

Het gesprek

DOOR G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

*„Zal een ander uwe rol verstaen, verstaze eerst
zelf te dege, en spreek klaer”*

Joost van den Vondel (1650): Aanleidinge ter Neder-
duitsche Dichtkunst.

Hoewel „het gesprek” en „de gesprekstechniek” tegenwoordig bijzonder in de belangstelling staan, zijn deze onderwerpen in dit tijdschrift nauwelijks ter discussie gebracht. Voor de meeste mensen is het gesprek een zaak waarover men zich bijzonder weinig zorgen maakt, zoals over zoveel bezigheden die men intuïtief doet en waarvan men denkt dat het wel goed gaat. Ja, er bestaan zelfs weerstanden het gesprek onderwerp van studie te maken. Men vertrouwt het gezonde verstand volkomen, waarschijnlijk omdat men denkt dat het gezonde verstand zo verstandig is. Het woord gesprekstechniek doet misschien ook wat onprettig aan. Techniek echter is op zichzelf goed noch slecht; wel kan een bepaalde techniek verkeerd worden toegepast. Men kan echter ook spreken van gespreksvaardigheid of van gespreksvoering (*Goubitz*).

Welke bezwaren heeft men eigenlijk tegen een bepaalde gesprekstechniek? Men zegt dat rationalisering op dit gebied de spontaneïteit remt, men stelt techniek tegenover intuïtie. Dit zijn evenwel geen steekhoudende bezwaren, want iedereen weet dat techniek niet tegenover intuïtie staat, maar daarmee moet samen gaan. Iedere arts kent mensen, die zonder techniek te werk gaande volgens het „gezonde verstand”, zieke medemensen toespreken, bijvoorbeeld tegen een depressieve patiënt zeggen: „trek het je alles toch niet zo aan”.

Dat er inderdaad geen steekhoudende argumenten zijn het gesprek als onderwerp van studie af te wijzen wil echter niet zeggen, dat er, bij de artsen althans, geen weerstanden zouden zijn.

Zo sprak Prof. *Muntendam* op de Boerhaave-cursus 1960: „Als men dan de moed heeft absurditeiten neer te schrijven, als bijvoorbeeld de noodzaak de aanstaande huisarts op te leiden in de gesprekstechniek, dan vraag ik mij af of wij inderdaad zo ver gezonken zijn dat we als aanstaande huisartsen in theorie moeten leren, hoe onze medemensen te benaderen en of de praktijklessen van het studentenleven ons dan niets hebben meegegeven”.

Dit hier weergegeven standpunt is wel te verklaren: de huisarts had er vroeger geen behoefte aan zijn gesprek met de patiënt te bestuderen, zijn autoriteit was zo groot dat hij zich geen rekenschap gaf van de kracht of de zwakte van zijn redeneren en optreden. Tegenwoordig staat de huisarts echter tegenover de patiënt met minder autoriteit, medische hel-

denrollen zijn niet meer voor hem weggelegd en bij moeilijkheden kan hij verwijzen naar een specialist. Een dergelijke verjaarde weerstand, als in deze uitspraak naar voren is gekomen, mag zich daarom niet van ons meester maken. In andere beroepen waarin het contact met de medemens centraal staat is men ons wat dit betreft voor. Ik noem hier speciaal de maatschappelijk werker en de psychiater: vooral in het „social casework” heeft men het gesprek steeds centraal geplaatst, al was het alleen maar omdat dit het belangrijkste „instrument” is waarover de „caseworker” beschikt. De eerste druk van het boekje van *Annette Garrett* „Gesprekstechniek” verscheen in 1942.

Men moet het gebruik van het gesprek in de huisartsenpraktijk niet onderschatten. In Edinburgh heeft *Scott* een onderzoek gedaan, waarbij hij het therapeutisch handelen van de arts analyseerde. Het bleek, dat de arts een gesprek moest voeren bij 70 procent van de contacten. Heeft deze arts een praktijk van 2500 mensen, dan zijn er bij een richtingscijfer van 5 een kleine 25 gesprekken per dag te voeren.

Het gesprek is vooral zo belangrijk omdat de relatie met de patiënt voor een groot deel in — en door middel van — het gesprek wordt opgebouwd en deze relatie weer een voorwaarde is voor een therapeutisch resultaat.

Laat ons beginnen met een definitie: het gesprek is een vorm van communicatie tussen twee mensen in dezelfde ruimte door middel van de gesproken taal. Onder communicatie verstaat men dan weer: de uitwisseling van gedachten, gevoelens en strevingen. Gesprekstechniek is dan: die methode van gespreksvoering die een optimaal omgaan met de medemens nastreeft.

Communicatie is op verschillende manieren mogelijk: door middel van de taal, gesproken of gezongen; door het geschreven of gedrukte woord, door middel van het spel, de dans, de kunst. Bij het gesprek is het communicatiemiddel de gesproken taal. Voorwaarde voor een gesprek is dat de mensen in dezelfde ruimte zijn; wij laten het telefoongesprek buiten beschouwing, want dat mist wat bij een gewoon gesprek evident is: het tegelijkertijd zien en horen van de gesprekspartner.

Poslavsky schrijft in zijn „Voordrachten over medische psychologie”: „Een ieder is het wel overkomen dat hij, wanneer hij tijdens een moeilijk telefoongesprek wat langer nadacht, verrast is door de vraag van de ander: ben je daar nog?” Een zelfde soort merkwaardig gevoel van defect contact met de ge-

sprekspartner treedt op wanneer men praat met iemand met een masker op, of wanneer men zelf een masker draagt. Als men dan ook zegt, dat bij het gesprek de taal het communicatiemiddel is, betekent dit dat deze taal niet los is te denken van de sprekende mens; zelfs oordelen sommigen, dat de taal juist meer verbergt dan openbaart: de intonatie, de mimiek, de motoriek, de snelheid van spreken, de luidheid waarmee wordt gesproken zeggen zeker zoveel, zo niet meer dan wat er wordt gezegd.

Er is nog een voorwaarde voor het voeren van een gesprek: behalve dat men samen in dezelfde ruimte is moet men ook in geestelijk opzicht samen zijn en dezelfde gerichtheid hebben; het is dan niet eens nodig dat er véél wordt gesproken. Zoals *van den Berg* zegt: „Waar veel gesproken wordt is niet zelden weinig waar contact”, en verder kan het gebeuren: „dat het gesproken woord ons vrijwel alle kansen op een gesprek voor de voeten wegmaait”. In „De dood van Iwan Iljitsj” van *Tolstoi* komt zo’n gesprek voor, waarin van „samen zijn” van arts en patiënt nauwelijks sprake is, zoals dit fragment leert:

Een uur en nog een uur verstrijkt zo. Dan wordt er gebeld. De dokter misschien? Inderdaad, het is de dokter, fris, monter, dik, vrolijk als hij is, met die bekende uitdrukking „waar maakt u zich bezorgd over, wij zullen het dadelijk in orde maken”. De dokter weet wel, dat die uitdrukking hier niet op zijn plaats is, maar hij heeft hem nu eenmaal eens en voor altijd aangenomen en kan hem niet van zich afzetten, als iemand die ’s morgens zijn jacket heeft aangetrokken en daarmee al zijn visites aflegt.

De dokter wrijft opgewekt en bemoedigend zijn handen.

„Ik ben koud geworden. ’t Is gezond vriesweer. Mag ik me eerst even warmen”, zegt hij met een uitdrukking, alsof Iwan Iljitsj maar even hoefde te wachten tot hij zich gewarmd had, en dan zou hij alles in orde brengen.

„Nu, en?”

Iwan Iljitsj voelt, dat de dokter wilde zeggen: „Hoe staan de zaken?”, doch dat ook hij vond, dat hij dat onmogelijk kon doen, en daarom vraagt hij: „Hoe heeft u geslapen?”

Iwan Iljitsj kijkt de dokter aan met een blik, waarin de vraag ligt opgesloten: „Zul je je dan nooit gaan schamen, om zo te liegen?” Doch de dokter wil die vraag niet begrijpen.

En Iwan Iljitsj antwoordt:

„Weer even slecht als altijd. De pijn gaat niet over, mindert niet, geen ziertje.”

„Ja, ja, zo zijn de zieken altijd. Nu, ik ben geloof ik weer wat opgewarmd (...). Ziezo, goede morgen”, en de dokter drukt zijn hand.

Dan werpt hij alle scherts van zich af en begint met ernstig gelaat de patiënt te onderzoeken, zijn pols te voelen, de temperatuur op te nemen, te kloppen en te luisteren.

Iwan Iljitsj weet vast en zonder twijfel, dat dit alles onzin en louter bedrog is, doch wanneer de dokter op de knieën gaat zitten, zich uitrekt, zijn oor nu eens hoger, dan weer lager tegen hem aanleggend, en met een uiterst veelbetekenend gezicht allerlei gymnastische evoluties verricht, onderwerpt Iwan Iljitsj zich daaraan, zoals hij zich placht te onderwerpen aan de redevoeringen der advocaten, hoewel hij reeds heel goed wist, dat zij alles logen en waarom zij logen.

Volgens huidige begrippen is de taal geen ideaal communicatiemiddel; bij gebruik van de taal kan men elkaar misverstaan, de taal geeft niet steeds de mogelijkheid zich voldoende uit te drukken. Iedere arts ervaart deze onvolkomenheid van de taal als de patiënt probeert te vertellen wat voor pijn hij heeft. Met allerlei bijvoeglijke naamwoorden en metaforen tracht hij de arts een indruk te geven van wat hij voelt.

De misverstanden, die door onvolkomenheden van de gesproken taal kunnen ontstaan, zijn van verschillende aard. Ten eerste kan een woord in verschillende betekenissen worden gebruikt (bronchitis, zenuwen, vrijheid, democratie), ten tweede is de betekenis van een woord vaak niet duidelijk (psychopaat, neurose). Ieder van ons heeft wel eens patiënten horen vertellen wat een andere arts allemaal zou hebben gezegd. De fout ligt dan soms bij de taal en het misverstand kan zijn oorzaak vinden bij één van de taalvolkomenheden, maar soms heeft de arts zijn taalgebruik niet voldoende aangepast aan zijn gesprekspartner. Ook kan men zijn taalgebruik te veel aanpassen, zoals de arts deed, die slechts sprak van drie ziekteoorzaken; kou, gestel, en zenuwen.

De grondregel dat men, wanneer men iemand wil helpen, daar moet beginnen waar de ander is, dient ook in het taalgebruik tot uiting te komen (*Nederlands Gesprekcentrum*). In dit verband is het belangrijk het probleem van het tutoyeren ter sprake te brengen. Zonder hierop verder in te gaan, geloof ik, dat het op zichzelf interessant kan zijn zich af te vragen óf dit gebeurt en waarom dit gebeurt.

Onder communicatie verstaat men dus de uitwisseling van gedachten, gevoelens en strevingen. Communicatie is mogelijk op verschillend niveau; verstandelijk: in een didactische situatie; instinctief: in de erotiek, en geestelijk tussen twee mensen die elkaar begrijpen; de meest diepgaande vorm is door Jaspers de existentiële communicatie genoemd (*van Peursen*).

Over de communicatie tussen arts en patiënt schreef *Meininger* een dissertatie. Deze onderzoeker zegt, dat het communicatieproces zich afspeelt als een wederzijdse bewustwording, waarin de volgende fasen zijn te onderscheiden: contact, verhouding en gemeenschap. Hij wijst erop, dat speciaal bij de diagnostiek en behandeling van psychosomatosen en neurosen de verdieping van de communicatie tussen arts en patiënt tot gemeenschap noodzakelijk is. Dit wil dus zeggen dat men bij de diagnostiek en behandeling van psychosomatosen en neurosen een dieper gaand contact met de patiënt moet hebben dan bij de diagnostiek en behandeling van „zuiver organische kwalen”.

In de definitie van gesprek staat ook het woord twee, want, zoals *Oldendorff* zegt: „Het gesprek kan zijn diepste innigheid alléén tussen twee personen bereiken”. Iedere arts weet hoe storend een derde soms kan zijn, speciaal indien deze derde gaat antwoorden op niet tot hem gerichte vragen. Het is vanzelfsprekend dat men bij de anamnese van kinderen volwassenen nodig heeft als inlichtingsbron, maar een redelijk gesprek is niet mogelijk als de moeder gaat antwoorden wanneer men bij de twintigjarige zoon een anamnese wil opnemen.

* * *

Na deze uitweiding over de definitie van gesprek is het nuttig iets te zeggen over het gesprek als proces, over de mechanismen die werkzaam zijn in een gesprek, en tenslotte over de gesprekspartners.

Een gesprek, zoals wij het in deze regels bedoelen, moet een doel hebben. Doelloze gesprekken worden er genoeg gevoerd, in de eerste plaats omdat men daarbij in 't geheel geen doel nastreeft maar het voert terwille van het praten zelf, de zogenaamde „oudemannenhuis-discussie”. In de tweede plaats omdat men het doel niet in het oog houdt en langs elkaar heen praat. In het boekje „Zindelijk Denken” van *van Hoesel* kan men voorbeelden hiervan vinden.

Het mechanisme van het goede gesprek volgt het beginsel van de tegenkoppeling: wil men samen een gesprek voeren dat tot een doel leidt, dan dient men op de weg te blijven die naar dat doel voert. Dit ter zake blijven wordt bereikt door voortdurende correcties over en weer. Werken deze correcties niet voldoende, dan dwaalt men af en wordt het doel van het gesprek vergeten of ontaardt het gesprek in een monoloog, welke men alleen tegen zichzelf houdt.

Barnhoorn wijst er op, dat het gesprek in diepste wezen altijd is wat het in eerste aanleg was „een uiting van de biologisch instinctieve contactbehoefte van de mens” en dus emotioneel van oorsprong. Deze psychiater zegt dan, en ik geloof dat dit voor ons van bijzonder veel belang is: „Dat in ieder gesprek, hoe en met welk doel ook gevoerd, altijd nog ergens deze primitieve emotionele kern aanwezig is”. Volgens *Barnhoorn* is het gesprek dus emotioneel geladen; deze belading kan men biologisch instinctief noemen. Tevens klinken in elk gesprek oude emoties mee, die door associatief denken worden opgeroepen: de associatieve emotionele belading, terwijl er ook nog sprake is van een situatieve emotionele belading, omdat bepaalde emoties aan bepaalde situaties zijn gekoppeld.

Is het gewone gesprek al emotioneel beladen, het gesprek arts-patiënt is dit vaak in bijzondere mate, omdat dit gesprek voor de patiënt belangrijke consequenties kan hebben, maar tevens omdat men hier iemand om hulp vraagt. In het maatschappelijk werk weet men dat er heel wat zelfoverwinning nodig is voor men hulp kan vragen; men spreekt van „drempeelvrees” die moet worden overwonnen. Elke klacht waarmee men bij de arts komt, heeft een premedische periode, die vaak lang kan zijn omdat emotionele motieven het bezoek aan de arts hebben gremd. Komt de patiënt tenslotte toch, dan is het begrijpelijk dat het gesprek een bijzonder emotionele zaak voor hem kan zijn. Daarbij komt dan nog dat de intimiteit van het eigen lichaam ter sprake komt: men moet zich letterlijk uitkleden en bloot geven.

Het ziek zijn, en hier hebben zeer veel onderzoekers op gewezen, geeft gemakkelijk aanleiding tot een regressie, dat wil zeggen de patiënt grijpt terug tot een infantieel wijze van handelen of denken en infantiele driften en belevingen worden weer naar voren geschoven.

In „De dood van Iwan Iljitsj” vinden wij een prachtig voorbeeld hiervan.

Er waren ogenblikken, na lange, heftige pijnen, dat hij niets liever zou willen — hoezeer hij zich zou schamen, het te be-

kennen —, dan dat iemand medelijden met hem zou tonen, als met een ziek kind. Hij wenste dat hij vertroeteld, gekust zou worden, dat men zou wenen bij hem en hem zou troosten, net zoals men doet bij kinderen. Hij wist dat hij een voor-naam lid van het gerechtshof was, dat hij een grijzende baard had, en dat dit daarom onmogelijk was; maar toch wenste hij het.

Door deze regressie van de patiënt komt de overdracht gemakkelijk tot stand en in de arts-patiënt verhouding speelt daarom de overdracht een bijzonder belangrijke rol (*Westerman Holstyn*). Van overdracht spreekt men wanneer een mens (A) zich tegen iemand of iets (B) onwillekeurig zo gedraagt of zo tegen hem ingesteld is als hij zich vroeger tegen iemand of iets anders (C) gedroeg of ingesteld was, uitsluitend omdat (A) een drang heeft zijn instelling tegen (C) nogmaals te doorleven, terwijl (B) een vaak slechts oppervlakkige overeenkomst met (C) vertoont, of met andere woorden: dat gevoelens, die de mens als kind heeft gehad in relatie tot zijn vader, moeder, broers en zusters en soms met andere personen uit de nabije omgeving, later worden gereproduceerd in de verhouding tot andere personen. Deze overdracht lokt vaak een tegenoverdracht uit bij de arts, waardoor arts en patiënt elkaar kunnen gaan beleven op een manier, die weinig meer met de werkelijkheid heeft te maken (*neurose à deux*). Met het al of niet herkennen van deze overdrachts- en tegenoverdrachtsverschijnselen valt of staat dikwijls het resultaat van een gesprek of een behandeling. Overdracht en tegenoverdracht verklaren vaak de wonderlijke negatieve gevoelens, welke arts en patiënt over en weer voor elkaar kunnen hebben en die, verstandelijk gesproken, toch op zijn minst merkwaardig zijn. Hoewel deze negatieve gevoelens tot de uitzonderingen behoren, komen ambivalente gevoelens tussen arts en patiënt zeer veel voor: praktisch iedere arts staat ambivalent tegenover „de patiënten” als groep gezien.

In het kort wil ik nog even het vooroordeel ter sprake brengen. Het herkennen van eigen vooroordelen schijnt een bijzonder moeilijke opgave te zijn. Deze vooroordelen berusten voor een deel op projectie en kunnen onze houding ten opzichte van een patiënt volkomen bepalen, bijvoorbeeld ten opzichte van een alcoholist of een homoseksueel.

In experimentele situaties heeft men kunnen aantonen, hoe buitengewoon sterk bepaalde informatie over iemand onze kijk op hem beïnvloeden (*Oldendorff*). Merkwaardig is bijvoorbeeld dat praktisch ieder mens sympathieker wordt wanneer hij een inoperabel carcinoom krijgt.

* * *

Wanneer wij nu trachten dit alles samen te vatten, komt als belangrijkste beginsel naar voren, dat men als arts in gesprekken met patiënten heeft te maken met bijzonder veel emotionele, dus irrationele factoren. De vraag is nu: wat hebben wij hieraan in de praktijk? In „The Practitioner” heeft *Ewing* dit onderwerp behandeld. Om onszelf rekenschap te geven van de emotionele relaties met de patiënt is het

nodig, dat we in de eerste plaats onze gevoelens voor de patiënt herkennen, ten tweede zoeken naar de oorsprong van deze gevoelens en ten derde dat we deze gevoelens leren beheersen en gebruiken. Ewing geeft enkele adviezen hoe wij kunnen proberen dit na te streven.

Merkwaardig is dat men door observatie van eigen optreden tot een diagnose bij de patiënt kan komen. Zo schrijft Rümke: „Zo heb ik eens het krachtigst argument voor het bestaan van een allereerst beginnende dementie bij een gecultiveerden man gevoeld in een kleine nuance van jovialiteit, die bij mij zelf ten opzichte van dezen man ontstond, een lichte vervlakking in mijn woordenkeus.”

Tenslotte mogen hier voor de huisarts de „tien geboden” voor een goede gespreksvoering volgen, zoals men deze kan opstellen mede na kennisneming van de literatuur over dit onderwerp. Is het woord gebod misschien wat te stringent, als uitgangspunt voor een discussie kunnen deze „tien geboden” misschien wel dienen.

- 1 *Het is noodzakelijk dat de gesprekspartners elkaar goed kunnen zien en dat zij niet gestoord kunnen worden* (telefoon!). Hier is dus de indeling van de praktijkruimte, lichtinval enzovoort belangrijk, een probleem waarvoor de studiegroep Praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap een oplossing tracht te vinden. Ten aanzien van de telefoon kan men rustig stellen dat één toestel, alleen in de spreekkamer, beslist te weinig is.
- 2 *Het is wenselijk te voren te overwegen waar het gesprek het beste kan plaats vinden: in de spreekkamer of bij de patiënt thuis*, voor zover het natuurlijk mogelijk is dit te regelen. Sommige patiënten kan men thuis vaak moeilijk rustig te spreken krijgen (moeders met kleine kinderen). Bovendien moeten wij hierbij bedenken dat patiënt en arts ieder „op eigen terrein” het sterkst zijn. Geven wij een patiënt een advies, waarvan kan worden verwacht dat dit op weerstanden zal stuiten, dan is de spreekkamer de beste plaats; een gesprek, waarin wij steun willen geven, willen bemoedigen, kan beter bij de patiënt thuis plaats vinden.
- 3 *Het is noodzakelijk alleen aandacht voor de patiënt te hebben*. Tijdens het gesprek is het beter geen aantekeningen te maken (Garrett).
- 4 *Het is nodig de patiënt te aanvaarden zoals hij als mens is, zonder te oordelen, en zijn zelfbeschikkingsrecht te erkennen* (Barnhoorn). Dit wil dus zeggen dat men niet agressief gaat reageren als de patiënt onze goedgemeende adviezen niet opvolgt: een advies is gemakkelijker te geven dan op te volgen. In het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft men in 1953 een „bill of rights” van de patiënt opgesteld, waarin dit punt verder wordt uitgewerkt — (1954) *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 9, 114.
- 5 *Het is goed de eigen taak ten opzichte van de*

patiënt duidelijk in het oog te houden (Goubitz). De vraag bijvoorbeeld, of het de taak van de huisarts is de patiënt aan het werk te sturen, moet ieder voor zichzelf in de concrete situatie trachten op te lossen, wil het gesprek niet vastlopen of in een discussie met de patiënt ontaarden.

- 6 *Het is nodig te letten op de vorm van onze vragen* (Garrett). Soms is het nuttig vragen te stellen waarop alleen met ja of neen kan worden geantwoord, een andere keer moeten onze vragen er toe leiden een verhaal uit te lokken.
- 7 *Het is nuttig sommige vragen tijdens het lichamelijk onderzoek te stellen*. Het lichamelijk onderzoek maakt de patiënt min of meer tot object, de distantie wordt geaccentueerd waardoor het antwoorden gemakkelijker gaat; dit wordt nog versterkt door het feit, dat de gesprekspartners elkaar niet aankijken.
- 8 *Het is beter eigen problemen niet ter sprake te brengen*. Tegenover onze patiënten geldt het woord van Rümke: „Maximale nadering met behoud van distantie”.
- 9 *Het is belangrijk speciaal aandacht te schenken aan de eerste woorden van de patiënt en aan diens slotopmerkingen* (Garrett). De wijze, waarop de klacht wordt „gebracht”, komt vooral goed naar voren uit de eerste zinnen van de patiënt, terwijl de slotzin soms een demasqué lijkt, waardoor het symptoom, dat eerst zo belangrijk scheen, tot „maskersymptoom” degradeert.
- 10 *Het is zelden nuttig het gesprek langer dan een uur te laten duren*.

- Barnhoorn, J. A. J. (1960) Individueel maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg. H. E. Stenfert Kroese, Leiden.
- Berg, J. H. van den (1956) Persoon en wereld. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Ewing, J. A. (1960) *Practitioner* 184, 70; (1960) huisarts en wetenschap 3, 398 (ref.).
- Garrett, A. (1952) Gesprekstechniek, beginselen en methoden. Uitgave Sociale Academie, Amsterdam.
- Goubitz, E. (1959) T. Maatsch. Werk, 13, 1.
- Hoesel, A. F. G. van (1957) Zindelijk denken. H. Nelissen, Bilthoven.
- Muntendam, P. (1960) huisarts en wetenschap 3, 387.
- Meininger, J. V. (1958) De patiënt en zijn geneesheer. Orion, 's-Gravenhage.
- Nederlands Gesprekcentrum (1960) Publikatie no. 19.
- Oldendorff, A. (1959) Mensen onder elkaar. Het Spectrum, Utrecht.
- Peursen, C. A. van (1959) Om de leefbaarheid van het bestaan. De Tijdstroom, Lochem.
- Poslavsky, A. (1956) Voordrachten over medische psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Rümke, H. C. (1948) Studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Scott, R. e.a. (1960) Brit. med. J. II, 293; (1960) huisarts en wetenschap 3, 466 (ref.).
- Tolstoj, L. N. (1946) De dood van Iwan Iljitsj. Wereldbibliotheek, Amsterdam.
- Westerman Holstyn, A. J. (1948) Grondbegrip der psychoanalyse. Erven J. Bijleveld, Utrecht.
- Idem (1950) Handboek van het moderne denken. Van Loeghuin Slaterus, Arnhem.