

Voorlichting en ontwikkeling van therapeutisch gedrag in het kader van de arts-patiënt-relatie

DOOR J. G. J. E. JOSTEN*

Het advies van de *Centrale Raad voor de Volksgezondheid* spreekt over „gezondheidsvoorlichting” en „gezondheidsopvoeding”. Indien men de lijn verder doortrekt komt men tot „gezondheidsgedrag”. Gezien de situatie in de huisartspraktijk spreken wij tevens van „therapeutisch gedrag”. Dit therapeutisch gedrag moet de patiënt zich eigen maken. De arts zal de ontwikkeling van dit gedrag moeten begeleiden, er richting aan geven en een doel moeten aanduiden. Daartoe kan hij voorlichting in een of andere vorm als instrument gebruiken. De voorlichting in de huisartspraktijk speelt zich overwegend af binnen de relatie tussen arts en patiënt. In deze relatie zullen de primaire voorwaarden voor een juiste methode van voorlichting moeten worden gezocht.

De arts-patiënt-relatie. Voorlichting in de huisartspraktijk speelt zich hoofdzakelijk af in de curatieve sfeer; zij is een hulpmiddel bij de behandeling. Door voorlichting wordt de patiënt actiever bij de behandeling betrokken omdat de arts dan een standpunt kiest ten aanzien van de aard en de vorm van zijn relatie met de patiënt. In een drietal modellen geven Szasz en Hollender een schematisch overzicht van mogelijke vormen van arts-patiënt-relaties (*Schema 1*).

Model	Rol arts	Rol Patiënt	Voorbeelden klinische toepassing van het model
Activiteit-passiviteit	Hij doet iets aan de patiënt	Passief-accepterend; inert of niet in staat tot reactie	Narcose, coma, acuut trauma, ernstige infectieziekten
Opricht-uitvoering	Autoritair-instruerend; hij vertelt patiënt wat te doen	Gehoorzaam, volgzzaam	Koorts; reconvalescentie
Wederzijdse deelname (participatie)	Hij helpt patiënt zichzelf te helpen	Deelnemer in „partnership”, hij maakt gebruik van hulp van expert	Revalidatie; chronische toestanden; preventieve adviezen

Om deze modellen te hanteren is enige toelichting nodig. De auteurs gaan uit van de overtuiging dat het derde model zonder meer superieur is. Het eerste en tweede model komen in deze volgorde pas in aanmerking indien het derde model niet mogelijk is. Verder dient men zich te realiseren dat deze modellen abstracties zijn, als het ware idealtypische voorstellingen van de vele nuances die in

arts-patiënt-relaties kunnen voorkomen. Tenslotte kan tijdens één arts-patiënt-contact achtereenvolgens meer dan één model van toepassing zijn. Arts en patiënt staan tijdens de anamnese anders tegenover elkaar dan tijdens het onderzoek. Voor een bepaald contact zou men de arts-patiënt-relatie kunnen aanduiden met het model dat, over het geheel genomen, het meest van toepassing is en dat door arts en patiënt wordt nagestreefd. Uitgaande van deze modellen is een aantal factoren te noemen die mede bepalend zullen zijn voor de vorm van de arts-patiënt-relatie.

De aard van de aandoening en de toestand van de patiënt vormen gegeven grootheden die de keuze in mogelijke arts-patiënt-relaties beperken. In het bovenstaand schema wordt een aantal voorbeelden gegeven.

De vorm van de therapie: indien wij de vormen van therapie gemakshalve verdelen in behandelen, voorschrijven en adviseren, dan verwijzen deze vormen respectievelijk naar het eerste, tweede en derde model van de arts-patiënt-relaties. Een voorbeeld van behandelen is het geven van een injectie; van voorschrijven: het geven van een voorschrift om poeders in te nemen; van adviseren: het bespreken van de mogelijkheden om drukke werkzaamheden in te perken. In de door Bremer en Van Westreenen onderzochte huisartspraktijken kwam behandelen in twintig procent, voorschrijven en adviseren beide in vijftig procent van de huisarts-patiënt-contacten voor. Uit deze cijfers blijkt tevens dat tijdens een contact meer dan één vorm van therapie en dus verschillende modellen kunnen voorkomen.

De persoonlijkheid van de medicus: een arts die gewend is autoritair op te treden, zal weinig open staan voor het derde model van contact. Hij zal zich bij voorkeur beperken tot het behandelen en het geven van voorschriften en hij zal weinig geneigd zijn om de wenselijkheid van bepaalde therapeutische maatregelen met zijn patiënt te bespreken. Om geheel andere redenen zal de arts, die weinig zeker is in zijn optreden, afzien van overleg met de patiënt.

De persoonlijkheid en het niveau van de patiënt spelen ook een grote rol. Naarmate de patiënt zelfstandiger is en meer gewend en in staat is om een aandeel te leveren in het vormen van een beslissing biedt het derde model meer mogelijkheden. De maatschappelijke ontwikkeling geeft aanleiding te verwachten dat dit in de toekomst meer en meer

* Wetenschappelijk medewerker van de afdeling Geestelijke Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

het geval zal zijn. Zoals zal blijken, is het voor een effectieve voorlichting belangrijk de patiënt in deze niet te onderschatten en de mogelijkheden zo goed mogelijk te benutten.

Een andere factor wordt gevormd door de rolverwachtingen die bij arts en patiënt bestaan ten aanzien van dit sociale contact. Hoeveel waars ook mag schuilen in de veel gehoorde opmerking dat de autoriteitspositie en het magische aureool van de arts aan het verdwijnen zijn, toch is dit slechts ten dele het geval. De autoritair-paternale rol is menige arts nog op het lijf geschreven en dit niet in het minst omdat vele patiënten de verantwoordelijkheid voor de oplossing van hun probleem maar al te graag aan de arts overlaten en passief afwachten wat er zal gaan gebeuren. De patiënt zoekt vaak een afhankelijkheidsrelatie, vooral bij langdurige ziekte en de arts wijst deze in vele gevallen niet af. Daarmede is dan de weg naar een contact volgens het derde model nagenoeg afgesloten.

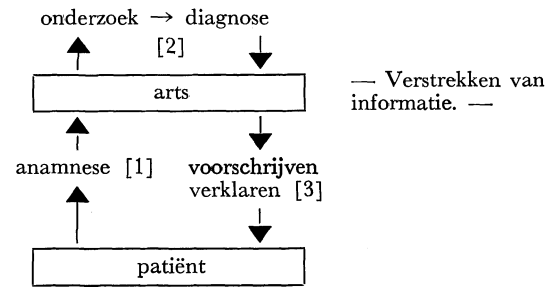
Communicatie. De vorm van de relatie bepaalt de positie welke arts en patiënt ten opzichte van elkaar innemen. Zo kan men bij een autoritaire relatie van een verticale en bij een participerende relatie van een horizontale positie-inname spreken. Zoals uit het voorafgaande bleek, onderscheidde het eerste model zich van de beide andere modellen door de toestand waarin de patiënt verkeert. Dit onderscheid weerspiegelt zich in het al of niet aanwezig zijn van communicatie. Aangezien voorlichting en gedragsbeïnvloeding een of andere vorm van communicatie vooronderstellen, wordt van een verdere bespreking van het eerste model afgezien.

Schematisch weergegeven ziet het tweede en derde model er uit als in *schema 2* en *3* aangegeven.

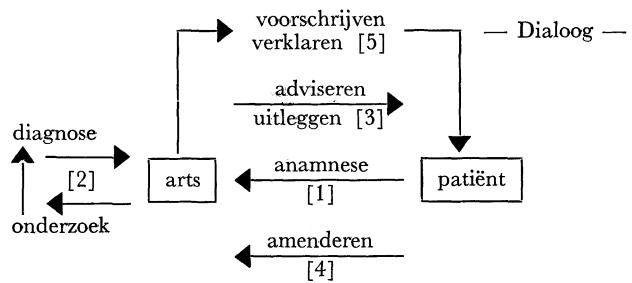
Toelichting: het cijfer [2] vormt een fase in elk arts-patiënt-contact, dat vrijwel uitsluitend het karakter volgens het eerste model bezit. De indeling van de werkzaamheden van de arts-anamnese, voorschrijven, verklaren en dergelijke is ontleend aan Bremer en Van Westreenen.

De keuze van het model. Volgens deze constructie zijn voor de communicatie in het arts-patiënt-contact twee modellen aangewezen. De vraag is nu, welk van de twee modellen het best van toepassing is op de huisartspraktijk. Het antwoord op deze vraag is te vinden via een analyse van de factoren die de aard van de arts-patiënt-relatie bepalen. In zoverre het model wordt bepaald door de relatie van twee gegeven persoonlijkheden is dit niet specifiek voor de huisartspraktijk. Wat de rolverwachtingen betreft, is de patiënt wellicht geneigd de huisarts, meer dan de specialist, als een raadsman te zien. Daarbij heeft de huisarts meer frequente en intensieve contacten met de patiënt dan de meeste specialisten. Daardoor zal de huisarts eerder dan dat dit voor een specialist het geval is in

Schema 2. Schematische weergave van arts-patiënt-relatie volgens het tweede model. Verticale relatie.



Schema 3. Schematische weergave van arts-patiënt-relatie volgens het derde model. Horizontale relatie



staat zijn tot een contact met zijn patiënt volgens het derde model.

Voor wat betreft de aard van de aandoening en wat de toestand van de patiënt aangaat, moeten wij enkele groepen patiënten afzonderlijk bezien. Allereerst zijn er de patiënten die, na onderzoek door de huisarts, worden verwezen naar de specialist. Deze groep is niet specifiek voor de huisartspraktijk. Vervolgens is er de groep waarvan de aard van de aandoening en de daaruit voortvloeiende toestand dusdanig is dat relaties volgens het eerste of tweede model zonder meer zijn geïndiceerd. Tenslotte treft men de groep van patiënten aan op wie het volgende citaat van toepassing is: „We are faced with the fact, that perhaps one half of all patients or more have nothing very serious wrong with them in terms of prospective death. But can we say that there is nothing very serious wrong with them in terms of prospective life?” (Rose).

Nog niet besproken is de vorm van de therapie. Deze houdt nauw verband met het vorige punt. De boven beschreven verdeling van de patiënten over drie groepen kan hier worden gehandhaafd. Juist op de laatste groep, waarvoor geldt: „nothing serious wrong in terms of prospective death,” zullen wij onze aandacht concentreren. Deze groep wordt gevormd door patiënten die geen ernstige en acute gevolgen van hun aandoening hebben te verwachten, mits zij zich aan bepaalde voorschriften en leefregels houden. Voor deze patiënten is therapie niet iets dat zich in een beperkte tijdsruimte afspeelt. Therapie vraagt van hen verandering in hun levens- en gedragspatroon. Zij moeten zich een therapeutisch of een gezondheidsgedrag eigen

maken. Men kan hierbij denken aan de grote groepen dergenen, die zich bijvoorbeeld aan een dieet moeten houden, die zich moeten beperken in het gebruik van tabak en alcohol of die zich op een of andere wijze in hun werk moeten onttrekken. Buiten de curatieve sfeer zijn er de ouders en opvoeders die, preventief, op bepaalde gedragingen van hun pupillen moeten toezien, zoals op hygiëne, eetgewoonten en tandverzorging. De arts, speciaal de huisarts, moet trachten dit therapeutisch of preventief gedrag tot ontwikkeling te brengen. Gewoonten zijn hardnekkig en het geven van voorschriften alleen is niet voldoende om het bestaande gedragspatroon te doorbreken. Hiermede komen wij aan de kern van het probleem. Voorlopig kunnen wij volstaan met te zeggen dat de juiste methode in onderling overleg zal moeten worden gevonden. Een relatie waarbij door wederzijdse deelname van arts en patiënt naar een goede oplossing wordt gezocht, dus volgens het derde type, komt hiervoor in de eerste plaats in aanmerking.

Doel en opzet van de voorlichting. Bij de aanvang werd reeds gesteld dat voorlichting voor de huisarts in de eerste plaats een hulpmiddel is bij de behandeling. De behandeling wordt erdoor ingeleid en vervolgens levert de voorlichting, in de vorm van een samenspraak tussen arts en patiënt, enige garantie voor de juiste uitvoering van de overeengekomen therapeutische gedragslijn. Tijdens het verloop van de therapie kunnen zich onvoorziene moeilijkheden voordoen, waarover de patiënt de arts wil raadplegen. Wordt deze vorm van contact door de arts gestimuleerd, dan schept hij daarmee de mogelijkheid om alsnog regelen in te grijpen en door middel van aanvullende aanwijzingen misverstanden bij de patiënt te corrigeren. Indien voorlichting op deze wijze wordt gehanteerd vormt zij een integrerend onderdeel van de therapie. Het behandelen krijgt nu meer het karakter van begeleiden.

Kort samengevat kunnen wij de betekenis van de voorlichting als volgt samenvatten. Het probleem van de patiënt wordt tot zijn juiste proporties herleid. De voorstelling van de patiënt over zijn toestand wordt ontdaan van vooroordeel en bakerpraat. Er wordt inzicht en begrip gekweekt voor de vaak onaangename maatregelen welke de arts nodig acht.

De arts verzekert zich van de medewerking van de patiënt, zodat beslissingen die ten aanzien van de therapie zijn genomen ook werkelijk tot hun recht komen. Men kan ook personen uit de omgeving van de patiënt bij de voorlichting betrekken. Het gedrag van de patiënt staat in relatie tot zijn omgeving. Veranderingen in het gedragspatroon van de patiënt zullen weerklank moeten vinden bij de personen uit zijn naaste omgeving.

Indien wij de gestelde doelen ook werkelijk willen bereiken, dan zullen wij de patiënt enige informatie moeten verschaffen. Op het belang hiervan

wordt nog eens de nadruk gelegd door *Pratt en medewerkers*. Hun conclusies luiden als volgt: Het is belangrijk dat de arts een goed idee heeft van wat zijn patiënt weet over ziekte en behandeling. Gezien vanuit het standpunt van de arts, weet de patiënt over het algemeen te weinig. Indien enige kennis van ziekte en behandeling bij de patiënt ontbreekt, dan heeft dit een nadelige invloed op de therapie. Het initiatief voor de voorlichting moet uitgaan van de arts. De behoefte aan voorlichting is bij de meeste patiënten niet bewust, maar wel latent aanwezig.

Voorlichting vereist echter in de eerste plaats dat arts en patiënt elkander verstaan, dat wil zeggen dat zij met dezelfde woorden dezelfde begrippen aanduiden. Is dat niet het geval, dan dreigt er een kortsluiting in de communicatie te ontstaan. De dialoogvorm voorkomt deze moeilijkheid. Er is dan een controle op de wijze waarop de verstrekte informatie wordt verwerkt.

Aan de hand van de praktijk is er een aantal voorwaarden te formuleren waaraan bij het verstrekken van informatie moet worden voldaan. Allereerst moet de informatie zinvol zijn, met andere woorden de patiënt moet direct verband zien tussen de verstrekte informatie en de oplossing van zijn probleem. Verder moet zij nieuw zijn. Oude kost houdt de belangstelling niet levend. De informatie moet begrijpelijk en duidelijk worden geformuleerd dat wil zeggen zij moet aansluiten aan de begrippenwereld van de patiënt. Bovendien moet de informatie in overzichtelijke hoeveelheden worden gedoseerd en over de tijd gespreid worden aangeboden. Deze spreiding in de tijd mag ook weer niet te ruim zijn. Aan de hand van de „feed back” van het wederwoord van de patiënt kan de arts nagaan of de door hem gegeven voorlichting aan deze voorwaarden voldoet.

Voorlichting en ontwikkeling van therapeutisch gedrag. Therapeutisch gedrag kan pas tot ontwikkeling komen indien het bestaande patroon van gewoontehandelingen wordt doorbroken. Gewoontehandelingen zijn hardnekkig. Daarvoor zijn twee oorzaken aan te geven. In de eerste plaats zijn gewoontehandelingen automatismen, zij zijn grotendeels aan het bewustzijn onttrokken. Zij hebben de neiging om, indien er niets in de weg staat, zichzelf te continueren. In de tweede plaats houden gewoontehandelingen verband met een behoefte, zij komen langs directe of indirecte weg aan die behoefte tegemoet. In lang niet alle gevallen is het mogelijk de aard van deze behoefte vast te stellen. Wil men de gewoontehandelingen van een patiënt ombuigen dat is het noodzakelijk dat men zich van de medewerking van de patiënt weet te verzekeren. Deze vormen van therapie vragen de volledige inzet van de patiënt en de bereidheid om bepaalde offers te brengen. In hoeverre dit werkelijk gebeurt, onttrekt zich grotendeels aan het gezichtsveld van de huisarts.

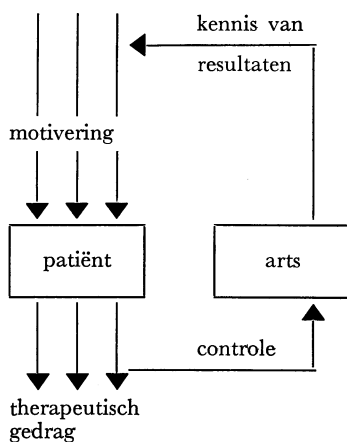
Een onderzoek van *Berkowitz en medewerkers*

leidde onder meer tot de volgende, weinig verrassende, maar belangrijke conclusies: naarmate de therapeutische voorschriften meer eigen inzet van de patiënt vragen, worden ze minder goed opgevolgd en naarmate de arts minder toezicht uitoefent of kan uitoefenen worden de voorschriften minder goed opgevolgd. Deze uitkomsten geven onomwonden weer dat het beïnvloeden van het gedrag van patiënten geen eenvoudige zaak is.

De effectiviteit van de therapie kan op de volgende manieren worden verhoogd. Laat de patiënt een actieve bijdrage aan de behandeling leveren. Verklaring en uitleg wijzen hem de richting waarheen het therapeutische gedrag zich moet ontwikkelen. Zorg dat de patiënt goed gemotiveerd is, dat wil zeggen de patiënt moet een duidelijk en aantrekkelijk doel voor ogen staan. Zorg dat de stimulans aanwezig blijft.

Controleer regelmatig en geef blijk van waardering voor het reeds bereikte resultaat. Geef geen negatieve waardering. De verklaring van en de uitleg over het doel en de richting van de gewenste activiteit van de patiënt zijn zuivere voorlichtingselementen, zoals de verklaring van de oorzaken van gewichtstoename en de uitleg over het geadviseerde dieet. Nadat de patiënt enig inzicht heeft verkregen in zijn probleem kan hij pogingen gaan ondernemen om zijn gedrag in de gewenste richting om te buigen. Dit is een opvoedings- en een leerproces. De arts houdt toezicht op de ontwikkeling van dit leerproces. Hij leidt het in goede banen door de patiënt kennis van de resultaten te geven. De arts licht de patiënt in over het therapeutische effect — bijvoorbeeld de gewichtsafname — dat is bereikt en geeft aanwijzingen en correcties voor het verdere verloop van het leerproces. De voorlichting en de opvoeding tot het juiste therapeutische gedrag gaan hier dus hand in hand (schema 4).

Schema 4. Opvoedings- en leerproces bij de arts-patiënt-relatie



Vooraf in de aanvang van het leerproces is de neiging groot om terug te vallen in de oude gewoontehandelingen. De controles van de arts zul-

len dan ook aanvankelijk vrij frequent moeten zijn. In een later stadium kunnen de tijdsintervallen tussen de controles toenemen tot bijvoorbeeld halfjaarlijkse of jaarlijkse contacten. Het leerproces is pas dan afgesloten wanneer het therapeutische gedrag de status van gewoontehandeling heeft bereikt. Dit laatste zegt ook iets over de prognose van de resultaten van het leerproces. De oude gewoontehandeling dankt zijn bestaan aan zijn behoeftebevredigend karakter. Wil daarom het therapeutische gedrag werkelijk tot gewoontehandelen evolueren, dan moet dit therapeutische gedrag steunen op een behoefte die minstens zo urgent is als de behoefte waaraan de oorspronkelijke gewoontehandeling tegemoet kwam. In eerste aanleg wordt deze behoefte bij de patiënt gekweekt in de voorlichtingsfase — verklaren en uitlegen — die het leerproces op gang brengt. Motivering, zoals in het schema aangegeven, is feitelijk niets anders, dan het onderhouden van deze nieuw-gekweekte behoefte.

Er is reeds gewezen op het belang van medewerking van de personen uit de omgeving van de patiënt. Zij kunnen een duidelijke stimulans leveren voor de ontwikkeling van het therapeutische gedrag. In enkele gevallen is het mogelijk om de patiënt in contact te brengen met personen die voor eenzelfde aandoening onder behandeling zijn of zijn geweest. In de landbouwvoorlichting hebben dergelijke contacten hun nut bewezen (Van den Ban). In een onderzoek naar het effect van medische adviezen in het kader van periodiek geneeskundig onderzoek komt men tot de volgende resultaten: het advies werd opgevolgd door 80 procent van de onderzochte personen na het eerste controlebezoek; door 87 procent na het tweede controlebezoek en door 90 procent na het derde controlebezoek. De onderzoekers (Prickman en medewerkers) vatten hun ervaring als volgt samen: „— we feel that a relationship between the (patient) and his consultant physician based on thorough study, confidence and respect is necessary to gain the former's full cooperation in carrying out the measures indicated for maintenance and improvement of his health”.

De begeleiding in de praktijk. Indien wij zoeken naar aanwijzingen om de effectiviteit van dit proces van gedragsontwikkeling te verhogen, dan kan de uitermate praktisch georiënteerde „empolyee training” zoals beschreven door Mc Gehee, Levine en Butler, en Mosel ons goede aanknopingspunten bieden. Uitgaande van deze publikaties is een aantal punten voor de praktijk te formuleren. In de ontwikkeling van het therapeutische gedrag kunnen wij de volgende elementen isoleren: de voorbereiding, de gedragsontwikkeling en het toezicht van de arts.

Vorbereiding: de patiënt moet over enige informatie beschikken, aangepast aan zijn begripsni-

veau. Zowel de arts als de patiënt moet een duidelijk beeld hebben van het beoogde doel. Indien er tussen arts en patiënt verschillen in opvatting bestaan ten aanzien van het doel, dan werkt dit remmend op de ontwikkeling van het therapeutische gedrag. De patiënt moet van de aanvang af een actieve rol spelen; hij moet deelnemen aan het uitstippelen van de te volgen gedragslijn. De patiënt moet voldoende worden gemotiveerd, dat wil zeggen het therapeutische gedrag moet tegemoet komen aan de bevrediging van bepaalde behoeften, bijvoorbeeld slank worden.

Gedragsontwikkeling: tijdens het proces moet er een regelmatig en wederkerig contact tussen arts en patiënt bestaan. De motivering van de patiënt moet worden onderhouden. De patiënt moet actief pogingen aanwenden om zich het nieuwe gedrag eigen te maken („al doende, leert men”). De gedragsontwikkeling reikt niet verder dan de doelinterpretatie van de patiënt. Zo kan minder roken voor de patiënt betekenen: zich beperken tot twintig sigaretten per dag.

Toezicht van de arts: deze volgt de ontwikkeling van het therapeutische gedrag. Hij geeft aan welke gedragingen wel — positieve waardering — en welke niet moeten worden voortgezet. Positieve waardering heeft meer effect dan negatieve waardering. Alleen positieve waarderingen houden voor de patiënt een aanduiding in wat van hem wordt verwacht.

Hoe sneller de positieve waardering op het gedrag volgt, hoe groter het effect van deze waardering zal zijn. Kennis van de resultaten onderhoudt de motivering van de patiënt om op de ingeslagen weg voort te gaan. Bij het geven van aanwijzingen moet de arts rekening houden met de beperkingen van de patiënt en wel met zijn begripsniveau, met de doelinterpretatie van de patiënt en met de betekenis welke de patiënt hecht aan de aanwijzing. Bepaalde aanwijzingen van de arts kunnen door de patiënt als bedreigend worden ervaren. De oorzaak hiervan is minder te zoeken in de aanwijzingen zelf, dan wel in de wijze waarop zij worden aangeboden (patroniserend of autoritair). Voor de arts houdt een dergelijke reactie een aanduiding in om de gevolgde procedure te herzien.

Samenvatting. Drie modellen van mogelijke arts-patiëntrelaties worden gegeven. Hierbij kan men twee vormen van communicatie onderscheiden. Voorlichting kan volgens beide schema's geschieden. De eigen aard van de huisartspraktijk doet aan het horizontale schema de voorkeur geven, alhoewel momenten van verticale communicatie altijd aanwezig zullen zijn. Een groot deel van de patiënten in de huisartspraktijk is niet gebaat bij een behandeling van beperkte duur. Zij zullen, onder toezicht van de arts, een therapeutisch gedrag moeten ontwikkelen. Voorlichting geeft richting en doel van deze ontwikkeling aan. Deze ontwikkeling wordt schematisch weergegeven. Het geheel gaat vergezeld van enkele praktische aanwijzingen.

Summary. Three models of possible doctor-patients relationships are presented. In these models, two forms of communication can be distinguished, a vertical and a horizontal one. In a counseling situation, each of these forms can be adopted. The typical characteristics of general practice make a horizontal communication more preferable than a vertical communication, though elements of the latter will, to a certain degree, always be necessary. For the most part, patients in general practice would not benefit by a short term treatment. Under doctor's guidance, they will have to develop patterns of therapeutic behavior. Counseling and guidance will point out direction and aim and give sustenance to this development. To outline the development of therapeutic behavior patterns a feed back model is used. Some suggestions for the practice of medical counseling are added.

- Ban, A. W. van den (1965) *Paedagogische Studiën* 42, 1.
 Berkowitz, H. H., M. F. Malone en M. W. Klein (1962) *J. Hlth hum. Behav.* 3, 171.
 Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) *huisarts en wetenschap* 7, 2.
 Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1962) *Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid*, 10.
 Levine, J. en J. Butler in E. A. Fleishman (1961) *Studies in personnel and industrial psychology*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
 Mc. Gehee, W. in E. A. Fleishman (1961) *Studies in personnel and industrial psychology*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
 Mosel, J. N. in E. A. Fleishman (1961) *Studies in personnel and industrial psychology*. The Dorsey Press, Homewood, Illinois.
 Pratt, L., A. Seligmann en G. Reader (1957) *Amer. J. publ. Hlth.* 47, 1277.
 Prickman, L. E., G. A. Koelsche, J. M. Berkman, H. M. Carryer, G. A. Peters en L. L. Henderson (1958) *J. Amer. med. Ass.*
 Rose, J. (1958) Unpublished address. Cit. blz. 135. *Patients, Physicians and Illness*. E. G. Jaco ed. The Free Press, Glencoe, Ill.
 Szasz, Th. S. en M. H. Hollender (1956) *Arch. intern. Med.* 97, 582.