

Arbeid en sociotherapie

door Dr. H. Smits*

1 Epilepsie en ziektebegrip

Beide delen van mijn onderwerp, arbeid en sociotherapie, hebben alles te maken met de mens, als patient, als klient, kortom als konsument van de gezondheidszorg. Ik schotel U dus een antropocentrisch of wilt U een 'patientocentrisch' gerecht voor.

Mensen doorlopen in hun levensgang een loopbaan, een carrière. De definitie van het begrip carrière zou een socioloog als volgt geven: het opeenvolgend gaan van de ene plaats in een sociaal netwerk naar een andere plaats daarin, of naar een plaats in een ander sociaal netwerk. Zo doorloopt een patient een loopbaan, een carrière in het (sociale) netwerk van de gezondheids- en/of de welzijnszorg. In het laatste geval spreekt men nauwelijks meer van patient, maar van klient. Het woord klient komt uit de Romeinse tijd. In het oude Rome waren veel 'vrije' maar niettemin arm-lastige burgers. Deze groepen hadden een welgestelde beschermheer, die hun voorzag van geschenken en wat geld. Zij die zo elke dag bedeed werden door hun patronus (patroon, heer, meester) werden klienten genoemd. Vrij, maar afhankelijk. In onze tijd is die betekenis verminderd. Men kijkt zijn klientèle nu wel naar de ogen en deze klientèle is minder afhankelijk van hun 'weldoener'. Maar wel is de klient in overdrachtelijke zin afhankelijk van zijn ziekte, zijn aandoening. Dat is zijn 'patronus'. Als er niet ge- en behandeld wordt is hij zeer ingeperkt in zijn handelen. Als zijn ziekte of aandoening, in ons geval epilepsie (van *epilambanein* = overmeesteren), over hem heerst dan wordt zijn horizon ingeperkt, dan is zijn beleveningswereld verkleind.

Kuiper, P. C., zegt bondig samengevat: ziekte is een aanpassingsstoornis. Hij legt dat overigens zeer uitvoerig en helder uit. Ik ga daar verder niet op in. Voor ons doel is zijn bondige vaststelling voldoende. Op wat Van Dijk over ziekte zegt wil ik wel wat uitvoeriger ingaan. Hij acht samengevat voor ziekte karakteristiek:

* Zenuwarts Instituut voor Epilepsiebestrijding (Alg. Dir. Dr. H. Meinardi) te Heemstede; tevens verbonden aan het Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie (Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos), Erasmus Universiteit Rotterdam.

- a onmacht en afname van vrijheid en autonomie;
- b functionele insufficiëntie en deficiëntie;
- c desorganisatie of desintegratie;
- d desadaptatie (stoornis in de actieve, reactieve en passieve dialectiek met de omgeving);
- e wijziging in het beleven van en het zijn in de tijdsorde;
- f belemmering van de ontplooiing;
- g proces met een begin, verloop en einde.

Van Dijk streeft als hij wil spreken b.v. over het begrippenpaar 'gezondheid' - 'ziekte', voortdurend naar een zo hoog mogelijk abstraktienivo. Dat kan verwarring scheppen en wellicht tot misverstanden leiden. Ik meen dat te bespeuren bij Trimbos, die de klinische psychiater Van Dijk 'onverminderd de allesomslingerende Asplepios' noemt. En dat omdat de bovenstaande categorieën met evenveel gemak op griep als op een vitale depressie toepasbaar zouden zijn, vindt Trimbos. Hij gaat zelfs verder en zegt: 'met hetzelfde gemak zijn dezelfde criteria van toepassing op een maatschappelijke crisis of een 'ziek sociaal systeem'. Ik laat beide heren gaarne samen de degenen kruisen! Maar met de aandoening epilepsie kan ik met de criteria van Van Dijk wel uit de voeten. In die criteria namelijk komen een aantal kenmerken voor, die ik heel gemakkelijk kan terugvinden in het 'ontwerp van een structurele antropologie' van Hugenholtz. Ik heb daar al eerder in verband met epilepsie over geschreven (Smits 1973). Dit ontwerp biedt mij een andere optiek. Het geeft mij een vertrekpunt met een dynamisch karakter als het gaat om de behandeling en de resocialisatie van de mens met epilepsie. De criteria van Van Dijk wijzen nl. allemaal in de richting van wat Hugenholtz noemt het mortale of animale beleven. Ik kom daar later op terug. Als epileptoloog zie ik, mede gezien door de optiek van Kuiper en van Van Dijk, epilepsie als een aandoening die een voortdurende aanpassingsstoornis met zich draagt en procesmatig verloopt. Levenslang meestal. En bij niet behandelen of slecht behandelen zijn onverkort en met gemak de criteria van Van Dijk toepasbaar. In de zin van Hugenholtz dreigt de mens met epilepsie steeds in een 'duurloos einde'; in een 'incidentele dood' te geraken (Hugenholtz' eigen woorden). Hier herkent men het mortale, het animale zijn. Zoals ik zei kom ik nog terug op deze tijdsvorm van Hugenholtz.

Spontaan verlopende ziekte, m.a.w. onbehandelde ziekte leidt veelal tot chaos van of in het menselijk bestaan. Dit is een probleem waarvoor ziektebestrijders staan. In het algemeen lossen zij dat op door het streven naar en het handhaven van de natuurlijke, door ons gezond genoemde orde van het menselijk; biofysisch-psychische systeem. Daar hebben we hulpmiddelen voor, hulpmiddelen die met (enige) dwang en drang in de medische behandeling moeten worden toegepast. In 'ons ziektebeeld' zijn deze vooral de anti-epileptisch werkende medicijnen. Het op tijd en elke dag gebruiken van anti-epileptika maakt de patient met epilepsie tot een klient, afhankelijk van zijn patronus, de ziekte

die in de gezondheidszorg bestreden wordt. Maar voldoet hij aan de eis, die zijn aandoening hem stelt, n.l. behandeling, dan is de aanpassingsstoornis verkleind, de vrijheid minder ingeperkt, zowel in de medische ruimte, als in de sociale en occupationele. Het voert te ver nu omstandig uiteen te zetten wat ik met die ruimten bedoel. Ik heb dat elders gedaan (Smits, 1970).

N.a.v. het bovenstaande zijn de stellingen 1 en 2 ontstaan.

Stelling 1: Epilepsie is, mits goed gereguleerd in de *levensgang* in het algemeen geen ernstige 'handicap'. Wel is men *levenslang* er mee behept; o.a. men zal altijd medicijnen (anti-epileptika) moeten gebruiken. Voor sommigen (dat is een betrekkelijk klein deel) evenwel kan de epilepsie ernstige, soms levenslang, problemen opleveren zowel in de *medische* als in de *sociale en occupationele* ruimte.

Stelling 2: Epilepsie hebben betekent dus in feite een abonnement nemen op de gezondheidszorg en de welzijnszorg. Met andere woorden personen met een onomstotelijk vastgestelde epilepsie zou men door zo'n abonnement in staat moeten stellen zich regelmatig te laten controleren en zo nodig te revalideren door resocialisatie.

2 Epilepsie en arbeid

Wat gebeurt er als epilepsie tevoorschijn komt. Even terug naar het begrip patiencarrière; voor een patient met epilepsie begint zijn carrière met het debuut: de eerste aanval. Er zijn dan twee mogelijkheden, aanpassingsstoornissen of niet. Als dat niet zo is, geen zorg. Indien wel, dan behandeling. Dat kan geruime tijd, meestal ambuland hetzij in de eerste lijn of in het 2e echelon (Smits 1973) gebeuren en met welbevinden gepaard gaan. Zo niet dan is er 'onwelbevinden'. Men kan dan een inventarisatie van probleemgebieden maken; somatisch, psychisch, sociaal, materieel, maatschappelijk. De patient vindt in dit samenstel van problemen wel of niet beweegredenen om hulp te zoeken. In het laatste geval volgt geen behandeling of hoogstens zelf-behandeling of handhaven van de toestand van onwelbevinden. In het eerste geval volgt opname b.v. in het Instituut voor Epilepsiebestrijding. Wat doen we daar?

1 intra- en ekstramuraal hulpverlening bij

2 het bestrijden van epilepsie.

En hoe doen we het?

Wat 1 betreft door diagnostiek d.w.z. onderzoek, observatie en inventarisatie van de ziekteverschijnselen en van het psychisch- en sociaal functioneren. Vervolgens door revalidatie in de medische, sociale en occupationele richting. De revalidatie in die twee laatste richtingen zou men het proces van resocialisatie kunnen noemen. En tenslotte nog door, zonedig verzorging van tijdelijk en/of blijvende aard van mensen met epilepsie.

Het 2e deel bevorderen we zoveel mogelijk door wetenschappelijk onderzoek, voorlichting en beeldvorming en welzijnsbevor-

dering.

In mijn verhaal gaat het om de revalidatie, het proces van re-socialisering in de sociale en occupationele ruimte. Zo denkende ben ik tot stelling 3 gekomen.

Stelling 3: Arbeid is een onderdeel van alle occupationele en sociale werkzaamheden, die een mens mede nodig heeft om zingever van zijn bestaan te kunnen zijn. M.a.w. die occupationele en sociale activiteiten moeten hem de gelegenheid verschaffen om inzicht te krijgen in eigen persoon, mogelijkheden en funktioeneren. Hoe ruimer en verscheiden die gelegenheid voorhanden is des te beter zal hij of zij komen tot het leren beleven van een zodanige sterke identiteit, dat hij of zij een eigen weg kan kiezen.

3 Epilepsie en identiteit

Ik moet nu wel even ingaan op dat 'zingever van eigen bestaan zijn'. Het doorlopen van een loopbaan, een carrière versterkt de identiteit van de mens. Hij leert zijn eigenheid kennen, er is beweging, dynamiek. Wat die eigenheid, de identiteit betreft kort het volgende:

Er zijn zeker drie aspecten aan te ontdekken:

- 1 de *intra-psychische*, nl. omgaan met *jezelf*, tot inkeer komen, overleggingen, bevindingen, werken met jezelf, woelingen in jezelf hanteren enz. Vragen naar waarom doe ik zoals ik doe;
- 2 *relationeel*, nl. omgaan met de *ander*, verkeren, a.h.w. verkering hebben met de ander, wisselwerking, enz.;
- 3 *institutioneel, maatschappelijk funktioeneren*, handel en wandel, verkeren met je bestaan, omgaan in de maatschappij, de *so-cietas*.

Van o.a. deze drie hulpbronnen uit wordt de mens tot zingever bewogen. Boven allen in de lange rij van andere wezens, onderscheidt hij zich daardoor als de unieke zingever. 'De mens is het enige zingevende wezen dat wij kennen' (Kruithof, geciteerd bij Kuiper, J. P.).

De identiteit wordt dus ook door een patientencarrière beïnvloed. Omdat, om met Van Londen te spreken, ziekte naar entropie streeft, naar 'war', zal de medikus in de eerste fasen van die patientencarrière enige 'dwang en drang' uitoefenen om te 'ontwarren'. Pas in een volgend punt van het netwerk is de patient zover 'ontward', dat hij mee kan gaan denken over andere mogelijkheden om aan zijn 'onwelbevinden' een einde te maken. Groeien van *patient* (passief, ziekte) naar *klient* (verbruiker, gebruiker, actief) moet het streven van de behandeling en revalidatie bij epilepsie zijn.

4 Epilepsie en sociotherapie

Bij het doorlopen van zijn levensgang is de mens in een voortdurende wisselwerking met fasen en sferen. Ik noem er drie, ontleend aan de structurele antropologie van Hugenholtz:

- 1 de wens tot geborgen zijn, de moederlijke situatie (vitale levenssfeer);
- 2 het streven naar de dood, naar 'war' (de mortale of animale levenssfeer);
- 3 het gaan naar 'mens zijn', naar worden, naar 'volwassen zijn' (de humane levenssfeer).

Bij deze laatste fase horen de begrippen socialisatie en socialiseringsproces. Sociotherapie is gericht op socialisatie en bevordering van het socialiseringsproces. M.a.w. sociotherapie is bezig in het systeem, waarin socialisering wordt geleerd, d.m.v. leren omgaan met jezelf (o.a. psychotherapie), leren omgaan met anderen (o.a. relationele therapie) en met de samenleving (o.a. sociale therapie, vorming en recreatie). Therapie is een overwegend medisch begrip geworden (het komt van *therapeua* = dienen, verzorgen, verpleging, medische behandeling) maar het maakt duidelijk wat ik bedoel. Bij het geven van therapie biedt men zorg/hulp aan. We zijn hulpbieders tegenover hulpvragers.

Zo ontstaat een kontraktuele relatie. Een relatie die is beschreven en vastligt in het behandelingsplan. Over het behandelingsplan het volgende.

5 Epilepsie en het behandelingsplan

Ik wil op deze plaats nog wat ingaan op de theorie van Hugenholtz. Het is nl. hier dat ik een vertrekpunt vind met het dynamische karakter. Ik bedoel dit. Het behandelingsplan als ontwikkelingsprogramma moet streven naar het bereiken van de categorie, de tijdsvorm van de humane belevingswereld. Hugenholtz verbindt die belevingswerelden met soorten tijd. Hij spreekt van tijdsvormen. Hij herkent aan die tijdsvormen typische kenmerken. In de vitale tijdsvorm b.v. is het tijdsbeleven longitudinaal, doorlopend, als een stroom aanwezig, ritmisch en heterogeen. In de animale tijdsvorm is het beleven diskontinu, afgebroken, momentaan en concentrisch gericht op zichzelf (zie de categorieën van Van Dijk, met name e). In de humane tijdsvorm is ook diskontinuiteit, maar gespatieerd en excentrisch gericht. Er is openen en sluiten. Er bestaan in deze tijdsvorm uit-elkaargespreide prioriteiten en organisatie van de 'dingen'. Men objectiveert. Het schuift niet 'in elkaar', zoals in het animale (zie ook categorieën d en f van Van Dijk), maar het schuift 'uit elkaar'. Er is ontwikkeling en onthulling van zinvolle realiteit. Daardoor kan men zingever zijn. Zo ben ik weer bij Kruithof terug, die de mens ziet als unieke zingever. We weten dat bijna alle mensen met epilepsie medicijnen moeten gebruiken. Dat moet longitudinaal, doorlopend het hele leven. Dat is voorwaarde voor bestaan, dat is vitaal. De medicijngift is een 'moederlijke gift' (in de zin van Hugenholtz). Het ontwikkelingsplan bij epilepsie moet gericht zijn op bevordering van de humane tijdsvorm met in acht nemen van de noodzakelijke vitale tijdsvorm-voorwaarden, zoals zorg bieden enz. Om b.v. aan die voorwaarden te voldoen is een

structuur nodig. In die structuur handelen in geval van ziekte medische functionarissen. Ik noem dat dan toch maar een medisch model, alle bevechters en kritikasters van dat zo gesmade model ten spijt.

In het medisch model is en moet de kennis en kundigheid aanwezig zijn om het behandelingsplan voor de mens met epilepsie tot stand te laten komen. Tenminste als van die ziekte sprake is. Karakteristiek voor ziekte is: wel zie de criteria van Van Dijk (met name g). Het behandelingsplan mag wat mij betreft best uitgevoerd worden in een ander model. Zeker als dat sneller in de richting 'gezondheid' op de functie-as tussen het begrippenpaar 'ziekte'-'gezondheid' gaat. Men zou dat winst kunnen noemen. Funktiewinst in de richting van gezondheid. Het behandelingsplan is dus gericht op funktiewinst. Het ontwerp van het plan wordt idealiter bepaald door de patient/klient/konsument zelf, in overleg met de hulpbieder, de producent. In dat plan wordt een ontwikkelingsprogramma opgesteld. Of wilt U een resocialisatieplan. Allereerst in de medische ruimte, maar tegelijkertijd ook in de sociale en occupationele ruimte. Het hangt o.a. van de begaafdheid en vaardigheden van de hulpvrager af in hoeverre hij als zingever daadwerkelijk een ontwerp heeft of daaraan bijdragen levert. In dit perspectief krijgt het woord zwakzinnig wellicht de betekenis van 'zwakke zingever'. Hoe het ook zij, de patient zelf bepaald de sociotherapeutische bemoeienis en tegelijkertijd beperkt hij die. Als klient is hij vrij om te kiezen en daardoor te begrenzen. Dit is het wezen van creativiteit. Zo ben ik tot stelling 4 en 5 gekomen.

Stelling 4: Verrichten van werk geschiedt door de mens met epilepsie even goed, of even slecht zo U wilt, als de gemiddelde Nederlander doet. M.a.w. in de occupationele dimensie ligt ook voor de mens met epilepsie een ruime gelegenheid om als betekenend, waarderend en agerend wezen zijn sluimerende creativiteit te wekken. Met die gewekte creativiteit kan hij des te beter zingever van zijn bestaan zijn.

Stelling 5: Mensen met een handicap worden helaas niet makkelijk opgenomen in het maatschappelijk arbeidsbestel. Hoewel er maatregelen zijn genomen om die toestand te veranderen gaat dat niet snel. Mensen met epilepsie die daarmee levenslang leven moeten in ieder geval zeker zijn van inkomen om te leven. Kan dit niet geschieden door loonvormende arbeid, dan zijn ze aangewezen op een arbeidsloos inkomen al of niet gepaard met niet-loonvormende arbeid. De keuze uit deze twee soorten 'inkomensverzekering' moet deel uit maken van het resocialisatieplan. M.a.w. het sociotherapeutisch behandelingsplan moet naast de doelstelling van het bestrijden van de epilepsie ook de versterking van de identiteitsbeleving van die mens met epilepsie nastreven, opdat hij kiezen kan.

6 Epilepsie en revalidatie

In de occupationele ruimte is niet alleen arbeid, maar in bredere zin activiteit, werkzaamheid van en door de mens van grote therapeutisch invloed. De huidige ontwikkeling van onze maatschappij is gericht op gelijke welvaart voor allen. De structurele werkloosheid en mede daardoor het inkrimpen van de arbeidende beroepsbevolking door het afnemen van de arbeidsplaatsen brengt voor velen een arbeidsloos inkomen mee. Ik laat nu in het midden uit welke bron dit geld komt. De socialiserende mens zal als zingever ondanks dat inkomen toch werkzaam, arbeidzaam willen zijn. De reïntegratie in het arbeidsproces zal gezien die structurele werkloosheid moeilijk zijn en daarom frustrerend werken op de werkelijke revalidatie. Maar daarom vervalt niet het recht op zelfontplooiing. Wanneer loonvormende arbeid daartoe niet ter beschikking is, moeten hulpbieder en -vrager, zich met die gegevenheid vertrouwd maken en in het opstellen van het behandelingsplan daarmee rekening houden. Daarnaast de mogelijkheden onderzoeken en bieden om middels niet loonvormende arbeid dit recht op ontplooiing te verwezenlijken. De mens in staat stellen zin aan zijn bestaan te geven, want hij laat niet graag 'werk zijner handen varen'!

Op deze wijze ben ik tot stelling 6 gekomen.

Stelling 6: Een sociale werkplaats is dus idealiter de fysieke ruimte, waar aan de mens met epilepsie als hij geresocialiseerd moet worden ingevolge het behandelingsplan dat tijdens de observatie-periode is opgesteld, een scala van activiteiten wordt geboden. Het aksepteren van die activiteiten betekent voor hem/haar het aangaan van een kontrakt. M.a.w. voldoen aan de eisen en regels, die bij die bepaalde activiteit om die tot een goed einde te brengen, behoren. Voor het sociotherapeutische behandelingsplan is deze kontrakt-situatie noodzakelijk, om te komen tot identiteitsbeleving of anders gezegd tot vergroting van de 'ikkelijkheid'. Bewustlevende 'ikmensen' kunnen het meest optimaal zingever van hun bestaan zijn. M.a.w. in de 'sociale werkplaats' werkt men aan sociale en persoonlijke ontplooiing, in de eerste plaats door middel van een scala van 'loonvormende- of niet-loonvormende activiteiten'. De Stichting Revalidatie en Arbeidsvoorziening Epilepsiepatiënten wil in de occupationele ruimte de 'werkplak', de persoonlijke en sociale ontplooiing bevorderen. Dit is psycho-sociale revalidatie. In stelling 7 heb ik geprobeerd weer te geven hoe ik die plaatsbepaling zie.

Stelling 7: In een kategoriaal 'ziekenhuis', zoals ons Instituut is valt de nadruk bij behandeling tweërlei. Ten eerste op het bestrijden van de aanvallen van de epilepsie. Ten tweede op het 'leren leven met epilepsie'. M.a.w. aanvalsvrij maken en houden en tegelijkertijd psychosociale revalidatie. Wat dit laatste betreft is het Instituut meer een 'leerhuis' (pedagogicum!) dan ziekenhuis.

In het programma van het 'leerhuis' zijn twee sociale activiteiten,

wonen in de 'wênplak' (Fries) en werken op de 'werkplak'. Het ziekenhuis is een situatie in het medisch-model met eigen therapieën o.a. anti-epileptika. Het 'leerhuis' is allereerst gericht op leren leven met epilepsie in wonen en werken. De 'wênplak' leert het wonen en omgaan met de ander zonder dat arbeid op de voorgrond staat. In de 'werkplak' staat werken in het omgaan met de ander op de voorgrond.

7 Epilepsie, arbeid en sociotherapie

Nog even in vogelvucht. Epilepsie is een overmeesteraar. Een ziekte, die levenslang in het bestaan ingrijpt. 'De zieke heeft de medicijnmeester van node', om een geveugelde uitdrukking te gebruiken. Met enige dwang en drang zal de dokter in de medische ruimte de patient behandelen, therapie geven, verzorgen, dienen. Als de patient dan niet langer meer afhankelijk (slaaf) is van zijn patronus, de ziekte omdat hij dagelijks zijn medicijnen neemt is hij klient geworden, vrij maar wel gebonden aan de gift. Dat is vitaal, de 'moederlijke, gevende sfeer'. Dat heeft invloed op zijn identiteit, zijn gevoel van eigenheid; leren aanvaarden dat je zo bent en er in de meeste gevallen niet vanaf komt, dat je altijd de medische ruimte nodig hebt om in de sociale en occupationele ruimten te kunnen bestaan en zin te geven aan dat bestaan, betekent herwaarderen van je zijn. Ons helpen daarbij is dienen, is therapie. Herwaardeert men niet dan volgt animalisering, mortalisering, dood, entropie (= verlies van nuttig arbeidsvermogen), 'war'. Herwaardeert men wel, al of niet met hulp (therapie) dan volgt humanisering, leven met je handicap, zin. Dat proces van kontraktuele hulp bieden noem ik resocialisatie. Het middel daartoe is sociotherapie. Activiteiten bieden de mogelijkheid tot werkzaam zijn, arbeid verrichten, terugwinnen van arbeidsvermogen, tegen entropie ingaan, orde bereiken, schikking van zaken nastreven. Een kontrakt leren aangaan met zichzelf en de (arbeids-activiteiten) tijd. Uit deze gedachtengang komt stelling 8 voort.

Stelling 8: Tegen de achtergrond van bovenstaande stellingen gezien is de sociale werkplaats met haar verzameling werkzaamheden een therapeutisch milieu. Ook de 'woonplek' met haar methoden vormt een therapeutisch milieu. Deze twee in wisselwerking vormen samen met de medische hulpbronnen het sociotherapeutisch arsenaal. Resocialisatie volgens behandelingsplan bestaat o.a. uit het koördineren van deze hulpbronnen ten behoeve van de ontplooiing van de mens met epilepsie.

De hoofdsom van de resocialisatie van mensen met epilepsie is begrepen in drie delen:

- 1 het leren gebruiken van medicijnen en het leren om te gaan met problemen door met de hulpbieder op systematische wijze vestigen, hanteren en structureren van zijn relatie met zichzelf, ((M) medische ruimte);
- 2 het leren socialiseren door op systematische wijze vestigen,

hanteren en structureren van de relatie met anderen; ((S) sociale ruimte);

3 door revalideren (herwaarderen) in de occupationele ruimte (O) door te streven naar toenemen van het arbeidsvermogen.

De epilepsie verbindt deze ruimten, deze sferen voor de mens die aan deze aandoening lijdt. Het is zijn 'patronus'.

Epilepsie, ik heb het elders uiteengezet, is een 'verbindende morbiditeit'.

Literatuur

Dijk, Prof. Dr. W. K. van, Het medisch model in sociale context. In *Van kinderaanlyse tot Y-Chromosoom*. Red.: C. Rümke, P. E. Boeke en W. K. van Dijk. Deventer 1973, Van Loghum Slaterus.

Hugenholtz, Dr. P. Th., *Tijd en creativiteit*. Ontwerp van een structurele antropologie. Utrecht/Antwerpen 1972. Spectrum, 2e druk.

Kuiper, Prof. Dr. J. P., *Het zal onze zorg zijn*. Inleiding tot gezondheidskunde, basis van een inclusieve gezondheidszorg. Assen 1975. Van Gorkum, Assen/Amsterdam.

Kuiper, Prof. Dr. P. C., *Hoofdsom der Psychiatrie*. Utrecht 1973. Bijleveld, blz. 19 e.v.

Londen, J. van, Dwang en drang in de medische behandeling. *Medisch Contact* (1976), 31.243 e.v.

Mansvelt, Dr. J. van, Vraagt de maatschappelijke structuur anno 1975 om enerzijds een arbeidsloos basisinkomen, anderzijds niet-loonvormende arbeid. *Tijdschrift Soc. Geneeskunde* 53 (1975), 681.

Smits, Dr. H., *Een katamnestic onderzoek van een groep patiënten uit het Instituut voor Epilepsiebestrijding te Heemstede*. Uitg. Stafleu, Leiden, 1970.

Smits, Dr. H., Epilepsie... en wat dan? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15e jaargang. September 1973, blz. 382/397.

Trimbos, Kees, (serie Leven en Welzijn onder redactie van Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos e.a.), *Anti-psychiatrie, een overzicht*, blz. 82 en 83. Van Loghum Slaterus, Deventer 1975.