

tion of the learning objectives of such a workshop is exceedingly important.

The purpose of the workshop was to effect a number of behavioural changes in the participants in the course of a series of meetings. The general practitioner/instructor should come to view the vocational training of his assistant as a purposeful learning process rather than as a period of simply gaining practical experience. One of the prerequisites for a successful vocational training is that the ge-

neral practitioner/instructor can design a purposeful training programme.

In order to effect the behavioural changes in the general practitioners/instructors, groups were formed which focused on the participants' own activity. Group work was presented as a means to influence the learning process. Educational views were discussed during the meetings. Application of the feedback principle and teaching/learning discussions were explained and practised during the

meetings. The role of the workshop leader is also discussed.

The educational aspects were generally well-appreciated by the participants, who also attached importance to the exchange of experiences for a successful training programme. These meetings provided the staff of the Rotterdam Department of General Practice with some useful lessons.

---

## Onderzoek naar de mate van neuroticisme van patiënten van magnetiseurs

DOOR DR. L. F. BAKKER, ARTS TE VOORBURG

### INLEIDING

Uit een door hem ingesteld onderzoek naar de invloed van het zogenaamde magnetiseren op patiënten, concludeert *Musaph* onder andere: „Nader onderzoek dient te worden welke facetten der persoonlijkheidsstructuur dit therapeutisch-kunnen bevorderen, waarbij de therapeut toch middelaar blijkt te zijn en geen donor”. Hierbij wordt op het geloof in het zogenaamde magnetisch fluïdum gedoeld. Deze conclusie vormde het uitgangspunt van ons onderzoek, waarbij met behulp van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (*Wilde*) de mate van neuroticisme van patiënten van magnetiseurs nader werd onderzocht.

### METHODEN EN PATIËNTEN

Begin 1974 werden door twee enquêtrices ten huize van tien magnetiseurs, respectievelijk wonende te Amstelveen, Amsterdam (2), Breezand (NH), Hilversum, Honselersdijk, Klazienaveen, Lisse, Nijmegen en Sliedrecht, 250 patiënten benaderd om naast de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (A.B.V.), enkele attitudevragen te beantwoorden volgens het principe van de semantische differentiaal (*Osgood*), benevens vragen, die ons nader moesten informeren omtrent een aantal anamnese-gegevens, te beantwoorden. Afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden stond het de enquêtrices vrij alle op een bepaalde dag komende patiënten te benaderen of alleen telkens de derde, vierde of vijfde patiënt. De func-

tie van de enquêtrices diende zich te beperken tot het eventueel geven van enige begeleiding bij het invullen van de vragenlijsten. Weigeraars kwamen onder de benaderde patiënten niet voor. Wel moesten de patiënten worden gemotiveerd aan het onderzoek deel te nemen. Het feit dat 74,7 procent van de patiënten aangeeft dat de huisarts niet op de hoogte was van de gang naar de magnetiseur, maakt dit begrijpelijk.

Nadat de vragenlijst door de patiënt was ingevuld, werd deze door de enquêtrice in het bijzijn van de patiënt in een genummerde envelop gedaan en gesloten. De magnetiseurs bleven onbekend met de inhoud van de antwoorden op de gestelde vragen. De patiënt moest zich namelijk volkomen vrij kunnen uitspreken onder andere ten aanzien van het bereikte resultaat op het moment van ons onderzoek en zijn attitude ten aanzien van zijn magnetiseur.

Met betrekking tot de aandoeningen, waaraan de patiënten volgens opgave leden, was het in een aantal gevallen onmogelijk ons een juist beeld te vormen. In mei 1974 werden 53 patiënten wederom benaderd met het verzoek een aantal vragen te beantwoorden, dat betrekking had op hun aandoening(en).

### RESULTATEN

De aandoeningen, waaraan de patiënten volgens opgave leden, berustten voor 74 procent op informatie van de artsen. In totaal werden door de 250 deelnemers 270 aandoeningen vermeld. Deze hebben wij gerubriceerd volgens de „mor-

---

**Samenvatting.** In 1974 werden 250 willekeurige patiënten van tien magnetiseurs onder andere onderzocht op de mate van neuroticisme met behulp van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst van *Wilde*. Dit leidde onder andere tot de conclusie, dat deze groep patiënten wordt gekenmerkt door significant hoge N- en NS-scores en lage T- en Sw-scores ten opzichte van de Nederlandse populatie (eenzijdige overschrijdingskans  $p < 0,005$ ). De morbiditeitsclassificatie wijst bovendien in de richting, dat een groot aantal van deze patiënten kan worden betiteld als psychoneuroticus en psychosomaticus. De centrale vraag blijft evenwel waarom de artsen, onder wie een aantal psychiaters, kennelijk niet in staat waren verbetering te brengen in het subjectief welbevinden, terwijl de magnetiseurs bij een bepaald percentage patiënten, dat zonder meer aanspreekt, daartoe wel in staat bleken te zijn. Gewezen wordt op een aantal factoren, dat daarbij al of niet een rol speelt.

---

biditeitsclassificatie voor gebruik door huisartsen” (*Oliemans*). Wat betreft de frequentie van voorkomen tonen onze gegevens een grote overeenkomst met die van *Cassee en Van Leeuwen*, die eveneens deze classificatie hanteerden met betrekking tot patiënten van magnetiseurs. Wij konden 94 ziektegevallen – 34,8 procent van het totaal – onderbrengen in groep V, van wie 93 onder nummer 135. Dit nummer staat voor psychoneurose, psychogene, functionele klachten, hypochondrie, neurasthenie, overspannenheid. In groep VI, ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen, ziekten van het centrale zenuwstelsel hebben wij 25 gevallen (9,3 procent) gerubriceerd. Ziekten van het bewegingsapparaat, groep XIII, maakten voor 22,2 pro-

cent deel uit van het aantal ziektegevallen. Van deze zestig patiënten waren er 35 met rugklachten. Hoofdpijnklachten, nummer 453 van groep XVI, kwamen bij 31 (13,5 procent) van de patiënten voor.

Samenvattend mag men stellen, dat patiënten zich overwegend – minstens 79,8 procent van het aantal gevallen – met nerveuze en psychosomatische aandoeningen, organische aandoeningen van het zenuwstelsel en aandoeningen van het bewegingsapparaat tot magnetiseurs wendden. Het is te verwachten dat, bij nadere analyse van de aandoeningen van deze groep patiënten, het aandeel van psychosomatosen c.q. functionele aandoeningen veel groter zal blijken te zijn. In het algemeen werden de aandoeningen en klachten door ons gerubriceerd, zoals deze ons werden aangeboden. Op verschillende plaatsen van de genoemde morbiditeitsclassificatie worden aandoeningen vermeld, die van psychogene oorsprong kunnen zijn. Met betrekking tot deze materie merkt *Oliemans* onder andere op, dat een onderzoek naar de psychische invloed op ziekten waarschijnlijk meer zal zeggen over de attitude van de arts dan over de psychische factoren, die tot het ontstaan van de klacht hebben geleid.

Met betrekking tot de medische consumptie van deze groep patiënten het volgende. Voor 81,6 procent van de patiënten geldt, dat zij gemiddeld negenmaal per jaar contact hebben met de huisarts. *Oliemans* vond gemiddeld vier contacten per jaar per patiënt. Gezien de grote spreiding is de mediaan een betere maatstaf. Deze ligt voor onze groep op vier contacten per jaar. Vierenveertig (17,6 procent) patiënten hadden de laatste jaren geen contact met de huisarts. Van hen hadden evenwel 18 patiënten wel contact met specialisten.

Van de 250 patiënten werden er 185 (74 procent) naar een of meer specialisten verwezen in verband met de aandoening, waarvoor zij uiteindelijk magnetiseurs raadpleegden. Het aantal specialisten, dat door hen werd geconsulteerd, bedroeg 313. Wat de verschillende geconsulteerde specialisten betreft springen de internisten (68 gevallen), de neurologen (66 gevallen), de orthopedisten (32 gevallen) er duidelijk uit. Achttien patiënten consulteerden een psychiater

en één patiënt een psycholoog. Voor de 185 verwezen patiënten geldt, dat 76,2 procent van mening was, dat de specialisten voldoende tijd aan hen hadden besteed. Ten aanzien van de gehele groep geldt dit voor 73,6 procent met betrekking tot de huisarts.

Onder neuroticisme – *Wilde* gebruikt de term neurotische labiliteit – verstaat men het psychisme, dat bepalend is voor de mate waarin iemand onder bepaalde „stress”-situaties decompenseert c.q. onder andere neurotisch wordt, respectievelijk psychosomatische klachten gaat vertonen. De mate van dit psychisme kan door middel van psychologische tests in een getal worden uitgedrukt. Het gebruik van de op een aselechte steekproef van de Nederlandse populatie gebaseerde Amsterdamse Biografische Vragenlijst (A.B.V.), die door *Wilde* werd samengesteld, heeft als voordeel de eenvoudige wijze van afnemen.

Het is gebleken dat de mate van dit psychisme „normaal verdeeld” is over de Nederlandse populatie. Tegen de benaming van het begrip neuroticisme en het synoniem neurotische labiliteit zijn bezwaren aan te voeren. Het begrip neurotische labiliteit is taalkundig een contradictio in adjecto. Bovendien associëren deze beide begrippen te veel met pathologische gedragspatronen c.q. met het begrip neurose, terwijl deze beide begrippen juist een andere inhoud hebben. Aan het begrip neuroticisme geven wij bij gebrek aan een betere term de voorkeur.

Iemand met een lage test-score met betrekking tot het psychisme neuroticisme, een stabiel iemand, kan wel degelijk in bepaalde gevallen psychisch decompenseren. Dit is namelijk afhankelijk van de aard van de stresssituaties. Het mentaal decompenseren kan zowel in de geestelijke als in de lichamelijke sfeer tot uitdrukking komen. Het is op grond hiervan, dat *Wilde* naast een „psychoneurotische” N-schaal een „psychosomatische” NS-schaal heeft geconstrueerd.

Naast de N- en de NS-schaal heeft *Wilde* een zogenaamde E-schaal in zijn vragenlijst opgenomen, waarmee de mate van „sociale” introversie versus extravertie kan worden gemeten. Een lage score op de E-schaal reflecteert de mate

van introversie en omgekeerd. Naast nog een aantal andere schalen voegde *Wilde* ook nog de zogenaamde T-schaal en Sw-schaal aan zijn testbatterij toe. Met de T-schaal (testattitudeschaal) meet men de mate van zelfkritische versus zelfdefensieve houding. In verband met de aard van ons onderwerp is het belangrijk op te merken, dat mensen met een hoge T-score, welke de mate van defensiviteit reflecteert, moeilijk tot nauwelijks toegankelijk zijn voor psychotherapie. Bovendien vertonen zij volgens *Furneau* en *Gibson*, geciteerd bij *Wilde*, een geringe ontvankelijkheid voor hypnose. De Sw-schaal (sociale wenselijkheids-schaal) heeft betrekking op de mate van het al of niet geven van sociaal wenselijke antwoorden van de proefpersonen. Met betrekking tot de Sw-schaal merkt *Wilde* onder andere op, dat deze schaal duidelijk differentieert tussen pathologie en de algemene populatie.

In *tabel 1* zijn de uitslagen van 245 ABV's van de proefpersonen bijeengebracht. De normering van *Wilde* berust onder andere op een indeling in tien klassen (decieklussen genaamd), waarbij in geval van een normale verdeling elke klasse 10 procent van de elementen bevat.

Op grond van het feit, dat vijf deelnemers ouder waren dan 76 jaar, waren hun ABV's niet te normeren volgens de tabellen van *Wilde*. In deze tabel zijn tevens de tweezijdige overschrijdingskansen van de geconstateerde verschillen tussen deze patiënten en de normeringsverdeling, volgens de toets van Kolmogorow-Smirnow (*Siegel*) weergegeven. De hoge N- en NS-scores (eenzijdige overschrijdingskans  $p < 0,005$ ) van deze patiënten wijzen er op, dat voor een groot aantal van hen geldt, dat hun klachten voor een belangrijk deel respectievelijk geheel van psychoneurotische en psychosomatische aard zijn. De autoselectie met betrekking tot de psychische constellatie op dit punt is op zich al een merkwaardig feit bij deze groep patiënten. Anderzijds wijken zij op dit punt niet af van patiënten, die psychiaters bezoeken (*Wilde*).

Psychoneurotici, die vrijwillig hulp zoeken, hebben in het algemeen lagere E-scores dan psychosomatici. Gezien de overweging, dat onze groep een gemengde populatie is wat betreft onder

andere de vertegenwoordiging van psychoneurotici en psychosomatici, verwondert het niet, dat de E-scores geen afwijking vertonen ten aanzien van de algemene populatie. Psychoneurotici vertonen voorts in het algemeen relatief lagere T-scores dan psychosomatici. Voor onze gemengde groep geldt in het algemeen lage T-scores.

Splitsen van de ABV's overeenkomstig een aantal veelvuldig voorkomende diagnoses leverde het volgende op. De ABV's van 62 patiënten met de diagnose nervositas vertonen een overeenkomst met de bevindingen van *Wilde* ten aanzien van psychoneurotici ( $p < 0,01$  voor de N-, NS-, T- en Sw-scores), met uitzondering van de E-scores, die in ons geval niet significant afwijken. De ABV's van de patiënten met de diagnose hoofdpijn vertonen het beeld, dat geldt voor psychosomatici (*Wilde*). Bij patiënten met de diagnose rugklachten werden met uitzondering van lage T-scores ( $p < 0,05$ ) geen significante afwijkingen gevonden ten aanzien van de algemene populatie. De ABV's van patiënten, die zich eerst onder behandeling van een psychiater c.q. psycholoog (18 + 1) hadden gesteld, vertonen eveneens hoge N- en NS-scores ( $p < 0,01$ ). De E- en T-scores wijken niet significant af, hetgeen op grond van de combinatie psychoneurotici en psychosomatici niet te verwonderen is (zie eerder). De Sw-scores van deze subgroep wijkt significant af van de algemene populatie ( $p < 0,05$ ), maar zijn relatief hoger in vergelijking met onze totale groep. In *tabel 2* zijn de Pearson-correlaties bijeengebracht tussen de diverse ABV-schalen onderling. Samenvattend blijkt dat de gevonden correlatie-coëfficiënten een consistente overeenkomst vertonen met soortgelijke coëfficiënten voor neurotici en psychotici volgens de correlatiematrix van *Wilde*.

Wat betreft het therapeutisch kunnen van de tien deelnemende magnetiseurs

Tabel 2. Voor verklaring zie tekst.

Schaal	NS-	E-	T-	Sw-
N-	0,55	-0,22	-0,27	-0,58
NS-		-0,20	-0,12	-0,55
E-			-0,13	0,36
T-				0,42

Tabel 1. Voor verklaring zie tekst.

Deceel	a	N-	NS-	E-	T-	Sw-schaal
1	10%	9	1	34	56	57
2	10%	14	13	29	39	32
3	10%	5	9	29	18	26
4	10%	8	17	17	17	20
5	10%	20	16	18	14	29
6	10%	25	23	27	37	11
7	10%	22	14	22	15	23
8	10%	38	27	27	21	22
9	10%	29	50	18	10	10
10	10%	75	75	24	18	15
Totaal	100%	245	245	245	245	245
b		$p < 0,01$	$p < 0,01$	n.s.	$p < 0,01$	$p < 0,01$

a = verdeling over de Nederlandse populatie.

b = afwijking ten aanzien van de Nederlandse populatie.

n.s. = niet significant.

het volgende. Op het moment van onderzoek gaf 40,6 procent van de patiënten aan zeer verbeterd te zijn, 24,9 procent was tamelijk verbeterd, 24,9 procent enigszins verbeterd en 9,2 procent had nog geen verbetering van klachten ondervonden. Eén patiënt bleek zeer verslechterd te zijn. Hierbij dient te worden aangetekend, dat vier van de 250 patiënten op het moment van ons onderzoek de magnetiseurs voor de eerste keer consulteerden.

Wij hebben nagegaan hoe het resultaat er zou uitzien als wij alle patiënten, die zesmaal of minder – overigens volkomen arbitrair – behandeld waren, buiten beschouwing zouden laten. Wij kunnen namelijk niet verwachten, gezien de aard van de aandoeningen waaraan de patiënten lijden, dat de magnetiseurs in staat zijn binnen enkele seances verbetering van klachten tot stand te brengen. Bij deze benadering blijkt 45,7 procent van de patiënten zeer verbeterd te zijn, 27,1 procent tamelijk verbeterd, 20,4 procent enigszins verbeterd en 6,8 procent onveranderd. De zeer verslechterende patiënt valt er bij deze benadering buiten.

#### BESPREKING

De voornoemde verbeteringspercentages zijn niet in overeenstemming met mijn uitspraak (*Bakker*), welke stelde op de gegevens van *Van de Vall*, *Gouwe*, *Winkler Prins*, en *Cassee en Van Leeuwen*, namelijk „dat gemiddeld éénderde

van de patiënten genezing vindt, éénderde vermindering van klachten ondervindt en éénderde geen baat vindt bij onbevoegden”. Deze discrepantie zou kunnen worden verklaard door aan te nemen, dat een bepaald percentage patiënten korte of lange tijd na beëindiging van de behandeling door de magnetiseur terugvalt c.q. symptoomverschuivingen gaat vertonen. Deze conclusie vindt onder andere steun in het gegeven, dat 31,2 procent van de respondenten aangeeft in het verleden reeds eerder onder behandeling te zijn geweest van een magnetiseur voor de aandoening, waarvoor hij onder behandeling is. Bovendien geeft 16,8 procent van de patiënten aan, dat dit het geval is geweest voor andere aandoeningen. Een en ander vindt namelijk ook steun in de mate van neuroticisme van onze proefpersonen.

De centrale vraag, die zich aan ons opdringt is de volgende. Waarom zijn de magnetiseurs kennelijk wel in staat verbetering te brengen in het subjectief welbevinden van deze patiënten, en de behandelende artsen, onder wie een aantal psychiaters, niet? De lage T-scores ( $p < 0,01$ ) van deze groep patiënten wijzen immers op een geringe mate van defensiviteit in de therapeutische situatie. In het algemeen zijn de patiënten niet van mening, dat de artsen te weinig tijd aan hen besteed hebben.

Op een belangrijk punt willen wij nog

de aandacht vestigen. Het is zeer wel mogelijk, gezien de psychische structuur van deze groep patiënten, dat de somatisering van meet af aan is begonnen. Het hoge percentage verwijzingen naar specialisten wijst zeker in deze richting. Naar verhouding van het grote aantal psychoneurotici en psychosomatici onder deze groep patiënten is het aantal verwijzingen naar psychiaters en psychologen slechts gering.

Met betrekking tot de tijdsduur van elke behandeling door de magnetiseurs het volgende. De tijd, die elke magnetiseur afzonderlijk gemiddeld aan zijn patiënten besteedt, is praktisch constant. Tussen de magnetiseurs onderling varieert die tijd namelijk sterk en wel minimaal vier minuten tot maximaal gemiddeld 36 minuten per behandeling. Vergelijking van de diverse behandelings tijden met de bereikte resultaten door de diverse magnetiseurs leidde tot de conclusie, dat significante therapeutische verschillen niet aantoonbaar waren. De in het onderzoek opgenomen attitudeschalen ten aanzien van de huisartsen en de behandelende magnetiseurs, waarbij de proefpersonen een dertiental alternatieven werden aangeboden, vallen in het algemeen iets gunstiger uit ten opzichte van de magnetiseurs, maar dit dient naar onze mening in verband te worden gebracht met het therapeutisch succes. Opvallend is onder andere dat zij gemiddeld op het alternatief „autoritair-onderdanig” exact hetzelfde scoorden met betrekking tot huisarts en magnetiseur en wel op de neutrale positie. Deze factor bleek ook het minst te discrimineren. Wel wordt de magnetiseur over het algemeen als spraakzamer beoordeeld.

Een mogelijke verklaring voor een en ander zou kunnen worden gezocht in de opvatting van Jores dat mensen, die magisch zijn ingesteld, min of meer ongeschikt zijn voor psychotherapie. Dit is evenwel niet in overeenstemming met de lage T-scores van onze patiënten, welke wijzen op hun zelfkritische houding. Bovendien is ons het volgende opgevallen.

Tabel 3. Voor verklaring zie tekst.

V	A	B
+3	8	93
+2	4	56
+1	6	39
0	0	15
	18	203

V = verbeteringsschaal  
 A = patiënten, die zeggen dat de invloed van het magnetiseren berust op psychische beïnvloeding.  
 B = patiënten, die van mening zijn dat het effect van het magnetiseren berust op het zogenaamde fluidum.

Toepassing van de Kolmogorow-Smirnov toets voor een steekproef, waarbij B werd opgevat als de theoretische verdeling, leidde tot de conclusie, dat dit niet kon worden aangetoond. Tweezijdige overschrijdingskans: ( $p > 0,20$ ).

Voor 74,4 procent van de respondenten berust het effect van het magnetiseren op bijzondere uitstralende krachten - het zogenaamde fluidum. Veertig (16,1 procent) van de 250 respondenten hebben geen mening in dezen. Acht procent is van mening, dat het effect berust op psychische beïnvloeding en 1,2 procent van de respondenten schrijft het effect toe aan suggestie.

Wij hebben nagegaan of het geloof in het fluidum respectievelijk het geloof in psychische beïnvloeding – inclusief het geloof in suggestie – van invloed is op het genezingsresultaat. Dit bleek bij onze patiënten niet het geval te zijn (tabel 3).

Kennelijk respondeert het zogenaamde magnetiseren als non-verbale therapie in bepaalde gevallen meer aan de „archaische Tiefschichten der Seele”, dan de meer geëvolueerde rationele pendant, de psychotherapie. Hierbij laat ik in het midden in hoeverre bij deze patiënten psychotherapie is toegepast en of zij er überhaupt wezenlijk voor toegankelijk zijn. Bovendien blijft het een open vraag of de genoemde resultaten ook zouden zijn bereikt met andere vormen van therapie. Ik denk hier met name aan fysiotherapie en wel aan speciale richtingen hierin de zogenaamde haptonomie, yoga-therapie enzovoort. Veel onderzoek zal nog verricht moeten worden om op veel van dit soort vragen een fundamenteel antwoord te kunnen geven.

*Summary. A study of the degree of neuroticism and other features in patients visiting*

*mesmerists. In 1974, 250 random patients of ten mesmerists were examined to establish, among other things, the degree of neuroticism, with the aid of Wilde's Amsterdam Biographic Questionnaire. One of the conclusions from this study was that patients of this group were characterized by significantly higher N and NS scores and lower T and Sw scores than the Netherlands population in general (tail probability  $p < 0,005$ ). The morbidity classification, moreover, suggested that a large number of these patients should be regarded as psychoneurotic and psychosomatic patients. The crucial question remains, however, why the medical therapists, including a number of psychiatrists, were evidently unable to improve the patients' subjective well-being, whereas the mesmerists were able to do so in a certain percentage of patients, who responded readily. A number of factors which do or do not play a role in this respect, are discussed.*

- Bakker, L. F. Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst, Van Gorkum & Comp. n.v., Assen, 1969.
- Cassee, E. Th. P. van Leeuwen (1968) Lichaam en Geest, nummer 22 en 23.
- Jores, A. Der Mensch und seine Krankheit (Grundlagen einer anthropologischen Medizin). Ernst Klett, Stuttgart, 1962.
- Musaph, H. (1949) T. Parapsychologie 17, 93.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
- Osgood, C. E., A. J. Sinci & P. H. Tannenbauer The measurement of meaning. Univ. Clinic Press, Urbana, Illinois, 1957.
- Siegel, S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences, New York, 1956.
- Vall, M. van de (1960) T. Parapsychologie 28, 236.
- Wilde, A. J. S. Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode. Van Rossen, 2e druk, 1970.
- Winkler Prins, J. Huisarts en patiënt. Boom en Zoon, Meppel, 1966.