

Medische psychiatrie en parapsychiatrie

door P. J. Stolk en W. Op den Velde

In 1841 werd een krankzinnigenwet van kracht, die een aantal zeer belangrijke elementen bevatte. Voor die tijd was de zorg voor geesteszieken toevertrouwd aan allerlei instellingen, meestal met confessionele signatuur. In deze gestichten riep men pas de hulp van medici in, wanneer de daar verblijvende mensen aan een lichamelijke aandoening leden. In de wet van 1841 werd bepaald dat de hulp aan geesteszieken tot de geneeskunde behoort en dat artsen daarvoor de verantwoordelijkheid dienen te dragen. Psychiatrie was een *medisch specialisme* geworden.

De gestichtsgeneeskundige J. N. Ramaer nam in 1849 het initiatief tot het oprichten van de Maatschappij van Geneeskunst, waarvan hij secretaris werd. Deze Ramaer was een uitzonderlijk man. Ongerust over vele maatschappelijk medische ontwikkelingen zag hij in dat slechts de gebundelde activiteit van artsen de regering in beweging kon brengen. Met name bestond er bij de gestichtspychiateren onvrede over de krankzinnigenwet van 1841. Ramaer beijverde zich ook voor de oprichting van de eerste medisch specialistische vereniging in ons land, de Vereniging voor Psychiatrie, welke sinds 1871 bestaat.

Mede door de activiteiten vanuit die Vereniging voor Psychiatrie werd bereikt dat in 1884 een nieuwe krankzinnigenwet werd aangenomen, waarin het toezicht op het krankzinnigenwezen beter werd geregeld. De grondleggers van de Vereniging waren gestichtspychiateren. Zij hadden een totaal ander leven dan de andere medici. Hun patiënten waren vaak zeer langdurig opgenomen en zij werden door velen nauwelijks als zieken beschouwd. De psychiatrie ontwikkelde zich gestadig en groeide uit tot een volwaardig medisch specialisme met geheel eigen begrippenkader, diagnostische systematiek en therapeutische ontdekkingen. Deze ontwikkeling voltrok zich echter grotendeels separaat van de andere medische specialismen. De psychiatrie bloeide in categorale ziekenhuizen, in de algemene ziekenhuizen drong er in het verleden nog weinig van door.

Schrijvers zijn resp. psychiater, verbonden aan het psychiatrisch centrum Rosenberg te 's Gravenhage en psychiater verbonden aan het St. Lucasziekenhuis te Amsterdam.

In 1895 werd de naam van de Vereeniging veranderd in Nederlandse Vereeniging voor Neurologie en Psychiatrie. Hoewel deze vereniging de neurologie aan haar naam had toegevoegd werd in Amsterdam in 1909 een afzonderlijke vereniging voor neurologen opgericht. De gestichtspychiaters, die de Vereeniging voor Psychiatrie hadden opgericht, riepen in 1919 de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen in het leven, omdat zij het gevoel hadden dat hun belangen onvoldoende behartigd werden. In 1961 werd besloten tot het instellen van een afdeling Neurologie en een afdeling Psychiatrie binnen de vereniging. Sinds 1966 kent de Vereeniging een sectie psychotherapie.

Het jaar 1974 markeert een nieuwe periode. Met ingang van dat jaar werd de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en Psychiatrie opgesplitst in twee gescheiden verenigingen.

Aan deze tweedeling waren jaren voorafgegaan met vaak emotionele discussies. De identiteit van het vak psychiatrie stond daarbij op het spel. Er speelden vragen als: moet de opleiding een opleiding in de neurologie bevatten; moet de psychiatrie gevat zijn in een medisch kader; wat is de plaats van psychotherapie in de psychiatrie.

Sinds 1841 was de psychiatrie een medisch specialisme geweest, maar dat werd nu door sommigen ineens als een nadeel gezien en ter discussie gesteld.

We bevonden ons in 1974 op het hoogtepunt, of zo men wil in het diepste dal, van de zogenaamde *anti-psychiatrie*. Het klimaat werd beheerst door 'Wie is van hout...' De tragedie van Dennendal was in 1974 nog maar net achter de rug en bepaald niet vergeten. De discussie rond medisch of sociaal model – termen door Trimbos geïntroduceerd – kreeg het karakter van een twist tussen bad guys en good guys, tussen kilte en menselijkheid. In deze discussie ging het niet zozeer om een wetenschappelijke vraagstelling, om de interpretatie van bepaalde verschijnselen, het ging veel meer om de opstelling van de psychiater: wat hij behandelaar of betrokkene. Het ging erom of de psychiatrische patiënt iemand was die niet optimaal of zelfs ziek functioneerde en daarom een arts nodig had, dan wel iemand die eenzaam en ontredderd was en daarom voor alles menselijk contact behoefde. En voor dit laatste was de arts zeker niet de meest voor de hand liggende figuur.

Opmerkelijk is in dit verband het redactionele commentaar waarmee het Tijdschrift voor Psychiatrie datzelfde jaar opende. De redactie stelt daarin dat zij het betreurt, dat samengaan met een in oprichting zijnd tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie niet mogelijk was gebleken, en wel wegens de door de oprichters van het laatste blad 'niet wenselijk geachte contaminatie van psychotherapie met psychiatrie'. Maar men hoopte dit standpunt te weerleggen: 'De redactie wil n.l. streven naar een tijdschrift voor psychiatrie en niet naar een tijdschrift voor psychiaters. De opvatting dat psychiatrie het domein van de psychiaters zou zijn is immers een standpunt, dat door de meesten toch wel

verlaten is. Getuige ook de positieve reactie van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op het hierboven geformuleerde redactiestandpunt'.

Bedoelde men dat psychiatrie niet uitsluitend het domein is van psychiaters? Maar is geneeskunde niet het domein van artsen, ook al hebben farmaceuten, chemici, verpleegkundigen en paramedici hun inbreng? Is filosofie niet het domein van filosofen, al filosoferen we allemaal wel eens? Is woningbouw niet het domein van bouwvakkers, ondanks het leger van doe-het-zelvers? Toch is het niet denkbeeldig dat dit precies was wat de redactie voor ogen stond.

In die dagen werd immers door velen krachtig bepleit dat psychiatrie het domein was van iedereen die er in bezig was, zowel hulpverleners als patiënten. De psychiater moest zich niet te veel verbeelden, zijn professionele visie was in feite een handicap. Het was de tijd van *identificatie met de patiënt*: 'Heb je ooit een normaal mens ontmoet', elkaar behandelen, groepsverantwoordelijkheid en verwerpen van het concept geestesziekte. De patiënten moesten voortaan cliënten worden genoemd. Het was de tijd dat elke vorm van beroepskleding moest worden afgeschaft, want die was rolbevestigend en in beide betekenissen van het woord discriminerend. Plotseeling vonden we dus allemaal dat een verpleegstersuniform en een witte jas autoritair waren, iets wat enkele jaren tevoren niemand zou hebben kunnen bedenken.

Hoewel het tij van de antipsychiatrie inmiddels verloopt, is de identiteitscrisis van de psychiater nog steeds actueel. Op het ogenblik moeten wij spanningen constateren tussen de ideeën vanuit het 'psychosociale veld' en die vanuit het 'klinische' (zelfstandig werkenden en psychiatrische poliklinieken). In de antipsychiatrische denkwijze werd opname in een psychiatrische kliniek als een groot kwaad beschouwd.

Een pendant van deze opvatting is de zogenaamde opnamevermijdende strategie. Pas wanneer geen enkele andere mogelijkheid meer openstaat wordt tot opname besloten, en dan liefst zo kort mogelijk. Dat een klinisch psychiatrische behandeling een positieve indicatie behoort te hebben, en vanwege betere en snellere resultaten de voorkeur kan hebben boven andere vormen van psychiatrische hulp, hoort men minder vaak verkondigen. Bij dit alles speelt natuurlijk een rol dat het bestaan van ernstige en soms chronisch verlopende geestesziekten nog altijd geen populair gegeven is. Psychosen worden, als ze al in beleidsnota's worden genoemd, samen met zaken als welzijnswerk opgenomen in een allesomvattende organisatie van de 'geestelijke gezondheidszorg', waarbij het verschil tussen *psychosociale hulpverlening* en psychiatrische behandeling vervaagt. Hoewel de psychiater in de praktijk meer dan ooit tevoren wordt geconfronteerd met medisch-specialistische problematiek, is zijn imago toch minder medisch geworden. Het begrip psychiatrie heeft een uitbreiding ondergaan die niet naliet inflatoir te werken (zie ook Schudel, 1981).

Ten tijde van het floreren van de antipsychiatrie werd betoogd dat bij psychische ontregeling de levensproblemen primair zijn en de pathologie secundair, dus onbelangrijk, zelfs misleidend en de echte problemen verhullend. Deze stelling is duidelijk eenzijdig, maar als zodanig ook weer niet onzinnig en bovendien voor weinig ervarenen zeer verleidelijk. De gevolgen bleven niet uit.

Menig psychiater voelde zich niet langer geneeskundige, expert in de psychopathologie, maar iemand die thuis was in levensproblemen. Men zou kunnen zeggen dat werd geprobeerd de psychiatrie te demedicaliseren. Hoe verwarrend dit werkte blijkt hieruit dat allerlei maatschappelijke verschijnselen die in deze visie tot het terrein van de psychiater behoorden om die reden juist werden gemedicaliseerd. Abortus, seksuele moraal, gezinsconflicten, opvoedingsproblemen, stervensbegeleiding, crisissituaties als kapingen, maar ook sport en politiek, het werden alle zaken waar de psychiater zich mee ging bemoeien. Bij criminaliteit, ook wanneer deze niet leek samen te hangen met een psychische stoornis, speelde de psychiater een steeds belangrijker rol. Steeds vaker werd een beroep gedaan op de psychiatrie bij zaken, die nog maar kort geleden tot het terrein van de pastorale zorg of van de justitie werden gerekend, niet zelden ten koste van het behandelklimaat in de psychiatrische klinieken.

Door zich competent te verklaren in dergelijke niet medische zaken deed de psychiater afbreuk aan de identiteit van zijn beroep; tevens identificeerde hij zich met beoefenaars van andere disciplines die zich op levensproblemen richtten. Terecht vroegen dezen, wat de psychiater eigenlijk voor bijzonders had. Inderdaad: déze vorm van 'psychiatrie' was niet het domein van de psychiater.

De actualiteit van deze problematiek blijkt eens te meer uit de discussie over de bevoegdheid tot het bedrijven van *psychotherapie*. Van oudsher was de psychiater psychotherapeutisch werkzaam, hij was zelfs de enige die op dit terrein in het verleden erkenning genoot. Dit heeft ertoe geleid dat sommige psychiaters zich uitsluitend met psychotherapie gingen bezighouden. Dit gaf aanvankelijk geen problemen; maar dat veranderde toen er buiten de psychiatrie vele psychotherapeutische richtingen en strategieën tot ontwikkeling kwamen. Hierdoor ontstond onzekerheid over bevoegdheid en financiering, wat weer leidde tot het opstellen van criteria, waarbij vooral de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie ordenend werkte. Bij deze criteria wordt echter geen rekening gehouden met de vakdiscipline, hetgeen ons onjuist voorkomt. Immers de medische opleiding brengt met zich mee dat men deel heeft aan en vooral de zorg draagt bij vaak ernstige crisissituaties. Deze opleiding brengt in contact met mensen onder allerlei vaak dramatische omstandigheden en met een intimiteit waarvan niet-medici nauwelijks durven dromen. Men leert omgaan met zieken en stervenden en met hun familie; en dit niet als 'begeleider' of 'hulpverlener', maar vanuit het besef dat de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënt in voorkomende gevallen moet worden overgenomen (Schudel, 1981). Dit alles maakt de

medische opleiding, nog afgezien van inhoudelijke aspecten, onvergelykbaar met de opleiding bij andere disciplines, en het is toch moeilijk te ontkennen dat dit voor de latere uitoefening van psychotherapie van cruciale betekenis is. Bovendien is de psychiater grondig geschoold op het gebied van de psychopathologie en heeft hij geleerd de psychiatrische diagnostiek te beheersen. Dit is temeer van belang omdat bij onderzoeken naar het effect van psychotherapie is gebleken, dat de persoonlijkheid van de therapeut van groot belang is. Welnu, van de wezenlijke invloed die de medische scholing en ervaring op de persoonlijkheid van de arts heeft is in de opleidingseisen en in de erkenningscriteria voor psychotherapie in het rapport van de Commissie Verhagen niets terug te vinden, hetgeen onterecht is en eigenlijk onbegrijpelijk.

Ook in het in december 1981 bekend geworden 'regeringsstandpunt inzake een aantal vraagstukken betreffende de psychotherapie' wordt hieraan geheel voorbijgegaan.

De opleiding tot psychiater dient een grondige scholing in psychotherapeutische kennis en vaardigheden te bevatten, en dat is in de huidige opleidingseisen voor het specialisme psychiatrie ook gewaarborgd. Daarbij lijkt ons van belang dat niet onevenredig grote aandacht wordt besteed aan behandeltechnieken die vooral zinvol zijn bij lichte of marginale psychische stoornissen of levensproblemen waarbij geen psychopathologie in het spel is. Er is een groot gebied van psychisch lijden waar evengoed door een psychotherapeut zonder medische opleiding adequate hulp kan worden geboden als door een psychiater, wat in de praktijk ook gebeurt. Rogeriaanse therapie, groepspsychotherapie, gedragstherapie, partnerrelatietherapie kunnen ook door anderen dan de gespecialiseerde medicus worden uitgeoefend, zij kwamen ook buiten de psychiatrie tot ontwikkeling. Psychiaters die dit soort therapieën willen toepassen zullen zich erin moeten bekwamen; maar ook niet-medici kunnen zich erin bekwamen. In analogie met paramedisch zouden we ze *parapsychiatrisch* kunnen noemen. Dit maakt ze vanzelfsprekend, wij zeggen het er voor alle zekerheid toch maar bij, niet minder belangrijk.

Zoals paramedische werkzaamheden in principe niet ontzegd zijn aan de arts – hij laat ze meestal aan anderen over, maar dat doet niet terzake – zo ook kan de psychiater zich in beginsel legitiem met parapsychiatrie bezighouden. Maar de ontwikkelingen op dit gebied, met alle competentiestrijd van dien, is algemeen bekend. Kort geleden nog moest worden verdedigd dat een deel van de geneeskunde, n.l. de psychotherapie, ook door niet-medici kan worden uitgeoefend. Toen dit parapsychiatrisch stekje echter eenmaal een zelfstandig plantje was geworden, gaf het blijk van een expansieve groei: het groeide uit tot een zo gigantisch gewas dat de psychiatrische moederplant erdoor in de verdrukking kwam. Zonder beelddruk gezegd: onder de indruk van de discussie rond de bevoegdheid tot psychotherapie en van de pluriforme ontwikkeling van de psychotherapie, ontstaat wel eens het misplaatste idee

dat deze recente therapievormen de eigenlijke moderne psychiatrie vormen. Wie er niet aan meedoet is een psychiater van niks. Om psychiater te worden moet men daarom niet alleen in de leer bij psychiaters, maar vooral ook bij allerlei niet-medische therapeuten; een vreemde, en voor zover wij weten voor een medisch specialisme unieke situatie.

Die is des te vreemder als wij ons realiseren dat zich in de algemene psychiatrische kliniek slechts bij een minderheid van de patiënten een indicatie tot toepassing van parapsychiatrische methodieken voordoet; als ze toch worden toegepast leidt dit vaak tot onheil. Dit is niet onze gefossiliseerde privé mening. Abraham en Kuipers (1981) bespraken recentelijk de contraïndicaties voor de verschillende vormen van psychotherapie, aan de hand van de literatuur dienaangaande. Deze contraïndicaties blijken elkaar grotendeels te overlappen. Ze behelzen met name desintegratie zoals bij acute en chronische psychosen, lichamelijke ziekten, onvermogen tot het aangaan van een goede 'working alliance', sterke weerstand tegen behandeling, neiging tot ageren. Men ziet, er blijft in de klinische setting niet zo heel veel over. Is de klinisch werkende psychiater dan per definitie geen psychotherapeut?

Integendeel, zijn kennis van het totale veld van de psychopathologie, zijn bekendheid met psychodynamiek in wijde zin stelt de psychiater in staat zijn houding te vinden ook bij ernstige neurotische stoornissen. Het lijkt zo vanzelfsprekend en toch wordt er dikwijls zo moeilijk over gedaan: de psychiater heeft, veel meer dan psychotherapeuten zonder medische opleiding en vorming, affiniteit voor psychotherapeutische behandelingen die doeltreffend zijn bij mensen met psychiatrische stoornissen. Uiteraard is er een gebied van overlapping, maar de beide polen zijn toch duidelijk. Psychiater en psycholoog hebben ieder hun eigen merites als psychotherapeut; hun onderscheid is niet gelegen in specifieke technieken die de één zich wel en de ander zich niet eigen kan maken, maar in beider zeer verschillende achtergrond.

De psychiater is als medisch specialist ingesteld op het verlenen van geneeskundige zorg, ook in schijnbaar hopeloze of zeer moeilijke situaties. Dat wil zeggen er bestaat *psychotherapie die typisch psychiatrisch* is. Er bestaat ook psychotherapie die typisch klinisch-psychiatrisch is. Wij denken bij dit laatste niet alleen aan sociotherapie, maar evenzeer aan zaken als het beleid bij allerlei vormen van pathologisch gedrag: hoe op te treden bij conversie, bij paranoia, bij dissimulatie, bij allerlei vormen van angst, agressie enzovoort; het vinden van de juiste attitude, het scheppen van het juiste klimaat en daartoe het afstemmen van eigen handelen op dat van teamgenoten. Zeker ook het leren wat wel en wat niet moet worden gedaan; een goede chirurg zegt men, is herkenbaar aan operaties die hij niet doet, en ons dunkt dat voor een psychotherapeut hetzelfde geldt. Men moet weten in hoeverre iets inzichtgevend kan worden besproken zonder gevaar voor desintegratie, in hoeverre en in welk inzicht de psychopathogenese van betekenis is

en wat daarvan bespreekbaar is. In dit verband valt ook te denken aan het beoordelen van lichamelijke klachten en aan de rol die verschillende vormen van somatiseren spelen, en het therapeutische beleid daarbij. Ook denken wij aan het contact met en de hulp van familie, wat bepaald iets anders is dan familietherapie, hoewel zich ook daarvoor indicaties voordoen. Niet zelden ontstaat vanuit de kliniek dan ook een soort familie- of relatietherapie die impliciet is aan de natuurlijkerwijs ontstane contacten, terwijl een officiële echtpaarbehandeling niet te realiseren zou zijn. Al dit soort heel wezenlijke dingen moest de psychiater leren, en grotendeels door ervaring. Verder kent ook elke psychiater wat wij zouden willen noemen dwangindicaties voor psychotherapie. Bij ernstige suïcidaliteit, automutilatie, crimineel gedrag, levensbedreigende anorexie en ernstige acting-out moet adequate hulp worden geboden. Hoewel deze patiënten veelal niet aan de gebruikelijke criteria voor een psychotherapeutische behandeling voldoen hebben zij deze toch dringend van node. Wanneer een psychotherapie klinisch wordt begonnen telt het bezwaar van desintegratiegevaar veel minder, omdat een tijdelijke desintegratie door de verpleegkundigen en de kliniek kan worden opgevangen.

Wij hebben het nu nog niet gehad over het gebruik van geneesmiddelen, met name bij psychotische toestanden en ernstige depressies: de rol die zij spelen in het totaal van de behandeling, de complicerende gevolgen die zij kunnen hebben, hoe een en ander met de patiënt moet worden besproken en zo meer. Het is vanzelfsprekend dat de medicatie dient te worden afgestemd op de toestand van de patiënt en dat die toestand dus goed bekend moet zijn bij degene die de medicatie regelt. De figuur dat een psychotherapeut het gesprekscontact onderhoudt terwijl een ander de medicatie regelt is dus alleen al daarom een monstrum.

Kortom de *opleiding* tot psychiater behoort ongetwijfeld in belangrijke mate mede een opleiding tot psychotherapeut te zijn. Wat wij parapsychiatrie hebben genoemd is daarvan stellig een belangrijk facet. Maar dit vormt slechts een onderdeel van de psychotherapeutische opleiding van de psychiater, want deze zal zich als psychotherapeut niet beperken tot de klassieke indicatiegebieden. Kenmerkend voor hem is juist dat hij op kan treden bij een breed scala van problemen, ook zulke waarbij psychotherapie slechts één van de aspecten van de totale behandeling vormt.

Binnen de klinieken hebben zich stormachtige ontwikkelingen voorgedaan. Zij evolueerden van een opvangtehuis voor mensen die zich niet meer in de samenleving konden handhaven tot behandelcentra met een gedifferentieerd arsenaal van therapeutische mogelijkheden. Elk groot psychiatrisch centrum kent tegenwoordig een onderverdeling in meerdere gespecialiseerde behandelunits, maar het centrum vormt nog steeds een functionele eenheid. Buiten de klinieken deden zich niet minder stormachtige ontwikkelingen voor. Patiënten met psychiatrische stoornissen, voor wie een klinische opname niet was geïndiceerd, kregen medische hulp van

zelfstandig werkende psychiaters, die al dan niet aan een ziekenhuis verbonden waren. Daarnaast ontstonden allerlei instituten die zich toelieden op de hulp aan bepaalde patiëntengroepen, of die gespecialiseerde therapievormen bezigden. Wij kennen thans SPD's, ambulante zwakzinnigenzorg, MOB's, JPD's, LGV-bureaus, CAD's, IMP's, crisiscentra, het JAC, de NVSH, een Psychoanalytisch Instituut, psychotheken, enzovoort. Deze diverse instellingen vormen geen functionele eenheid, maar worden thans aangeduid als *'ambulante geestelijke gezondheidszorg'*. Deze instellingen worden gekenmerkt door de toepassing van overwegend parapsychiatrische behandelingsvormen. De NVAGG beijvert zich voor een betere samenwerking van al deze instellingen, wat geresulteerd heeft in de oprichting van de RIAGG's. Daarmee is de situatie een stuk verhelderd. Men kent thans naast elkaar een parapsychiatrisch circuit (de NVAGG instellingen) en een psychiatrisch circuit (zelfstandig werkende psychiaters, psychiatrische poliklinieken van algemene ziekenhuizen en poliklinieken van psychiatrische centra).

De identiteitscrisis binnen de psychiatrie, zoals die tot uiting is gekomen in de discussies rondom de psychotherapie, heeft niet alleen binnen het psychiatrisch vakgebied beroering gegeven, maar ook naar buiten doorgewerkt. In het bijzonder in het overheidsbeleid ten aanzien van de psychiatrie is dit merkbaar. De beleidsmakers hebben deze discussies nauwlettend gevolgd. Het is niet verwonderlijk dat er bij hen twijfel kon rijzen of psychiatrie wel tot de medische specialismen behoort. Er werd de indruk gewekt dat psychotherapie het belangrijkste bestanddeel van de psychiatrie vormt. Het werd hen duidelijk dat psychiaters psychotherapie konden bedrijven, maar dat anderen, zoals psychologen, dat net zo goed konden en bovendien vaak goedkoper. Dat heeft op het opstellen van beleidsplannen grote invloed gehad. In de overheidsplanning van de gezondheidszorg wordt geen onderscheid gemaakt tussen psychiatrie en parapsychiatrie. Er wordt daarentegen gesproken van een samenhangend pakket van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Dit dreigt een vorm van gezondheidszorg te worden waarin de medicus een ondergeschikte positie inneemt. De mogelijkheid is reëel dat over enige tijd het verrichten van psychotherapie slechts vergoed wordt wanneer dit door parapsychiatrische beroepsbeoefenaars wordt verricht. De psychiater mag het dan weliswaar nog doen maar hij wordt er niet meer voor gehonoreerd.

Een dergelijke ontwikkeling, waarbij onduidelijk blijft wat moet worden verstaan onder psychiatrische behandeling en wat onder parapsychiatrische hulpverlening, zou rampzalig zijn voor de gezondheidszorg. Psychiatrische patiënten die slechts bij een medisch-psychiatrische behandeling gebaat zijn, zouden dan in plaats daarvan in het parapsychiatrische circuit terecht kunnen komen. Dit gebeurt ook nu al wel incidenteel, met alle gevolgen van dien. Het is daarom van het grootste belang dat de identiteit van de

psychiater als medisch specialist duidelijk blijft, hetgeen tevens betekent dat de grenzen van zijn vakgebied worden geëerbiedigd.

Literatuur

- Abraham, R. E. en G. H. Kuipers (1981), Indicaties voor psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 7, 203-221.
- Commissie Verhagen (1980), *Advies inzake een beleid voor psychotherapie. Eindrapport van de Werkgroep Psychotherapie*. Staatsuitgeverij, Den Haag.
- Schudel, W. J. (1981), De sociaal-psychiatrische praktijk. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 26, 998-1005.
- Stolk, P. J. en A. P. de Visser (1971), Pleidooi voor een medische psychiatrie. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 26, 54-61.
- Stolk, P. J. (1978), Wil de echte psychiater opstaan? *Medisch Contact* 33, 1509-1512.