

# Gedragwetenschappen in het medisch curriculum

## Het aspect van de kennisoverdracht

DOOR DR. L. J. MENGES\*

### INLEIDING

Er bestaat nog maar weinig verschil van mening over de wenselijkheid de gedragwetenschappen binnen het kader van het medisch onderwijs een bijdrage te doen leveren. Weliswaar is hierop van de zijde der gedragwetenschappen herhaaldelijk aangedrongen, maar de krachtigste stimulans is voortgekomen uit een aantal ontwikkelingen binnen de geneeskunde zelf. Aansluitend bij *Smith* en *Vaughan* kunnen onder andere de hiernavolgende veranderingen worden genoemd, die de functie van de gedragwetenschappen voor de geneeskunde hebben geaccentueerd:

- a demografische veranderingen: met name kan hier worden gewezen op de stabilisatie van het geboortecijfer in dit deel van de wereld en op de deels daarmee samenhangende veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking. Hierdoor wordt een reeks sociaal-medische problemen opgevoerd;
- b het veranderend ziekte-patroon; het „kennen” van de zieke en zijn psycho-sociale omstandigheden blijkt voor een adequate behandeling steeds meer noodzakelijk. Bij een groeiend aantal ziektebeelden schiet een eenzijdig somatische benadering tekort;
- c veranderingen in medisch-technologisch opzicht: transplantatie, chemotherapie, bevolkingsonderzoek, enzovoort, induceren nieuwe vraagstukken, waarop de geneeskunde – in de beperkte zin van het woord – onvoldoende greep kan krijgen;
- d veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg; zowel in de intra- als extra-murale zorg komt het accent steeds meer te liggen op samenwerkingsverbanden binnen de

medische discipline en met andere disciplines.

Het moet uitgesloten worden geacht dat de medische docenten voldoende aandacht kunnen schenken aan de gedragwetenschappelijke aspecten van ziekte en ziek-zijn. Wie echter, op grond van deze constatering, zonder meer stelt dat gedragwetenschappers bedoelde taak dan maar op zich moeten nemen, onderschat de problemen.

Het wantrouwen, waarmee – althans tot voor kort – gedragwetenschappers in het medisch onderwijs werden bekeken, was ten dele zeer begrijpelijk. In de eerste plaats werd de gedragwetenschappelijke bijdrage vaak onvoldoende geïntegreerd aangeboden, te incidenteel en verbrokken, zodat zij weinig effect sorteerde. In het beste geval konden studenten eens vrijblijvend kennis maken met enige psychosociale aspecten van het medisch handelen. Bovendien hield de medische student, gewend als hij is aan een meer rechtlijnige uiteenzetting, niet zelden een nogal verwarde eind-indruk over: hoe kan iemand door de bomen van zoveel, soms radicaal verschillende richtingen, scholen en stromingen nog het bos van de gedragwetenschappen overzien? Tenslotte ontbrak het de gedragwetenschappen ook nog aan de nodige kennis en het inzicht betreffende de medische situatie. Dientengevolge werden kennis en vaardigheden te „theoretisch” – te weinig adequaat en relevant – aangeboden, hetgeen weinig inspirerend werkte.

Gaandeweg echter zijn de gedragwetenschappen in een ontwikkelingsfase gekomen, die het hun vertegenwoordigers mogelijk maakt in samenwerking met medici werkelijk vruchtbaar te participeren in het medisch curriculum. In de eerste plaats is de medische situatie in toenemende mate onderwerp van gedragwetenschappelijk onderzoek geworden, waardoor belangrijke basisconcepten konden worden opgesteld en beproefd. Voorts zijn binnen de gedrag-

wetenschappen de therapeutische mogelijkheden niet slechts uitgebreid maar ook meer gericht op „medische patiënten”; tenslotte is langzamerhand veel ervaring opgedaan in begeleiding van medische teams en van allerlei interdisciplinair samenwerkende groepen.

Wanneer echter wordt gesproken over de gedragwetenschappelijke bijdrage aan het medisch curriculum dient een dwingende eis te worden gesteld: het is absoluut noodzakelijk dat deze bijdrage wordt geleverd binnen het kader van een zowel inzichtelijk als overzichtelijk helder systeem, dat bovendien gegevens, vaardigheden, enzovoort aanbiedt, die relevant zijn voor het medisch handelen. Eerst dan kan bedoelde bijdrage worden geïntegreerd in het geheel van de medische opleiding en loskomen uit de sfeer van vage vrijblijvendheid.

Het in dit artikel aangeboden schema wil nu op het punt van de kennisoverdracht de gedragwetenschappelijke gegevens zodanig aanbieden, dat wordt voldaan aan de hiervoor gestelde eis van systematische benadering.

### RESTRICTIES

Alvorens het schema te bespreken zij met nadruk gewezen op een aantal beperkingen, dat ik mij in dit artikel heb opgelegd:

1 De taak van de gedragwetenschappen in het medisch curriculum kan globaal als volgt worden aangeduid:

- a de begeleiding van veranderingsprocessen en de daarmee verband houdende attitude-training, zowel groeps- als persoonlijk-gericht;
- b de training in sociale vaardigheden, zoals gespreksvoering, luisterhouding, non-verbaal communiceren;
- c de kennis-overdracht.

Zoals in het opschrift van dit artikel is aangeduid, beperk ik mij hier geheel tot het laatstgenoemde punt: het systeem, waarbinnen de kennisoverdracht kan plaatsvinden. Wel zal, zo hoop ik, tevens

\* Afdeling klinische psychologie, Rijksuniversiteit te Leiden, faculteit der Sociale Wetenschappen.

duidelijk worden, dat dit systeem volop mogelijkheden biedt om de onder a en b genoemde trainingen aan te sluiten op een reeks van voor de aanstaande arts relevante onderwerpen.

2 Met opzet wordt hier niet ingegaan op de vraag welk instituut of orgaan binnen of buiten de medische faculteit het onderwijs in de gedragswetenschappen moet organiseren. Dat is een afzonderlijk punt van discussie.

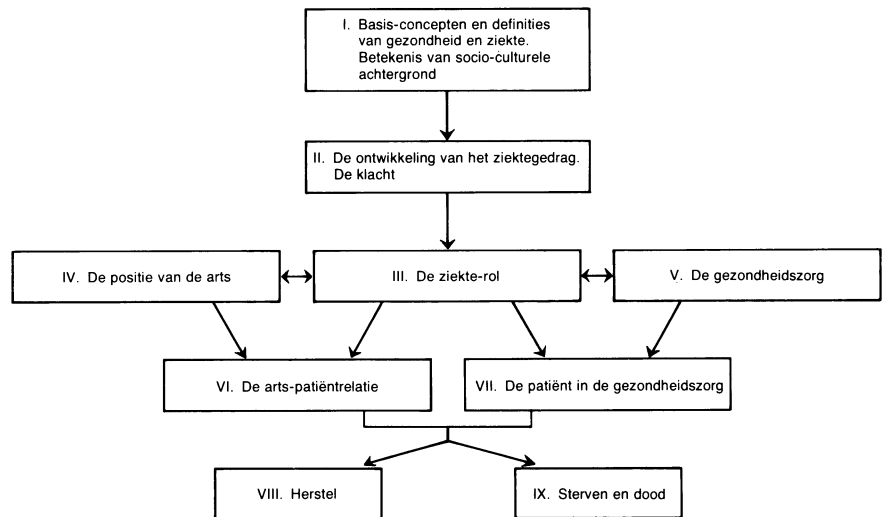
3 De invalshoek van de schrijver is primair een klinisch-psychologische. Niettemin wordt hier uitgegaan van de gedragswetenschappen als één geheel, zowel medische sociologie, medische psychologie als andere vakgebieden omvattend. Het lijkt mij ideaal als het hier betreffende onderwijs wordt aangeboden door een hecht samenwerkende groep – samengesteld uit medewerkers van de sociale en medische faculteiten – die aan de studenten reeds iets van interdisciplinaire samenwerking zichtbaar maakt.

4 Een laatste restrictie betreft het feit, dat in het hiernavolgende schema vrijwel niet wordt ingegaan op de psychopathologie en daarmee samenhangende, doorgaans door de afdeling psychiatrie te verzorgen onderwerpen. Dit wil uiteraard geenszins zeggen dat ook op dit terrein niet naar integratie zou moeten worden gestreefd.

#### HET SCHEMA

In de achterliggende jaren heb ik in mijn taak als docent medische psychologie en in contact met uiteenlopende groepen studenten en cursisten bij anderen en mijzelf de behoefte gevoeld te werken vanuit een schema, dat de gegevens in een natuurlijke, logische opeenvolging bespreekbaar maakt en wel zodanig, dat achtereenvolgens al die zaken naar voren komen die relevant zijn voor het individu dat een ziekteperiode doormaakt. Deze grondgedachte kon verder worden uitgewerkt nadat ik kennis had genomen van een artikel van *Mc. Kinlay* waarin deze medische socioloog zijn „patient-career concept” aanbiedt. *Mc. Kinlay* maakt zijn bedoeling duidelijk aan de hand van een *schema*, hierbij weergegeven in door mij enigszins gewijzigde vorm:

*Schema, vrij naar Mc. Kinlay. Voor toelichting zie tekst.*



In het hiernavolgende gedeelte van het artikel wil ik trachten het schema nader toe te lichten en uit te werken, waarbij ik op het punt van de medische sociologie gebruik zal maken van *Mc. Kinlay's* aanwijzingen doch tevens een aantal onderwerpen uit de medische psychologie zal inbrengen teneinde te streven naar een geïntegreerde gedragswetenschappelijke bijdrage.

#### TOELICHTING SCHEMA

In het onderstaande zal de volgorde van het schema worden aangehouden. Na een beknopte beschrijving van de onderwerpen die in elke rubriek kunnen worden behandeld, volgen enkele literatuur-voorbeelden, uiteraard vrij willekeurig gekozen. Korthedshalve wordt bij deze voorbeelden slechts de auteur en de titel van de publikatie vermeld; voor de volledige literatuurgegevens zie men de aan dit artikel toegevoegde literatuurlijst.

I. *Basisconcepten en definities van gezondheid en ziekte; betekenis van de socioculturele achtergrond.*

Vooreerst gaat het hier om het verschaffen van enig inzicht in de veranderingen, welke de opvattingen betreffende gezondheid en ziekte ondergaan in verschillende tijdsperiodes, in verschillende culturen en maatschappelijke systemen. In het bijzonder kan worden gewezen op de invloed van toegenomen medische

(technologische) kennis op de houding, door mensen tegenover problemen van ziekte en gezondheid aangenomen. Ook het vraagstuk van de ziekte-spreiding naar leeftijd, geslacht en sociale klasse komt hier aan de orde. Tenslotte kan worden aangetoond, dat de „abnormaliteit” van ziekte evenzeer discutabel is als de „normaliteit” van gezondheid.

#### Literatuur-voorbeelden:

C. *Aakster*: Sociocultural variables in the etiology of health disturbances;  
 D. *Apple*: Sociological studies of health and illness;  
 J. H. *van den Berg*: Het menselijk lichaam;  
 C. C. *Herzlich*: Health and illness;  
 E. G. *Jaco*: Patients, physicians and illness;  
 A. *Mitscherlich en anderen*: Der Kranke in der modernen Gesellschaft;  
 G. *Rosen*: Health, history and the social sciences.

II. *De ontwikkeling van het ziektegedrag; de klacht.*

In dit kader kan aandacht worden geschonken aan de verschillende geneeskundige visies – somatogenese, psychogenese, integrale geneeskunde – en aan de consequenties daarvan voor het medisch handelen. Aansluitend op hetgeen eerder is gezegd over de invloed van het sociocultureel milieu op het ziektegedrag, kan hier de betekenis van het persoonlijk milieu (huwelijk, gezin, huisves-

ting, werksituatie) worden aangegeven en tevens de functie van „cues” of „triggers” op de ontwikkeling van het ziektegedrag. De „klacht” kan vervolgens worden gezien als een communicatieve „act” na een decompensatie. Problemen als stigmatisering, vrees voor de ziekte en symptoom-perceptie behoren ook tot deze rubriek, evenals de betekenis van pijn. Tenslotte kan worden gewezen op vragen rond de zelfmedicatie van patiënten en op de functie van leken als raadgevers.

#### Literatuur-voorbeelden:

*E. Freidson*: Client control and medical practice;  
*E. Goffman*: Stigma;  
*A. Jores*: Um eine Medizin von Morgen; *Psychosomatic Classics* (selected papers);  
*A. Querido*: Inleiding tot een integrale geneeskunde;  
*R. A. Sternbach*: Pain-patients;  
*J. A. Weyel*: Medische psychologie;  
*J. A. Weyel*: De mensen hebben geen leven;  
*H. G. Wolff*: Stress and disease;  
*I. K. Zola*: Culture and symptoms.

#### III. De ziekte-rol

In aansluiting op gedachten, in de vorige rubriek ontwikkeld, wordt hier het begrip „ziekte-rol” centraal gesteld, zoals dit vooral door *Parsons* is belicht en daarna door anderen verder is uitgewerkt. Daarbij gaat het onder meer over de invloed van het ziek-zijn op de perceptie en het gedrag van de patiënt zelf en als gevolg daarvan op de gedragingen en percepties van anderen in de omgang met de patiënt. Vanuit het rolconcept kan vervolgens worden besproken hoe ziekte tot „winst” of „verlies” kan leiden.

#### Literatuur-voorbeelden:

*J. H. van den Berg*: Psychologie van het ziekbed;  
*G. Gordon*: Role theory and illness;  
*T. Parsons*: The social system;  
*H. Philipsen*: Het verloop van een ziektegeval en de aanvaarding van de rol van patiënt;  
*A. C. Twaddle*: Illness and deviance;  
*A. C. Twaddle*: The concept of health status;

*H. Waitzkin*: Latent functions of the sickrole;

*J. I. Williams*: Disease as deviance.

#### IV. De positie van de arts.

In de eerste plaats kan hier worden geduid op het feit dat positie en functioneren van de arts mede worden bepaald door maatschappelijke verhoudingen, en dat veranderingen in maatschappelijke verhoudingen – vooral in onze, in dit opzicht turbulente tijd – zijn positie en functioneren zeker niet onaangetast zullen laten. Een aantal consequenties daarvan kan in bespreking worden gebracht.

Een ander onderwerp in dit kader is de geneeskundige opleiding. Vorm en inhoud van deze opleiding zijn sterk bepalend voor het functioneren van de toekomstige arts; de opleiding is een leerproces waarbij alle aspecten van het toekomstig functioneren zijn betrokken, óók als ze niet expliciet aan de orde komen.

#### Literatuur-voorbeelden:

*E. Freidson*: Profession of medicine;  
*E. Freidson*: Patients' views of medical practice;  
*H. J. Lief*: The psychological basis of medical training;  
*Social Science & Medicine*, Vol. 7: geheel gewijd aan „The teaching of behavioural science in medical schools”.

#### V. De gezondheidszorg.

Het gaat in deze rubriek in de eerste plaats om informatie over allerlei bestaande vormen van gezondheidszorg, bij voorkeur geënt op concrete situaties in een regio. Daarin past tevens een beschrijving van de „sociale kaart” in een regio, waarbij kan worden ingegaan op mogelijkheden, beperkingen en wensen ten aanzien van de samenwerking tussen de verschillende hulpverlenende organen. Tenslotte zou in deze rubriek aandacht kunnen worden gegeven aan vormen en mogelijkheden van psychotherapeutische hulpverlening.

Literatuur-voorbeelden: Zie onder VII.

#### VI. De arts-patiënt-relatie.

In het middelpunt staat hier het speci-

fieke karakter van de arts-patiënt-relatie en de ontwikkeling van een aantal nieuwe inzichten in die relatie, zowel gericht op de extramurale zorg (huisarts) als op de intramurale zorg (het concept van de therapeutische gemeenschap, nieuwe verplegingsmodellen, enzovoort). Daarnaast kan worden ingegaan op een aantal factoren, dat in de arts-patiënt-relatie de perceptie beïnvloedt, waardoor het contact in het algemeen, het ziektegedrag, de behandeling, het verwijzen en dergelijke, wordt beïnvloed.

Nota bene: zoals hiervoor reeds uiteengezet, ga ik niet expliciet in op de psychiatrische aspecten van de gezondheidszorg, op de arts-patiënt-relatie in de psychiatrie en op een aantal recente ontwikkelingen in de psychiatrie, zoals bij voorbeeld de „anti-psychiatrie”. Niettemin lijkt het gewenst dat deze onderwerpen eveneens in dit kader, dus geïntegreerd, worden besproken.

Literatuur-voorbeelden: Zie onder VII.

#### VII. De patiënt in de gezondheidszorg.

Vooreerst kan in deze rubriek worden aangegeven welke positie de patiënt in de huidige gezondheidszorg – gedifferentieerd naar de verschillende echelons – inneemt en welke problemen van informatie, communicatie en samenwerking zich daarbij voordoen. Aansluitend kan nader worden ingegaan op enkele nieuwe hulpverleningsmodellen in de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld het buurt- of wijkgerichte gezondheidscentrum, waarbij kan worden gediscussieerd over actuele vraagstellingen die op dit gebied veelal een rol spelen: centralisatie of decentralisatie, het probleem van de drempelverlaging, de integratie van professionele en vrijwillige hulpverlening en het werken met groepen en teams.

Literatuur-voorbeelden: Daar in de literatuur de in de rubrieken V, VI en VII behandelde onderwerpen in het algemeen niet kunnen worden onderscheiden, is in de nu volgende literatuuropgave de stof van deze drie rubrieken samengevoegd.

*H. J. van Aalderen & W. P. van den Hout*: De huisarts;

*E. Balint, J. S. Norell*: Six minutes for the patient;  
*M. Balint*: The doctor, his patient and the illness;  
*J. Bergsma*: Psychologie in het ziekenhuis;  
*S. Bloom*: The doctor and his patient;  
*G. J. Bremer en anderen*: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde;  
*J. J. C. B. Bremer*: De ziekenhuispatiënt;  
*M. A. Bremer-Schulte*: Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg;  
*E. Th. Cassee*: Kommunikatie en therapeutisch gedrag;  
*R. S. ten Cate*: De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk;  
*H. J. Dokter*: Tot een hoeksteen;  
*J. C. M. Hattinga-Verschure*: Patiënt, ziekenhuis, gezondheidszorg op weg naar 2000;  
*M. W. Jongtsma en anderen*: Arts en verpleegkundige in het ziekenhuis;  
*H. L. Kunneman*: Pleidooi voor een decentralisatie van de gezondheidszorg;  
*H. Lamberts*: Het sociale model in de huisartsgeneeskunde;  
*H. Leenen*: Het gezondheidscentrum in de samenleving;  
*R. A. de Melker*: Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin;  
*C. Michener & H. Walzer*: Developing a community mental health volunteer system;  
*J. F. van Ravenzwaaij*: Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg;  
*T. S. Szasz & M. H. Hollander*: A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship;  
*A. J. H. Thiadens & M. J. Smulders-Aghina*: De verpleegkundige die ons toe-komt;  
*C. Trimbos*: Morgen brengen;  
*A. de Vries*: Gezin en hulpverlening in dorp bij stad;  
*I. K. Zola*: Pathways to the doctor.

#### VIII. Herstel.

In deze rubriek past eerst een bespreking van de psycho-sociale aspecten van de herstelperiode en van de revalidatie. Daarnaast dient, in overeenstemming met hetgeen hiervoor (in rubriek III), is opgemerkt, aandacht te worden gevraagd voor de betekenis van de beëindiging van de ziekte-ról en de invloed, die

de omgeving daarbij uitoefent. Ook de revalidatie in de werksituatie kan hier een gesprekspunt vormen. Dit leidt vervolgens tot consequenties voor de nazorg van patiënten, waarbij eventueel nog afzonderlijk kan worden ingegaan op specifieke begeleidingsproblemen (bijvoorbeeld na een hartinfarct, ernstig ongeval, amputatie).

#### Literatuur-opgaven:

*Interim rapport revalidatie-commissie*;  
*W. B. Sussman*: Sociology and rehabilitation;  
*J. A. Weyel*: Motivatie en geschiktheid tot revalidatie;  
 Literatuur over specifieke begeleidingsproblemen.

#### IX. Sterven en dood.

Een algemene beschouwing van de betekenis van sterven en dood in onze samenleving kan hier uitgangspunt zijn. Op die basis kan voorts aandacht worden besteed aan de begeleiding van ernstig zieken en stervenden, aan het probleem van de waarheid aan het ziekbed en aan de taak van de arts en van andere betrokkenen in dit opzicht. Tenslotte dient ook de begeleiding van nabestaanden aan de orde te komen, temeer nu recent onderzoek het belang van een adequate rouw-verwerking en dus de noodzaak van bedoelde begeleiding klemmend heeft aangetoond.

#### Literatuur-opgaven:

*H. Faber en anderen*: Over dood en sterven;  
*H. Faber en anderen*: Nabestaan;  
*J. Fortuin*: Als kinderen nabestaanden zijn geworden;  
*Intermediair-reeks* „Het naderend einde”;  
*M. F. V. Symposion*: Menswaardig sterven.

#### SLOTOPMERKINGEN

Het hier besproken schema lijkt nogal omvangrijk; de indruk wordt gewekt dat een dergelijke bijdrage van de gedragswetenschappen in het medische curriculum veel tijd en ruimte zal vragen. Die indruk is echter niet terecht. De belangrijkste doelstelling achter dit schema is

een ordening in een natuurlijke, aan de praktijk van de gezondheidszorg ontleende opeenvolging. Ideaal lijkt het mij, indien in elk curriculumjaar steeds het gehele schema globaal aan de orde wordt gesteld – zodat steeds de samenhang blijkt – waarna per jaar een der rubrieken grondiger wordt behandeld. Op deze wijze krijgen in de loop van de studie alle onderdelen aandacht, terwijl steeds vanuit het totaal-beeld wordt gewerkt. Naar ik stellig meen kan zo worden volstaan met tien tot twaalf college-uren per jaar (in blokvorm), al is dit uiteraard wel het minimum en blijft uitbreiding van het aantal uren zeer gewenst. Voor de realisering van een dergelijk programma is het voorts van veel belang dat in het onderwijsteam gedragswetenschappers en artsen nauw samenwerken.

Tenslotte moet ik nog opmerken dat het geenszins mijn bedoeling is geweest een volledig schema te bieden. Sommige relevante onderwerpen, zoals bijvoorbeeld een ontwikkelingspsychologisch hoofdstuk (leeftijdscfasen) zijn niet gerubriceerd, terwijl anderzijds overlapping van onderwerpen onvermijdelijk bleek. Hoofdzaak is dat het hier geboden schema wellicht kan bijdragen tot de discussie tussen artsen en gedragswetenschappelijke docenten, gericht op een werkelijke integratie van de twee vakgebieden ten dienste van een doeltreffend onderwijsprogramma.

#### Samenvatting

Van de noodzaak van de bijdrage van de gedragswetenschappen aan het medisch curriculum is langzamerhand ieder wel overtuigd. Dat de realisering ervan echter de nodige problemen oproept, is ten dele een gevolg van het feit, dat de gedragswetenschappelijke bijdrage te weinig geïntegreerd wordt aangeboden, te weinig relevant ook voor de medische situatie. Nodig is dat bedoelde bijdrage binnen een, zowel inzichtelijk als overzichtelijk, helder systeem wordt gepresenteerd. De taak van de gedragswetenschappen binnen het curriculum kan als volgt worden aangeduid:

1. begeleiding van veranderingsprocessen en attitude-training;
2. training in sociale vaardigheden;
3. kennis-overdracht.

In dit artikel beperkt de schrijver zich volledig tot het laatstgenoemde punt: de kennis-overdracht.

- Summary. Behavioral sciences in the medical curriculum. The necessity of the contribution of the behavioral sciences to the medical curriculum has gradually come to be widely accepted. The fact that fulfilment of this need poses various problems, however, is partly due to a presentation of the contribution of the behavioral sciences which is insufficiently integrated and insufficiently relevant to the medical situation. This contribution should be presented within a system which is clearly understandable and surveyable. The task of the behavioral sciences in the curriculum can be outlined as follows: 1 guidance of change processes and attitude training; 2 training in social skills; 3 transfer of knowledge. The author of this article confines himself entirely to the transfer of knowledge.*
- Aakster, C. Sociocultural variables in the etiology of health disturbances. Proefschrift, 1972.
- Aalderen, H. J. van en W. P. van den Hout. De huisarts. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1971.
- Apple, D. (editor) Sociological studies of health and illness. Mc. Graw-Hill, London, 1960.
- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman, London, 1957.
- Balint, E. en J. S. Norell. Six minutes for the patient. Tavistock Publ., London, 1973.
- Berg, J. H. van den Het menselijk lichaam, I en II. Callenbach, Nijkerk, 1961.
- Berg, J. H. van den Psychologie van het ziekbed. Callenbach, Nijkerk, 1954.
- Bergsma, J. Psychologie in het ziekenhuis. De Tijdstroom, Lochem, 1969.
- Bloom, S. W. The doctor and his patient. The Free Press, New York, 1965.
- Bremer, G. J. en anderen Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
- Bremer, J. J. C. B. De ziekenhuispatiënt. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1972.
- Bremer-Schulte, M. A. Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1973.
- Cassee, E. Th. (1970) Ziekenverpl. 23, 524, 564 en 630.
- Cate, R. S. ten De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1973.
- Dokter, H. J. Tot een hoeksteen. Bohn, Amsterdam, 1973.
- Faber, H. en anderen Over dood en sterven. Universitaire Pers, Leiden, 1971
- Faber, H. en anderen Nabestaan. Callenbach, Nijkerk, 1969.
- Fortuin, J. Als kinderen nabestaanden zijn geworden; in W. M. Hirs (redactie): Hulpverleners en veranderen. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.
- Freidson, E. 1960 Am. Journal Sociol. 65, 374.
- Freidson, E. Profession of medicine. Dodd & Mead, New York, 1970.
- Freidson, E. Patients' view of medical practice. Russell, New York, 1961.
- Goffman, E. Stigma. Penguin Books, 1968.
- Gordon, G. Role theory and illness. Coll. & Univ. Press, New Haven, 1966.
- Hatinga-Verschure, J. C. M. Patient, ziekenhuis, gezondheidszorg op weg naar 2000. Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel, 1971.
- Herzlich, C. Health and illness, Acad. Press, London/New York, 1974.
- Interim-rapport revalidatie-commissie M.G.D. en N.I.P.G., Leiden, 1970.
- Intermediair-reeks „Het naderend einde”. Ter perse bij Boom, Meppel.
- Jaco, E. G. (editor) Patients, physicians and illness. Free Press, New York, 1958.
- Jongsma, M. W. (redactie) Arts en verpleegkundige in het ziekenhuis. Universitaire Pers, Leiden, 1970.
- Jores, A. Um eine Medizin von Morgen. Huber, Bern, 1969.
- Kunneeman, H. L. Pleidooi voor een decentralisatie van de gezondheidszorg. Batteljee & Terpstra, Leiden, 1970.
- Lamberts, H. (1972) huisarts en wetenschap, 15, 369.
- Leenen, H. 1973 Metamedica 5, 409.
- Lief, H.I. (editor) The psychological basis of medical training. Harper & Row, New York, 1964.
- Mc. Kinley, J. B. (1971), Soc. Sc. & Med. 5, 441.
- Melker, R. A. de Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1973.
- Medische Faculteit Vereniging Nijmegen Symposium: Menswaardig sterven. Nijmegen, 1973.
- Michener, C. en H. Walzer (1970) Soc. Work, 15, 60.
- Mitscherlich, A. en anderen: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer & Witsch, Köln/Berlin, 1970.
- Parsons, T. The social system. Free Press, Clencoe, 1951.
- Philipsen, H. Het verloop van een ziektegeval en de aanvaarding van de rol van patiënt; in W. M. Hirs (redactie): Hulpverleners en veranderen. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.
- Psychosomatic Classics (selected papers). Karger, Basel, 1972.
- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.
- Ravenzwaaij, J. F. van Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg. Boom, Meppel, 1972.
- Rosen, G. (1973) Soc. Sc. & Med. 7, 233.
- Smith, A. & D. H. Vaughan Education for practice and research in public health. Paper for the First International Conference Social Science & Medicine, Aberdeen, september 1969.
- Social Science & Medicine. Volume 7 van december 1973 is geheel gewijd aan „The teaching of behavioural science in medical schools”.
- Sternbach, R. A. Pain-patients. Acad. Press., London/New York, 1974.
- Sussman, M. B. Sociology and rehabilitation. Amer. Sociol. Ass., 1965.
- Szasz, T. S. en M. H. Hollander. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. (1956) Arch. Intern. Med. 97.
- Thiadens, A. J. H. en M. J. Smulders-Aghina: De verpleegkundige die ons toekomt. Werkgroep 2000. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1971.
- Trimbos, C. Morgen brengen. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.
- Twaddle, A. C. (1973) Soc. Sc. & Med. 7, 751.
- Twaddle, A. C. (1974) Soc. Sc. & Med. 8, 29.
- Vries, A. de Gezin en hulpverlening in dorp bij stad. Proefschrift, 1973.
- Waitzkin, H. (1971) Soc. Sc. & Med. 5, 45.
- Weyel, J. A. Medische psychologie. Bijleveld, Utrecht, 1961.
- Weyel, J. A. De mensen hebben geen leven. Bohn, Haarlem, 1970
- Weyel, J. A. Motivatie en geschiktheid tot revalidatie. (1970) Arts en Soc. Verzekering, juninummer.
- Williams, J. I. (1971) Soc. Sc. & Med. 5, 219.
- Wolff, H. G. Stress and disease. Thomas, Illinois 1968.
- Zola, I. K. (1966) Amer. Sociol. Rev. 31, 615.
- Zola, I. K. Pathways to the doctor. Paper for the First International Conference Social Science & Medicine, Aberdeen, september 1969.