

DYSFUNCTIONIES VAN HET MEDISCHE EN HET MEDISCH-THERAPEUTISCHE MODEL IN DE PSYCHIATRIE

door Drs. FOKKE BLOEMSA, socioloog (verbonden aan de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen. Hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk)

1 HET PROBLEEM

De psychiater heeft bemoeienis met personen die niet in staat bleken zich te handhaven en/of niet langer in hun sociale context werden geduld. Tevens kan de dreiging hiervan aanleiding zijn tot hun contact met de psychiater. Ook al is de problematiek waarmee zij kampen niet direkt van sociale aard, toch uit zich hun dysfunctioneren op een of andere wijze in het sociale vlak, in de relaties met 'de anderen'. Overigens is het niet de bedoeling hier het proces van identificatie en etikettering van iemand als geestelijk gestoorde uitgebreid aan de orde te stellen. Centraal staat de vraag wat er in feite gebeurt na deze processen, dus na het moment waarop psychiatrische hulp werd ingeroepen. Bewust wordt hierbij niet ingegaan op de functies die het medische en het medisch-therapeutische model in maatschappelijk en wetenschappelijk opzicht hebben. De beide, zo dadelijk nader te expliciteren modellen zijn maatschappelijke instituties en reilen en zeilen zoals zij doen. Aldus vervullen zij bepaalde maatschappelijke functies. Bekeken zal worden of bij een analyse ook dysfuncties aan het licht kunnen worden gebracht welke misschien zo zwaar wegen dat de beide modellen, juist in hun normale reilen en zeilen, ter discussie dienen te worden gesteld.

2 HET REILEN EN ZEILEN

(a) *Rollen en modellen* — Op het ogenblik dat degene die 'eruit viel' voor de psychiater zit, is hij ontdaan van het grootste deel van zijn maatschappelijk omhulsel. Hij is dan een homo psychiatricus. Het meest kenmerkende hiervan is dat de persoon, het maatschappelijke wezen, een individu wordt, een ziek individu met hem kenmerkende symptomen, klachten en stoornissen. Ook al wordt doorgaans geïnformeerd naar zijn sociale achtergrond, toch duidt het woord achtergrond reeds op het secundaire van dit gegeven. Het gaat om dit ene individu met zijn afwijkingen of klachten. Persoon en persoonlijkheid worden tot individu en individualiteit. Niet te ontkennen valt desondanks dat ieder mens exponent is van de sociale contexten waarin hij (min of meer bij toeval) terecht kwam, werd gesocialiseerd en thans leeft. Zijn individualiteit, een serie van nog ongerichte mogelijkheden en beperkingen, wordt binnen de sociale systemen waarin hij in de loop van zijn leven bepaalde posities heeft ingenomen en inneemt en waarin hij bepaalde rollen had en heeft te vervullen, gevormd tot zijn persoonlijk-

heid. Deze persoonlijkheid heeft als eigenschap dat zij niet 'ook nog' sociaal, doch primair sociaal van aard is. Het denken en doen worden gevormd, gericht, ondersteund of afgekeurd door de anderen, terwijl de persoon voortdurend doende is zich op die anderen af te stemmen. Zo verschijnt de persoon in steeds wisselende gedaante in diverse maatschappelijke situaties. Dit is, in tegenstelling tot het begrip individu dat naar een min of meer in zichzelf genoegzame, continue en onveranderlijke categorie verwijst, de essentie van wat met de term persoon wordt bedoeld. Gezeten voor de psychiater heeft de persoon zeer bepaalde kenmerken. Kenmerken die niet tevoorschijn komen in het unieke van de relatie tussen deze arts en die patiënt, doch die aspecten zijn van een meer algemene, door de samenleving reeds vastgelegde rol: die van patiënt. De arts, aan de andere zijde van de diade, is evenzeer gebonden aan de rol die hem door de samenleving is opgelegd: zijn maatschappelijke beroepsrol. Hij werd opgeleid, gesocialiseerd zou men kunnen zeggen, om mensen die nu voor hem zitten als patiënt op een bepaalde wijze waar te nemen en tegemoet te treden.

De patiënt is de zieke of, beter gezegd, iemand met een ziekte. Ziekten dienen te worden opgespoord en te worden behandeld. De algemene verwachting is dat de arts daarbij behulpzaam zal kunnen zijn. De arts in het algemeen en de psychiater in het bijzonder zijn vaak de enig overgebleven instanties bij wie men, voor de problematiek waardoor men voor zichzelf of anderen problematisch wordt, kan aankloppen. Dit impliceert echter tegelijkertijd dat men daarvoor een zeer bepaalde maatschappelijke gedaante dient aan te nemen, namelijk die van patiënt. Men treedt het medische model binnen en 'vertaalt' zijn problematiek, waarvoor binnen de sociale systemen waarin men functioneert geen oplossing kan worden gevonden, in symptomen, in binnen het medische model verstaanbare taal. De arts, in dit geval de psychiater, is opgeleid in het verstaan van die taal of het decoderen van lektentaal in de eigen taal.

Het medische model is een gesloten model. Arts en patiënt begrijpen elkaar; zij hebben immers complementaire rollen. Het medische model is in zijn algemeenheid een sociale institutie, een historisch gegroeide wijze van sociaal handelen en denken, waarbij de deelnemers aan het sociale spel over en weer verwachtingen koesteren omtrent elkaars gedrag. In dit medische model staat bij de processen van identificatie en behandeling van de ziekte het 'individu' centraal bij het denken en het doen. De arts wordt opgeleid in het bezien en behandelen van ziekten. Degene die hem om hulp vraagt zal zijn problemen misschien zelfs al als zodanig verpakt brengen.

(b) *De samenleving* — Zo zijn beide, patiënt en arts, 'schuld' aan het gesignaleerde individualiseringsproces. Een schuld echter die de persoon in kwestie niet is aan te rekenen, daar samenlevingsprocessen voor deze

wijze van denken en doen verantwoordelijk zijn: zij hebben deze institutie in het leven geroepen. Ten aanzien van de psychiatrie kan daaraan nog worden toegevoegd dat maatschappelijke processen er eveneens toe bijdroegen dat men thans voor persoonlijke nood, voor problemen of zelfs voor 'pech' bij medische instanties gaat aankloppen.

De patiënt individualiseert zichzelf ten overstaan van de arts en biedt hem zijn ziekte, zijn symptomen aan. De arts neemt waar en handelt vanuit het referentiekader waarin zieken individuen met hèn kenmerkende afwijkingen, stoornissen en problemen zijn. Hij diagnosticeert deze patiënt en zal hem, indien mogelijk, behandelen. In de psychiatrie wil dit meestal zeggen dat hij zal trachten de patiënt weer zo goed mogelijk sociaal te laten functioneren, hetgeen wil zeggen dat een weg gevonden moet worden om de patiënt weer in te passen in, respectievelijk aan te passen aan de inmiddels doordraaiende maatschappelijke orde. Het middel daartoe kan, bijvoorbeeld, zowel van psychotherapeutische als van farmacologische aard zijn. De patiënt moet weer samenlevingsrijp worden. Soms kan daarbij van een 'stukje samenleving' (de onderwijzer, de baas op het werk, de huwelijkspartner) een zekere tolerantie of een bepaalde tactiek worden gevraagd om het proces van her-invoeging of aanpassing gemakkelijker te laten verlopen. Dit laatste doet echter niets af aan het feit dat in het medische en het medisch-therapeutische model de patiënt de variabele is, degene die voor zichzelf of voor anderen problematisch werd en bij wie nu een verandering bewerkstelligd dient te worden, zodanig dat hij weer past in de bestaande maatschappelijke orde. De samenleving is de constante, de onaan-tastbare. In het proces van behandeling en rehabilitatie — het medisch-therapeutische model in actie — ligt de nadruk op het verdrijven van de ziekte of de symptomen daarvan, waardoor (naar wordt gehoopt) secundair degene, die nu nog patiënt heet, weer zo goed mogelijk sociaal kan gaan functioneren. In het proces van identificatie van de ziekte (diagnostiek en etiologische overwegingen) is de aandacht voornamelijk gericht op het min of meer geïsoleerde individu waarmee de psychiater in zijn spreekkamer wordt geconfronteerd.

In de huidige psychiatrische praxis blijkt dat na deze identificatiefase bij de behandeling (in de ruime zin des woords) een groot en toenemend aantal maatschappelijke maatregelen wordt getroffen. Een illustratie hiervan is het steeds stijgende aantal maatschappelijk werkenden binnen de psychiatrie. Dit feit is echter tegelijkertijd een illustratie van het hiaat tussen de denkende psychiatrie (in wetenschappelijke en in diagnostische zin) en de handelende psychiatrie (de therapie in ruimere zin).

De essentie van het zojuist betoogde ligt hierin dat, als men het er mee eens kan zijn dat de mens niet 'ook nog' een maatschappelijk wezen is, doch dat dit juist het eigenlijke van zijn mens-zijn inhoudt, aan dit maatschappelijke in het denkende stadium (diagnostiek, etiologie) bijzonder weinig en in het handelende stadium (therapie, maatregelen) in zeker

opzicht wellicht verkeerd gerichte aandacht wordt besteed. De psychiatrie zoals zij reilt en zeilt is uiteindelijk toch vooral maatschappelijk bezig: zij is immers werkzaam binnen maatschappelijke instituties, te weten het medische en het medisch-therapeutische model. In de aard van die werkzaamheid levert zij een eigen bijdrage tot de instandhouding van datgene wat wij maatschappij noemen, de sociale structuren, de sociale processen en vraagstukken. De beide modellen verhinderen in te zien dat individuen in feite personen zijn die de aard van de verschillende samenlevingspatronen en samenlevingsprocessen weerspiegelen. De 'individuele' informatie die middels de patiënt over de eigenaardigheden van die samenleving wordt of, beter gezegd, zou kunnen worden verkregen wordt niet teruggekoppeld naar die samenleving zelf. Die informatie blijft steken in het min of meer gesloten medische model. Dit model, immers tevens een speciale wijze van denken, staat daarenboven een dergelijke wijze van informatieverzameling en evaluatie daarvan vrijwel niet toe.

(c) *De patiënt* — Psychiatrische diagnostiek en therapie hebben bijna uitsluitend het individu als vertrekpunt. De uitwerking die de psychiatrische bemoeienis op de patiënt heeft illustreert echter nogmaals, doch op andere wijze, het in feite maatschappelijk bezigzijn van de psychiater. Die uitwerking is namelijk niet alleen 'individueel' van aard doch is evenzeer van invloed op het bestaan van de patiënt als sociaal wezen, dus op zijn relaties met de anderen binnen de diverse sociale systemen. In dit verband moet er op worden gewezen dat psychiatrische bemoeienis ook dysfunctioneel kan werken ten opzichte van de (aard der) sociale relaties waarin degene die in contact is gekomen met de psychiater is gewikkeld. Hierbij doel ik voornamelijk op het in gang zetten of het versterken van het proces van etikettering, roltoewijzing of stigmatisering. De stap om een arts voor zijn psychische of sociale problematiek te raadplegen heeft vaak het gevolg dat vanaf dat moment de symptomen en klachten een geheel eigen leven gaan leiden of geïsoleerd worden van de maatschappelijke situatie waarin deze aanvankelijk min of meer waren geïntegreerd.

(d) *De wetenschap* — Juist het behandelingsaspect brengt ons op een ander, doch nauw verwant, facet van het medische model, te weten het wetenschappelijke.

De psychiatrie behoort in naam tot de medische wetenschap. Opleiding en vorming in de psychiatrie vinden plaats binnen een medisch kader. Opgemerkt werd reeds dat al een heel stuk 'maatschappelijkheid' de — handelende — psychiatrie is binnengekomen. Het is gebleken dat men er, voornamelijk bij de behandeling en hier en daar bij de diagnostiek, niet komt met een uitsluitend medisch-psychiatrische aanpak. Men stelde er maatschappelijk werkers en mensen uit de gedragswet-

schappelijke sector voor aan. De vraag is nu of in wetenschappelijk opzicht met deze ontwikkeling bij de handelende psychiatrie een parallel kan worden getrokken. Door de verschuiving in de morbiditeitspatronen welke zich de laatste honderd jaar heeft voltrokken en waarvan met name de spectaculaire terugdringing van de epidemische, acute infectieziekten opvalt, is het accent verlegd naar ziekten met een meer chronisch karakter, waaronder de psychische stoornissen. Bij deze chronische ziekten blijkt het hoe langer hoe meer noodzakelijk een gedragswetenschappelijke inbreng bij de theorievorming te betrekken. Bij het onderzoek naar de etiologie van de hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van maligne nieuwvormingen, degeneratieve aandoeningen, als ook de neurosen, psychosen en wat men noemt de psychosomatosen blijkt het duidelijkst dat men er niet komt indien men zich beperkt tot een uitsluitend medische of medisch-biologische zienswijze. Sterk simplificerend zou men kunnen zeggen dat bij de genoemde infectieziekten de mens vrijwel geheel vanuit een biologische gezichtshoek kon worden bekeken, hoewel uiteraard de opzet en uitvoering van collectieve sociaal-medische maatregelen en organisaties nodig was om de bevindingen op het terrein van de bacteriologie en later de virologie en de immunologie aan zoveel mogelijk mensen ten goede te doen komen. Bij het onderzoek naar de causale factoren bij infectieziekten zijn overigens zeer interessante feiten aan het licht gebracht, waaruit blijkt dat ook hier de relatie agens-ziekte niet zo eenvoudig ligt als op het eerste gezicht lijkt.

Duidelijk is in ieder geval dat bij de zich thans zo geprononceerd aandienende ziektevormen de mens als eenheid in sociaal, biologisch-fysiek en psychologisch opzicht bekeken dient te worden. Bij de psychiatrische stoornissen lijkt het niet te ontkennen dat deze vaststelling minstens evenveel in theoretisch-wetenschappelijk als in praktisch-handelend opzicht betrokken moet worden.

De psychiatrie heeft al veel beschreven in termen van beelden, van syndromen en van symptomen. Afhankelijk van bepaalde scholen heeft zij ook wel 'begrepen', doch als het op verklaren — in de methodologische zin van het woord — aan komt staat zij nog voor veel onopgeloste raadsels. De fundamentele vraagstukken over het ontstaan en de continuering van wat wij geestesziekten noemen liggen nog onopgelost op de stoep van de huizen van twee geïnteresseerden: de psychiatrie en de sociale wetenschappen. Weliswaar zijn zij burens, maar na — schaarse — wederzijdse visites is men weer terug in het eigen huis.

De psychiatrie heeft in wezen met personen te maken, met maatschappelijke wezens. In haar referentiekader, ontleend aan het medische model, zijn deze maatschappelijke wezens voor een groot deel ontgaan van hun maatschappelijkheid. Een van de oorzaken van het feit dat zoveel basisproblemen nog niet tot een oplossing zijn gebracht zou wellicht de wijze kunnen zijn waarop de psychiatrie zich thans heeft

vastgelegd, heeft geïnstitutionaliseerd. De handelende psychiatrie kent reeds een stuk maatschappelijkheid, hoewel nog sterk individu-gericht en vaak gedelegeerd aan niet-medici. De denkende psychiatrie, hierbij voornamelijk verwijzend naar de psychiatrie als wetenschap, heeft echter het handelen in sociale zin niet terugvertaald naar haar theoretische uitgangspunten. Wat bedoeld wordt is, dat een voortdurende inbreng vanuit andere referentiekaders dan het medisch-psychiatrische bij de theorievorming ontbreekt. Daarbij verhindert de gescheidenheid en (super-)specialisatie tussen en binnen de wetenschappen de totstandkoming van een nieuw referentiekader, een nieuw uitgangspunt en denkraam, hetwelk de herziening inhoudt van het medische en het daarvan afgeleide medisch-therapeutische model. De grenzen tussen de psychiatrie en de sociale wetenschappen zullen dienen te worden overschreden wil men de weg vrij maken voor de vorming en het uitproberen van een nieuw referentiekader als fundament voor een 'andere psychiatrie'. Hierin kan dan zowel in wetenschaps-theoretisch als in diagnostisch, therapeutisch en op den duur wellicht in preventief opzicht het uitgangspunt zijn dat de mens primair een sociaal wezen is, hetgeen er op neer komt dat ook de sociale structuren en sociale processen waarin deze personen zijn gewikkeld onderwerp van studie en daarop gebaseerd handelen kunnen zijn. Een illusie, welke bij beide kanten kan bestaan en zal dienen te worden vermeden, is de gedachte dat de sociale wetenschappers slechts hun 'zegje' hoeven te zeggen om aldus, met behulp van deze toegevoegde dimensie, de genoemde vraagstukken tot een oplossing te brengen. Het proces van integratie en de opbouw van een nieuw denkraam zal zeer moeizaam verlopen. Is het proces echter op gang dan kan vanuit de — andere — psychiatrie zelf voortdurend de vraag aan de orde komen in hoeverre en op welke wijze sociale factoren van belang zijn bij het ontstaan en de voortduring van psychisch en sociaal dysfunctioneren. De informatie welke hieruit kan worden verkregen kan op haar beurt weer teruggekoppeld worden naar de samenleving en haar onderdelen.

Het moeizame van het opbouwproces zal vooral liggen in de voorlopig gecontinueerde institutionele gescheidenheid van de medische en de sociale disciplines. Een 'vrije opstelling' zal daarom wel erg moeilijk zijn te verwezenlijken.

Een andere, meer algemene, moeilijkheid is dat bij een dergelijke nieuwe aanpak in plaats van individuele vraagstukken veeleer grotere, sociale vraagstukken aan de orde zullen komen. Bij de sociale wetenschappen heeft men reeds kunnen zien dat men zich, voornamelijk ten gevolge van de ontwikkelingen in de methodologie, is gaan beperken tot min of meer gemakkelijk te operationaliseren deelgebieden van omvattender vraagstukken. Bovendien werd de eis van objectiviteit, van waarde vrijheid, steeds nadrukkelijker en strenger gesteld. Hierdoor is het onderzoek in het kader van de grotere maatschappelijke vraagstukken wellicht eniger-

mate in de verdrukking gekomen. Maatschappelijke problemen hebben immers de bijsmaak niet waarde vrij behandeld te kunnen worden, respectievelijk een politieke zaak te zijn. Het gevaar is dat door deze te ver doorgevoerde objectiviteits-eis de wetenschap, in plaats van een middel tot verdere maatschappelijke vooruitgang, een doel op zichzelf gaat worden.

Terugkomend bij de wetenschap der psychiatrie betekent dit alles dat, als gevolg van de werking van het medische model, tesamen met de specialisatie tussen en binnen de wetenschappen en de te ver doorgevoerde eis van waarde vrijheid, belangrijke maatschappelijke problemen en vraagstukken, welke relevant geacht mogen worden voor psychisch en sociaal dysfunctioneren, niet of nauwelijks aan de orde komen. De wetenschap is niet objectief in alles; slechts haar methoden van informatieverkrijging en -verwerking zijn aan deze strenge eisen gebonden. In het selecteren van de relevante sociale problemen kan de wetenschap, indien zij bereid is de resultaten van haar arbeid in sociale zin door te spelen, een stuwende maatschappelijke kracht zijn. Geëngageerde wetenschap houdt zich, hoewel objectief in haar methoden, bezig met de fundamentele vraagstukken waarvoor een samenleving zich ziet geplaatst. De vraag welke selectie men hieruit moet maken voor het onderzoek, is in eerste instantie een zaak van de competentie die men heeft, voornamelijk bepaald door de wetenschap waarvoor men 'staat'. In laatste instantie is deze selectie echter een voorwetenschappelijk vraagstuk dat ligt op het terrein van de ethiek en de politiek.

3 PSYCHIATRIE EN MAATSCHAPPIJ: SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Het medische model, gezien vanuit de psychiatrie, is een historisch gegroeide, geïnstitutionaliseerde relatie, waarbij aan de ene zijde het subject van handelen, de patiënt, zijn problematiek brengt binnen een medische relatie en aan de andere zijde de arts deze patiënt als centrum van denken en handelen neemt.

Het medisch-therapeutische model refereert aan dezelfde institutie doch verwijst speciaal naar de handelende psychiatrie in haar dagelijks reilen en zeilen. De nadruk ligt daarbij op het behandelen van enkelingen met hèn kenmerkende ziektebeelden, symptomen of problemen.

Met dysfuncties van de genoemde modellen worden bijwerkingen bedoeld die uit de werking en toepassing van de beide modellen voortvloeien welke óf in strijd zijn met het doel van deze modellen zelf (hun wetenschappelijke en maatschappelijke functies) óf andere, uit wetenschappelijke of maatschappelijke gezichtshoek, ongewenste gevolgen hebben.

De dysfuncties van het medisch en het medisch-therapeutische model kunnen als volgt worden onderscheiden:

wetenschappelijk: zij remmen de totstandkoming van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Het medische model daar de 'juiste vragen' niet of althans weinig aan de orde komen, mede vanwege de gescheidenheid der afzonderlijke wetenschappen en de specialisaties op deelgebieden daarbinnen. Tevens is de te ver doorgevoerde eis der waardevrijheid aan deze ontwikkeling debet. Het medisch-therapeutische model werkt remmend op de wetenschappelijke vooruitgang vanwege het feit dat men al te gauw verzeilt in het doen (elke dag staan de patiënten weer voor de deur) zonder een voortdurende bezinning waarop dat doen eigenlijk is gebaseerd;

maatschappelijk: — in haar normale reilen en zeilen levert de psychiatrie haar bijdrage aan de instandhouding van de bestaande maatschappelijke structuren en processen. De informatie die via de patiënten over de aard der samenleving en haar onderdelen wordt verkregen, wordt niet teruggekoppeld naar die samenleving zelf, die aldus de 'konstante', de onaantastbare is. Tevens verhinderen de modellen dat dergelijke informatie op systematische wijze wordt verzameld;

— daar waar de psychiatrie optreedt is het gevaar aanwezig dat het subject van handelen, de patiënt, door zijn omgeving wordt gestigmatiseerd in de rol van geesteszieke. Opname en behandeling kunnen ook dysfunctioneel werken, met name met betrekking tot de frequenties en de aard der sociale relaties van degene die onder psychiatrische behandeling is of was;

— de modellen remmen de visie op de mens als maatschappelijk wezen, hetgeen zowel van belang is in diagnostisch als in therapeutisch opzicht;

— uiteindelijk werken de wetenschappelijke dysfuncties ook dysfunctioneel in maatschappelijk opzicht, tenminste als men de wetenschap wil zien als een maatschappelijk fenomeen dat middel is tot het kennen en het begrijpen van de wereld om ons heen en onszelf, om op grond van de vergaarde kennis te kunnen handelen.

De kritische opstelling ten opzichte van de huidige psychiatrie is bewust enigszins eenzijdig geweest. Op de functies die het medische en het medisch-therapeutische model hebben, werd niet ingegaan. Evenmin werd uitvoerig gerept over de veelal op het micro-milieu gerichte behandelingswijzen, waardoor al een heel stuk 'maatschappelijkheid' de psychiatrie is binnengekomen. Juist echter het hiaat tussen de psychiatrische theorie en praktijk, tussen de denkende en de handelende psychiatrie, was aanleiding tot het ter discussie stellen van neven-effecten welke voortvloeien uit de werking van het individu-gerichte medische model. De dysfuncties die, wetenschappelijk en maatschappelijk gesproken, hiervan het gevolg zijn wegen mijns inziens zo zwaar dat ik zou willen pleiten voor wederzijdse grensoverschrijdingen van de 'medische' psychiatrie en de sociale wetenschappen om te komen tot een nieuw referentiekader waarin de opvatting centraal staat dat de mens een sociaal wezen is, levend in, deelhebbend aan en de invloed ondergaand

van maatschappelijke structuren en processen.

De start van een dergelijke verandering in het denken binnen de psychiatrie zou kunnen zijn om, los van overwegingen van meer klinisch-psychiatrische of klinisch-diagnostische aard, een onderzoek te beginnen dat, ten tijde van en voorafgaand aan de manifestering en etikettering van iemand als zijnde geestesgestoord, in maatschappelijke termen de aard der omstandigheden en gebeurtenissen in diverse sociale systemen waarin de persoon is gewikkeld, beschrijft.

SUMMARY

With regard to psychiatry the medical and therapeutical models are analyzed as social institutions with evident deficiencies towards society and the science of psychiatry. Because of this the author recommends the construction of a new frame of reference following the integration of sociological and psychiatric theory.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- | | |
|--------------------------------|--|
| Berger, Peter L. | <i>Sociologisch denken</i> ; Rotterdam 1965. |
| Elias, Norbert | 'Sociology and psychiatry'; in <i>Psychiatry in a changing society</i> , edited by S. H. Foulkes and G. Stewart Prince; London 1969. |
| Freeman, Howard E. (a.o.) | <i>Handbook of medical sociology</i> ; Englewood Cliffs 1963. |
| Gerth, H. and Wright Mills, C. | <i>Character and social structure</i> ; New York 1957. |
| Merton, Robert K. | <i>Social theory and social structure</i> ; New York 1957. |
| Scheff, Thomas J. (editor) | <i>Mental Illness and social processes</i> ; New York 1967. |
| Scheff, Thomas J. | <i>De psychisch gestoorde in zijn milieu</i> ; (Aula pocket 416) Utrecht 1969. |