

Groeistuipe of groeisyndromen?

De emotionele kanten van de psychiatrische opleiding

door P. J. A. van Panhuis

Inleiding

In de loop van het vorig jaar zijn de discussies over de verandering van de psychiatrische opleiding, zoals vastgelegd in de zogenaamde structuurnota van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, in bredere kring op gang gekomen en is er van verschillende kanten blijk gegeven van bezorgdheid om de assistenten, die er in deze nieuwe vorm een fikse belasting bij zouden krijgen.

Tegen deze achtergrond verdient de uitgebreide Amerikaanse literatuur, handelend over emotionele problematiek van psychiatrische assistenten, de aandacht. In 1967 wordt hierin zelfs een aparte diagnose geïntroduceerd (Merklin en Little): 'beginning psychiatric training syndrome', die later vrij algemeen in de artikelen terugkeert. Of er echter gesproken moet worden van een syndroom, zoals dat in de geneeskunde wordt gedefinieerd, is een vraag die reeds in de titel van dit artikel naar voren is gebracht en waarop later wordt teruggekomen, nadat gepoogd is een overzicht te geven van een aantal artikelen over dit onderwerp.

In deze inleiding is het nuttig eerst nog iets nader in te gaan op de motieven c.q. aanleidingen voor het op deze wijze onder de aandacht brengen van dit literatuuroverzicht. In mijn ogen zijn twee aspecten hier relevant. Ten eerste de consequenties voor de assistenten: de opleiding gaat veranderen, wordt verzwaard. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat het aantal 'drop outs' hierdoor zal toenemen. Verwacht zou ook kunnen worden dat door dit zwaardere programma het voor de anderen, die de opleiding wél kunnen voltooien, belangrijk moeilijker wordt om naast het verwerven van de nodige kennis en vaardigheden ook nog de persoonlijkheidsgroei door te maken die alom noodzakelijk wordt geacht om tot een goede uitoefening van het beroep in staat te zijn. Over deze groei-processen en over mogelijkheden deze te bevorderen heeft de gerefereerde literatuur nogal wat te zeggen. Een tweede factor die een

Schrijver is als arts-assistent werkzaam op de psychiatrische afdeling van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt (hoofd: Prof. Dr. G. A. Ladee).

belangrijke aanleiding vormde voor het opstellen van dit overzicht is de grote behoefte van de maatschappij aan adequaat opgeleide psychiaters. Iedere niet optimaal benutte opleidingsplaats, zowel kwantitatief als kwalitatief bezien, telt. Wanneer verandering van de opleiding nu, zoals boven verondersteld, gevolgen kan hebben voor kwantiteit en/of kwaliteit, kan de genoemde grote vraag naar psychiaters gezien worden als een extra reden tot het betrachten van omzichtigheid en tot nauwkeurig speuren naar mogelijkheden het rendement van de opleidingen zo groot mogelijk te houden c.q. te maken. Vandaar óók deze 'blik over de grenzen'.

Literatuurbespreking

Algemene beschrijving van de emotionele problematiek van psychiatrische assistenten

Het blijkt dat de waarnemingen van verschillende auteurs (Drucker, Klass en Srizick, 1978; Fleckles, 1972; Holt 1959; Merklin e.a., 1967; Pasnau en Bayley, 1971; Pasnau en Russell, 1975; Sadock en Kaplan, 1970; Scanlan, 1972; Shershow en Savodnik, 1976) sterk overeenkomen.

Na een aanvankelijk enthousiast begin van de opleiding, gekenmerkt door weetgierigheid, treedt een verandering op in houding en gedrag. Enthousiasme maakt plaats voor vermoeidheid, frequenter ziek zijn, neiging tot zich terugtrekken, twijfels aan de juistheid van keuze van specialisatie. Vluchten in deelgebieden van het vak, waarin weinig contact met patiënten nodig is, autoriteitsconflicten en andere vormen van verzet, soms cynisch negativisme, komen in de plaats van weetgierigheid, waarmee men startte. De omgang met patiënten wordt soms wat minder adequaat en in enkele gevallen is er sprake van ernstiger emotionele problematiek, soms zelfs uitlopend op suïcide.

Het totaal werd als volgt door Merklin e.a. in 1967 onder één noemer gebracht: een psychische respons optredende na het begin van de psychiatrische opleiding en gekarakteriseerd door voorbijgaande neurotische symptomen, psychosomatische stoornissen en veranderingen in het gedrag. Meestal gaat het om een 'self-limiting syndrome', dat verdwijnt als de persoonlijke en professionele identiteit en zekerheid van de assistent toenemen.

Om wat meer lijn in de hele lijst met symptomen te brengen, delen deze auteurs het proces in drie fasen in.

(1) De prodromale fase. Deze volgt geen erg vast patroon, maar meestal wordt een verandering gezien in de houding van de assistent tegenover zijn patiënten, collega's en opleiders. Soms wordt het toenemen van de angst afgeweerd door terugtrekken uit de persoonlijke betrokkenheid bij de patiënten. Men concentreert zich dan op lichamelijk lijden, administratieve taak of besprekingen. Soms ook wordt in toenemende mate steun gezocht bij de supervisors; hoewel al deze processen worden gerationaliseerd kan het zijn dat de angst zo toch niet voldoende wordt afgeweerd.

(2) De tweede fase, die van duidelijke symptomen: angst, depres-

sieve reacties of psychosomatische klachten. Subjectief wordt een en ander beleefd als diffuse spanning, anorexie, onverklaarde angsten, slapeloosheid, overmatige vermoeidheid, depressie, besluiteloosheid, concentratiestoornissen of licht geïrriteerd raken. Objectief kunnen deze verschijnselen aan anderen vóórkomen als problemen met autoriteit, afleidbaarheid, blokkade in het leerproces en lichamelijke vermoeidheid.

(3) In de derde fase komt het langzaam tot een oplossing. Dit is een proces, dat direct gelieerd is aan de mate waarin de assistent zich bewust is geworden van de kracht van zijn eigen ego. Vaak is dit ook het moment waarop men zich bewust wordt het syndroom te hebben gehad. Als belangrijk criterium om die oplossing aan af te meten, wordt genoemd de frisse, nieuwe interesse in de patiënten en de daaruit voortkomende nieuwe energie om met patiënten aan het werk te gaan. De assistent is beter in staat de pathologie van de patiënten te herkennen en ook zijn eigen zwakke plekken.

Onderzoekgegevens

In 1959 wordt door Holt één der eerste onderzoeken over emotionele problematiek bij psychiatrische assistenten gepubliceerd. Het was verricht aan de Menninger School of Psychiatry en maakte deel uit van een groot onderzoeksproject over persoonlijkheidsaspecten van psychiaters.

Op deze plaats gaat het om de vergelijking die de auteurs maakten van T.A.T.-verhalen, verteld door assistenten aan het eind van hun opleiding en door hen die aan het begin ervan stonden. Er is duidelijker een volwassen identiteit te herkennen, ze konden zich makkelijker vereenzelvigen met personen die met autoriteit waren belast. Ouderfiguren in hun verhalen stelden zich goedaardig op, meer begrijpend en bereid kinderen, die op het punt stonden de wereld in te trekken, te laten gaan. Bij interviews toonde deze groep ook minder gevoelens van inadequaatheid en men ging minder snel in de verdediging over zichzelf. In deze interviews bleken de gevoelens jegens de echte ouders op dezelfde wijze terug te vinden als eerder in de T.A.T. gerepresenteerd. Men voelde zich in mindere mate slecht behandeld door de eigen ouders in het verleden.

Een aantal karakteristieken die in latere literatuur duidelijker worden uitgewerkt, komen in dit vroege onderzoek al heel omschreven naar voren.

In een andere studie (Pasnau e.a., 1971) werd de M.M.P.I. voorgelegd aan 18 medische studenten die psychiatrie wilden gaan doen en aan eerste- en tweedejaars assistenten in dit vak aan dezelfde universiteit. Er werd een duidelijk grotere waarde voor angst en depressie gemeten bij de assistentengroep. Tevens werd het subjectieve oordeel van de supervisors gevraagd en deze spraken van persoonlijkheidsgroei. In de tests werden echter geen essentiële veranderingen in de persoonlijkheid na de opleiding vastgesteld. De karakters bleven constant en een interessant detail was dat de grondtrekken ervan precies overeenkwamen met die welke bij een

vorige generatie (20 jaar geleden) werden gevonden bij een soortgelijk onderzoek.*

In een artikel uit 1972 legt Fleckles (toen derdejaars assistent) aan 13 collega's (ook derdejaars) een vragenlijst voor. Het blijkt dat 11 van de 13 aangeven, zelf het syndroom doorgemaakt te hebben en zij beschrijven dit als een periode gekenmerkt door een intens gefrustreerd, verloren en hopeloos gevoel, vol depressie en verwarring. Men weet niet wat psychiatrie nu eigenlijk is. Al deze elf zagen hun 'symptomen' als een uitvloeisel van de stress, die werd opgeleverd door het zich moeten aanpassen aan het leven op een 'in-patientward'. Opvallend is dat alle onderzochten dit proces beleefden als een groei en als essentieel voor de opleiding.

Een Canadees artikel van Garfinkel, Steiner en Hunter uit 1973, was erop gericht te onderzoeken waarom er in dat land zo'n hoog aantal drop-outs was, nl. 14,5%. Hier is uit dit verhaal van belang, dat de auteurs vonden dat van die drop-outs 82,8% hun eerste jaar doorbracht in een grote psychiatrische kliniek, tegen 51,3% van de niet-drop-outs. Anders gezegd: de drop-out rate in de klinieksetting was ca. 21%, terwijl deze in andere settings (algemene ziekenhuizen, poliklinieken etc.) slechts 6% bedroeg.

In 1975 werd door Russell, Pasnau en Taintor een questionnaire aan alle training directors van alle psychiatrische opleidingen gestuurd in de V.S. Dit waren er toen 251. Van 207 van deze opleidingen (= 82%) werd een antwoord ontvangen, zodat 3737 van de totale 4085 assistenten (= 91,5%) in het onderzoek betrokken werden. De bedoeling was te kijken naar het aantal emotioneel gestoorde assistenten en wat er met deze groep verder gebeurt. Hiermee werd bedoeld 'drop-outs' en degenen, die ondanks marginale prestatie toch bleven. Het bleek dat van deze sample $\pm 7\%$ in deze probleemgroep viel. Tevens bleek dat van deze 7% de opleiding kon worden afgemaakt door 65%. De auteurs concludeerden dat er dus in een voor de V.S. gemiddeld programma (waaraan circa 18 assistenten deelnemen) 1 à 2 assistenten per jaar in de genoemde groep vallen. Dit betekent dat ze dusdanige emotionele problemen of ziekten hadden, dat die de aandacht trokken van de 'training directors'. Het gaat hier duidelijk om veel verdergaande symptomen dan behorend bij het bovenbeschreven 'training syndrome'. Aangenomen mag dan ook worden dat de frequentie hiervan veel hoger ligt. Dat echter zelfs van deze groep 'zware gevallen' meer

* De omschrijving van deze karaktertrekken in het artikel komt neer op: grote flexibiliteit en goed aanpassingsvermogen van zowel intellectuele als interpersoonlijke gedragsfactoren. Daarnaast is er een innerlijke onrust en een grote behoefte aan verandering, moeite met het verdragen van routine. De instelling is idealistisch; interesse in en verantwoording voelen voor de behoeften van anderen vallen op. De houding wordt 'patient centered' genoemd. Men functioneert het best in settings waar autonomie en onafhankelijkheid van belang zijn voor het behalen van succes. Hoewel gevoelig en begaafd met inzicht is er neiging tot egocentrisme en rebellie. Dit alles in duidelijk vast te stellen onderscheid ten opzichte van andere medici.

dan de helft de opleiding uiteindelijk voltooien kan, wordt hoopgevend genoemd.

Door gegevens verkregen uit vragenlijsten voor supervisoren en 'training directors' te bekijken, werden 115 assistenten uit Toronto, 104 uit Londen en 94 uit een controlegroep, die geen psychiatrie deden, onderzocht (Waning, 1975). Het bleek uit deze impressies dat een zeer groot deel van de psychiatrische groep beantwoordde aan het beeld van het 'beginning psychiatric training syndrome'. Bij ingevulde G.H.Q.'s (general health questionnaire) bleken deze observaties niet terug te vinden. De conclusie is, dat het veel voorkomende beeld bij de assistenten niet gerangschikt mag worden onder de emotionele ziekten zoals die door de G.H.Q. worden gemeten.

In een onderzoek uit 1978 werd door Drucker e.a. een vragenlijst van 16 items betreffende de supervisie gestuurd aan ca. 70 eerste-, tweede- en derdejaars assistenten. Het bleek dat de ontevredenheid bij de tweedejaars veel groter was dan in de andere jaren. Uit literatuur blijkt, aldus de auteurs, dat dit verschijnsel voorkomt bij alle opleidingen en zij verklaren het door het te beschouwen als een duidelijk symptoom van het beeld. Immers, het is wel zeer onwaarschijnlijk dat aan alle opleidingen de supervisie onvoldoende is.

Oorzakelijke factoren en verklaringshypothesen (psychologisch en psycho-dynamisch)

Vele achtergronden worden door de diverse auteurs aangedragen. Voor de duidelijkheid kan een scheiding worden aangebracht tussen die, welke voor alle opleidingen tot specialist gelden ('Algemene factoren') en die, welke opgaan in de specifiek psychiatrische situatie ('Specifieke factoren').

Als *algemene factoren* worden genoemd:

(1) Er is al een paradoxale uitgangssituatie, doordat men aan de ene kant na lange studie arts is met alle kennis, status en bevoegdheden die daarbij horen, maar anderzijds in dit nieuwe vak nog volledig student is (Halleck en Woods, 1962; Holt, 1959; Merklin e.a., 1967). In de broosheid van de nieuwe rol van aankomend specialist, wordt deze studentenrol ontkend. Zo kan met de mentoren, naar wier voorbeeld de assistent bezig is zich te modelleren, tegelijkertijd een competitie worden aangegaan, zelfs de 'challenge to the throne' ziet men voorkomen (Shershow e.a., 1976). Dit is niet iets specifiek voor de psychiatrische opleidingssituatie. Immers, alle academische programma's, gericht als ze zijn op prestatie, kennis en de demonstratie daarvan, bevorderen in feite een dergelijk gedrag (Shershow e.a., 1976).

(2) Voor de meeste betrokkenen is dit ook de periode, waarin de overgang moet worden gemaakt van het geheel maatschappelijk en financieel afhankelijk zijn van een student naar de onafhankelijkheid van een werkend lid van de maatschappij (Holt, 1959).

(3) Ook in het persoonlijk leven hebben vaak grote veranderingen plaats: vaak een huwelijk, nog veel vaker worden kinderen geboren

en menigeeu koopt (daartoe gedwongen door woningnood) ziju eerste huis (Holt, 1959).

Voor de psychiatrische opleiding *specifieke factoren*:

(1) De assistenten ziju tijdens hun medische studie veel minder voorbereid voor de uitoefening van dit specialisme dan voor de meeste somatische vakken (Halleck e.a., 1962). Men heeft met name niet geleerd iets met mensen te doen, wel iets vóór mensen te doen (Scanlan, 1972).

(2) Het sec bestuderen van de psychiatrische leerstof is al een angstverwekkende aangelegenheid, omdat de stof niet alleen verstandelijk maar ook emotioneel moet worden eigen gemaakt (Merklin e.a., 1967).

(3) In het theoretische bouwwerk van het vak psychiatrie ziju grote gaps en inconsistenties (Grinker, 1975). Dit ziet men alleen al bewezen aan de veel frequentere en duidelijker dan bij andere specialismen optredende onenigheden over theoretische gezichtspunten, zelfs tussen zeer hoog aangeschreven, ervaren beoefenaars van het vak.

In ieder geval: er ontstaat angst en onzekerheid bij de assistent, die bemerkt dat supervisors wél overzicht hebben over alle losse deeltjes, die voor hem het vak vormen (Grinker, 1975). Uit een boekje valt dit integraal niet op te steken.

(4) Wanneer we nu toch aan het vergelijken ziju met andere vakken, is het aardig hier nog eens de houding van andere assistenten tegenover hun psychiatrische collega's te bezien. Op 8 mei 1980 op een door het S.A.P.* georganiseerd symposium, werd door Jongerius al het één en ander verteld over de manier waarop 'de maatschappij' tegen de psychiater aankijkt. Voor sommigen is hij een onnipotente reddersfiguur, voor veel anderen slechts een onderwerp voor cartoons en karikaturen. Veel hiervan ziet men ook weerspiegeld in de opmerkingen van somatische collega's, die men soms hoort (Halleck e.a., 1962). Het lijkt soms alsof iets van de 'gekheid' van onze patiënten op ons afstraalt. Bovendien: de vaardigheden die assistenten psychiatrie ontwikkelen in het eerste jaar en die liggen op het gebied van het begripen van en het werken met mensen, ziju lang niet op dezelfde grijpbare manier te meten als die welke de interne of met name de chirurgische collega's zich eigen maken. Wanneer de assistent eerlijk tegenover zichzelf is en de resultaten van die anderen vergelijkt met ziju eigen, vaak dubieuze therapieresultaten, dan kan deze vergelijking eens te meer een bron vormen van onzekerheid en insufficiëntiegevoelens (Halleck e.a., 1962).

(5) Wordt er dan een succesje behaald met 'eenvoudig steunende' of directieve therapie, dan heeft dit weinig waarde, alleen al door de hiërarchie van therapievormen, die in de meeste opleidingsprogramma's bestaat. Hierin worden reconstructieve en psychodynamische benaderingen als zaligmakend beschouwd en horen steunende therapie en symptoomgenezing in hele andere catego-

* S.A.P. = Subvereniging Assistenten Psychiatrie.

rieën thuis (Halleck e.a., 1962).

(6) in lijnrechte tegenstelling tot de snijdende vakken, waar men in opklimmende moeilijkheidsgraad vertrouwd gemaakt wordt met het doen van verschillende operaties, wordt de assistent in de psychiatrische opleiding van de eerste dag af geconfronteerd met de moeilijkste patiënten (Hamilton, 1971; Merklin e.a., 1967; Shershow e.a., 1976). Bij deze veelal psychotische patiënten ligt de pathologie zo open dat identificatie haast niet uit kan blijven. Merklin e.a. citeren in 1967 Zilboorg aldus: 'De patiënten vormen een continue herinnering eraan dat niemand immuun is voor een geestesziekte'. Ten gevolge van een nog onvoldoende psychopathologische kennis wordt nogal eens aldus geredeneerd: 'De patiënt zegt $a+b+c+d$ en is schizofreen. Ik denk ook wel eens $a+b+c+d$. Zou ik ook . . . zijn?' (Halleck e.a., 1962).

(7) De aandacht wordt ook gevestigd op de zeer heftige overdrachtsreacties, zowel agressief als seksueel, die men bij psychotici tegenkomt. Daar de assistent niet goed weet wat hij hiermee aan moet, zijn eigen egosterkte en -zwakte nog niet goed kent, ontstaat veel angst (Halleck e.a., 1962; Merklin e.a., 1967; Shershow, 1976).

(8) De uit alle bovengenoemde punten voortkomende gevoelens van onmacht en angst zijn er onder andere voor verantwoordelijk dat de assistenten in hun eigen groep alleen maar of bijna alleen maar spreken over successen, welke zij hebben behaald. Natuurlijk doet iedereen dat, zodat de schuld, die ieder voelt over de minder vlot lopende gevallen extra sterk beleefd wordt (Halleck e.a., 1962).

Het natuurlijke beloop

De assistent-psychiater moet een moeizaam verworven, vaak nog niet geconsolideerde identiteit en professionaliteit loslaten om een andere psychiatrisch/psychotherapeutische te ontwikkelen (Merklin e.a., 1967; Scanlan, 1972). Extra moeilijk is dit nog omdat men toch ook arts blijft en dus een stuk van de oude identiteit in de nieuwe moet integreren (Grinker, 1975). Dat dit proces zo moeilijk is dat gerust van een aanslag op het self-esteem gesproken mag worden, lijkt niet overdreven en de literatuur vergelijkt deze identiteitscrisis dan ook met die welke optreedt in puberteit en adolescentie, zoals door o.a. Erikson beschreven, naar wie diverse auteurs dan ook verwijzen (Holt, 1959; Scanlan, 1972; Tischler, 1972).

Psychodynamische verklaringen van de identiteitscrisis

Scanlan onderscheidt vijf stadia:

(1) Rol-shock: de assistent meent in de psychiatrie iets te moeten presteren en tot op zekere hoogte wordt dit ook door de staf van hem verwacht. Op andere momenten echter wordt hij of zij weer als student behandeld. Dit scheidt verwarring, terwijl men vaak ook niet durft te zeggen in deze materie nog niet thuis te zijn. Kenmerkend voor deze fase is dat men nu opnieuw de studentenrol moet accepteren. Soms is dit te beangstigend en wordt deze rol ontkend.

Er ontstaan nu allerlei negatieve oplossingen voor de crisis, waarop we straks nog terugkomen.

(2) Nu volgt de oriëntatiefase. Men is weer student maar moet gaan uitzoeken, waarin eigenlijk. Ongeveer tegelijkertijd begint duidelijk te worden, dat de patiënten vaak niet herstellen zoals men dat had verwacht. Men ervaart zichzelf als incompetent en is bang ook door anderen als zodanig te worden beschouwd. Soms leidt dit tot vlucht in een subspecialisme van het vak wat wel te overzien is, soms in autoriteitsconflicten. Resultaat is in ieder geval dat men minder emotioneel met patiënten om kan gaan. Vaak worden deze fenomenen geduid als tegenoverdracht of uitingen van ernstige problematiek. Hoe nuttig deze interpretaties ook kunnen zijn, zij bewerkstelligen vaak een enerzijds nog groter worden van de angst en ontkenning, anderzijds kan vervreemding van een supervisor volgen. In het zoeken naar houvast volgt nu

(3) de trial en error periode, waarin vele theorieën worden uitgeprobeerd en een poosje als alles verklarend gekoesterd, totdat blijkt dat ze niet altijd opgaan. Ze worden ingeruild voor andere, die het dan weer even 'helemaal zijn'. Op eenzelfde manier wordt soms omgegaan met supervisoren. In deze periode wordt het gedrag nogal eens gelabeld als onrijp, onstabiel of narcistisch. Snel kan strijd ontstaan.

(4) Echter tijdens de integratie- en consolidatiefase wordt dit zoeken naar de alles verklarende theorie opgegeven en de antwoorden worden meer gezocht in het werk met de patiënten. De vele trials en errors worden overzien en daaruit wordt gehaald wat bij een bepaalde patiënt van nut zou kunnen zijn. Men wordt zich bewust dat men uitgaat van zijn eigen rolconcept en beziet dit met zelfkritiek. Het resultaat ervan is een groeiend inzicht in de dilemma's die zich in de therapieën kunnen presenteren. Een ander dilemma, waarmee men geconfronteerd wordt, is dat van het verschil in reageren tussen de 'psychiatersmanier' en de persoonlijke manier. Wanneer vaak genoeg een aantal van die dilemma's is doorgeemaakt en de kans heeft bestaan ze te bespreken, komt het tot integratie van de bovengenoemde twee aanvankelijk op zichzelf staande responsen. Nu is het moment aangebroken om ook eens aan andere zaken te ruiken, zoals consultatie, onderwijs, bedrijfsvoering. Dit vraagt het aanleren van nog weer andere vaardigheden en rollatronen, hetgeen opnieuw onzekerheid oplevert. Ook nu is verdere integratie noodzakelijk.

(5) In het recapitulatiestadium kunnen alle voorgaande stadia nog eens snel worden doorlopen. Eerst mocht men nog falen omdat men nog maar student was, nu, met het volledig bevoegd uitoefenen van de specialisatie in het vooruitzicht, realiseert men zich er lang nog niet te zijn. Eerst was het dus de angst voortkomende uit onkunde, een gevoel van onmacht, die het proces op gang bracht en hield; nu is het een soort anticipatie-angst over de tijd waarin men het alleen moet doen. Vaak leidt dit ertoe dat assistenten blijven hangen in junior-stafposities, hetgeen leidt tot over-saturatie van psychiatrisch potentieel in bepaalde centra (Cavanaugh, 1975).

Verder is nu het moment van confrontatie aangebroken met de stand van zaken betreffende de eigen patiënten: lang niet alles wat men zich had voorgenomen c.q. gefantaseerd, is verwezenlijkt; lang niet alle menselijk gedrag is te begrijpen. Kortom, men is niet almachtig en is het ook door de opleiding niet geworden. Wanneer men nu vlucht, zoals even hierboven al aangeduid, bijvoorbeeld in een staffunctie, kan net het laatste stukje van de crisis niet worden doorlopen: het laatste stukje eigen identiteit vinden in de eigen praktijk (Holt, 1959).

De aldus beschreven identiteitscrisis kan worden opgevat als een adaptieve respons op de angst, die wordt uitgelokt door de nieuwe omgeving en vooral de confrontatie met ernstige psychopathologie. Als waarde ervan wordt genoemd de mogelijkheid tot groei, waarbij beter inzicht wordt verworven in de eigen zwakke plekken, terwijl er tevens een druk bestaat tot modelleren naar het voorbeeld van de supervisor. 'Adolescent narcissistic self evaluation' en 'grandiose idealism' maken plaats voor een rijp, meer stabiel self-esteem (Grinker, 1975).

Door Shershow e.a. (1976) is het proces beschreven met het fenomeen van de regressie als uitgangspunt. Volgens de egopsychologen, zoals Hartmann, Kris etc. is regressie een manier om met stress om te gaan en heeft aldus beschouwd duidelijke positieve kanten, omdat het kan leiden tot groei en aanpassing. Dat er uit de opleidingssituatie op zich zekere regressie voorkomt, is hierboven al eerder aangetoond; dat dit proces echter wordt verscherpt door het feit dat men te maken krijgt met patiënten, die zelf in ernstige mate geregredieerd zijn, wordt ook door andere auteurs (Halleck e.a., 1962; Hamilton, 1971; Merklin e.a., 1967) genoemd als extra factor.

'Complicaties' en aanbevelingen ter preventie daarvan

Wanneer men het doorlopen van het zojuist geschilderde proces als de ideale gang van zaken beschouwt, zoals een aantal auteurs doet, dan zijn er nogal wat andere oplossingen, die aldus redenerend, als *ontsporingen* (complicaties) kunnen worden beschouwd.

(1) Aansluitend bij de net behandelde regressie (Drucker e.a., 1978; Shershow e.a., 1976) komen we bij de eerste van deze reeks. De hier bedoelde regressie lost meestal op wanneer er open en eerlijk over kan worden gepraat met de betrokkene. De kans is er om naar je zelf te kijken en bepaalde intra- en interpersoonlijke zaken aan te pakken. Gewoonlijk is groei het resultaat, zodat men ook bepaalde aspecten van het gedrag van anderen leert herkennen en aan anderen duidelijk leert maken. Na deze eerste stap volgt dan een 'labelingsperiode', waarin bepaalde klinische beelden worden herkend en in een systeem geplaatst. Uiteindelijk groeit dit uit tot een complex dynamisch begrijpen van het menselijk gedrag. Soms echter wordt dit regressief proces te snel afgebroken en de assistent blijft 'hangen' in het tweede stadium, dat van diagnostisch labelen. Dit kan gebeuren wanneer de angst (opgeroepen door de patiëntencontacten) te groot is of bij zéér rigide karakters. Ook

kan het proces catastrofaal verlopen en 'doorschieten'. Een echte psychiatrische ziekte of suïcide kan het gevolg zijn. Dan zijn we ons gebied van het bovenbeschreven groeiproces met zijn stadia reeds lang gepasseerd en terechtgekomen bij stoornissen die diep in de persoonlijkheid verankerd waren (Pasnau e.a., 1975; Kelly, 1973).

(2) Ook kan het zijn dat de assistent de moeilijkheden ontkent, zelfs als ze hem duidelijk, als op een presenteerblaadje, door opleider, supervisor of collega's worden aangeboden. Naar advies wordt niet geluisterd en men blijft menen het op zijn eigen manier goed te doen. Soms gebeurt dit in de besloten sfeer van de patiëntencontacten, terwijl men zich ogenschijnlijk aanpast. Soms leidt het tot terugtrekken uit de meer plenaire opleidingsonderdelen als cursussen en besprekingen (Glick en Epstein, 1977; Merklin e.a., 1967; Scanlan, 1972).

(3) Ook wordt een cynische negatieve houding beschreven als een andere vorm van terugtrekking. Van deze aanvankelijke afweershouding blijft jammer genoeg nogal eens een therapeutisch negativisme als restverschijnsel over (Halleck e.a., 1962).

(4) Het vroegtijdig kiezen voor een psychoanalytische opleiding en zeker het beginnen daaraan kan volgens een aantal auteurs (Merklin e.a., 1967; Sadock e.a., 1970; Scanlan, 1972) reeds in de trial en error fase voorzien in een alles verklarend, zeer uitgebreid theoretisch kader. Door de zekerheid, die dit geeft, wordt de drang weggenomen om verder te zoeken, verder met zichzelf bezig te zijn in de lijn van de bovenbeschreven professionele identiteitscrisis.

Uit de diverse artikelen kan een lijst worden gedestilleerd van *aanbevelingen* door de diverse auteurs gedaan, om de beschreven identiteitscrisis wel met vrucht en zonder complicaties te doorlopen.

(1) Als eerste te noemen is er de leertherapie, waarover (wellicht verwondert het de lezer) men niet unaniem positief is in de aanbevelingen ervan (Drucker e.a., 1978; Fleckles, 1972; Kelly, 1973; Sadock e.a., 1970 Russell e.a., 1975).

(2) Minstens zoveel stemmen (Kelly, 1973; Merklin e.a., 1967; Russell e.a., 1975; Sadock e.a., 1970 Taylor e.a., 1972; Volkan en Hawkins, 1972) pleiten voor aan de opleiding gekoppelde sessies van de peergroup van assistenten onder leiding van een tutor; 60% van de opleidingen in de U.S.A. werkt met één of andere vorm van dit systeem! Dat leden van een peergroup elkaar in moeilijke situaties steunen is algemeen bekend; echter ook wordt beklemtoond het belang van de identificatiefunctie die de groep heeft voor de individuele leden. Sommige zojuist vermelde auteurs achten deze minstens zo belangrijk als de identificatie met anderen en menen dat de peergroup van assistenten hierin niet afwijkt van het oorspronkelijk studiemodel: de groep van adolescenten.

Ter illustratie een korte bespreking van een belangrijk artikel van Sadock en Kaplan uit 1970. Zij werkten in het New York College of Medicine met een homogene groep assistenten, 12 tot 16 jaar-genoten, die wekelijks bijeenkwam. Deelname was op basis van

vrijwilligheid, maar in de praktijk kwam dit neer op meer dan 90% van de in aanmerking komende assistenten. Ieder jaar werd met de nieuw aangekomen assistenten een groep gestart.

Aanvankelijk zorgt de tutor voor een strakke structuur, door het systeem van 'go rounds' te gebruiken. Volgens de auteur is het inhoudelijk gebeuren in de groep een getrouwe afspiegeling van het bovenbeschreven proces. Eerst is er enthousiasme bij de leden, die gretig meedoen aan de sessies en van de alomachtig en alwetend geachte tutor antwoorden verwachten op hun vragen. Aan het eind van het eerste jaar echter ontstaat er rebellie en wordt een confrontatie gezocht met de tutor, deze wordt zelfs uitgedaagd. De groep dient alleen nog maar tot het geven van gelegenheid tot klagen. De tutor stuurt nu aan op het doorwerken van de realiteit, die er in het werk bestaat, namelijk de confrontatie met de beperkingen van het psychiatrisch kunnen in het algemeen en van de beginners in het bijzonder. De opleiders, inclusief de tutor, worden nu herkend als menselijk, eerder dan onnipotent en als zoekend eerder dan als alwetend. Deze inzichten worden geïnterpreteerd als de oorzaken van teleurstelling en angst.

Op dit moment arriveert een nieuwe groep eerstejaars, die ook in deze setting starten. Deze groep krijgt in zijn eerste oriëntatieperiode veel aandacht van de senior-stafleden. De beginnende tweedejaars, die juist zoveel meer eigen verantwoordelijkheid moeten gaan dragen, moeten ook hun groepstherapeut (althans in deze kliniek) nog met de nieuwkomers delen. Dit geeft, naast de gevoelens van rivaliteit, ook angstgevoelens. Beide gevoelens moeten in de groep worden doorgewerkt.

In het derde jaar worden de groepsleden geconfronteerd met hun behoefte enerzijds de houding van een volledig getrainde psychiater in te nemen, anderzijds met hun behoefte aan verdere training en supervisie. In de groep zien we dit weer terug: de wens als volwassen te worden behandeld staat tegenover de wens als student te worden gezien. Kritiek op het 'establishment' duikt weer op. Dit wordt hier vertegenwoordigd door de tutor. Er ontstaat behoefte aan meer spontane interactie, eerder dan aan de gestructureerde die tot nu toe gebruikelijk was. De tutor laat de structuur van de groep daadwerkelijk ontspannen, echter niet eerder dan na duidelijk gemaakt te hebben dat de wens ertoe samenhangt met het hernieuwd opslaan van de autoriteitsconflicten en met de consolidatie van de nieuwe identiteit, waarmee de meeste groepsleden volop bezig zijn. Tijdens dit proces van 'losser worden' doet de tutor een stapje terug. Strijd om het leiderschap ontstaat en uitstoting van de tutor dreigt. Bij goede interpretaties echter gebeurt dit niet. Wel maakt het duidelijk dat de groep nu onafhankelijk kan functioneren. De leden zijn er zich echter van bewust in bepaalde situaties nog hulp nodig te hebben en neigen ertoe dan de tutor weer actief te laten zijn en gebruik te maken van zijn oordeel. Af en toe wordt daarbij nog gebruik gemaakt van de oorspronkelijke, gestructureerde methode. De groep functioneert nu als bestaande uit zelfstandige psychiaters, wat de leden inmiddels in de realiteit ook geworden zijn. De tutor fungeert als oudere adviseur.

Zoals eerder gesteld beogen de auteurs met deze wijze van begeleiding een opvang te bieden aan de dilemma's, die ontstaan door de schoksgewijze individuele groei en identiteitsvorming. Uit de reacties van de deelnemers achteraf menen zij redelijk goed in hun opzet te slagen. *Als bewijs hiervoor voeren zij aan dat er een zeer grote toeloop van assistenten op hun instituut is ontstaan, vooral om*

reden van het bestaan van deze groepssituatie.

Wanneer nú één of andere keus wordt gemaakt (wat anders gaan doen, psychoanalytische opleiding, sub-specialisme) dan is het een keuze, geen vlucht. Tevens heeft men geleerd in de groep zichzelf en anderen te begrijpen, essentieel voor het dagelijks werk van een psychiater.

(3) Overige aanbevelingen:

Meestal hebben deze betrekking op systeem en wijze van supervisie (a) of op de structuur van de opleidingssituatie (b).

(a) Op de vaak gehoorde wens naar meer warmte, minder afstand, meer contact bij de supervisie wordt nu niet verder ingegaan. Uit het bovenstaande is duidelijk geworden dat dit als een deel van de 'symptomatologie' moet worden gezien en dat ingaan op de achtergronden ervan, zoals is gedaan in de beschrijving van de groepsprocessen, zinvoller is dan ingaan op de feitelijke inhoud. Wel van belang is dat de assistent zich 'veilig voelt' bij opleiders en supervisoren (Greben, Markson en Sadavoy, 1973; Kline, 1973; Scanlan, 1972). Deze moeten beschikbaar zijn voor identificatie, die zo onontbeerlijk is voor het genoemde groeiproces (Cavanaugh, 1975; Halleck e.a., 1962; Hamilton, 1971; Holt, 1959; Scanlan, 1972). Een altijd afwezige opleider, bezig verschillende functies te combineren, zal hier moeilijk aan tegemoet kunnen komen.

De literatuur geeft verschillende pleidooien voor een aparte 'training director' (Halleck e.a., 1962; Hamilton, 1971; Russell e.a., 1975).

Ook komt men nogal wat tegen over de meest wenselijke houding: deze moet permissief zijn ten opzichte van het hernieuwd student zijn, wat zo essentieel wordt geacht in de opleidingstijd (Scanlan, 1972). Echter, men pleit er ook voor om aan de onzekerheid en angst, die voortkomen uit het besef nog niet zoveel te kunnen, een beetje tegengas te geven en wel door positieve waardering van wél goed geslaagde acties en door bij het stimuleren van het aanleren van nieuwe vaardigheden vooral aan te knopen bij reeds verworven kennis en kunnen.

Over het zich opstellen van supervisoren tegenover de peergroup nog een enkel woord. Een hechte groep in een rebelliefase kan op zijn zachtst gezegd lastig zijn. Begrijpelijk is dat dit het verleidelijk maakt reeds op voorhand een 'divide et impera' politiek te voeren, waardoor juist de sibling competitie wordt bevorderd. Echter, zoals Merklin en Little (1967) stellen, het is strijdig met het bevorderen van de bovenbeschreven processen en daarom ook sterk interfererend met het goed verlopen van een opleiding. Het tegendeel, namelijk het zoveel mogelijk tegengaan van sibling rivalry wordt door hen bepleit.

In het kader van het 'veilig voelen' en de vrijheid, wordt nogal eens voorkeur genoemd voor supervisoren, die met de formele kanten van de opleiding geen bindingen hebben.

(b) Duidelijke structuur en afspraken gaan per definitie angst en onzekerheid tegen en daar gaat het hier nu juist om. Zo is het van belang dat aan de assistent duidelijk wordt gemaakt, waarin hij nog

als student wordt beschouwd en waarin hij geacht wordt op te kunnen treden als de zelfstandige medicus, die hij óók is (Fleckles, 1972; Hamilton, 1971; Merklin e.a., 1967; Scanlan, 1972). Duidelijkheid is ook gewenst wat betreft de andere eisen, waaraan men moet voldoen. In het licht hiervan is het interessant dat de *American Journal of Psychiatry* enige jaren geleden een hele lijst publiceerde, waarin precies de eisen waren vastgelegd, waaraan de specialist aan het eind van zijn opleiding zal moeten voldoen, wat betreft zijn kennis van het vak (Yager en Pasnau, 1976).

Nog iets over duidelijkheid bij komen en gaan. Wanneer men pas beginnend de ouderen waarneemt in hun werk, merkt men dat zij denken op een manier, die men zich nog niet heeft eigen gemaakt, letten op dingen, die men zelf nog niet opmerkt, kortom greep hebben op de materie (Grinker, 1975; Halleck e.a., 1962; Merklin e.a., 1967).

Men zal proberen, deze ook te verwerven, door goed op die ouderen te letten, zoveel mogelijk en zo snel mogelijk dingen van hen over te nemen. Wellicht is het bevorderlijk voor de doeltreffendheid en de snelheid van dit proces, dat die ouderen niet alleen impliciet hun aanpak duidelijk maken, maar dat ook gepoogd wordt expliciet één en ander op een rijtje te zetten. Hierbij wordt gedacht aan dingen als: waar let je op, welke gegevens ontbreken, hoe lopen de beslislijnen waarlangs verder gedacht en gedaan wordt (Karasu, Rohrlisch en Stein, 1978; Meyerson, Mars, Belville en Smith, 1970).

Aan het eind van de opleiding doemt dan de vage, wat angstige vrijheid van het zelf te moeten en mogen doen op. Wat dit losmaakt is reeds besproken, maar het is nog aardig hier te vermelden dat de laatste jaren de aandacht van de literatuur zich is gaan richten ook op deze groepen van bijna gespecialiseerden en net geregistreerden (Cavanaugh, 1975; Sharfman en Grad, 1976). Er worden 'practice seminars' genoemd (Borus, 1978), die sommige instituten in de V.S. geven en waar een oudere en een jongere beoefenaar van een bepaald gebied van het vak samenkomen met een aantal bijna geregistreerde assistenten. Vragen worden beantwoord en er wordt in discussie gepoogd een zo reëel mogelijk beeld van het zelf werken te schetsen. Het blijkt dat men het dan wat beter aandurft om zo alleen de praktijk in te gaan. In een zeer recent artikel (Looney, Harding, Blotzky, Barnhardt, 1980) blijkt dat ook de jonge specialist nog de nodige stress ondervindt. Deze maakt minder deel uit van een peergroup, leunt er ook minder op, maar zoekt zijn opvang meer bij zijn intimi en naaste vrienden.

Samenvatting en bespreking literatuur / Commentaar

Op basis van de bestaande literatuur daarover hebben we in dit artikel gekeken naar de stress waaraan een assistent in opleiding tot psychiater bloot komt te staan en over de gevolgen die dit kan hebben. Duidelijk is gebleken hoe belangrijk het is dit meegemaakt te hebben om een goed specialist te worden. De in de literatuur

genoemde factoren die ertoe kunnen bijdragen het doorwerken van het proces zo compleet en intens als nodig te doen zijn, zijn samengevat. Nog één factor is daarbij niet genoemd. Vrijwel alle geraadpleegde auteurs zijn het erover eens dat het misschien nog wel het allerbelangrijkste is dat duidelijk en expliciet wordt gesteld dat een aantal van de dingen, die in het bovenstaande beschreven zijn, er nu 'eenmaal bijhoren', en dat het om een 'self-limiting' proces gaat. Ook dit artikel beoogt in deze lijn te liggen en is niet bedoeld om een pleidooi te zijn voor een opleiding vol met cursussen, seminars en groepstherapieën. Voor wat betreft de eerste twee onderdelen (cursussen en seminars) heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in haar 'structuurnota' reeds een keuze gemaakt, over de wenselijkheid van het laatste (groepstherapieën) zou nog verder gedacht kunnen worden.

Uit de lange reeks van voorstellen, die de uiteindelijke basis vormen, waarop de nieuwe opleiding moet worden gebaseerd, blijkt dat de blik lang en intens gericht is geweest op de opleidingseisen. Het wordt nu wellicht tijd om te kijken naar degenen voor wie dit alles is bestemd: de assistenten. Dit is met dit literatuuronderzoek gepoogd en heeft geleid tot de hoopgevende ontdekking dat de draagkracht van de assistenten zeker geen vastliggend gegeven is en dat er vele mogelijkheden zijn om deze, mits adequaat aangepakt, te vergroten.

Echter, welke in de literatuur genoemde mogelijkheden de meest adequate zullen zijn is een vraag die door dit artikel hooguit ter tafel kan worden gebracht. Een aanwijzing vormen misschien de geluiden die op de 'assistentendag' van 8 mei 1980 gehoord werden en die gingen in de richting van meer onderling contact zowel in kleiner als in groter verband. Zeker wanneer men nogmaals het percentage opleidingen in de U.S.A. in gedachten neemt dat op enigerlei wijze een gestructureerd gebruik maakt van de peergroup (60%) is het zinvol te overwegen welke opzet in deze richting bij welke opleidingen in Nederland het best zou kunnen passen.

Hiermee is iets gezegd over de eerste van de twee in de inleiding genoemde aanleidingen voor dit verhaal, namelijk de consequenties voor de assistenten en de mogelijkheden deze te beïnvloeden. Wat betreft de tweede aanleiding, de druk die de grote vraag naar psychiaters vanuit de maatschappij op de opleidingssituatie uitoefent, het volgende. Mogelijk draagt een toegenomen professionele en emotionele zekerheid van pas opgeleide psychiaters ertoe bij dat deze eerder de keuze aandurven voor vestiging in één der meest 'onontgonnen noodgebieden' van het land of voor één der takken van het vak waar 'de bemanning' het slechtst is in aantal. Dit zou een belangrijke extra reden vormen ervoor te pleiten om de verandering van opzet van de opleiding vergezeld te doen gaan van een verandering in begeleiding van de assistenten tijdens die opleiding.

Literatuur

- Bakker, J. B. (1977), Belemmeringen bij de discussie over de opleiding tot psychiater in Nederland. *NTP* 19, 320-338.
- Borus, J. F. (1978), The transition to practice seminar. *AJP* 135, 1513-1516.
- Brook, P. (1978), Psychiatrische Weiterbildung; die Verhältnisse in Gross-Britannien. *Der Nervenarzt* 49, 9-16.
- Cavanaugh, J. L. (1975), Career decisions in the early postresidency years. *AJP* 132, 277-280.
- Drucker, J. J., Klass, B. B., en Srizick, M. (1978), Supervision and the professional Development of the psychiatric resident. *AJP* 135, 1516-1519.
- Fleckles, Ch. (1972), The making of a psychiatrist: The residents view of the process of his professional development. *AJP* 128, 101-105.
- Garfinkel, P. E., Steiner, B. W., en Hunter, R. C. A. (1974), The process of psychiatric residency training, part II. Trainees who drop out. *Can. Psychiatric Ass. J.* 19, 201-206.
- Glick, J. D., en Epstein, L. J. (1977), Increasing learning during the psychiatric residency. *Compr. Psychiatry* 18, 545-550.
- Greben, S. E., Markson, E. R., Sadavoy, J. (1973), Resident and supervisor: an examination of their relationship. *Can. Psychiatric Ass. J.* 18, 473-479.
- Grinker, R. R. (1975), The future educational needs of psychiatrists. *AJP* 132, 259-262.
- Gurel, L. (1975), Some Characteristics of psychiatric residency training programs. *AJP* 132, 363-372.
- Halleck, S. L., en Woods, S. M. (1962), Emotional problems of psychiatric residents. *Psychiatry* 25, 339-346.
- Hamilton, J. W. (1971), Some aspects of learning, supervision, and identity formation in the psychiatric residency. *Psychiatric Quarterly* 45, 410-422.
- Helmchen, H., en Lauter, H. (1978), Zur psychiatrischen Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland. *Der Nervenarzt* 49, 2-8.
- Holt, R. R. (1959), Personality growth in psychiatric residents. *Arch. of Neurol./Psychiat.*, 81, 203-215.
- Jacobs, D. (1977), De huidige en toekomstige opleiding tot psychiater. Enkele persoonlijke opmerkingen en gedachten. *NTP* 19, 83-95.
- Jongerius, P. J., Het beroepsbeeld van de psychiater. Een moment-opname met zelfontsluiter. *Voordracht* gehouden op S.A.P. Symposium, 8.5.1980.
- Karasu, T. B., Rohrllich, Y. B., Stein, S. (1978), A model for individual supervision in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry* 19, 323-329.
- Kelly, W. A. (1973), Suicide and psychiatric education. *AJP* 130, 463-468.
- Kline, F. M. (1973), How success nearly wretched a Residency Experience. *AJP* 130, 9, 1038-1040.
- Kubie, L. S. (1971), The retreat from patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 24, 98-106.
- Looney, J. G., Harding, R. K., Blotcky, M. J., David Barnhart, F. (1980), Psychiatrists transition from training to career: stress and mastery. *AJP* 137, 32-36.
- Merklin, L., en Little, R. B. (1967), Beginning psychiatric training syndrome. *AJP* 124, 97-101.
- Meyerson, A. T., Moss, J. Z., Belville, R., Smith, H. (1970), Influence of experience on major clinical decisions. *Arch. Gen. Psychiatry* 36, 423-427.
- Mombour, W. (1978), Psychiatrische Weiterbildung in West Europa. *Der*

Nervenarzt 49, 316-323.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Voorstellen voor een nieuw opleidingsschema voor het specialisme psychiatrie. (Vergadering 8.12. 1979).

Pasnau, R. O., Bayley, S. J. (1971), Personality changes in the first year of psychiatric training. *AJP* 128, 111-116 + Flamin GH discussion.

Pasnau, R. O., en Russell, A. T. (1975), Psychiatric Resident Suicide. An Analysis of Five Cases. *AJP* 132, 402-406.

Pols, J. (1977), Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland. *NTP* 19, 38-54.

Romme, M. A. J., Richartz, M. M. W. (1978), De opleiding tot psychiater. Argumenten voor voorgestelde wijzigingen. *NTP* 20, 461-467.

Russell, A. T., Pasnau, R. O., en Taintor, Z. C. (1975), Emotional problems of residents in psychiatry. *AJP* 132, 263-267.

Sadock, B. J., en Kaplan, H. J. (1970), Long-term intensive psychotherapy with psychiatric residents as Part of Residency Training. *AJP* 126, 122-127.

Scanlan, J. M. (1972), Physician to student. The crisis of psychiatric residency training. *AJP* 128, 97-101.

Sharaf, M. R., en Levinson, D. J. (1964), The Quest for omnipotence in professional training. The case of the psychiatric resident. *Psychiatry* 27, 135-149.

Sharfman, M. A., Grad, G. J. (1976), Outcomes of psychiatric residency training during the past decade. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 431-435.

Shershow, J. C., Savodnik, I. (1976), Regression in the service of residency education. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 1266-1270.

Taylor, R. L., Fuller Torrey, E. (1972), The self-education of psychiatric residents. *AJP* 128, 1116-1120.

Tischler, G. L. (1972), The transition into residency. *AJP* 128, 93-96.

Volkan, V. D., Hawkins, D. R. (1972), The learning group. *AJP* 128, 111-115.

Waning, E. M. (1975), Beginning psychiatric training syndrome. A cross-cultural prevalence study. *Canad. Psych. Ass. J.* 20, 533-536.

Yager, J., en Pasnau, R. O. (1976), The educational objectives of a psychiatric residency program. *AJP* 133, 217-220.

Zilboorg, G. (1967), Persoonlijke mededelingen geciteerd door Merklin, L. en Little, R. B. in Beginning psychiatric training syndrome. *AJP* 124, 97-101.