

'Statistiatric', nosologie en structuur: een vraag?

door H. Van Hoorde

Samenvatting

De schrijver bespreekt de breuk tussen psychiatrische theorie en praktijk, aan de hand van twee paradigma's: de DST en de DSM-III. Het eerste betekent de invoering van een vervreemdend scherm tussen psychiater en patiënt. Het tweede wordt besproken wat betreft zijn verdienste, die ligt in zijn waarde als gereedschap voor research, het doel waarvoor de DSM-III is ontworpen. Het gebruik van de DSM-III als basis voor nosologische en structurele overwegingen leidt echter tot een verdere fragmentatie van de psychiatrie en van het denken van de praktizerende psychiater. De schrijver stelt dat het nosologisch denken dient ontwikkeld te worden op basis van psychoanalytische concepten.

'Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen,
Ihr durchstudirt die gros und kleine Welt,
Um es am Ende gehn zu lassen
Wie's Gott gefällt.
Vergebens dass ihr ringsum wissenschaftlich
schweift,
Ein ieder lernt nur was er lernen kann'.

Mephisto tot Faust in de *Urfaust* van Johann Wolfgang Goethe*

Inleiding

Twee citaten uit het werk van H.C. Rümke mogen als introductie tot mijn thema gelden. In 1932 schreef hij:

'De oorzakenleer, zoals Kraepelin deze gebruikt, behoeft dringend revisie-
... De psychologie van Kraepelin worde vervangen door de gegevens, die op
het arbeidsveld van psycho-analyse, phaenomenologie, persoonlijkheids-
leer en constitutieleer en de moderne experimenteele psychopathologie
zijn gewonnen'¹.

In 1934 bespreekt hij uitvoerig een casus van betrekingswaan volgens

de structuuranalytische methode en volgende zin doet ook voor onze tijd heel verfrissend aan:

'Wel is het zeer waarschijnlijk, dat de afweer van het sexueel leven hier het uittingsvermogen zeer heeft belemmerd, dat met andere woorden het sensitieve karakter hier voor een groot deel is ontstaan door stoornissen in de libidoverwerking. Hier ga ik verder dan Kretschmer, die het sensitieve karakter als een primair gegeven aanvaardt'².

Beide artikels zijn het herlezen meer dan waard, al was het maar om de schrille tegenstelling te ervaren tussen de *visie* van een belangrijk auteur en de *verbrokkening* van hetzelfde vakgebied vijftig jaar later. Rümke is hiervan zonder twijfel niet de enige getuige, in ons taalgebied wel een gewichtige, zoniet de belangrijkste.

Verbrokkening, het zal her en der bevreemding wekken deze term op de klinische psychiatrie toegepast te zien. Nazicht van de vakliteratuur, de lectuur van sommige observatieverslagen en de invasie van de overhands toenemende technologisering rechtvaardigen deze term mijns inziens ten volle. Paradigmatisch in dit verband zijn voor mij twee letterwoorden: DST en DSM-III.

DST

DST staat voor dexamethason-suppressietest. Het principe van de test blinkt uit door zijn eenvoud, de ontdekking ervan getuigt van het koortsig onderzoek op het gebied van de biologische psychiatrie, meer wél dan niet in de schaduw van de farmacotherapie. De hele toestand moge geresumeerd worden: een subject biedt zich aan als '*depressief*'. Weze gesteld dat het de medicus rebus sic stantibus past zich ervan te vergewissen of het wel 'echt' om een depressie gaat. Als ernstig vakman mag hij immers nooit het nare gevoel krijgen misschien door zijn patiënt te zijn '*bedrogen*'... Goede raad is duur. Edoch, geen nood! De toediening van een kunsthormoon, gevolgd door een net laboratorium-onderzoek, brengt het antwoord. De vreugde is groot: een feilloos diagnostisch middel is ontdekt om de toediening van antidepressiva te regelen, zelfs bijna te reglementeren.

Recente literatuur komt – had iemand dit écht *niet* verwacht? – de pret enigszins bederven. De statistische significantie is niet altijd even denderend wat diagnostische finesses betreft, de prognostische waarde vaak twijfelachtig wat de 'response to treatment' aangaat³. Dat de wetenschap haar project, de depressiviteit van een subject biologisch te funderen, niet opgeeft, mag lofwaardig heten. Het belang van fysiologische, c.q. biochemische referenties moet niet worden betwist *zolang zij binnen de afbakening van het hun toegemeten onderzoeksveld blijven*. Dat dit gegeven tot een diagnostische test wordt omgebouwd, kan aardig lijken, het vele zoekwerk met de nodige eerbied in acht genomen⁴. Dat het geheel de allures aanneemt van een scherm tussen psychiater en patiënt, roept echter het *Unheimliche* op dat Freud in

zijn gelijknamige artikel illustreert met 'Der Sandmann' uit E.T.A. Hoffmanns *Erzählungen*⁵. Voor de geïnteresseerde weze vermeld dat in *Der Sandmann* een wonderbaarlijke proliferatie van lorgnetten, vergrootglazen, brillen en verrekijkers een onmiskenbare aankondiging van de onheilspellende, 'onheimelijke' vervreemding inhoudt. Kan men immers beter dan met deze ge vulgariseerde 19e-eeuwse technologie uitdrukken hoe het intersubjectief contact nog meer verscheurd wordt dan het al *van culture* is, namelijk door de introductie van een objectiverend en per definitie aliënerend instrumentarium?⁶

De verbrokkeling van de psychiatrie wordt in de hand gewerkt, zoniet veroorzaakt door het feit dat te weinig en vaak helemaal niet geluisterd wordt naar het subject in zijn vertoog. Veel makkelijker wordt een comfortabele aandacht besteed aan technologische hulpmiddelen die een veilige afstandelijkheid beloven en bovendien 'wetenschappelijk serieus' aandoen omwille van hun berekenbaarheid. Deze hulpmiddelen zijn overigens niet altijd zo eenvoudig in deze functie te onderkennen als de aangehaalde biochemische test, die snel als zodanig te identificeren valt. Andere lijken 'humaner', onschuldiger maar hebben dezelfde functie: het opwerpen van een veilige borstkering tussen twee mensen van wie de één gehoor zoekt voor zijn lijden, de ander geacht wordt een adequaat antwoord in zijn mars te hebben. Deze bedenking beperkt haar draagwijdte niet tot de psychiatrie. Zij getuigt meer algemeen van het aliënerend vertoog waarin een subject ingeschreven wordt van zodra het zich aan een meesterbetekenaar onderwerpt, zoniet erdoor wordt verschalkt⁷.

Dat dit een pleidooi zou zijn voor het irrationele, laat staan een invoeren ervan in de psychiatrische theorievorming, ontkent schrijver dezes ten stelligste. Wat de uitingen van de mens als subject betreft, is het misschien niet eens zo rationeel hierop exclusief biologische schablonen te willen toepassen. Het rationele is in de psychiatrie vaak niet waar men het met alle geweld wil zoeken. Een degelijk gefundeerde en consequent uitgepuurde theorie betekent meer voor een correcte – mijns inziens grotendeels op een ambachtelijk weten berustende – beoefening van de psychiatrie dan een stapel hulpmiddelen waarvan de beoordeling in laatste instantie toch weer de psychiater met diens toetsing aan de kliniek toekomt. Dat de psychiater in dezen een niet door de taal en door de cultuur gespleten subject, een *in-dividuo* zou zijn, wordt door de technologen voor waar genomen, doch door de menselijke ervaring en ieders praxis tegengesproken.

Waarom anders zou de tot grapje gestolde mythe nog bestaan dat psychiaters 'toch 'n beetje gek' zijn, zelfs bij onze zo goed omringde, opgevoede en begeleide bevolking? De lectuur van Laplantine kan de geïnteresseerde hierover heel wat laten ontdekken⁸. Zinsnede als:

'La condition essentielle de la réussite de toute pratique médico-magique est l'union étroite des parties contractantes – malade-guérisseur-société – en un acte de foi commun et absolu',

en:

'Tout malade ne devient pas nécessairement psychiatre, mais tout psychiatre doit être passé par la maladie: c'est le malade-héros et le psychiatre fou'.

hebben een zeggingskracht die niet alleen op andere culturen dan de onze betrekking heeft. Zieke, genezer, geloofsakt, het heeft allemaal betrekking op de mythische eenheid van het niet door de taal gespleten subject, op de hypostasiëring van een paradijselijke binding. In de symbolische ordening van een ambacht wordt met deze gegevens impliciet gerekend. Wanneer een objectiverende technologie in het spel wordt gebracht, zal de ander als gespleten subject vervangen worden door een Ander die geen verlangen kent, de uiteindelijke en vooral onherroepelijke ware Waarheid bezit en een leeg want steeds aan zichzelf gelijkblijvend woord produceert. Een paranoid kleurtje is onmiskenbaar en het hoeft ons niet te verwonderen dat sommige psychotici pas goed psychotisch worden vanaf het moment dat zij in deze structuur worden opgenomen.

De in getale goed gestoffeerde vlucht van lijdende mensen naar de zogenaamde alternatieve geneeskunde, is niet zomaar op rekening van het bestaan van deze laatste te schrijven. Het lijkt me niet zo'n waanzinnige veronderstelling dat de orthodoxe psychiatrie (of wat daar soms moet voor doorgaan!) gaandeweg haar patiënten naar andere oorden stuurt door hen op een minder spectaculaire maar daarom voor het subject veel meer moordende wijze dan vroeger te objectiveren. De door Pinel en Guislain – een mythische vereenvoudiging – verworpen ketenen vervangen door een steriele conceptuele vating van het subject, geeft een humaan vernis aan de remedie, maar wijzigt de kwaal niet. In ideologische zin blijft de verwerping dezelfde.

DSM-III

Wat mijn tweede paradigma aanvoert. En het is er één van formaat: de DSM-III. Het letterwoord staat voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*⁹. Voorwaar een monument van ernst, beroepsijver en toewijding. In zijn effecten op langere termijn – laten we wél wezen, ze zijn nu al merkbaar – een te vrezende instrument tot desubjectivering, 'statistiatric' en monotone versnippering van de klacht¹⁰.

Deze paradox verdient zeker enige adstructie. Het is duidelijk dat deze poging, een sluitende rubricatie op te stellen, de investering van een ontzaglijke massa arbeid heeft gekost. Hiervoor is een eresaluut verschuldigd. Enkele steekproeven overtuigen zelfs de meest sceptische lezer: je kan geen toestand bedenken of je vindt er wel een rubricatie voor, tot de onmogelijke of uitgestelde diagnose toe. Opmerkelijk hierbij is, dat de apart gerubriceerde stoornissen uitermate gedetailleerd zijn: bij de intoxicaties wordt zowat per produkt gerubriceerd, bij

de fobieën wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende 'vormen', de seksuele stoornissen worden in mooie en vooral zeer duidelijke categorieën opgedeeld, om maar enkele voorbeelden aan te reiken. Alles maakt in eerste instantie een indruk van *duidelijkheid*, *overzichtelijkheid* en goed te bepalen *afgrenzing*. Hoewel dit naar mijn gevoel niet de bedoeling van de samenstellers geweest is, lijkt de DSM-III een catalogoog van goed omschreven ziekten. Zij gebruiken overigens in de tekst wel vaker de term *illness* naast het verder consequent gehanteerde *disorder*. Dit alles in wat ik een digitale sfeer zou noemen: je hebt iets of niets, die stoornis of een andere. De omvang van de arbeid wordt verder geïllustreerd door de indrukwekkende lijst medewerkers, aangevoerd door een 'Task Force', militaire en politio-nale terminologie bij uitstek, die in deze context unheimlich aan-doet¹⁰. Dit Unheimliche – Freud is daaromtrent duidelijk – staat voor de terugkeer van het verdrongene⁵. Dat de psychische stoornis, zoals geuit door het subject, niet welkom is, hoeft geen verder betoog. Dat een 'Task Force' haar manu militari met de ontplooiing van haar technologie te lijf zal gaan, toont dit lijevig boekwerk. Dat deze technologie zélf een terugkeer van het bij de onderzoekende wetenschapper verdrongene teweegbrengt, kan derhalve geen verrassing zijn. Het afgrijzen, opgewekt door de plotse ontsluiting van de structurele Spaltung, is niet zomaar weg te werken. Het symptoom is steeds een compromis en elke technologische benadering van de 'geestesstoornis' – welke haar kwaliteiten als werkstuk ook mogen zijn – is een symptoom dat de directe betrokkenheid van de wetenschapper als subject moet verdoezelen.

Het is grappig te moeten vaststellen dat de hysterie precies het schoolvoorbeeld van dit mechanisme geweest is, en het andermaal wordt, en wel langs de zijde van het subject der therapeuten. De hysterische mens – ik vereenvoudig – verdringt de (oor)zaak van zijn verlangen. Dit is maar recht, het wordt omzeggens van hem verwacht. De therapeut kan dit nog beter doen wanneer het de onderzoeker volstaat de hysterie als onbestaand uit zijn vocabularium te schrappen. Hoe dit in de DSM allemaal verloopt, wordt mooi uiteengezet in het artikel van Van Houdenhove¹¹. Hij besloot zijn uiteenzetting met een open vraag naar de toekomst en het siert hem, deze materie niet op een simpele wijze als ten enenmale geregeld te hebben beschouwd. De evolutie van het concept hysterie met een eclips, een verschijning in de DSM-II en een verdwijning in de DSM-III, mag de adstructie zijn van mijn summier weergegeven stelling^{11,12}. Het blijft toch ergens kittelen. En er is meer!

Er zijn zelfs heel merkwaardige dingen te noteren. Het volstaat als psychiater – ik wil het uitdrukkelijk bij het psychiatrisch vertoog houden – in dit handboek 'iets epileptisch' op te zoeken. Kaal is de kermis bij thuiskomst. Ons zo geprezen handboek – ook in de Engelse taal is een *manual* etymologisch een handboek – zwijgt in alle talen. De

epilepsie wordt zelfs niet in het register opgenomen. Plots kunnen psychische stoornissen ten enenmale niet meer van epileptische oorsprong zijn. Toegegeven dat deze categorie geen eenvoudige zaak was noch is, dat het academisch dispuut eromheen niet is beslecht en dat de etiologie zonder twijfel uiterst complex is. Haar simpelweg uit de psychiatrische pathologie schrappen, getuigt echter van een rechtlijnigheid die mijn argwaan wekt. Vooral als de zaak elders sotto voce weer opduikt – nog een terugkeer! – en wel bij het slaapwandelen, zo mooi als Sleepwalking Disorder aangeduid¹³. De klinische beschrijving is weergaloos, het beeld hangt echter in de lucht. Openlijk wordt evenwel gezegd dat dit precies de bedoeling van dit boek is: een catalogoog te zijn van toestandsbeelden, aangevuld met gegevens omtrent voorkomen, evolutie, familiale belasting en dies meer. Omtrent de Sleepwalking Disorder – heeft men gelet op het paranoid effect van hoofdletters? – mag worden aangestipt dat bij de Predisposing factors sprake is van Seizure disorders, die in het register andermaal onvindbaar blijken. Men zal het mij vergeven hierop te blijven doorgaan: ook hier wordt iets verduisterd.

De inleiding van het boek is hieromtrent echter eerlijk. Zo lezen we op pagina 9 van de Amerikaanse uitgave:

'Although *descriptively comprehensive*, DSM-III is *not* a textbook, since it does not include information about theories of etiology management and treatment' (cursivering van mij, H.V.H.).

En wat het doel van de operatie betreft, leest men terloops op pagina 5, waar het de ICD-9-CM-codes betreft:

'However, these are generally acceptable to third party payers and most record-keeping systems'.

Zoveel is duidelijk.

Twee essentiële gegevens: het gaat eigenlijk helemaal niet om een op vorming gericht overzicht van de psychiatrie, en de zaak is in eerste instantie een opzet voor betere, dit wil zeggen makkelijker statistische verwerking. Weinig werd vermoed – zo hoop ik althans, ofschoon deze hoop met vrees is gemengd – dat deze wetenschappelijk bescheiden onderneming alras over het paard zou getild worden. Men kon dit nochtans van tevoren weten. Voor statistische of andere 'verwerking' geschapen denkbeelden gaan snel een eigen leven leiden. Een rationeel bedacht systeem om observaties te codificeren, leidt steeds tot wijzigingen in de observatie en de observator zelf. H.C. Rümke is hieromtrent jaren terug zeer duidelijk geweest, en hij was niet de enige:

'Ja, dat wij een verschijnsel waarnemen is grotendeels van onze theorie afhankelijk'¹⁴.

En dit is naar mijn mening het grondprobleem van de DSM-III: dat er een oneigenlijk gebruik van gemaakt wordt als psychiatrisch handboek, dus dat de daar opgestelde classificatie het raster zou worden

waardoorheen de psychiatrie bedreven wordt. Meteen zou ook het klinisch psychiatrisch denken zich nog enkel volgens dit raster ontwikkelen, met een dubbel gevolg: (a) dat diagnose en rubriek blijvend verward worden; en (b) dat een structureel benaderen van pathologie en normaliteit ten enenmale gebannen is.

Ad a – Al lang wordt de psychiater verweten de lijdende mens in vakjes op te delen en zijn lijden met een etiket terzijde te schuiven. In de daarrond gangbare discussie vergeten ook psychiaters maar al te vaak het essentieel verschil tussen diagnostiek en rubriestiek aan te halen. Een rubriek (het uitgespuwde 'etiket') is een min of meer afgeronde omschrijving van een psychopathologisch beeld, opgesteld met wetenschappelijke en didactische bedoelingen. Wetenschappelijk omdat het de snelle uitwisseling van algemene informatie mogelijk maakt, en bij een discussie toch een min of meer gemeenschappelijk uitgangspunt toelaat. Didactisch omdat dezelfde informatie tijdens de opleiding het stramien vormt op hetwelk een ieder zijn inzichten in deze materie moet borduren om een empirisch verworven vakkennis op te bouwen en te ordenen. De rubriestiek is dus het basismateriaal dat theorievorming en reflectie over de eigen waarnemingen mogelijk maakt.

Diagnostiek is een totaal verschillende aangelegenheid. De diagnose is een dynamisch proces waarbij aan de hand van één of meerdere rubrieken een momentane synthese wordt gemaakt van hoe een subject in zijn levensloop, met zijn antecedenten, zijn 'reële' en zijn toekomstproject, op een bepaald ogenblik (dys)functioneert. Vanuit deze diagnose, kruispunt van een biografische diachronie en een conceptuele synchronie, wordt bepaald volgens welke lijnen beleid en therapie kunnen verlopen. Dit moge volstaan om aan te geven welk een hemelsbreed verschil er tussen rubriek en diagnose is, en welk subtiel samenspel van krachtlijnen deze laatste bepalen ten overstaan van de monolitische fictie van de eerste. Alle auteurs van handboeken leggen hierop dezelfde nadruk maar steevast blijkt in de praktijk hoe makkelijk naar de eenvoudige rubriek wordt teruggegrepen.

Ad b – Als men de hysterie vervangt door meerdere, niet meer met elkaar verbonden disorders, wordt het moeilijk een reflectie te ontwikkelen over de structuur in vertoog en in omgang met fantasma, betekenaar en verlangen, die de opbouw van deze verschijnselen niet alleen mogelijk maakt maar ook stuwt. Hierop kom ik verder even terug. Het gebruik dat men van de DSM-III maakt, speelt in dezen een kapitale rol. Hierover wordt nochtans geruststellend gedaan: het is geen handboek, het leert enkel begrippen ordenen en dies meer ... Lectuur van de Franse vertaling is echter leerrijk¹⁵. In de inleiding is er een duidelijke verglijding van 'des finalités administratives' op pagina V, over 'un véritable traité de psychiatrie' op pagina VI, naar 'un texte essentiel' op pagina VII. De gevaren hiervan kunnen niet worden overschat en het geheel illustreert de verbrokkeling waarvan in aanvang sprake. In de plaats van een doordachte, daarom niet in al haar ontwikkelingen

correcte, maar wel coherente en tot verdere reflectie nopende visie, rijst een gefragmenteerd beeld waarbij elk verband om der wille van een mythische objectiviteit geweerd wordt. De pathologie hangt als versnipperde stoornissen in het ijle, en wordt zelfs niet door de even versnipperde en tot schijnbaar zelfstandig bestaan gewekte persoonlijkheidsstoornissen tot een schijn van coherentie gebracht. De opzet heeft een administratief en vooral economisch doel, maar verijdt de antropologische roeping van een structurele analyse die de kliniek van de toestandsbeelden, dus van het imaginaire en per definitie versnipperde, overstijgt. Op die wijze is de *Geist der Medizin* inderdaad maar al te leicht zu fassen. En mocht men hem alsnog verloren hebben, men zou het ook niet eens meer merken.

De oplossing voor dit probleem is zeker niet eenvoudig. Een aanzet vindt men zonder twijfel in het werk van Freud wiens nosologische visie, zijn hekelaars ten spijt, vernieuwend was en van meer inzicht getuigde dan men vaak bereid is aan te nemen. Hij geeft immers op diverse plaatsen indicaties voor een differentiële diagnostiek die op structurele elementen steunt: de driften en hun lotsbestemming, de libidobezetting, het narcisme, het object en dies meer. Zonder dit te kunnen weten, meen ik te mogen stellen dat Rümke aan dergelijke gegevens dacht. Lacan gaat dezelfde weg op waar hij met een vrij beperkt aantal elementen schemata ontwerpt die in de kliniek operationeel blijken en ons iets meedelen over de structuur van het subject en zijn pathologie¹⁶. Ik denk aan: het gedeeld subject, het verlangen, de vier vertogen, de vier objecten, de behoefte en de vraag, het fantasma, de betekenaar en de Andere, dit in een te beperkte notedop. Aan de hand van deze aan Freud en Lacan te danken begrippen is het mogelijk verschillen bespreekbaar te maken tussen psychose, perversie, hysterie, dwangneurose en depressie zonder te vervallen in ogen-schijn-lijk duidelijke onderverdelingen die echter op imaginaire uitingsvormen berusten en bij structurele analyse onhoudbaar blijken.

Voorts wordt in een dergelijke visie de kunstmatige opdeling tussen normaliteit en een aantal toestanden onderling opgeheven, terwijl de mens in zijn cultuur méér wordt dan een gedisseceerd object enerzijds, een tot mythische eenheid verheven transcendentiaal ik anderzijds. Het komt mij voor dat dit de weg uit de huidige impasse kan tonen: de teloorgaande en vaak onhoudbare nosologie een nieuwe onderbouw geven aan de hand van een psychoanalytisch en in wezen structureel conceptueel apparaat. Dat de DSM-III hiervoor ongeschikt is, meen ik voldoende te hebben aangetoond.

Noten

* Bij alle citaten werd de oorspronkelijke spelling van het geciteerde werk bewaard.

1. H.C. Rümke (1948), *Over klinische psychiatrie; nosologische eenheid*

(Kraepelin), rubriek, diagnose. In: *Studies en voordrachten over psychiatrie*, Scheltema en Holkema, Amsterdam.

2. Id., De toepassing der structuuranalytische methode bij een zieke met betrekkingswaan. In o.c.

3. Lectuur van de samenvatting van volgende artikels is bijzonder leerrijk: H.E. Klein, B. Scibold, W. Bender e.a. (1984), Postdexamethasone prolactin and cortisol: a biological state variable in depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 70, nr. 3; M. Das, G.E. Berrios (1984), Dexamethasone suppression test in acute grief reaction. *Acta Psychiatr. Scand.* 70, nr. 3; M.J. Gitlin, H. Gwirtsman, L. Fairbanks et al. (1984), Dexamethasone suppression test and treatment response. *J. Clin. Psychiatry* 45, nr. 9; R.E. Allen, F.N. Pitts (1984), Dexamethasone suppression in depressed elderly outpatients. *J. Clin. Psychiatry* 45, nr. 9.

4. Dezelfde opmerking als ad 3 geldt voor: G. Laux, M.A. Schlessler, A.J. Rush et al. (1984), A comparison of the cortisol suppression index and the dexamethasone suppression test. *J. Clin. Psychiatry* 45, nr. 10; W.W.K. Zung, W.H. Denton, S. Mahorney (1984), Cortisol suppression index: a further evaluation. *J. Clin. Psychiatry* 45, nr. 10.

5. S. Freud (1919), *Das Unheimliche*. Ges. W. XII, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

6. 'Van nature' zou hier een fout tegen de zo zwaar in de verf gezette zin zijn.

7. Op de theorie 'des quatre discours' van Jacques Lacan zal ik hierniet ingaan. Voor ons taalgebied is daaromtrent reeds waardevol materiaal voorhanden. Zie J. Quackelbeen en P. Verhaeghe met 'Over alle diskouropvattingen heen: een formalisatie. De preliminaire vraagstelling door Lacan, en zijn antwoord met de vier diskouren' in: *Psychoanalytische Perspektieven* (1984) 6, RUG, Gent.

8. F. Laplantine (1975), *La culture du psy*. Privat, Toulouse.

9. Task Force on Nomenclature and Statistics (1981), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. American Psychiatric Association, Fifth printing, Washington.

10. De term *statistrie* smeedde ik als titel voor een boekbespreking van de Franse vertaling van de DSM-III, zie *Psychoanalytische Perspektieven* (1984) 6, RUG, Gent.

11. B. Van Houdenhove (1981), Recente ontwikkelingen in verband met de diagnostische classificatie van psychisch beïnvloede lichamelijke klachten. *Tijdschr. v. Geneesk.* 37, nr. 13.

12. H. Van Hoorde (1984), De hysterische psychose, nosologische struikelsteen en eerherstel? *Psychoanalytische Perspektieven* 6, RUG, Gent.

13. o.c. sub 9, p. 82 e.v.

14. H.C. Rümke (1954), *Psychiatrie I*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.

15. Franse vertaling van het werk sub 9 (1983), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris.

16. J. Lacan (1966), *Ecrits*. Edit. du Seuil, Paris.