

Onbevoegde genezers en hun patiënten: Afwijkend gedrag in de gezondheidszorg

door E. Th. CASSEE

1, Inleiding

De beroering welke enige tijd geleden ontstond als gevolg van de praktijken van de kruidendokter in Casteren, heeft weer eens de aandacht gevestigd op het bestaan van onbevoegde genezers. Het lijkt zinvol dit verschijnsel vanuit de gedragswetenschappelijke kant te benaderen. Na een korte inleiding willen wij daarbij achtereenvolgens ingaan op een drietal vragen:

- volgens wie is het uitoefenen van geneeskunst door niet-artsen afwijkend gedrag;
- waarom komt het voor;
- wie zijn degenen die hiervan gebruik maken.

In ons land is men slechts bevoegd de geneeskunst uit te oefenen als men in het bezit is van een artsdiploma. Sinds in 1865 de wet die de uitoefening van de geneeskunst regelt werd aangenomen, is ieder ander die geneeskundige hulp verleent strafbaar. Terecht merkt Festen op: 'dat er geen enkele wetelijke bepaling in ons land van kracht is waartegen zoveel, vrij gemakkelijk te constateren, overtredingen worden begaan, met desondanks zo weinig gerechtelijke vervolgingen'. (Festen 1964). Zo constateerde Van de Vall in zijn onderzoek onder een representatieve steekproef van 340 gezinnen in Utrecht, dat in 23% van de bij het onderzoek betrokken gezinnen wel eens gebruik gemaakt was van de diensten van een onbevoegde genezer (Van de Vall 1956). Winkler Prins herhaalde deze vraag in zijn onderzoek bij 486 inwoners van enkele wijken in Amsterdam en een aantal plattelandsgemeenten en komt daarbij tot een percentage van 21% (Winkler Prins 1966).

In een door ons zelf uitgevoerd onderzoek bij een steekproef van 300 personen uit de Utrechtse bevolking tussen de 21 en 65 jaar dat eind 1967 plaatsvond, bleek dat 12% van de ondervraagden zelf wel eens onder behandeling van een magnetiseur of kruidendokter was geweest. Op grond van deze gegevens kan worden vastgesteld dat een betrekkelijk groot percentage van de Nederlandse bevolking waarschijnlijk wel eens gebruik maakt van de diensten van onbevoegde genezers.

Het juiste aantal onbevoegde genezers is niet bekend. Op grond van gegevens welke verstrekt werden door verschillende organisaties van paranormale en andere onbevoegde genezers komt Bakker (1969) tot een schat-

¹ Dit artikel is een onderdeel van een onderzoeksproject van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde TNO. Aan de totstandkoming ervan heeft mej. J. van Hussen meegewerkt, terwijl kritische opmerkingen naar aanleiding van een eerste versie van de kant van mej. Drs. M. J. Drop, mevr. Drs. A. K. de Vries-Van der Zee, Drs. P. L. Stroink en Prof. Dr. H. Philipsen dankbaar zijn verwerkt.

ting van 500, waarvan er 350 georganiseerd zouden zijn.

Waarschijnlijk moet gesteld worden dat het aantal hoger zal zijn dan deze 500, omdat het wettelijk deviante karakter van het beroep obscuriteit in de hand werkt. Bakker berekende dat deze genezers per jaar minstens 100.000 patiënten behandelen. Bij een gemiddelde van 20 à 25 behandelingen per patiënt (Cassee en Van Leeuwen 1969) kunnen wij stellen dat de wet dan per jaar minstens 2 à 2½ miljoen maal wordt overtreden. Bij grote delen van de bevolking sluit deze dus niet aan bij het rechtsgevoel. Dit wordt geïllustreerd door de reacties op een aantal vragen welke betrekking hebben op magnetiseurs en kruidendokters, die gesteld zijn in ons onderzoek in Utrecht:

Tabel 1, het percentage respondenten dat het eens is met de volgende uitspraken over magnetiseurs en kruidendokters (N = 300 Utrechtiënen tussen de 21 en 65 jaar)

	kruidendokter	magnetiseur
— het is goed dat er kruidendokters/magnetiseurs zijn	51	57
— kruidendokters/magnetiseurs zijn een gevaar voor de maatschappij	35	27
— voor de gave die kruidendokters/magnetiseers bezitten kunnen we niet dankbaar genoeg zijn	30	38
— de politie behoort streng op te treden tegen kruidendokters/magnetiseers	32	26
— bij kruidendokters/magnetiseers denk ik altijd maar: baat het niet, het schaadt ook niet	42	42
— je moet de mensen zoveel mogelijk proberen tegen te houden als zij naar een kruidendokter/magneti-seur willen	41	34

Uit deze tabel kan worden opgemaakt dat bij een minderheid van de ondervraagden de mening leeft dat kruidendokters en magnetiseers een gevaar voor de maatschappij vormen waartegen de politie streng behoort op te treden. De meerderheid is min of meer positief in haar opvattingen over deze deviante genezers. De helft van de ondervraagden is zelfs van mening dat het goed is dat er kruidendokters en magnetiseers zijn.

2, De consequenties van het artsen monopolie

Ondanks de grote frequentie waarin het voorkomt hebben wij hier te maken met deviant gedrag. Deviant zowel van de kant van de genezers als van de kant van de patiënten. Nu kan men bij afwijkend gedrag steeds twee vragen stellen (Akers 1968): 'volgens wie is dit afwijkend gedrag' en 'wie kijken er af?'

We zullen ons om te beginnen met de eerste vraag bezighouden.

Hoe komt het dat zowel de uitoefening van de geneeskunst door anderen dan artsen als het gebruik maken van de diensten van onbevoegden als deviant gedrag wordt aangemerkt? Men kan stellen dat dit het resultaat is van een machtsstrijd, want: 'what becomes defined as legal is related to the ability of certain groups in society to have their values, norms and interests incorporated into or reflected in the law and its administration even against the interests of other groups and the general public' (Akers p. 460). Sociologisch gezien is de wet van 1865 het eindpunt van een strijd om de hegemonie in het gezondheidssysteem, een strijd welke door de universitair opgeleide doctores is gewonnen.

Deze strijd is heel oud. Voor 1865 bestonden er op het terrein van het genezen van mensen een groot aantal min of meer bevoegde beroepsbeoefenaren. Cannegieter schrijft hierover: 'welhaast in elke stad bestonden Collegia Medica, Chirurgica, Pharmaceutica, gilden van Chirurgijns, van Heelmeesters, Vroedmeesters, Apothekers. Iedere corporatie had eigen bepalingen omtrent toelatingen, praktijk-uitoefening, financiën enz. neergelegd in stedelijke keuren, ordonnantiën, reglementen of gildebrieven . . . daarnaast waren er nog de Dentisten of Tandmeesters en de Oculisten, die een zekere vakopleiding kregen . . . tenslotte kon men zijn lijf en geest toevertrouwen aan kwakzalvers, olykopen, horoscooptrekkers, steensnijders, piskijkers, beenzetters en wat dies meer zij. Wel verre ervan, dat tegen deze lieden krachtdadig werd opgetreden, konden zij met goedkeuring van de overheid — uiteraard tegen betaling van een behoorlijke som geld — hun bedrijf uitoefenen op jaarmarkten, kermissen of gewoon op straat'. (Cannegieter 1956). In de loop van de 19e eeuw heeft men gepoogd om deze veelheid van min of meer bevoegden terug te brengen.

Maar Goudsmit (1966) vermeldt dat nog in 1831 de volgende dispositie werd uitgevaardigd: 'de personen door Zijne Majesteit tot de uitoefening van het magnetismus speciaal gemachtigd, zijn, evenals geneeskundigen, gerechtigd om het voor magnetisch behandelen bepaalde salaris te ontvangen . . . '.

Het zou een interessant historisch-sociologisch onderzoek zijn om na te gaan hoe het de universitair opgeleide doctores in ons land lukte een monopoliepositie in de gezondheidszorg te krijgen. In andere Europese landen, o.a. in Duitsland, Engeland en de Scandinavische landen is dat niet gebeurd, daar bestaat in mindere of meerdere mate nog steeds een zekere 'Kurierfreiheit'. Het meer dan 100 jaar bestaan van de monopoliepositie van de arts in ons land heeft echter niet met zich meegebracht dat andere genezers verdwenen zijn. Voor een gedeeltelijke beantwoording van de vraag naar het waarom van het bestaan van deze genezers is het zinvol om wat dieper in te gaan op de betekenis van dit monopolie.

Het artsenmonopolie — met als keerzijde onbevoegde genezers — onderscheidt de medici van de meeste andere beroepsbeoefenaren. Zij hebben door

de wet van 1865 n.l. het wettelijk gesanctioneerde alleenrecht om bepaalde activiteiten te verrichten. Toch is het verschil met andere beroepen vaak meer gradueel dan principieel.

Elke 'beroeps'-beoefenaar meent immers meer competent te zijn dan de 'amateur'. Nu omvat het begrip competentie een tweetal elementen: bevoegdheid en bekwaamheid. Die bekwaamheid kan een gevolg zijn van opleiding dan wel van natuurlijke aanleg of gave. De bevoegdheid heeft eveneens twee elementen: in de eerste plaats eist de beroepsbeoefenaar met meer of minder succes de bevoegdheid voor zich op om bepaalde werkzaamheden te verrichten, in de tweede plaats maakt hij aanspraak op het mandaat om te bepalen wat het juiste gedrag is van anderen t.a.v. zaken welke voor zijn werk van belang zijn (Hughes 1956). Als regel baseert men deze aanspraken op grond van het feit dat men zich tot deze dingen meer bekwaam acht dan anderen.

Sinds de wet van 1865 bezitten de artsen bovengenoemde bevoegdheden in het gezondheidssysteem exclusief: Zij zijn de enigen die de geneeskunst mogen uitoefenen en daarnaast zijn zij de enigen die bevoegd zijn om vast te stellen hoe mensen zich moeten gedragen, wat ziekte en gezondheid eigenlijk inhouden enz. Met andere woorden: in wat Hughes (1956) genoemd heeft de 'moral division of labour' hebben de artsen de taak om waarden en normen vast te stellen t.a.v. één bepaald aspect van het leven: gezondheid. Uit deze monopoliepositie vloeit automatisch voort dat de positietoewijzing in de gezondheidszorg eveneens een artsenzaak is. Doordat zij de enigen zijn die kunnen vaststellen hoe men zich moet gedragen t.o.v. ziekten, zijn zij tevens de enigen die kunnen beoordelen of iemand bekwaam is tot de uitoefening van de geneeskunst. De medici zijn degenen die de criteria vaststellen waaraan iemand moet voldoen om bevoegd geacht te worden terwijl zij bovendien nagaan of iemand aan die criteria voldoet.

Deze exclusieve bevoegdheid tot handelen, situatiedefinitie, en positietoewijzing heeft vele consequenties. Hier kan daar niet al te diep op ingegaan worden. Wij zullen op een drietal aspecten de aandacht richten.

Het zal duidelijk zijn dat b.v. veranderingen in het ziektebegrip vergaande gevolgen kunnen hebben. Met de wet van 1865 is n.l. alles wat met ziekte te maken heeft door de samenleving aan de medici gedelegeerd. Nu zien wij dat in de afgelopen halve eeuw veel problemen, welke vroeger als ongewenst of afwijkend gedrag bij rechters en geestelijkheid belandde — waarbij de eersten zich met de straf in het hiernumaals, de laatsten zich met het oordeel in het hiernumaals bezig plegen te houden — meer en meer als ziekte worden bestempeld. Afgezien van het feit dat het interessant is om na te gaan hoe dit labellingsproces zich eigenlijk heeft voltrokken, waarom b.v. zaken als alcoholisme, abortus, druggebruik, bepaalde misdrijven, van strafbaar afwijkend gedrag naar niet-strafbaar ziektegedrag zijn verschoven, kan worden geconstateerd dat medici hierdoor met veel pro-

blemen worden geconfronteerd die lang niet altijd tot hun competentiegebied behoren. Competentie dan in de zin van bekwaamheid. Het heeft er alle schijn van dat de samenleving haar niet of moeilijk oplosbare problemen naar de medici toeschuift daarmee zichzelf en die medici frustrerend.

Een andere consequentie van de exclusiviteit van de bevoegdheid van de arts is, dat hiermee het lekenpubliek zichzelf eigenlijk oordeelsvorming over het terrein van ziekte en gezondheid heeft ontzegd, oordeelsvorming ook ten aanzien van de bekwaamheid van de arts. De leek moet aannemen dat de arts bekwaam is, omdat hij bevoegd is! Vergelijking met de deviante genezer is in dit opzicht interessant: het publiek kent de deviante genezer bevoegdheid tot handelen toe omdat hij volgens hen bekwaam is. De onbevoegde genezer moet zichzelf voor het publiek dus voortdurend bewijzen, bij de arts is dit nauwelijks het geval. Freidson spreekt in dit verband over de geringe 'client control' waaraan de arts onderhevig is vergeleken bij de zeer sterke client control waarmee de onbevoegde genezer wordt geconfronteerd (Freidson 1960).

Een derde consequentie is dat de beïnvloeding van het medisch handelen en van de situatiedefinities die hiervan de basis zijn, door niet-medici praktisch onmogelijk is, terwijl afwijkende scholen in de medische wereld weinig kans hebben (b.v. natuurgeneeskunst en homeopathie). De toelating tot het artseneroep geschiedt op basis van de criteria welke door de (leidende) artsengroep zelf wordt vastgesteld en gehanteerd. Het is niet verbazingwekkend — gezien de periode waarin de wet op de geneeskunst tot stand kwam — dat deze criteria gebaseerd zijn op de natuurwetenschappelijke benadering van ziekte en gezondheid, waarbij bestrijding met allopatische, voornamelijk chemische middelen, voorop is komen te staan.

3, Het gezondheidssysteem in het licht van de conflicttheorie van Dahrendorf

In het gezondheidssysteem bestaat dus een waarlijk Dahrendorfiaanse situatie: in de structuur is een duidelijke dichotomie in de verdeling van de legitieme macht te onderscheiden (Dahrendorf, 1965, 1 en 2). Enerzijds zijn er degenen die 'Herrschaft' bezitten, anderzijds zijn er degenen die in een positie verkeren welke deze 'Herrschaft' ontberen. De eerste categorie omvat de medici, de tweede in principe de rest van de bevolking voor zover ze in contact zijn met of onderdeel uitmaken van het gezondheidssysteem. Wij zouden dan ook de gezondheidszorg willen beschouwen naar analogie van de toepassing welke Laeyendecker (1967) geeft van de conflicttheorie van Dahrendorf voor het religieuze systeem.

Op het gebied van de gezondheid en ziekte zijn vele opvattingen mogelijk. Het is niet doenlijk om al deze opvattingen hier in extenso te schetsen, enkele zullen we heel in het kort aangeven. De magnetiseur gaat uit van een alles doordringend fluïdum dat als een genezende kracht van de ene persoon op de andere kan overgaan; bepaalde stromingen in de natuurgeneeskunde zien ziekte als een verstoring van de harmonie in het organisme, als gevolg van een onnatuurlijke leefwijze, en zoeken genezing in andere voeding,

ademhaling en gedragsregels; de in China vooral populaire acupunctuur (het met zilveren of gouden naaldjes doorboren van de huid op bepaalde plaatsen van het lichaam teneinde de ziekte op deze wijze te genezen) is gebaseerd op de Yang-Yin-filosofie; de chiropractor herleidt bijna alle ziektes tot vergroeiingen of verschuivingen in de wervelkolom waardoor zenuwbanen in de knel zouden komen, manipulatie van de wervelkolom zou daarom genezing brengen; de homeopathie gaat uit van het *similia similibus* principe; enz. (vergelijk Bakker 1969; Von Roques 1962; Graupner z.j.; Tenhaef, 1952). Gebaseerd op deze opvattingen en de daarmee samenhangende normen en waarden worden door deze stromingen bepaalde therapievormen voorgestaan en anderen verworpen.

Het institutionaliseringsproces, dat zich heeft voltrokken en waardoor wij in ons land de thans aanwezige georganiseerde gezondheidszorg hebben, betekende tevens een selectieproces.

In dit selectieproces werden in de veelheid van opvattingen welke er mogelijk waren beperkingen aangebracht en kristalliseerden zich de normen en waarden uit welke thans geldend zijn voor het gezondheidssysteem. In dit selectieproces spelen degenen die in de leidende posities zitten een belangrijke rol. Zij zijn het die in hoofdzaak de selectie toepassen. Daarbij is het zo, aldus Dahrendorf, dat het geselecteerde waardensysteem tevens de legitimering van de positie van die machthebbers inhoudt. In het institutionaliseringsproces is een voortdurende wisselwerking te zien tussen de formulering van 'de leer' en de machtspositie van de leiders.

Het waardensysteem dat de gezondheidszorg beheerst is dat van de natuurwetenschappen en het daaraan ten grondslag liggende rationalisme. 'The rational explanation of natural event in terms of cause and effects is the central feature of scientific medicine' (King 1962). Bovennatuurlijke oorzaken, niet verifieerbare, zogenaamde 'alsob' theorieën e.d. hebben geen plaats in de moderne geneeskunde. Bovenstaande opvattingen worden in het gezondheidssysteem dan ook als 'waarde'loos verworpen omdat ze de toets der natuurwetenschappelijke kritiek (nog) niet kunnen doorstaan. Het zal duidelijk zijn dat dit geheel van normen en waarden de leidende positie van de (natuur-)wetenschappelijk opgeleide arts ondersteunt en geen plaats biedt aan genezers die niet langs natuurwetenschappelijke weg de bestrijding van ziekten ter hand willen of kunnen nemen.

Voor niet iedereen in het gezondheidssysteem hoeven de situatie-definities welke op deze natuurwetenschappelijke normen en waarden berusten even zinvol te zijn. Dahrendorf spreekt in dit verband van potentiële conflictgroepen: de machthebbers tegenover de machtelozen. Zodra de machtelozen zich van hun latente belang in de verandering van de status quo bewust

worden kunnen deze potentiële conflictgroepen tot werkelijke conflictgroepen uitgroeien. Laeyendecker introduceert in dit verband de term 'cultureel-onterfden': degenen die zelf geen deel hebben aan de formulering van waarden en normen en zich niet thuis voelen bij de leer welke door de machthebbers als legitiem is geformuleerd. In het gezondheidssysteem zijn ten minste drie categorieën van 'cultureel onterfden' te noemen. Zij vormen tezamen de kern en de aanhang van de conflictgroepen welke in de gezondheidszorg te onderscheiden zijn:

- a degenen die in het huidige systeem deviant geachte vormen van geneeskunst (willen) uitoefenen;
- b degenen die een afkeer hebben van natuurwetenschappelijk denken en de daarmee samenhangende ontwikkeling van de gezondheidszorg;
- c degenen die op grond van de legitieme situatiedefinitie niet genezen kunnen worden of dit althans denken.

Voor deze categorieën is de aangeboden situatiedefinitie op zijn minst genomen discutabel. In tegenstelling tot de medici hebben zij een (latent) belang bij de verandering van de status quo in het gezondheidssysteem, zij het dat dit belang een verschillende achtergrond heeft.

Indien aan een aantal traditionele voorwaarden wordt voldaan kunnen uit deze cultureel onterfden conflictgroepen worden gevormd. Dahrendorf noemt in dit verband technische (leiderschap, het hebben van een ideologie, en adequate materiële voorzieningen), sociale (communicatie en recruiting) en politieke (vrijheid van vereniging en vergadering) voorwaarden. Na 1865 zijn in het gezondheidssysteem in ons land deze conflictgroepen dan ook ontstaan. Te noemen zijn hier: de Nederlandse Werkgroep van Praktijzen in de Natuurlijke Geneeskunst, de Nederlandse Organisatie voor Paranormale- en Natuurgeneeswijze, de Nederlandse Vereniging voor Natuurlijke Leefwijze en Natuurgeneeskunde, de Vereniging tot Bevordering der Homeopathie in Nederland e.d. (zie voor verdere informatie o.a. Bakker, 1969). In de meeste gevallen werd het leiderschap in deze verenigingen — althans in de oprichtingsfase — vervuld door één of meer genezers en had dit vooral een charismatisch karakter. De communicatie tussen de leden vindt in hoofdzaak plaats door middel van tijdschriften (o.a. 'Lichaam en Geest', 'Gezond Leven', 'Natura Docet', enz. Sommige van deze verenigingen worden geleid door medici. Zij zijn te beschouwen als deviante, bevoegde genezers. Hun aantal is gering, hoogstens 50). Al deze verenigingen bieden een alternatieve situatie-definitie met betrekking tot ziekte en gezondheid, een nieuwe ideologie op basis waarvan andere geneeswijzen mogelijk zouden worden.

Hoewel er onderling zeer veel verschillen zijn, kan men stellen dat deze

ideologie o.a. een sterk negatieve waardering van de op natuurwetenschappelijk denken gebaseerde geneeskunde omvat en met name de door medici veelal gehanteerde chemo-therapie verwerpt. Producten van de farmaceutische industrie worden afgewezen als onnatuurlijke, het organisme bedreigende stoffen. Ook ingrepen in het lichaam worden met wantrouwen beziën, omdat dit slechts symptomen zou wegnemen. Daarentegen worden geneesmiddelen uit de 'levende natuur' warm aanbevolen: *natura sanat!* Veel aandacht wordt daarbij besteed aan voeding, ademhaling en aan wat men een 'natuurlijke' levenswijze noemt. Opvallend hierbij is een — al dan niet religieus gefundeerde — moraliserende trek, waarbij ziekte en genotzucht, losbandigheid e.d. gekoppeld worden. Dit wordt duidelijk geïllustreerd in het volgende citaat: 'het is zeker geen toeval . . . dat 50% van alle kankergevallen het maag-darmkanaal en 25% de geslachtsorganen betreffen, dat wil zeggen dat 75% van alle kankergezwellen in die organen zitten, die de mens gebruikt om aangekweekte genotzucht en begeerten te stillen' (Menzel 1956).

Deze alternatieve situatie-definitie heeft verschillende functies: zij schuift nieuwe leiders naar voren (de gezegers) en tast tegelijkertijd de legitimiteit van de positie van de oude leiders (de artsen) aan. Vervolgens haakt zij in bij de negatieve waardering van de ontwikkelingen in wetenschap en techniek en daarmee in de samenleving welke bij een bepaalde groep afwijzers van de moderne universitaire geneeskunst leeft.

Tenslotte biedt zij de in de officiële geneeskunst niet te genezen patiënten een emotioneel bevredigend alternatief: hun ziekten kunnen volgens deze opvattingen immers veelal toch genezen worden, mits men ziekte en gezondheid maar anders definieert. Voor de drie eerder genoemde groeperingen: gezegers, potentiële gelovers en potentiële gebruikers zijn er in deze verenigingen dus aanknopingspunten te vinden.

De gebruikers onder de leden zijn degenen die zich om welke reden dan ook met succes door een onbevoegde hebben laten behandelen. Zij zijn lid of lezer geworden uit dankbaarheid of nieuwsgierigheid dan wel om een nadere fundering van hun (deviante) gedrag te vinden. Lang niet alle gebruikers zijn lid van één van dit soort conflictuerende verenigingen.

Het aantal leden/lezers zal waarschijnlijk niet meer dan ongeveer 30.000 bedragen, een getal dat door het aantal gebruikers ver wordt overtroffen.

² Binnen de categorie die bezwaren heeft tegen de in de gezondheidszorg gehanteerde situatie-definitie zijn er uiteraard ook groeperingen die dit op meer rationale gronden baseren (b.v. psycho-somatici, bepaalde psychiatrische scholen, gedragswetenschappers e.d.). In dit artikel worden deze verder buiten beschouwing gelaten.

Sommige van deze gebruikers kunnen worden tot gelovers: degenen die uit overtuiging zich afwenden van het rationalisme in maatschappij en gezondheidszorg: niet de wetenschap maar de 'gave' geneest.²

Het is niet onwaarschijnlijk dat deze gelovers niet alleen in de gezondheidszorg een afwijkend standpunt innemen. In deze richting wijst tenminste de uitkomst van een analyse van de aanmeldingsformulieren van 105 cursisten voor een opleiding in de natuurlijke geneeskunst welke werd georganiseerd door de bovengenoemde Nederlandse Werkgroep voor Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP). Meer dan 25% van deze cursisten bleek n.l. lid te zijn van een of andere sectarische geloofsgemeenschap. De veronderstelling lijkt gewettigd dat afwijzing van de officiële situatie-definitie in de gezondheidszorg bij deze 'gelovigen' samenhangt met het afwijzen van legitieme situatie-definities in andere sectoren van het leven: men zou kunnen zeggen dat deze 'gelovers' in onze maatschappij op vele gebieden cultureel onterfd zijn, of in andere woorden, anomisch zijn. (Van de gebruikers en de genezers kan dit niet zonder meer gezegd worden). Dit komt overeen met de stelling van King (1962) dat opvattingen omtrent ziekte en gezondheid niet los te denken zijn van de andere 'believe and practice systems' welke een centrale plaats in het menselijk bestaan innemen.

4, Achtergronden van het gebruik maken van deviante genezers

Impliciet in de voorgaande paragraaf is reeds naar voren gebracht dat naar onze mening van de diensten van een deviante genezer pas gebruik gemaakt wordt nadat men al dan niet terecht meent bij de officiële geneeskunst niet meer geholpen te kunnen worden. De 'deviante gezondheidszorg' vormt in deze opvatting een aanvulling op de officiële gezondheidszorg. Men gaat als men uitgedokterd is. Deze veronderstelling wordt ondersteund door een aantal onderzoekresultaten. Een analyse van 290 patiëntenkaarten van een steekproef van bij de N.W.P. aangesloten genezers (grotendeels magnetiseurs) bracht aan het licht dat men vooral met bepaalde aandoeningen naar een onbevoegde genezer toegaat.

Voor nadere bijzonderheden over deze analyse zij verwezen naar Cassee en Van Leeuwen (1969). De gegevens op de patiëntenkaarten werden gecoördineerd door medici. Vervolgens werd het resultaat vergeleken met de uitkomsten van de diagnose-statistiek van de N.J.P.G. (zie tabel 2). Deze vergelijking gaat uiteraard wat mank omdat in de diagnose-statistiek alleen de werkende (mannelijke) bevolking is vertegenwoordigd. Daardoor o.a. is de leeftijdsopbouw ongelijk. Voor een deel wordt het teveel aan mensen boven de 65 in de N.W.P.-steekproef echter gecompenseerd door de aanwezigheid van jongeren beneden de 15 jaar. De vergelijking dient echter niet

Tabel 2, een vergelijking van de diagnose van patiënten van N.W.P.-magnetiseurs met die van de werknemers welke opgenomen zijn in de diagnose-statistiek van het N.I.P.G. Hierbij zijn de gevallen in diagnose hoofdgroep 8: ziekten van de ademhalingswegen buiten beschouwing gelaten (in procenten). (Alleen mannen)

	N.W.P.	N.I.P.G.
1 infectieziekten	0.9	1.3
2 nieuwvormingen	0.9	0.6
3 allergiën, endocrine stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten	2.8	0.8
4 ziekten van bloed en bloedbereidende organen	0.9	0.2
5 psychosen en psychopathieën	20.4	9.6
6 organische ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	18.6	4.9
7 ziekten van het circulatieapparaat	5.6	3.2
9 ziekte van de spijsverteringsorganen	5.6	30.1
10 ziekten van het urogenitaal stelsel	0.9	2.6
11 bevalling	—	—
12 ziekten van huid en onderhuid, bindweefsels	2.8	8.7
13 ziekten der bewegingsorganen	29.8	18.9
14 aangeboren misvormingen	—	—
15 ongevallen	0.9	8.7
16 onbekend	9.4	10.2
totaal	100.0	100.0
	(N=107)	(N=94567)

al te absoluut genomen te worden. Met dit voorbehoud kan dan worden geconcludeerd dat men met acute, kortdurende aandoeningen waarschijnlijk niet naar een deviante genezer gaat. Van zijn diensten wordt vooral gebruik gemaakt bij psychosen en neurosen (5), aandoeningen van zenuwstelsel en zintuigen (6) hieronder vallen onder andere multiple sclerose, ischias en andere — en ziekten van het bewegingsapparaat (7): rheuma e.d. Het zijn dus vooral klachten van chronische aard waarmee men komt. Bovendien zijn het aandoeningen waarbij veelal het verband tussen klachten welke de patiënt heeft en de aandoening moeilijk is aan te tonen, vaak is de aandoening helemaal niet concreet aantoonbaar. Ook bij de enquête van Van de Vall blijkt dat het vooral chronische, vaak psycho-somatische aandoeningen zijn waarmee men naar de magnetiseur of kruidendokter gaat (Van de Vall 1956). Klachten dus die al langer bestaan en waarmee men waarschijnlijk eerst naar de dokter is geweest. Deze indruk wordt versterkt door het feit dat ongeveer driekwart van de N.W.P.-patiënten de klachten al langer dan een jaar had voor zij de genezer raadplegen. Ter vergelijking kan dienen onze enquête in Utrecht: de laatste keer dat men voor zichzelf de dokter had geraadpleegd was er bij ongeveer 80% van de ondervraagden minder dan 1 jaar verstreken sedert het ontstaan van de eerste klachten

Tabel 3, een vergelijking tussen de tijd welke verliep tussen het ontstaan van de klachten en het raadplegen van de huisarts resp. magnetiseur/kruidendokter (in procenten)

duur	huisarts*	magnetiseur/kruidendokter**
minder dan 6 maanden	76.1	19.7
6 maanden tot 1 jaar	6.0	8.3
1 tot 5 jaar		35.2
meer dan 5 jaar	11.2	24.1
onbekend	6.7	12.8
totaal	100.0 (N=134)	100.0 (N=299)

(zie tabel 3).

Deze gegevens tezamen maken het aannemelijk dat de onbevoegden een aanvulling vormen op de officiële geneeskunde: men gaat pas nadat men denkt dat de arts niet (meer) kan helpen. Tussen doktersbezoek en het consulteren van onbevoegde genezers bestaat in het onderzoek in Utrecht dan ook een positieve samenhang ($r = 0.23$), en geen negatieve! Het is plausibel dat bij de meeste gebruikers het gaan naar een magnetiseur, kruidendokter, homeopaat e.d. een andere achtergrond heeft dan geloof in een alternatieve geneeskunst, n.l. de behoefte aan een andere geneesmethode omdat men bij de officiële geen baat vindt. Het is veelal de laatste strohalm waaraan men zich vastklampt, zonder dat men nu zo precies weet wat die strohalm inhoudt. Men gaat niet omdat men in magnetiseren, natuurgeneeskunde enz. gelooft, maar omdat men bereid is alles te geloven als het maar helpt. In deze richting wijst het ontbreken van een verband tussen het consulteren van deze genezers en een positieve houding t.o.v. magnetiseurs en kruidendokters, in het Utrechtse onderzoek.

Het is waarschijnlijk dat de aard van de aandoening een noodzakelijke voorwaarde voor het gaan naar een deviante genezer is, maar het hoeft geen voldoende voorwaarde te zijn. Het is aannemelijk dat daarnaast ook het cultuurpatroon en de sociale structuur waarin men leeft van invloed zijn.

In de verschillende stadia van een ziektegeval komen meerdere beslissingen voor (Philipsen 1969, Suchman 1965). Bij deze beslissingen — b.v. ben ik ziek of niet, wat moet ik er aan doen enz. — wordt frequent gebruik gemaakt van het advies van de mensen met wie men omgaat. In ons Utrechtse onderzoek bleek meer dan 75% van de ondervraagden andere mensen te hebben geraadpleegd alvorens naar de dokter te gaan. Suchman (1965) komt

* Gegevens uit ons eigen onderzoek in Utrecht. Deze vraag werd aan een random helft van de steekproef voorgelegd.

** Zie Cassee en Van Leeuwen 1969, p. 269.

tot eenzelfde percentage. In het algemeen beperkt men zich daarbij tot gezinsleden: slechts 20% van degenen die het met anderen had besproken noemde in dit verband andere dan familieleden: kennissen of collega's. In deze gesprekken wordt aan de ene kant door de patiënt een 'provisional validation' (Suchman) voor het aanvaarden van de patiëntenrol gezocht, terwijl aan de andere kant de best mogelijke actie wordt besproken. Veelal wordt door degenen die men raadpleegt dan geadviseerd om de dokter erbij te halen: 75% van de ondervraagden in Utrecht gaf toe dat zij door met anderen te praten beïnvloed was in haar beslissing om de dokter te raadplegen.

Met andere woorden: men komt vaak bij de dokter nadat men door een of meer leken naar hem verwezen is. Freidson gebruikt hiervoor de term „lay referral system'. Dit is het netwerk van mensen die men raadpleegt en met wie men praat bij onwelbevinden. Door dit netwerk en het daarin heersende cultuurpatroon wordt de wijze van hulpzoeken en de interpretatie van de geboden hulp beïnvloed. Naarmate dit verwijzingsstelsel cultureel verder afstaat van het medische zal men — aldus Freidson — meer moeite hebben om de diagnose en de voorschriften van de professionele hulpverlener als zinvol te aanvaarden terwijl daarna langer gewacht zal worden met het invoeren van die professionele hulp (Freidson 1960).

Het is niet onmogelijk dat dit lay referral system ook van invloed is op de beslissing om een onbevoegde genezer te raadplegen. Als men ten gevolge van een, al dan niet terecht als ongeneeslijk gepercipieerde, aandoening 'rijp' is voor alternatieve vormen van geneeskunst, moet het lay referral system de gang naar de onbevoegde genezer mogelijk maken, althans niet verhinderen. Wordt in dit netwerk nooit over onbevoegden gesproken dan is men van het bestaan minder op de hoogte. De kans dat men een deviant genezer raadpleegt zou dus wel eens groter kunnen zijn als men mensen kent die zelf al eens zijn behandeld. Deze veronderstelling wordt door de uitkomsten van het Utrechtse onderzoek bevestigd: er bestaat een positieve relatie tussen het kennen van mensen die wel eens geweest waren ($r=0.27$) en het zelf wel eens bezocht hebben van een magnetiseur of kruidendokter. Door deze vrienden of kennissen wordt men niet alleen attent gemaakt op een nieuwe mogelijkheid, bovendien fungeren zij als rolmodel: zij maken het gemakkelijker om het normoverschrijdende gedrag van bezoek aan een deviant genezer te vertonen. In ons onderzoek bleek ongeveer 75% van de ondervraagden mensen te kennen die wel eens bij een magnetiseur en/of kruidendokter geweest waren. Blijkens tabel 4 worden daarbij vaker positieve dan negatieve ervaringen doorgegeven. Dit stemt waarschijnlijk niet helemaal overeen met de werkelijkheid.

Tabel 4, het kennen van mensen die wel eens bij een kruidendokter, magnetiseur of iets dergelijks geweest zijn en de ervaringen van die mensen. In procenten (N=300)*

	I kruidendokter	II magnetiseur	III kruidendokter en/of magnetiseur
ja, gunstig	18	34	17
ja, ongunstig	15	14	10
ja, zowel gunstig als ongunstig	9	9	47
nee	58	43	27
totaal	100	100	100

In het licht van Festingers theorie over cognitieve dissonantie is dit niet zo verwonderlijk. Men zal eerder over deviant gedrag praten als dit het beoogde succes heeft gehad. Het doel — gezondheid — staat zo hoog in onze waardeschaal dat het de middelen wel heiligt. Deze positieve vertekening zou de gang naar deviante genezers wel eens kunnen stimuleren. Dat het een vertekening is, kan worden opgemaakt uit het feit dat volgens opgave van de magnetiseurs betrokken bij het eerder genoemde NWP-onderzoek ongeveer een derde van hun patiënten genezing vindt (Cassee en Van Leeuwen 1969). Ook de onderzoeken ten aanzien van dit punt, welke door Bakker worden vermeld (1969), geven ongeveer dit percentage aan. Het is dus een te wettigen conclusie dat een te rooskleurig beeld van de resultaten van de behandeling door kruidendokters en magnetiseurs wordt verspreid.

Over invloed die het lay referral system naast de aard van de aandoening heeft op de beslissing om een onbevoegde genezer te raadplegen, is weinig empirisch materiaal voorhanden.

De samenhang tussen leeftijd en geslacht enerzijds en het raadplegen van kruidendokter of magnetiseur anderzijds (Cassee en Van Leeuwen 1969; Van de Vall 1956), moet waarschijnlijk geheel of grotendeels worden verklaard uit het feit dat mensen van middelbare leeftijd en vrouwen vaker 'geschikte' aandoeningen (mogen) hebben. Mogen staat hier met opzet tussen haakjes omdat de vaak geconstateerde oververtegenwoordiging van vrouwen

* De letterlijke vraag was: Kent u ook mensen die wel eens bij een kruidendokter, magnetiseur of iets dergelijks geweest zijn? Hoe waren hun ervaringen? De antwoorden werden afzonderlijk voor kruidendokters en magnetiseurs gecodeerd (kol. I en II). In kolom III zijn ze gecombineerd. Ja, gunstig betekent in deze kolom dat men uitsluitend gunstige ervaringen heeft gehoord over hetzij kruidendokters hetzij magnetiseurs of over beide, enz.

bij patiënten met psycho-somatische aandoeningen (o.a. Oliemans 1969) voor een deel een kwestie van labelling kan zijn: vrouwen mogen in onze cultuur een psycho-somatische aandoening hebben, bij de mannelijke rol passen zij echter niet. (Phillips en Segal 1969).

De onderzoekingen waaruit enige gegevens geput zouden kunnen worden over de mogelijke invloed van het cultuurpatroon op de gang naar een onbevoegde (Van de Vall, Winkler Prins en Cassee) lijden allen aan hetzelfde manco: er is steeds gevraagd of men 'wel eens' onder behandeling van een onbevoegde is geweest. Van de Vall en Winkler Prins vragen daarbij bovendien niet of de ondervraagde zelf wel eens is geweest, maar of iemand in zijn gezin wel eens een deviante genezer geraadpleegd heeft.

Nu kan 'wel eens' zowel gisteren als 20 jaar geleden betekenen. Het relateren van allerlei sociaal-psychologische (interview)gegevens aan dit 'wel eens geweest zijn' lijkt daarom minder zinvol. Het kan best zijn dat het cultuurpatroon en de sociale structuur waarin men leefde op het ogenblik van het consulteren anders waren dan op het tijdstip van de enquête. Een gericht onderzoek onder patiënten van onbevoegde genezers lijkt de enige weg om de invloed van het cultuurpatroon na te gaan. Bovendien kan men in zo'n onderzoek trachten de aandoening als beïnvloedende factor constant te houden.

5, Het lay referral system nader beschouwd

Om toch enig empirisch materiaal aan te kunnen dragen, willen wij nog wat nader ingaan op de kenmerken van het lay referral system. In welke milieus is men vooral bekend met magnetiseurs e.d. Er wordt vaak gespeculeerd over de vraag of het gaan naar deviante genezers een zaak is van de hogere dan wel de lagere milieus. Voor beide opvattingen kan men theoretische achtergronden aandragen: het gaan in hogere sociaal-economische milieus zou een teken zijn van onafhankelijkheid en kritische instelling t.o.v. de officiële gezondheidszorg, het gaan van mensen uit lagere sociaal-economische milieus zou vooral het gevolg zijn van het meer irrationeel benaderen van ziekte en gezondheid. Op pregnante wijze wordt door Treub in het Gedenboek van de vereniging van de Kwakzalverij (in 1905) een standpunt in dezen ingenomen:

Tabel 5, het verband tussen het kennen van mensen die naar kruidendokter en/of magnetiseur geweest zijn en opleiding

	lo	mulo	meer dan mulo
kent geen mensen die geweest zijn	43	31	9
kent wel mensen die geweest zijn	85	85	47
totaal	128	116	56

$$\chi^2 = 6.41 \quad p < 0.05$$

'Hoe men de zaak ook bekijkt, domheid ligt altijd ten grondslag aan het geloof in kwakzalverij. Als ondersteunend moment kan daar nog bijkomen ledigheid, vanouds gesignaleerd als te zijn: des duivels oorkussen. Slechts uit de vereniging dier twee oorzaken is het merkwaardige feit te verklaren, dat de aristocratie een, in verhouding, zoo overwegend aandeel heeft in de cliëntèle der kwakzalvers'. (pag. 31).

Bezien we de samenhang tussen het kennen van mensen die wel eens naar een magnetiseur of kruidendokter geweest zijn en het opleidingsniveau dan lijkt Treub — wat zijn constatering betreft althans — gelijk te krijgen. Hoe meer opleiding men heeft des te vaker kent men bezoekers van genezers.

In dit opzicht lijkt het lay referral system het gaan naar onbevoegde genezers in hogere sociaal-economische milieus dus niet tegen te werken. Een nadere analyse van het materiaal van Winkler Prins leert dat ook in zijn onderzoek deze samenhang terug te vinden is. Het is echter de vraag of het kennen van mensen die met gunstige resultaten naar onbevoegde genezers zijn geweest steeds resulteert in het zelf ook naar een magnetiseur of kruidendokter toegaan. Noch in ons eigen onderzoek, noch in het onderzoek van Winkler Prins is er namelijk een verband te constateren tussen opleiding en het gaan naar onbevoegde genezers. Dit kan natuurlijk veroorzaakt worden door de reeds eerder genoemde bezwaren tegen de vraagstelling. Het kan ook zijn dat hier twee tegenstrijdige invloeden werkzaam zijn. Enerzijds verhoogt het meer opleiding hebben de kritische instelling en de onafhankelijkheid t.o.v. de artsen: men is gauwer geneigd om zelf te gaan experimenteren, anderzijds is er een mogelijk negatieve invloed van een meer rationele ziektebenadering bij degenen die meer opleiding hebben gehad. Door deze meer rationele ziektebenadering is er een grotere discrepantie tussen eigen cultuurpatroon en dat van de onbevoegde genezer.

Deze beide elkaar tegenwerkende invloeden zouden mogelijk een verklaring kunnen zijn voor het ontbreken van een verband tussen opleiding en het consulteren van onbevoegde genezers. Nader en meer gericht onderzoek is echter nodig om deze veronderstelling te toetsen.

Een tweede kenmerk van het lay referral system is de religieuze achtergrond ervan. Vaak wordt in de ideologie van de deviant genezers een religieuze fundering aangetroffen: ziekte zou een verstoring zijn van de harmonie met God ten gevolge van een onjuiste levenswijze. Een voorbeeld hiervan vinden we in het volgende citaat: 'de beslissing aan wien de kankerpatiënt zich moet toevertrouwen, is hiermee duidelijk genoemd: hij moet zich wenden tot echte wetenschappelijke mensen, die, hetzij zij geleerd of ongeleerd zijn, hun geneesmiddelen aan Gods

Tabel 6, het verband tussen het kennen van mensen die wel eens naar een magnetiseur of kruidendokter geweest zijn en kerkgenootschap (N=300 Utrechtenaren tussen 21 en 65 jaar)

	onkerkelijk	r.k.	n.h.	gereformeerd
kent geen mensen die geweest zijn	40	21	18	4
kent wel mensen die geweest zijn	61	79	52	25
totaal	101	100	70	29

$$\chi^2 = 12.30 \quad p < 0.01$$

natuur en in harmonie met zijn geboden ontlene en die de zieke door een juiste ademhaling, door een gezonde voeding en door een zedelijke levenswijze de verloren harmonie hergeven' (Menzel, 1956 pag. 44).

Het is daarom interessant om na te gaan of in bepaalde kerkelijke groeperingen meer mensen voorkomen die wel eens een onbevoegde genezer hebben geraadpleegd.

Blijkens tabel 6 is dit duidelijk het geval.

In het lay referral system van de gereformeerden zijn magnetiseurs en kruidendokters bekende, positief gewaardeerde verschijnselen (59% van de onderzochte gereformeerden kent alleen mensen die gunstige ervaringen hadden, bij de andere categorieën was dit slechts 25%). Dit geldt zowel voor het onderzoek van Winkler Prins als voor ons onderzoek. De Nederlands Hervormden wijken echter nauwelijks af van de onkerkelijken. De Rooms-Katholieken nemen een tussenpositie in.

Het is niet onmogelijk dat het de invloed van Abraham Kuijper is geweest die hier nawerkt. Van hem is bekend dat hij positief stond t.o.v. kruidengeneeskunst. Een andere, eveneens min of meer speculatieve, verklaring is dat hier mede de invloed van het trouwe Bijbellesen van gereformeerden van invloed is: vaak wordt men daardoor geconfronteerd met genezing door handoplegging e.d., waardoor men vertrouwd is met de gedachte dat genezing ook langs andere dan de gebruikelijke, door de arts gehanteerde wegen kan worden bereikt.

6, Samenvatting en conclusie

In dit artikel zijn we allereerst ingegaan op de vraag 'volgens wie zijn deviante genezers en hun patiënten eigenlijk deviant'. Uit enquêtegegevens kon worden vastgesteld dat een groot deel van de bevolking waarschijnlijk het verschijnsel niet als deviant beschouwt. Het relatief frequente gebruik dat men van deze genezers maakt en de positieve houding ten opzichte van hen maken dit aannemelijk. De wet op de uitoefening van de geneeskunst verschaft medici de exclusieve bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst, situatiedefinitie en positietoewijzing in de gezondheidszorg. Het etiket 'deviant' wordt vanuit hun situatie-definitie gezien terecht geplakt op degenen die de geneeskunst uitoefenen zonder de daarvoor bestemde (natuur)wetenschappelijke vorming te hebben gehad. Dat, ondanks de wet, deviante genezers blijven bestaan en patiënten blijven behandelen, vindt zijn oorzaak in het feit dat de situatie-definitie van de officiële, universitaire geneeskunst, niet voor iedereen even zinvol is. Voor de genezers niet, omdat zij erdoor worden gehinderd in hun beroepsuitoefening, voor de gelovenden niet omdat zij het niet eens zijn met het natuur-wetenschappelijk uitgangspunt ervan en voor de gebruikers niet, omdat zij menen op grond van deze definitie niet genezen te kunnen worden.

Het is de laatste groep 'cultureel ontferden' welke de deviante gezondheidszorg in stand houdt: zonder patiënten zouden er geen genezers zijn. Zij maken gebruik van de diensten van deviante genezers omdat deze een alter-

natieve situatie-definitie bieden, waardoor genezing misschien toch mogelijk is. Daarbij worden zij gesteund door de waarschijnlijk te rooskleurige berichten welke in hun 'lay referral system' over het optreden van deze genezers de ronde doen.

De conclusie lijkt gewettigd dat deviante gezondheidszorg zal blijven bestaan zolang de officiële gezondheidszorg niet in staat is om alle ziek(t)en te genezen. Gezondheid staat zo hoog in de waardenschaal van de doorsnee Nederlander dat het doel in dit opzicht de middelen heiligt.

Het in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst neergelegde artsenmonopolie lijkt dan ook eerder een ondersteuning van de positie van de arts dan een weerspiegeling van wat leeft in het rechtsgevoel van de bevolking. Legalisering van geneeskundig handelen dat zich baseert op andere situatie-definities dan die van de natuurwetenschappelijk opgeleide arts is naar onze mening zinvoller dan een deviante verklaring zonder consequenties. Legalisering immers maakt de patiënt mondig: hij moet zelf kiezen naar wie hij toegaat. De onderzoeksresultaten, welke tot op heden bekend zijn, maken het waarschijnlijk dat dit een arts zal zijn. Het is daarbij niet onmogelijk dat in de meeste gevallen dit ook een arts zal blijven, mits deze zich niet uitsluitend concentreert op de aandoening, maar ook aandacht heeft voor de klachten van de patiënt. In de tweede plaats maakt legalisering regulering mogelijk. Wat nu nog — vaak als een potentieel kwaad, laat daarover geen misverstand bestaan — voortwoekert in het geheim, kan dan in het openbaar en wellicht onder controle geschieden.

Literatuur

- Akers, R. L.: Problems in the sociology of deviances: social definitions and behaviour. *Soc. Proces* 4, 1968, 455-65.
- Bakker, L. F.: *Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst*, Assen, 1969.
- Cannegieter, D.: *Honderdvijftig jaar Gezondheidswetgeving*. Assen, 1954.
- Cassee, E. Th. & P. van Leeuwen: Deviant Illness Behaviour. Patients of Mesmerists. *Tijdschr. Soc. Geneesk.* 47 (1969) 265-70.
- Dahrendorf, R.: *Gesellschaft und Freiheit*. 1965, 1, München.
- Dahrendorf, R.: *Class and Class conflict in an industrial society*. London, 1965-2.
- Festen, H.: Het probleem van de paranormale genezers. *Medisch Contact* 18 (1963) p. 899-900, 941-43 en 19 (1964), 40-41, 69-70 en 103-05.
- Freidson, E.: Client control and medical practice. *Am. J. Sociology* 65 (1960), 374-82.
- Gedenkboek 1880-1905: Vereniging tegen de kwakzalverij*. Dordrecht 1906.
- Goudsmit, C. J. 1966: *Volksgezondheid en recht*, IJmuiden, 1966.
- Graupner, H.: *De geneeskunde op ongebaande wegen*, Roosendaal, z.j.
- Hughes, E. C.: Licence and Mandate in E. C. Hughes, *Men and their work*. Glencoe Ill., 1958. p. 78-87.

- King, S. H.: *Perceptions of illness and medical practice*, New York, 1962.
- Laeyendecker, L.: *Religie en conflict. De zogenaamde sekten in sociologisch perspectief*. Meppel 1967.
- Menzel, R.: *Ongeneeslijke ziekte te genezen? Nieuwe middelen en methoden*. Hoorn 1956.
- Phillips, D. L. & B. E. Segal: Sexual status and psychiatric symptoms. *Am. Soc. Rev.* 34 (1969) 58-72.
- Philipsen, H.: *Afwezigheid wegens ziekte*. Groningen, 1969.
- Roques, K. R. von: *Alte Heilweisen - Neu entdeckt*. Hannover 1962.
- Suchman, E. A.: Stages of illness and medical care. *J. Health Hum. Beh.* (1965) 114-28.
- Tenhaeff, W. H. C.: *Magnetiseurs, somnabules en gebedsgenezers*. Den Haag, 1951.
- Vall, M. van de: Het publiek en de magnetiseur: de analyse van een steekproef. *Tijdschr. voor Parapsychologie*, 1956.
- Winkler Prins, J.: *Huisarts en patiënt*. Meppel 1966.