de psychiatrische wetenschap anno 1977? In hoeverre moet hij weten, waar men het over eens is, welke vragen men actueel vindt en in welke richting(en) het onderzoek zich ontwikkelt?⁴

Gevolgen voor de opleiding

Concrete adviezen vloeien uit het bovenstaande niet voort. Meer dan een pleidooi voor het benadrukken van bepaalde aspecten kan ik niet geven.

Met de continue diagnostiek als kernactiviteit van de psychiater bedoelde ik het voortdurend in kaart brengen en identificeren van het probleem, waarop ons handelen zich richt. Merkwaardigerwijs is de methode van het diagnostisch denken in de psychiatrie nog maar weinig bestudeerd.⁵ Het proefschrift van Silbermann (1971) is een voorbeeld van zo'n studie. Voor de methode van de diagnostiek van de medicus in het algemeen bestaat een groeiende belangstelling (Bennet en Barrows, 1972), evenals voor de wetmatigheden, waardoor het handelen van die arts zou worden bepaald (Elstein 1976). Ook het referentiekader van het diagnostisch denken, i.c. de psychiatrische classificatie, krijgt steeds meer aandacht (Woodruff, Goodwin en Guze, 1974^a; Blashfield

en Draguns 1976). Zowel het actieve, doelgerichte denkproces in de diagnostiek als de bestaande classificaties, die tegelijkertijd onmisbaar en van betrekkelijke waarde zijn, verdienen in de didactische situatie een voortdurende en expliciete aandacht. De opleider moet als het ware voortdurend hardop denken. Ook hier geldt dan weer, dat in vele gevallen gevoelens wel degelijk in gevoelsmatige argumenten kunnen worden omgezet, als men het maar probeert. De docent kan dit alleen volhouden, indien ook zijn leerlingen zich inspannen (en de kans krijgen) hun argumenten te berde te brengen. Van beide zijden vraagt dit veel inzet en moed. Ook uithoudingsvermogen, want elkaar overtuigen lukt heel vaak niet. Dan krijgt de één al gauw het idee, dat zijn argumentatie wel valide is, maar dat de ander niet redelijk is. Hij doet er dan bijvoorbeeld schouderophalend het zwijgen toe, in plaats van de validiteit van de eigen argumentatie nog eens te onderzoeken. Doordat de psychiater nu eenmaal minder concreet kan zijn dan andere medische specialisten, speelt het hardop denken in de psychiatrische opleiding een veel grotere rol dan in de andere specialisaties.

Het belang van de taal wordt zodoende ook duidelijker. Het valt misschien te betwisten of in algemeen maatschappelijk opzicht het denken in merkbare mate door de taal wordt beïnvloed, maar in deelgebieden van de menselijke cultuur gaat dit volgens mij wel degelijk op. In de woordkeus kan het dogma besloten liggen. Hoe men ook over dogma's denkt: in opleiding en wetenschappelijke discussies dienen zij als zodanig te worden geponereerd. Niet alleen in de taal besloten dogma's doen zich voor in de mondelinge en schriftelijke wetenschapsbeoefening. Ook andere denkfouten (Andreski, 1972; Flew, 1975) kan men er in vinden. Kritisch denken behoeft training en onderhoud. Daarbij kan de hierboven aangeduide open en heldere communicatie niet worden gemist. Gezien ook tegen het licht van de al eerder geciteerde visie omtrent kennisverwerving spreekt het vanzelf, dat inzake cursussen mijn voorkeur meer uitgaat naar een kritische confrontatie van hetgeen de zelfstudie heeft opgeleverd dan naar een andere vorm van basisonderwijs. (Dat de opleider bij die zelfstudie als gids fungeert, behoeft geen nader betoog).

Samenvatting

Voor wat betreft de discussie over de opleiding tot psychiater in Nederland heb ik twee mogelijke belemmeringen gesignaleerd. De eerste bestaat uit het door praktische omstandigheden teloor gaan van een principiële argumentatie inzake de neurologische stage. Persoonlijk zou ik bijvoorbeeld een verdwijnen van deze stage beleven als een ontwikkeling die niet overeenstemt met de huidige stand van zaken in de psychiatrische wetenschap.

De tweede belemmering voor althans de diepgang der discussie bestaat uit de controversen die ons verdeeld houden. Vóór onze

wegen zich splitsen bewandelen wij een gemeenschappelijk pad: probleemgebied, taal en wetenschap. Het in kaart brengen en identificeren van het probleem ('continue diagnostiek') vraagt om een voortdurend expliciteren van de gedachtengang. In een opleidingssituatie dient dit hardop te geschieden, door 'Meester' en 'Gezel'. Dan ook komt er meer aandacht voor de taal en de denkfouten, waartoe zij kan verleiden. Tenslotte lijkt het waarschijnlijk, dat een bepaalde visie op de wetenschap bepalend is voor de visie op kennisverwerving. Indien men bijvoorbeeld de wetenschap meer ziet als een bepaalde wijze van onderzoeken dan als een produceren van kennis, dan komt in de opleiding de nadruk meer te liggen op het kritisch omgaan met dan op het bezitten van kennis.

- 1 Pols zegt hierover (blz. 39): '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 *opinions* (cursivering van J.B. B.) beschouwen.'
- 2 Het woord diagnostiek wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Ik bedoel er dus één handeling mee, die uit twee elementen bestaat: onderzoek (= het probleem in kaart brengen) en identificeren (= het probleem in een bestaande classificatie onderbrengen = de diagnose stellen). Het zich voortdurend bewust zijn van de onderlinge beïnvloeding van deze elementen is volgens mij een belangrijk kenmerk van het psychiatrisch denken. (Vgl. ook het openingswoord van Pruyser op het in 1975 gehouden congres 'Diagnosis and the Difference it makes': 'Psychiatric thought indeed carries enormous historical baggage; but if anyone simply seems to divest himself of its unexamined bulk, the dangerous ignorance of such an act of bravado would doom him to repeating all the errors of the past' (Pruyser, 1976).
- 3 Een voorbeeld van de door mij gedeelde scepsis ten aanzien van de beoordeling van behandelingsresultaten: 'The results of treatment – whether by psychotropic drugs, electroshock, psychotherapy, or psychoanalysis – are still hard to evaluate. The available treatments make possible some relief of symptoms, they provide psychological support and guidance for distressed patients and their families, and they *may* significantly modify the course of some illnesses. There is still much disagreement about the indication for particular forms of treatment, and there is no basis whatsoever for doctrinaire claims that certain forms of treatment are inherently superior to others. Assertions without supporting data derived from systematic studies should be greeted skeptically' (Woodruff, Goodwin en Guze, 1974b).
- 4 'Men is hier 'het wetenschappelijk forum' (de Groot, 1968). Indien het bestaan hiervan zou worden ontkend, dan zou mijns inziens het bestaan van een psychiatrische wetenschap op wel erg losse schroeven komen te staan.
- 5 Bij de psychiatrische diagnostiek kan men het in kaart brengen van het

probleem een historische reconstructie noemen: met behulp van ons voorstellingsvermogen in ruimte en tijd scheppen wij ons van het leven van onze patiënt een beeld dat is opgebouwd uit de gegevens die bij anamnese en onderzoek verkregen zijn. Dit voorstellingsvermogen in ruimte en tijd vooronderstelt een bepaalde logica: sommige gegevens kloppen, andere niet.

Een gegeven kan bijvoorbeeld niet kloppen met:

- 1 Een ander gegeven, bijvoorbeeld een man zegt in 1977 dat hij 40 jaar oud is en dat hij in 1948 getrouwd is.
- 2 De sociale realiteit, bijvoorbeeld een man zegt in de oorlog als Jood te zijn vervolgd en noemt zichzelf 'Israëliet'.
- 3 De theorie, bijvoorbeeld er is sprake van een duidelijke karakterneurose, terwijl de biografische anamnese geen enkel aanknopingspunt voor een neurotische ontwikkeling oplevert.

Naar mijn mening is de aandacht voor het niet-kloppende gegeven voor de continue psychiatrische diagnostiek van nauwelijks te overschatten betekenis. Dit is niet de plaats voor een wijsgerige uitwerking van deze visie (bijvoorbeeld het verband met Kants synthetische uitspraak a priori over het tijd-ruimtelijke karakter van de door ons ervaren werkelijkheid en de verwerping hiervan door de empiristen. Ook de leer van het geldig redeneren, 'de' logica, laat ik hier terzijde). Wel is het de plaats voor bepaalde deze neer op een sterke nadruk op het streven naar het (blijven) verkrijgen van betrouwbare gegevens en op het zich telkens weer afvragen, of nieuwe gegevens (bijvoorbeeld verkregen tijdens een therapie) wel of niet passen bij het beeld dat wij ons van het probleem hebben gevormd. Dit beeld bezit een bepaalde logische samenhang. In de tijd, in de ruimte, maar ook, zoals gezegd, in de sociale realiteit. (En er zijn dus ook de theorieën met hun eigen logica, zoals de psychologische en de fysiologische, maar daar gaat dit betoog niet over.) 'Patiënt gebruikt nooit alcohol' is bij een zeeman een opvallender gegeven dan bij een plattelandshuisvrouw. Een psychiatrische opname heeft voor de oudere werknemer grotere maatschappelijke gevolgen dan voor de ambtenaar in vaste dienst op middelbare leeftijd. Het verzet tegen (of de vraag om) een psychiatrische opname moet bij de één anders worden gewaardeerd dan bij de ander (en, uiteraard, het besluit tot opname eveneens!). Of men hier nu spreekt van sociale aspecten of zelfs 'de sociologische pijler', het gaat er m.i. om dat de psychiater weet heeft van de wereld waarin hij leeft. Een levendige belangstelling voor de politieke, artistieke en wetenschappelijke ontwikkelingen van zijn tijd is meer dan het zich op de hoogte houden van de wetenschappelijke vorderingen der sociologie.

Iedereen zal het er wel over eens zijn, dat juist in de psychiatrie persoonlijke en beroepsmatige vorming innig verweven zijn. Maar juist de psychiater loopt daardoor het gevaar van de beroepsdeformatie (= persoonlijke scheefgroei ten gevolge van beroepsmatige eenzijdigheid). Alweer een hoofdstuk apart. Een hoofdstuk, waarin besef van het bestaan van gezond verstand, normale mensen en de betrekkelijke maatschappelijke betekenis van de psychiatrie aan de orde zouden moeten komen.

Literatuur

- Andreski, S., *Social sciences as sorcery*. London, A. Deutsch, 1972.
Akiskal, H. S., and W. T. Mc Kinney, *Psychiatry and Pseudopsychiatry*. In: *Arch. gen. psychiat.*, 28, (1973), blz. 367-373.

- Bennett, A. E., and H. S. Barrows, An investigation of the diagnostic problem solving methods used by resident neurologists. In: *Mathematical biosciences*, 15, (1972), 163-181.
- Blashfield, R. K., and J. G. Draguns, Toward a taxonomy of psychopathology: the purpose of psychiatric classification. In: *British j. psychiat.*, 129, (1976), 574-583.
- Chessick, R. D., *The technique and practice of intensive psychotherapy*. New York, Aronson, 1974.
- Elstein, A. S., Clinical judgment: psychological research and medical practice. In: *Science*, 194, (1976), 696-700.
- Flew, A., *Thinking about thinking*. Glasgow, Fontana/Collins, 1975.
- Freud, A., *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München, Kindler Verlag, 1973, blz. 118.
- Freud, A., *Het Ik en de Afweermachanismen*. Bilthoven, Amboboeken, z.j., blz. 122.
- Glossary of mental disorders and guide to their classification*. Geneva, World Health Organization, 1974.
- Groot, A. D. de, *Methodologie; gronslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. 's-Gravenhage, Mouton, 1968, blz. 28.
- Jacobs, D., De huidige en toekomstige opleiding tot psychiater, *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 2, (1977), blz. 83-95.
- Koningsveld, H., *Het verschijnsel wetenschap; een inleiding tot de wetenschapsfilosofie*. Meppel, Boom, 1976.
- Lacan, J., *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*. Paris, Ed. de Seuil, 1966.
- Magee, B., *Popper*. Glasgow, Fontana/Collins, 1976, blz. 67.
- Miller, G. A., and P. N. Johnson-Laird, *Language and perception*. Cambridge, Harvard Univ. Press, 1976.
- Pols, J., Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland. In: *Tijdschrift Psychiatrie*, 19, (1977), blz. 38-54.
- Praag, H. M. van, *Depressie en schizofrenie; beschouwingen over hun pathogenese*. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1974, blz. 12-13.
- Pruijser, P. W., Introduction to the conference 'Diagnosis and the difference it makes'. In: *Bull. Menninger Clinic*, 40, (1976), blz. 411-416.
- Pruijser, P. W., and K. Menninger, Language pitfalls in diagnostic thought and work. In: *Bull. Menninger Clinic*, 40, (1976), 417-434.
- Redactioneel, In: *Tijdschrift Psychiatrie*, 19, (1977), blz. 3-4.
- Rosen, V. H., Sign phenomena and their relationship to unconscious meaning. In: *Internat. j. psychoanal.*, 50, (1969), blz. 197-207.
- Rümke, H. C., Een bloeiende psychiatrie in gevaar. In: *Derde bundel studies en voordrachten over psychiatrie*. Amsterdam, Scheltema en Holkema, 1958, blz. 11-30.
- Silbermann, R. M., *CHAM; a classification of psychiatric states*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1971.
- Sluzki, C. E. and D. C. Ransom ed., *Double Bind: the foundation of the communicational approach to the family*. New York, Grune and Stratton, 1976.
- Woodruff, R. A., D. W. Goodwin and S. B. Guze, *Psychiatric diagnosis*. New York, Oxford Univ. Press, 1974^a.
- Woodruff, R. A., D. W. Goodwin and S. B. Guze, Diseases in medicine and psychiatry. Appendix A. in 'Psychiatric diagnosis'. New York, Oxford Univ. Press, 1974^b, blz. 185-198.