

SAMENWERKING TUSSEN KLINISCHE EN AMBULATORISCHE PSYCHIATRISCHE HULPVERLENINGS- INSTITUTEN IN EEN NEDERLANDS PERSPECTIEF (bijdrage tot een Duits schizofrenie seminar*)

door J. J. C. MARLET**

INLEIDING

Bij de keuze van dit onderwerp heb ik me laten leiden door vernieuwingsgedachten welke de laatste jaren in Nederland opgeld doen en tenderen naar diepgaande veranderingen in de psychiatrische hulpverlening. Om duidelijk te maken wat er gaande is moet ik eerst schetsen hoe de hulpverleningsmogelijkheden eruit zagen omstreeks 1970 en vervolgens schematisch aangeven in welke richting zich een en ander ontwikkelt. Bij dit alles wil ik niet uit het oog verliezen hoe de psychiatrische hulpverlening in West-Duitsland is gesitueerd.

Dat er ook in de Bondsrepubliek een vernieuwingsconflict bestaat werd mij o.m. duidelijk na lezing van 'Der psychisch Kranken und die Gesellschaft' (Tagung der Evangelischen Akademie Loccum, Oktober 1970). Bij de in dat boekje beschreven moeilijkheden zal ik nog aanknopen, om aan te tonen dat de kernproblematiek van de psychiatrische benaderingswijze in West-Duitsland en Nederland niet verschillend is maar dat vooral de wegen om deze problematiek concreet op te lossen vooralsnog sterk uiteenlopen.

DE SITUATIE IN NEDERLAND TOT OMSTREEKS 1970

Werd een huisarts geconfronteerd met een persoon in psychische nood en zag hij geen kans de patiënt zodanig te helpen dat deze tot herstel van zijn relaties kwam, dan verwees de huisarts zijn patiënt naar een vrij-gevestigd zenuwarts. Deze specialist, meestal een solitaire hulpverlener, deed dan zijn best de moeilijkheden poliklinisch op te lossen. Tijd om zich in achtergrondproblemen te verdiepen was er zelden, laat staan om zich bezig te houden met de naaste omgeving van de patiënt. Was er geen mogelijkheid om een ambulante dienst (bijv. Sociaal-psychiatrische dienst) in de behandeling te betrekken of spitsten de gedragsstoornissen zich toe, dan werd de patiënt opgenomen in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis waaraan dezelfde specialist verbonden was óf hij werd direct overgebracht naar een psychiatrisch centrum. In het eerste geval kwam de patiënt van de

* Bewerking van een voordracht gehouden in Lindau op 4 mei 1972, in het kader van het 'Schizophrenie Seminar', b.g.v. de 22. Lindauer Psychotherapiewochen.

** Geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum St. Anna te Venray.

regen in de drup want in het ziekenhuis had de zenuwarts evenzo weinig tijd en de verplegenden aldaar waren doorgaans onvoldoende ingesteld op een adequate opvang van de gedesintegreerde medemens. Alleen in het tweede geval kwam de patiënt — zij het meestal rijkelijk laat — in aanraking met een team waarin diverse therapeutische benaderingen vertegenwoordigd zijn.

Kenmerkend voor deze situatie was — en is op vele plaatsen in Nederland nog steeds — dat de meest intensieve en veelzijdige psychiatrische behandelingsmogelijkheden aanwezig zijn in het eindstation van de verwijzingsketen, het psychiatrisch centrum, waaraan vrijwel hetzelfde odium kleeft als aan het 'gekkenhuis' van vroeger.

Een verschil met de situatie in West-Duitsland is ongetwijfeld het tussenstation in het algemene ziekenhuis (3e echelon). Want hoe insufficiënt en inadequaat de opvang op zo'n psychiatrische afdeling soms ook is, talrijke patiënten keren van daaruit naar huis en haard terug en komen nooit toe aan opname in het gevreesde alternatieve milieu van het psychiatrisch centrum (4e echelon), dat relatief ver ligt van de eigen woonstede. Terzijde moge worden opgemerkt dat in Nederland evenals in de Bondsrepubliek de psychiatrische universiteitsklinieken voor menigeen soulaas bieden, maar ten onzent zijn deze klinieken klein vergeleken met de Duitse klinieken en niet in staat om grote aantallen patiënten intensief én langdurend te behandelen. De overloop van lijdens aan subchronische psychische deviaties naar de psychiatrische centra is dan ook een brede en veel gebruikte.

De positie van de vrijgevestigde zenuwarts in West-Duitsland is moeilijk vergelijkbaar met die van zijn collega's ten onzent. Hij heeft als regel geen toelating tot enig ziekenhuis, moet zijn patiënten voor klinische observatie en behandeling altoos overdragen aan een psychiatrische universiteitskliniek of aan een 'Landeskrankenhaus' en hij heeft alleen in de grotere steden de mogelijkheden om zijn psycho-sociale probleemgevallen te laten profiteren van gespecialiseerde instellingen op psychohygiënisch en/of psychotherapeutisch gebied.

De Nederlandse verhoudingen steken hierbij relatief gunstig af: de psychiatrisch werkzame vrijgevestigde zenuwarts is meestal verbonden aan een algemeen ziekenhuis waar hij zijn eigen patiënten kan opnemen, terwijl in hetzelfde echelon een uitgebreid netwerk van ambulante multidisciplinaire teams aanwezig is voor specifieke hulpverlening aan verschillende categorieën van probleemgevallen, zoals kinderen men leeren opvoedingsmoeilijkheden, gedragsgestoorde postpubers en -adolescenten, volwassenen met seksuele en andere relatiestoornissen etc. Deze teams kunnen worden geraadpleegd op verwijzing door de huisarts of een andere hulpverlener in het 1e echelon (de frontlijn waarin crisissituaties worden aangediend) maar staan evenzeer open voor verwijzingen door de zenuwarts. De organisatievorm van deze ambulatorische kaders is in Nederland afhankelijk van lokale verhoudingen maar ze zijn

als regel niet opgehangen aan psychiatrische centra of -universiteitsklinieken, ook niet de sociaal-psychiatrische diensten (dit laatste in tegenstelling tot de situatie van de 'psychiatrische Vor- und Nachsorge' in West-Duitsland).

DE ONTWIKKELING IN NEDERLAND SINDS 1970

De laatste jaren breekt in Nederland het inzicht baan dat het therapeutisch potentieel geconcentreerd moet worden op de plaats waar en op het moment dat zich een crisissituatie voordoet, en voorts dat klinische behandeling, zeker opname in een psychiatrisch centrum moet worden voorkómen indien dat mogelijk is.

Dit betekent een accentverschuiving van de psychiatrische inspanning van het 4e en 3e naar het 2e en 1e echelon.

Het is de bedoeling dat de werkers in de crisisfrontlijn tot een multidisciplinair team worden, dus dat huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters, pastores e.a. een hometeam vormen en hulp verlenen in en vanuit een wijkcentrum.

Is verwijzing naar een specialistisch team in het 2e echelon noodzakelijk, dan gebeurt zulks *in de modelsituatie* door een spilfunctionaris van het wijkcentrum, terwijl een medewerker die van begin af aan bij de problematiek betrokken was de patiënt blijft begeleiden en de hulpverleningsprocedure bewaakt. In dat specialistische echelon werken idealiter samen: de psychiater, geschoolde psychotherapeuten (voor individuele-, groeps- en gedragstherapie), psychologen, sociaal-psychiatrisch verplegenden en gespecialiseerde maatschappelijk werkers.

Is een kortdurende dag- en nachtopvang geïndiceerd, dan gaat de patiënt naar de psychiatrische afdeling van het streekziekenhuis alwaar enkele ambulante hulpverleners hem verder dienen te begeleiden tezamen met de equipage van de klinische afdeling. Voor patiënten die geen orgaanspecialistische hulp behoeven en voor wie een typische medische bijstand onnodig is — zelfs ongewenst kan zijn — zou een tijdelijke opvang buiten een ziekenhuis, bijv. in een crisisinterventiecentrum de voorkeur verdienen. Het is namelijk niet zinnig om een mens die vastgelopen is in psychosociale moeilijkheden het predicaat 'ziek' op te drukken dat verwijst naar een lichamelijke aandoening en tegelijk een excuus biedt om de verscheurde relaties de rug toe te keren.

Voor een langdurende klinisch psychiatrische behandeling, in gevallen dus waar het resocialiseringsproces door somatische c.q. organische cerebrale factoren en/of diep verankerde sociogene verwickelingen wordt belemmerd, is het psychiatrisch centrum nog altijd de aangegeven plaats.

De traditionele structuur van dit instituut staat op de helling! Ook al zijn deze inrichtingen in Nederland niet zo kolossaal als de meeste gelijksoortige instituten in West-Duitsland (het grootste in Nederland

omvat 1400 plaatsen!), men is heden van mening dat een psychiatrisch centrum de omvang van 400 plaatsen niet moet overschrijden. De tendens tot verkleining van deze klinische instituten loopt parallel met het streven naar regionalisatie van de geestelijke gezondheidszorg, waaraan tegemoet wordt gekomen door per regio met circa 250.000 inwoners één psychiatrisch centrum op te richten en daarnaast inrichtingen voor zwakzinnigen en voor psychisch gestoorde bejaarden te situeren.

De van oudsher autoritaire structuur van het psychiatrisch centrum verandert door doelbewuste democratisering en horizontalisering van de functionele verhoudingen, en een laten verbleken van het medisch aureool. Tekenen hiervan zijn o.m.: dat de figuur van de afdelingspsychiater wordt vervangen door een al dan niet verpleegkundig afdelingshoofd; de psychiater levert zijn bijdrage in het multidisciplinaire behandelingsteam maar is niet vanzelfsprekend de *primus inter pares*; statussymbolen vervallen (de witte jas van de arts, het uniform van de verplegenden); de patiënt wordt zo mogelijk via motivatiegesprekken er toe gebracht zich open te stellen voor de therapeutische mogelijkheden welke het instituut biedt en heeft inspraak in het behandelingsplan.

Zeer belangrijk achten wij de differentiatie van de verpleegden in categorieën op basis van therapeutische criteria. Bovendien worden de grotere afdelingen (of paviljoens) opgesplitst in kleine units waar zich groepsverpleging kan ontplooiën. Elke unit behoeft een vaste begeleiding. Niet alleen omdat individuele psychotherapie op het grote aantal patiënten geen haalbare kaart is maar vooral omdat behandeling in groepsverband gebruik maakt van interactieprocessen met het oog op zelfontdekking, persoonlijkheidsgroei en gedragsregulatie van de deelnemers, worden vele recent opgenomen patiënten in verschillende soorten behandelingsgroepen samengebracht. Deze benaderingswijze, welke in neurosensanatoria al veel langer werd geëxperimenteerd, dient regelmatig te worden geëvalueerd in teamverband.

Dat ik speciaal de groepstherapie naar voren breng betekent zeker niet dat andere therapeutische benaderingswijzen zoals farmako-, bewegings-, creatieve-, bezigheids-, arbeids- en culturele therapie hebben afgedaan en evenmin dat bepaalde patiënten niet een vorm van individuele psychotherapie of gedragstherapie ondergaan. Hiermede wil slechts gezegd zijn dat in enkele Nederlandse psychiatrische centra een begin is gemaakt met een groei naar een therapeutische gemeenschap in de zin van Maxwell Jones en met een verhevigd gevecht tegen het steeds op de loer liggende gevaar dat hospitalisatiesyndroom heet.

In samenhang met deze ontwikkeling wordt in toenemende mate gepoogd om huisgenoten en familieleden in de behandeling te betrekken, mensen die primair of secundair verwickeld zijn in de problematiek van de patiënt en niet zelden bevorderende hoofdrollen hebben gespeeld in het proces waarvan de doorbraak aanleiding was tot opname. Deze

gezinsbehandeling wordt bij voorkeur overgelaten aan hulpverleners in het 2e echelon, behalve indien de afstand tussen psychiatrisch centrum en thuisfront een intensieve samenwerking tussen klinische en ambulante werkers illusoir maakt. Woont de patiënt in de buurt van het psychiatrisch centrum, dan kan de volledige klinische behandeling in de herstelfase worden vervangen door een aflopende dagbehandeling. Een andere mogelijkheid is, dat de goeddeels geresocialiseerde patiënt, vóórdat hij definitief naar huis gaat een sluisinternaat of een ander half way hostel passeert.

NOODZAKELIJKE INHAALMANOEUVRE

Wat hier aan veranderingen en trends in een grootlijniig perspectief beschreven werd, is niet veel meer dan een inhaalmanoeuvre.

Als we namelijk rondkijken in de lichamelijke gezondheidszorg valt op dat een patiënt met een appendicitis of een pneumonie, een fractuur of een tumor zeer vlot via de huisarts of een specialist op de plaats terecht komt waar hij doelgericht, vaak causaal wordt behandeld. Zelden verblijft hij langer dan enkele weken of maanden in een algemeen ziekenhuis, en dan nog is hij makkelijk bereikbaar voor zijn familieleden.

Verkeert iemand in overwegend psychosociale moeilijkheden of is hij psychotisch gedesintegreerd, dan is de directe hulpverlening ter plaatse schamel en wordt de patiënt veelal met de grootste spoed overgebracht naar een psychiatrisch ziekenhuis, ver van zijn thuismilieu. Van een onderzoek naar en in de behandeling betrekken van de mede-oorzakelijke determinanten van zijn rampspoed is soms geen sprake. Werd hij vroeger met dwangmiddelen verpleegd en in later dagen symptomatisch behandeld met insuline- en electroshockkuren, nu kan het nog steeds gebeuren dat hij in een neuroleptisch keurslijf wordt gestoken en met vaardige hand in de tredmolen van de arbeidsnijvere psychiatrische inrichting bijgezet, voor vele maanden of jaren. Als de familie het dan weer met hem wil proberen omdat hij zo rustig en inschikkelijk is geworden, gaat hij naar huis en keert na kortere of langere tijd terug naar het psychiatrisch ziekenhuis omdat zijn gedrag opnieuw vreemd en onangepast is.

Hoewel wat gechargeerd voorgesteld: zo ging het in veel gevallen en zo gaat het niet zelden nog. De ontwikkeling in de psychiatrische hulpverlening, waarvan ik sprak, is inderdaad een inhaalmanoeuvre! Het zal nog lang duren voor de psychiatrische patiënt even adequaat en met dezelfde zorgvuldigheid wordt geholpen als de lijder aan de lichamelijke aandoening (waarbij overigens dient te worden opgemerkt dat de consideratie voor het *totale* welzijn van de patiënten in algemene ziekenhuizen nogal eens tekort schiet).

Het is overigens de vraag of de opvang van de mens met gedragsafwijkingen en relationele stoornissen zo'n duidelijk medisch stempel moet

houden als heden ten dage nog gebruikelijk is. Voor mij is het eigenlijk geen vraag gezien de multidisciplinaire hulpverlening waarvoor ik pleitte, in alle echelons. De biopsychiatrisch gerichte zenuwarts moet uiteraard worden geprolongeed, alleen al omdat zoveel psychische nood geheel of gedeeltelijk op organische factoren is terug te voeren en dienovereenkomstig moet worden geanalyseerd en gecureerd. Er is echter steeds meer behoefte aan psychosociaal gerichte psychiaters. In Nederland gaan stemmen op voor niet-medisch opgeleide psychiaters die sociologie en sociale psychologie als basis hebben, all round psychoanalytisch zijn gevormd en een verantwoorde maatschappij-kritische instelling hebben verworven. Of men deze therapeuten dan nog psychiaters blijft noemen is een bijkomstige aangelegenheid.

Het omturnen van een psychiatrisch centrum in de door mij aangegeuide richting is een moeilijke zaak die bijzonder veel overleg en takt maar vooral attitude-verandering en training vereist. BIERENBROODSPOT (1969) heeft over de therapeutische mogelijkheden van het traditionele psychiatrische ziekenhuis en de therapeutische gemeenschap een vergelijkende studie geschreven. Een andere Nederlandse auteur, BAMBANG OETOMO heeft daaraan even later (1970) nog het nodige toegevoegd over de doorwerking van de resocialiseringsgedachte in psychiatrische inrichtingen. Waren deze auteurs al van mening dat de traditionele structuur van deze klinische instituten ten goede kon worden veranderd, FODRAINE (1971) heeft daar een hard hoofd in. Laatstgenoemde is voorstander van een zeer intensieve preventie en curatieve psychiatrische c.q. psychosociale hulpverlening in en vanuit nieuw op te richten crisisinterventiecentra welke tevens over een unit voor dag-en-nacht opvang beschikken, en reserveert de ruimte in de bestaande psychiatrische centra voor gedragsgestoorde lijdens aan organische hersenaandoeningen.

Foudraïne, wiens rebelse boek 'Wie is van hout . . .' veel stof deed op-dwarrelen, beriep zich op John Rosen ('Direct analysis', New York 1953) die de term 'psychose' slechts gebruikte voor die afwijkende gedragsvormen waarbij geen lichamelijke oorzaak kon worden aangetoond. Verder staaft hij zijn conclusies uit eigen ervaringen met chronische psychotici aan de hand van de publikaties van M. A. Sechehayé, Frieda Fromm-Reichmann, Harry Stack Sullivan, Christian Müller, Ronald Laing, David Cooper, A. Esterson, e.a.

Als ik op deze plaats* hier even over mag uitweiden: Foudraïne zag kans om vanuit zijn therapeutische relaties met langdurig opgenomen schizofrenen begrijpelijk en aannemelijk te maken dat hun gedragingen te herleiden zijn tot gevolgen van een verkeerde houding van de omgeving van de 'patiënt', vroeger en nu. In de bedoelde houding strijden

* Zie verder mijn artikel in Streven (januari 1972) waaruit enkele passages hier zijn overgenomen.

de elementen afwijzing, beschuldiging en misplaatst medelijden om prevalentie met als gevolg de machteloze uitwijzing onder het motto 'hij is gek', waar persoon in kwestie gaandeweg ook argumenten voor heeft opgeleverd in de vorm van angstverhullingen en projectievervalsingen.

Toegegeven, dit is een extreem en monomaan standpunt dat ook voor schizofrenen niet gegeneraliseerd kan worden doorgetrokken.

Ik kan mij echter goed voorstellen dat de psychiater, die in dagelijkse confrontatie met de patiënten in een psychiatrisch centrum zijn onmacht ervaart om met puur medische middelen de inkapseling van de meest deplorabele onder hen te doorbreken terwijl hij wel met zijn eigen gevoelsmatige mogelijkheden in deze door angst verwrongen werelden kan doordringen, in een identiteitscrisis geraakt. Als hij dan, gelijk Foudraïne en andere psychoanalytici, het procesmatige in deze verwringing voor zichzelf begrijpelijk kan maken en de moed heeft met een aantal van deze mensen echt in zee te gaan, de eigen warmte dag in dag uit aan hen mee te delen en de spanningen te verdragen waar hun uitingen hem in brengen, dan stelt hij zich de vraag waarom hij alles moest leren wat hem ooit tot arts maakte en waarom hij typisch medische doctrines te verwerken kreeg aangaande deze menselijke noodtoestanden.

Hier tegenover staat dat de biopsychiatrisch gerichte zenuwarts mag aannemen dat de 'double bind' theorie, waar psychoanalytisch georiënteerde psychiaters zich op goede gronden achter plaatsen, vertaald kan worden in functioneel psychopathologische termen. Het zou zo kunnen zijn dat de tegenstrijdige signalen uit dezelfde bron (bijv. de moeder) gepolariseerde veranderingen in de stofwisseling van het centrale zenuwstelsel van de patiënt teweegbrengen, aldus VAN PRAAG (1971). Indien deze samenhang wordt bevestigd resteert de vraag wat in het mislukken van de persoonlijkheidsuitgroei en de daarmee gepaard gaande contactuele discongruenties de grootste rol speelt: de psychosociale wanbeïnvloeding via de 'dubbele boodschappen' óf de al dan niet constitutioneel bepaalde gevoeligheid voor metabolische polarisatie.

Nog onder de indruk van een zeer recente studie van MANFRED BLEULER (1972) verwijs ik hier naar de mening van deze auteur over het wezen van schizofrene geestesziekten. Bleuler schrijft: 'Soweit psychotraumatische Lebenssituationen eine pathogenetische Rolle bei schizophrenen Erkrankungen spielen, so nur bei Vorhandensein besonderer Empfindlichkeiten'. En verder: 'Charakteristisch ist nicht die Art der Erfahrung, sondern die Häufung von zwiespältigen Erfahrungen, die zwiespältige Zielstrebigkeit naheliegen. Wenn die späteren Kranken einem Lebensziel, einem Lebenstrieb oder Lebenswunsch folgen, geraten sie in Konflikt mit Zielen, Trieben oder Wünschen gegensätzlicher Art'. In hetzelfde hoofdstuk geeft Bleuler te kennen dat de erfelijke condities voor schizofrenieën niet in erfelijke stofwisselingsstoornissen gezocht moeten worden 'sondern in den vererbten Entwicklungsbereitschaften für Cha-

rakter, Gemüt und Persönlichkeit. Am ehesten mögen sie in mangelder Vereinbarkeit, in Disharmonie dieser Entwicklungsbereitschaften gegeven sein. Die Erkrankung an Schizophrenie erfolgt nicht im Zuge eines körperlichen Krankheitsprozesses, sondern im Zuge einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung. Wie jede andere Persönlichkeitsentwicklung steht sie onder der sich ständig verflechtenden Wirkung angeborener persönlicher Tendenzen und persönlicher Lebenserfahrung'. Vergeeft u mij dat ik de problematiek van de multiconditionele causaliteit van psychotische gedragsstoornissen slechts zijdelings aansneed, en dan nog maar naar aanleiding van de psychiatrische attitude zoals die momenteel in de zich op hun taak bezinnende staven van psychiatrische centra in discussie is.

In de inleiding vermeldde ik reeds de publikatie 'Der psychisch Kranke und die Gesellschaft' over de Tagung in oktober 1970.

De door mij aangevoerde problemen vond ik goeddeels daarin terug: de veranderde rolverwachting betreffende de psychiater werd besproken door H. K. Rose (Hannover), het gebruik van het medisch ziektebegrip als maatschappelijk afweermecanisme door K. Dörner (Hamburg), de sociogenese van psychische stoornissen door H. Strotzka (Wien), de kloof tussen biologische en psychosociale psychiatrie door J. E. Meyer (Göttingen); de resultaten van resocialiseringspogingen op de sociaal-psychiatrische modelafdeling van de Frankfurter Universitäts-Nervenklinik werden meegedeeld door G. Bosch (Hannover), terwijl W. Th. Winkler de moeilijkheden beschreef welke optraden bij toepassing van het principe van de therapeutische gemeenschap op een afdeling voor chronische patiënten in Gütersloh.

De drie kernpunten van een der in Loccum aangenomen resoluties vormen het stramien waarop de psychiatrische hulpverlening in Nederland stoelt en dat ten onzent verdergaand wordt ontwikkeld:

- 1 — Gemeindenaher psychiatrische Einrichtungen mit Möglichkeiten stationärer, teilstationärer, ambulanter und extramuraler Versorgung;
- 2 — Funktionale Zusammenfassung präventiver, therapeutischer und nachsorgender Dienste;
- 3 — Koördinierung der psychiatrischen Aufgaben aller in der Versorgung seelisch un geistig Behinderter tätigen Personen und Einrichtungen.

De concretisering van de samenwerkingsmodellen zal van plaats tot plaats verschillen, is in een grote stad anders dan in de periferie, maar over het grondprincipe van regionalisatie en echelonering moet men het ééns kunnen worden. Ik ben van mening dat de psychiatrische en aanverwante beroepskrachten dit grondprincipe moeten formuleren en met grote overtuigingskracht op de overheidsinstanties moeten overdragen. De noodzaak van een snelle inhaalmanoeuvre is gegeven in de omstandigheid dat de hulpverlening aan psychiatrische patiënten een achtergebleven gebied is waarin vele duizenden medemensen een uitermate

gereduceerd bestaan leiden: een voortdurende aanklacht t.o.v. ons maatschappelijk bestel voor wie oren en ogen heeft en een hart.

SUMMARY

Description of recent developments and renovations in the cooperation of clinical and ambulatory psychiatric institutes in the Netherlands — compared with the German facilities in this field, where a similar movement can be perceived. The attention was focused on patients suffering from schizophrenic psychoses in a wide sense, because in the last few years their appeal to the helpers had repeatedly given rise to criticism on existing psychiatric institutes.

LITERATUUR

- Bambang Oetomo, R.: *Van asyl tot revalidatiecentrum*. Wolters Noordhoff, Groningen, 1970.
- Bierenbroodspot, P.: *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. J. A. Boom & Zoon, Meppel, 1969.
- Bleuler, Manfred: *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten* — Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.
- Foudraïne, J.: *Wie is van hout...* Ambo-boeken, Bilthoven, 1971.
- Lauter, H. und J.-E. Meyer: *Der psychisch Kranke und die Gesellschaft*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971.
- Praag, Prof. Dr. H. M.: *Biologische psychiatrie in perspectief*. (Voordracht in Amsterdam, 5 november 1971).