

Astma en ziektegedrag bij kinderen en volwassenen

DR. K. GILL*

Op 21 en 22 november 1980 organiseerde het Nederlands Astma Fonds in De Doelen in Rotterdam een congres over het thema De relatie tussen respiratoire aandoeningen in de jeugd en op volwassen leeftijd. Het volgende artikel bevat de enigszins omgewerkte tekst van een van de voordrachten op dit congres.

Inleiding

Astma als ziekte wordt door empirici gedefinieerd op grond van objectieve criteria en identificeerbare abnormaliteiten: aanvalsgewijs optreden van een expiratoire dyspnoe, min of meer frequent en zeer wisselvallig ziek-zijn met verschijnselen van bronchitis, hoesten en koorts. Ook al voegen wij daaraan een classificatie toe in atopisch of niet-atopisch, intrinsiek of extrinsiek, chronisch of niet-chronisch, astma blijft daarmee een abstractie, een etiket, een onpersoonlijke veralgemenisering. De abstractie verandert, als de huisarts zijn patiënt met de zojuist omschreven verschijnselen ontmoet. Hij ziet dan een patiënt die de ziekte heeft, maar tevens de ziekte is, ziek is met een eigen coloriet. „Achter het generaliserend tableau gaat ook nog zoiets als een mens schuil” (*Vestdijk*). De „disease” of „disease” wordt concrete werkelijkheid, als de arts zijn patiënt die naar lucht snakt, wil helpen en beter maken. De disease is dan „illness” geworden, de subjectieve verwerkelijking van de „disease” die de autonomie van de zieke bedreigt. De disease krijgt daarmee het karakter van „disability”, „disadvantage”, „disarmament”, van een „disaster” en misschien wel van een „discrimination”, die de patiënt in een isolement plaatsen. In deze context maken onderzoek, diagnose en behandeling alléén de begeleiding van de patiënt tot technologisch handelen, tot een reductie van somatische processen, waarbij het menselijk contact op de achtergrond raakt. Begeleiding met een gnostisch, kennend contact maakt

de behandeling nog niet tot „care”. Doordat wij, mede ten gevolge van het wisselend karakter van de pathogenetische aspecten van astma, er lang niet altijd in slagen de patiënt te helpen, beweegt astma zich tussen een „cure-disease” en een „care-disease”, tussen enerzijds professionele hulp en anderzijds zelf- en mantelzorg en ook zelfhulp en zelfbeleid. Hoewel beide vormen van hulp een verbetering van de leefbaarheid beogen, moet worden vastgesteld dat de behoeften en verwachtingen van de patiënt lang niet altijd in overeenstemming zijn met de attitude van zijn naasten en zijn dokter.

Syndroom versus proces

Het is in de geneeskunde gebruikelijk een cluster van symptomen die in een onderlinge samenhang worden waargenomen, een syndroom te noemen. In dit artikel wil ik astma echter niet beschouwen binnen het statische en rigide model van een syndroom, maar als een *proces-ziekte*: een ontwikkelingsgang, een reeks van medische, psychologische en maatschappelijke gebeurtenissen: een triade dus van elkaar wederkerig beïnvloedende elementen, al dan niet in een oorzakelijk en/of samenhangend verband, even onvoorspelbaar als astma zelf. Het procesmatige verloop van astma wordt onderstreept door de definitie van de Working Group on Definition of Asthma: „a reversible obstructive airway disease”.

Iedere mens komt ter wereld met een pakket van hereditaire eigenschappen en doorloopt daarmee een aantal levensfasen met verschillende adaptatiemogelijkheden, die door milieufactoren worden gekleurd. Deze factoren

De praktijk is niet de vijand van theoretische kennis, maar haar meest waardevolle prikkel.

K. Popper

Het begin van elke ernstige ziekte betekent een halt.

J. H. van den Berg

kunnen van allergische, infectieuze, psychosociale en provocerende aard zijn. Door astma op te vatten als een procesziekte, voorkomt de huisarts dat hij tegenover de patiënt staat als de deskundige tegenover de ziekte, en kan hij met en naast de patiënt in de levensfase waarin deze laatste verkeert, zoeken naar de relevante factoren die op dat moment een rol spelen, zowel ten aanzien van zijn klachten en de verwerking daarvan, als ten aanzien van adaptatie en herstel. Deze visie sluit de geprefabriceerde astmapersoonlijkheid in een medisch model uit en biedt ruimte het verbale en non-verbale gedrag van de patiënt in zijn milieu te evalueren en het functionele coloriet van de somatische ziekte te onderkennen.

Cure én care

Nog al te veel worden „cure” en „care” als tegenstellingen gezien. De gezondheidszorg als geheel en de dokter in het bijzonder hebben echter de plicht „to care as well as to cure” (*McCormick*). „Care” wordt nog te veel gezien als een taak die overblijft als „cure” tot de onmogelijkheden behoort.

In de actieve fase van de ziekte is het de taak van de huisarts de patiënt zo snel mogelijk te bevrijden van zijn obstructieve, bronchiale vernauwing. Daarvoor moet de drempel tot de huisarts laag zijn. De hoogte van die drempel is een graadmeter voor de arts-patiënt relatie en de bereidheid tot het aanvaarden van hulp en advies. Behalve aan de medicamenteuze therapie zal hij aandacht moeten schenken aan de vroege herkenning van relatieproblemen, aan de interacties in gezins- en leefmilieu en de verwerking van problemen.

In de symptoomloze fasen van astma is het mogelijk dat de patiënt zijn dokter opzoekt omdat hij zich ongelukkig en geïsoleerd voelt, moe en angstig is omdat het lichaam onbetrouwbaar is. Hij klaagt misschien over libidoverlies, als gevolg van vermijdingsgedrag dat kan stoelen op de fysiologische begeleidingsverschijnselen van de angst, of hij voelt zich omringd door een beklem-

* Huisarts, wetenschappelijk hoofdmedewerker Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Utrecht.

mende en benauwende zorg van ouders en familieleden. Hij heeft een vertekend c.q. negatief beeld van het eigen lichaam door zijn thoraxdeformatie (lichaamsbeeld) en reageert op spannende situaties met een onverwachte aanval. Daardoor wordt hij onzeker, hij raakt geremd in zijn sociale vaardigheden, vindt zich onaantrekkelijk en is ongelukkig. Onze patiënt lijdt niet alleen onder de symptomen die niet verborgen kunnen blijven, maar ook onder zijn uitzonderingspositie. Een en ander werkt storend in relaties met ouders, leeftijdgenoten, vrienden en vriendinnen. De patiënt is soms niet geliefd en wordt vermeden door zijn storend gedrag. Het vertrouwen in zichzelf kan worden aangetast, zowel vanwege de ongewisse kans op een aanval als vanwege het ongelegen moment waarop deze zich voordoet. De onvrijheid benauwt de patiënt, zoal niet letterlijk dan toch figuurlijk; er ontwikkelt zich dan een zelfconcept dat stamt uit zijn ziekte én de dientengevolge maar al te vaak negatieve ervaringen met zijn omgeving, hetgeen resulteert in een gebrek aan zelfwaardering.

Ziektegedrag bij astma

Gedrag is in de hedendaagse psychologie een kernbegrip; onder gedrag wordt verstaan: het doen en laten van de mens. Omdat wij ervan uitgaan dat de mens een ondeelbare eenheid is en dat alles met alles samenhangt, zijn astma en gedrag slechts aspecten van die gehele mens en heeft mijn artikel een reductionistisch karakter.

De lichamelijke verschijnselen van astma, zoals het hijgen en piepen, noodzaken eerst een ogenblik stil te staan bij de ademhaling. Het ademen, aldus *Buyten-dijk*, is meer dan enige andere fysiologische functie op de existentie betrokken. De extreme varianten van het ademen – de rustige, onbelemmerde ademhaling enerzijds en de dyspnoe anderzijds – vertonen de uiterste tegenstellingen van het bestaan, de vrijheid en de onvrijheid, ontspanning en spanning, welbevinden en onwelzijn. Tussen deze uitersten bevindt zich het ademen als uitdrukkingsveld van ziekte, stemming en emotie. Zoals een bedroefde diepe zucht bij het verlies van een geliefde – een zucht geeft lucht aan een hart vol smart – zien we een onrustige, onregelmatige hyperventilatie bij de angstige, opgejaagde mens. De ademhaling kan dus zowel een expressie van emoties als een reactie op een obstructie van de luchtwegen zijn.

Hiermee is nog niets gezegd over het ontstaan van menselijk gedrag: hoewel het niet mogelijk is in het kader van dit artikel hierop uitvoerig in te gaan, wil ik op één aspect de aandacht vestigen.

Over het algemeen is men geneigd bij het zoeken naar het ontstaan van menselijk gedrag te beginnen bij het startpunt van het bestaan op aarde, de geboorte. Factoren als milieuvervuiling worden dan vanaf de perinatale periode in de overwegingen betrokken. Wij zijn aan het einde van de twintigste eeuw echter bezig het vruchtwater van onze tijdgenoten te vervuilen. Het is bekend dat tijdens de periode van snelle hersengroei, van de tiende week van de zwangerschap tot na de geboorte, de foetale hersenen zeer gevoelig zijn voor de inwerking van talrijke schadelijke stoffen. *Swaab* heeft er in zijn oratie op gewezen hoezeer alcohol, roken, drugs, straling, industriële afvalproducten met kwik, voedseladditieven en het ongehoord hoge geneesmiddelengebruik in de zwangerschap de foetale hersengroei bedreigen en wel zodanig, dat permanente gedragsverandering hiervan het gevolg zijn. Hij spreekt zelfs van de „teratologie van het gedrag”. Hoewel onze kennis van deze aspecten van het intra-uteriene leven beperkt is, zullen we ze niettemin in de naaste toekomst op enigerlei wijze moeten betrekken in de beschouwingen over gedrag bij kinderen en volwassenen met astma.

Ik ben zo vrij nu van de „natuur” over te stappen naar de „cultuur”. Met taal en de kunst is de mens een middel gegeven, waarmee een hoge graad van helderheid en gevoeligheid kan worden bereikt. Ik acht het opmerkelijk en vermeldenswaard dat astma nauwelijks in de letterkunde en de beeldende kunst in metafoor, woord of beeld wordt aangetroffen. Misschien is dat toe te schrijven aan astma zelf, dat afsluit, dichtknijpt, zich moeilijk uit. Ik meen evenwel veel waarde te mogen toekennen c.q. te ontleenen aan de schaarse beschrijvingen van hen die zelf aan astma leden. Enkele herkenbare gedragspatronen die ik op mijn speurtocht vond, laat ik hier volgen.

Van Trousseau (1801-1867), de briljante leerling van Bretonneau, is bekend dat hij aan astma leed. Hij kreeg een ernstige aanval, toen hij in zijn schuur de eerlijkheid van zijn koetsier wilde nagaan, die bezig was de haver voor zijn paarden af te wegen (*Hühnerfeld*). Trousseau meende dat de aanval niet alleen door iets in de haver was veroorzaakt, maar ook door de ergernis (de

stress) over de onbetrouwbare koetsier. De beroemde Franse schrijver Marcel Proust (1871-1922) kreeg zijn eerste astma-aanval op negenjarige leeftijd, toen hij terugkeerde van een wandeling in het Bois de Boulogne in Parijs. Omdat Proust in zijn werken „casuïstiek” beschrijft vanuit zijn eigen referentiekader en verschillende van zijn personages als alter ego zijn te beschouwen, is het zinvol bij deze auteur stil te staan, te meer omdat hij geen causale, buiten de beleving gelegen, theoretische interpretaties geeft van het doen en laten, denken en doen van zijn figuren (*Halberstadt-Freud*).

Het kind

In de nachtkus-episode in *Jean Santeuil* krijgt het kind de ouders in zijn macht, want als het zwak en ziek is, krijgt het altijd zijn zin. In dit verhaal zijn liefde, ziekte en verdriet verstrengeld en moeten de kinderangsten van de zevenjarige Jean door de nachtkus van zijn moeder worden verdreven, omdat hij anders niet in slaap kan komen. De nachtkus-episode van de astmaticus Proust is de metafoor van de angst voor liefdesverlies, die Jean secundaire ziekte winst oplevert. Het is niet zo dat het gedrag van Jean Santeuil alléén het gedrag van het kind met astma weergeeft, want wij kennen ook het schuchtere astmatische kind, dat niet wordt begrepen en bij wie gelatenheid, onderactiviteit en pessimisme overheersen, vooral als de omgeving zich te eisend opstelt.

De praktijk leert dat het gedrag van het astmatische kind thuis aanmerkelijk kan verschillen van het gedrag buitenshuis. De school werkt waarschijnlijk ordenend, en niet alleen dat, ook de tijdrijke ontkoppeling met de overbezorgde moeder kan eraan meewerken dat de huisarts vaker tijdens het weekend dan door de week wordt geroepen.

De adolescent

De geremde adolescent met astma zal zich maar al te vaak tot de „ik durf niet”-figuren rekenen. Als gevolg daarvan tracht hij sociale situaties te ontlopen; hij zal bij voorbeeld seksuele remmingen vertonen, kortom vermijdingsgedrag. In *A la recherche du temps perdu*, beschrijft Proust, hoe de verteller zijn astma tegenover zijn grootmoeder overdrijft en haar door middel van zijn driftbuien en astma-aanvallen weet te dwingen waar hij haar hebben wil: zij brengt hem cognac, maar hem te zien drinken is voor haar een even grote

kwelling als wanneer haar man cognac drinkt. Hij chanteert zijn oma zolang tot zij verdrietig wordt, dat wil zeggen, tot hij bij haar een gevoel ziet en wordt vervolgens angstig doordat hij haar verdriet heeft gedaan.

Het misverstand in relaties, in de psychodynamica paradoxale intenties genoemd, is een voortdurend thema bij Proust; wij vinden dit misverstand terug in de gedragspatronen van onze astmatische gezinnen: de hulpeloze moeder die zich flink houdt, het kind dat razend wordt om de vertedering tegen te gaan. Proust laat ons hier zien, hoe degen die onredelijk is, woedend wordt op degen die goed voor hem is.

Het behoeft anno 1980 geen betoog, dat de behuizing en de microcultuur van het gezin waarin kind en adolescent thuishoren, een grote invloed hebben op het gedrag en misschien wel van doorslaggevend betekenis zijn. Onder ziektegedrag, aldus *Van Es*, verstaan we ook alles wat iemand die zich ziek voelt, onderneemt om weer tot herstel te komen; het op tijd inroepen van deskundige hulp is een van de onderdelen van dat gedrag. In 80 procent van de gevallen vindt eerst thuis, in het gezin overleg plaats alvorens men hulp inroept. In de premedische fase geeft men elkaar adviezen of wordt zelfmedicatie toegepast. Het inroepen van hulp hangt niet alleen af van de kennis die men van astma heeft, maar ook van de normen en waarden die in een gezin worden gehanteerd. Als het flink zijn, het niet zeuren norm is, zullen vroege diagnostiek en behandeling belemmerd kunnen worden (naar *Van Es*). In dit interactieveld tussen de eisen van de omgeving en de verlangens van de patiënt kunnen spanningen optreden.

De volwassene

Het gedrag van de volwassen astmapatiënt onderscheidt zich in zoverre van het gedrag van het kind en de adolescent, dat het meer is gedetermineerd door talrijke, heterogene factoren, zoals de maatschappelijke relevantie van beroep en inkomen, rolverwachting en rolvervulling in relatie tot de levenspartner en de daarbij voorkomende rolconflicten; daarnaast spelen de genetische code, de cultuur, het milieu en „stressful life events” een rol. Ik zal mij hier beperken tot een keuze uit dit brede veld: het enige gedicht dat ik over astma vond, geschreven door Thomas Triphon (*Bremer en Hazeu*) en het begrip „coping behaviour”.

Astma

*een benauwende keldering
waar duistere vogels schreeuwen
en wolven huilen in klemmen
waar blotevoetpaters
met ongeolieerde deuren slaan
ter ere gods
de ruimte is gevuld met vreemde talen
waarvan de cultuur niet te achterhalen is.*

Uit dit gedicht spreken ontredde, angst, isolement, eenzaamheid, versperding, onveiligheid en onzekerheid, overweldiging en traumatisering, een wereld waarin niet te leven is.

Bij al deze fenomenen staat de angst centraal. Faalangst wordt door de Social learning theory gedefinieerd als een lage verwachting ten aanzien van het bereiken van een gewaardeerd doel of een hoge verwachting te falen in het bereiken van zo'n doel (*Rotter; Phares*). Deze definitie maakt het begrijpelijk dat schuchterheid, geremdheid, vereenzaming, depressie en passiviteit (*Rattner*) en evenzeer gespannenheid, minderwaardigheid en verlegenheid tot de directe uitdrukkingvormen van angst kunnen worden gerekend. In het gedicht van Triphon wordt de mens door astma nauwelijks ruimte geboden voor ontplooiing van de persoonlijkheid en wordt de weg naar menselijke rijpheid versperd.

De vereenzaamde volwassene kan zijn medemens als onvriendelijk en vijandig beschouwen, omdat hij afkeuring en kritiek verwacht. Het zijn juist deze negatieve gedachten, die de vereenzaming versterken. In de psychologie wordt dit fenomeen de „self-fulfilling prophecy”, „zelfgestuurde voorspelling” genoemd. De onvrijheid van de astmatische patiënt kan tot depressie en passiviteit leiden, zich uitend in slecht slapen, gebrek aan eetlust en moedeloosheid. Het gebrek aan zelfvertrouwen, gepaard aan een lichamelijke moeheid, nodigt de patiënt niet uit tot daden.

Naast deze naar binnen gekeerde uitdrukkingvormen van angst kennen wij de naar de buitenwereld georiënteerde angst. Het afwijkende lichaamsidee van de astmatische patiënt, bijvoorbeeld door de thoraxdeformatie, kan de angst voor de autoriteit versterken. Tenslotte zou ik willen noemen de angst voor het gaan en staan waar men wil, de angst voor onafhankelijkheid. Het is deze „vrees voor de vrijheid”, beschreven door de Amerikaanse cultuurpsycholoog *Erich Fromm*, die is terug te voeren naar de twijfel over het eigen ik.

Proust beschrijft deze vrees voor de vrijheid op onnavolgbare wijze in *Sodome*

et Gomorrhe in *A la recherche du temps perdu*, waarin de moeder Marcel op subtiele wijze dwingt thuis te blijven. Als hij dan zijn gang kan gaan, voelt hij zich altijd bedrukt, schuldig en benauwd of astmatisch (*Halberstadt-Freud*). Om zijn moeder hiermee te straffen „straff” hij tevens zichzelf. De passiviteit van de angst verandert in de activiteit van de agressiviteit.

Coping behavour

Het multifactoriële karakter van astma én het wisselvallige, onvoorspelbare verloop maken het niet altijd gemakkelijk een scherp onderscheid te maken tussen ziek worden en ziek zijn. Wij moeten daarbij bedenken, dat hierin zowel een fysiologisch als een psychologisch en sociaal evenwicht kunnen worden onderscheiden. Als het een stimulus betreft, waarmee de patiënt niet overweg kan en die door hem als ingrijpend wordt ervaren – werkloosheid, echtscheiding, ziekte – kan een stimulus tot stressor worden en tot een stressvolle situatie aanleiding geven. Gedrag wordt dan niet meer alleen bepaald door de genetische code, de cultuur en het milieu, maar ook door „stressful life events”.

Is men in staat op een adequate manier op deze stressors te reageren, dan gebeurt er niets en wordt het evenwicht tijdig en op eigen kracht hersteld. Dat oplossend vermogen wordt in de psychologische literatuur „coping behaviour” genoemd (*Lazarus*). „Stressful life events” kunnen evenwel van dien aard zijn, dat de „response capability”, de draagkracht wordt overschreden. Omdat deze stressvolle situaties het vegetatieve zenuwstelsel beïnvloeden, blijven de gevolgen voor onze astmapatiënt niet uit.

Van Eijk beschrijft in zijn proefschrift de determinanten van „coping behaviour”:

- het lichaamsbeeld of lichaamsidee, het subjectieve oordeel over de eigen lichamelijke, dat zich in accepteren of afwijzende zin door sociale interactie vormt;
- de interactieprocessen in het gezin;
- de interactieprocessen in de bredere sociale omgeving.

Over het algemeen is de huisarts door zijn continue zorg voor de patiënt en zijn gezin van deze determinanten goed op de hoogte en in staat het gezin als eenheid van denken en handelen te beschouwen (*Huygen*).

Ten aanzien van de causaliteit van gedrag werd reeds de vervuiling van het

vruchtwater genoemd. In het kader van de interactieprocessen in het gezin spreekt Huygen van circulaire causaliteit. Daarmee wordt aangegeven hoe ingewikkeld de gezinsdynamische processen kunnen zijn in relatie tot oorzaak en gevolg.

Slot

Astma is een procesziekte die de zieke confronteert met de kwetsbaarheid van zijn lichaam. Sterker nog drukt Kugel het uit, als hij stelt dat astma „de mens zijn wereld ontnemt”.

De persoonlijke verwerking van astma, zich uitend in gedrag, is zowel een psychologische als een medisch-sociologische aangelegenheid. Kugel heeft in de psychologie van de lichamelijke zelfbeleving onderscheid gemaakt tussen lichaamsplan, lichaamsbesef en lichaamsidee. Onder lichaamsplan verstaat hij de structuur en organisatie die de mens in staat stellen greep op de wereld te krijgen. Het lichaamsbesef ontwikkelt zich via de waarneming of een herinneringsbeeld tot de informatie van het lichaam. Het subjectieve oordeel over de eigen lichamelijke – het lichaamsidee – vormt zich door de sociale interactie en bepaalt de kwaliteiten en grenzen van het eigen kunnen. De vraag waardoor „stressful life events” aanleiding kunnen geven tot mentale en fysieke ziektebeelden is een zaak van „life-event research”, medisch-psychologisch onderzoek dat voor astma nog onvolgende heeft plaatsgevonden.

Samenvatting. Gedrag bij astma wordt door een groot aantal heterogene factoren gedetermineerd. Daartoe kunnen gerekend worden de genetische component, de cultuur, het milieu (zowel in utero als daarbuiten), normen en idealen, fysiologische en psychologische processen, kennis en ervaring en tenslotte de taal. Een beschrijving van het gedrag van de dokter blijft hier helaas achterwege. Dat een wezenlijke belangstelling van de dokter voor de patiënt van grote betekening is, behoeft nauwelijks betoog. Lucht-honger wijst immers op een falen van het lichaamsplan, dat de mens radeloos kan maken: hij ervaart zijn lichaam op benauwende wijze, terwijl dat onder normale omstandigheden functioneert als een zwijgende vanzelfsprekendheid. Angst, vermijdingsgedrag en misverstanden in relaties zijn de complicaties, bijverschijnselen en secundaire gevolgen, die in de circulaire causaliteitsgedachte tevens weer als oorzaken van de benauwenis fungeren. Kennis en onderkennen van de determinanten van „coping behaviour” kunnen bijdragen tot een optimale hulpverlening aan onze astmapatiënten, die veelal in existentiële nood verkeren.

Summary. Asthma and coping behaviour in children and adults. Asthmatic coping behaviour is determined by numerous heterogeneous factors, which include the genetic component, culture, environment (in utero as well as outside), norms and ideals, physiological and psychological processes, knowledge and experience, and finally language. Unfortunately, a description of the doctor's behaviour is omitted. Yet it need hardly be emphasized that the doctor's real interest is of great importance to the patient. Dyspnoea (air hunger), after all, indicates failure of the body plan which can make the patient desperate: he experiences his body in a frightening way, whereas under normal conditions he takes its functions for granted. Anxiety, avoidance behaviour and relational misunderstandings are complications, side effects and secondary sequelae which, in the cyclic causality concept, can also function as causes of dyspnoea. Knowledge and recognition of the determinants of coping behaviour can contribute to the optimal care and support of asthmatic patients, who often are in existential distress.

Berg, J. H. van den. Psychologie van het ziekbed. Vijftiende druk. Callenbach, Nijkerk, 1969

Buytendijk, F. J. J. Prolegomena van een antropologische fysiologie. Spectrum, Utrecht/Antwerpen, 1965

Bremer, G. J. en W. Hazeu. Mijn dokter is een goede dokter... De Tijdstroom, Lochem, 1972

Es, J. C. van. Gezondheid begint bij u thuis. (1973) *Metamedica* 52, 405-409.

Eijk, J. Th. M. van. Levensgebeurtenissen en ziekte. *Dissertatie Nijmegen*, 1979

Fromm, E. De angst voor vrijheid. *Bijleveld, Utrecht*, 1952.

Halberstadt-Freud, H. C. Het sadomasochisme: Proust en Freud. *Dissertatie Amsterdam*, 1977.

Hühnerfeld, P. Korte geschiedenis der geneeskunde. *Spectrum, Utrecht/Antwerpen*, z.j.

Huygen, F. J. A. Gezinsgeneeskunde. In: P. G. Gerlings, W. H. Birkenhäger, J. C. van Es e.a. (red.). Het medisch jaar 1978. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1978.

Kugel, J. Lichaamsplan, lichaamsbesef, lichaamsidee. *Dissertatie Groningen*, 1969

Lazarus, R. S. Cognitive and coping processes in emotion. In: A. Monat and R. S. Lazarus. Stress and coping. *Columbia University Press, New York*, 1977.

McCormick, J. The doctor. Father figure or plumber. *Coom Helm, London*, 1979.

Phares, E. J. A social learning theory approach to psychopathology. In: J. B. Rotter, J. E. Chance and E. J. Phares. Applications of a social learning theory of personality. *New York*, 1972.

Popper, K. The open society and its enemies. *Routledge & Kegan Paul, London etc.*, 1945.

Proust, M. A la recherche du temps perdu. *Galimard, Paris*, 1973.

Proust, M. Jean Santeuil. *Galimard, Paris*, 1971.

Rattner, J. De moeilijke medemens. *De Toorts, Haarlem*, 1971.

Report of the Working Group of Definition of Asthma. In: Identification of Asthma, nr 38. *Ciba Foundation*, 1971.

Rotter, J. B. Social learning and clinical psychology. *Prentice-Hall, Englewood Cliffs*, 1954.

Swaab, D. F. Bederven wij de hersenen van onze kinderen reeds voor hun geboorte? *Oratie Amsterdam*, 1980

Vestdijk, S. De zieke mens in de romanliteratuur. *Koninklijke Nederlandsche Gisten Spiritusfabriek N.V., Delft*, 1964.