

# Fenomenologisch geïnspireerd onderzoek naar religieuze geneeswijzen en de betekenis daarvan voor de ggz

*Cor Hoffer*

- 1 Inleiding
  - 2 Paradigma's en methodologische implicaties
  - 3 Kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek en de belevingswereld van actoren
  - 4 Kwalitatief onderzoek in de multiculturele en multireligieuze praktijk
  - 5 Onderzoek naar religieuze geneeswijzen: ziekteopvattingen en belevingen
  - 6 Kwalitatief onderzoek naar de betekenis van religieuze geneeswijzen voor patiënten
  - 7 Tot slot: kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek en inzicht in de belevingswereld van patiënten
- Noten  
Literatuur

## 1 Inleiding

In hoofdstuk 13 heb ik uiteengezet dat sommige mensen die met psychische problemen kampen naast of soms in plaats van de ggz een beroep doen op religieuze genezers. We zien dit bij mensen met uiteenlopende culturele en religieuze achtergronden. Bedoelde religieuze geneeswijzen zijn van belang voor het werk van psychiaters en andere ggz-behandelaars, omdat zij het denken en handelen van patiënten beïnvloeden, zo niet bepalen. Voor het winnen van vertrouwen en het ontwikkelen van een goede behandelrelatie – een basisvoorwaarde voor effectieve hulp – is het zaak dat behandelaars proberen aan te sluiten bij het denken en handelen van patiënten (Kortmann, 2006; Blom, 2010). Vandaar dat het voor psychiaters relevant is om te weten wat zulke religieuze geneeswijzen inhouden en vooral ook wat patiënten er mogelijk aan hebben. In dit hoofdstuk ga ik in op de vraag hoe kennis over religieuze geneeswijzen kan worden verzameld en op welke manier inzicht kan worden verkregen in de betekenis van dergelijke therapieën voor patiënten. Tot besluit geef ik aan op welke manieren zulke kennis en inzichten de behandelrelatie tussen psychiaters en patiënten en daarmee de zorg ten goede kunnen komen.

## 2 Paradigma's en methodologische implicaties

Aan religieuze geneeswijzen ligt een geheel andere denkwijze ten grondslag dan aan de therapeutische interventies van psychiaters en andere 'reguliere' (biomedische) ggz-behandelaars. In hoofdstuk 13 heb ik beschreven dat er – naast inhoudelijke verschillen – belangrijke overeenkomsten bestaan tussen het christelijk, islamitisch en hindoeïstisch volksgeloof, waarmee religieuze (respectievelijk christelijke, islamitische en hindoeïstische) geneeswijzen samenhangen. Een belangrijke overeenkomst is het geloof in het bestaan van 'bovennatuurlijke' ziekteoorzaken (zoals magie, geesten en het boze oog) en de veronderstelling dat daarin onderlegde specialisten via gebeden en rituelen die oorzaken kunnen opsporen en wegnemen. Wat dit betreft kan er worden gesproken van een universele magisch-spirituele levensvisie, waarnaar mensen in geval van ziekten en problemen teruggrijpen. Die levensvisie wordt geconcretiseerd in praktijken van volksgeloof (verering van heiligen, exorcisme) en bijbehorende religieuze geneeswijzen. In feite kan worden gesproken van een volksreligieus medisch paradigma, dat wil zeggen een doordacht systeem van kennis en ervaring met betrekking tot preventie, diagnose, therapie en genezing.<sup>1</sup>

Psychiaters en andere ggz-behandelaars zijn opgeleid binnen een geheel ander medisch paradigma, namelijk dat van de biomedische geneeskunde. Vanuit dit paradigma wordt in beginsel een ziekte gezien als een aantoonbare afwijking aan organen, weefsels of cellen dan wel als verstoring van intrapsychische mechanismen. Daarmee zoekt men de oorzaken van ziekten in 'natuurlijke' factoren. Genoemde afwijkingen uit zich gewoonlijk in een kenmerkend patroon van klachten en symptomen. De diagnostiek richt zich op het nauwkeurig vaststellen van deze patronen. De behandeling is gericht op het wegnemen of het verminderen van de invloed van genoemde afwijkingen. Artsen, waaronder ook psychiaters, en andere behandelaars beschikken over een uitgebreid en technologisch hoog ontwikkeld arsenaal aan diagnostische en therapeutische technieken en medicamenten.

Bij de beschouwing van religieuze geneeswijzen doet zich het methodologische probleem voor dat men geneigd is dit eenzijdig te doen vanuit een biomedisch perspectief. Daarmee gaat men voorbij aan het onderliggende paradigma van bedoeld volksgeloof. Zo hebben Hermans (2007) en Van Saane (2008) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van respectievelijk Marokkaans-islamitische en Nederlands-christelijke geneeswijzen. Hoewel deze studies inhoudelijk informatief zijn, is het probleem van beide studies dat de opvattingen en handelingen van bedoelde religieuze genezers en hun patiënten uitsluitend vanuit een (westers) psychologisch en biomedisch paradigma worden benaderd (Hoffer, 2007, 2009a). Daarbij gaan beide onderzoekers a priori uit van de stelling dat genoemde geneeswijzen een placebo-effect hebben en betrokkenen hooguit 'hoop' bieden. Omdat achter deze geneeswijzen totaal andere opvattingen en concepten schuilgaan, is het de vraag of met genoemde onderzoeksstrategie het hele verhaal naar voren komt, waar Calestro (1972) al op wees. Daarnaast zijn beide studies methodologisch zwak onderbouwd. Hermans en Van Saane leggen slechts summier en onduidelijk uit hoe zij te werk zijn gegaan, waardoor het ongewis blijft hoe zij aan hun gegevens en conclusies zijn gekomen.

Juist vanwege de andere grondslagen van religieuze geneeswijzen is het wat de methodologie betreft zaak om in onderzoek op dit terrein in combinatie met een psychologische benadering serieus rekening te houden met de paradigma's waarmee dergelijke therapieën samenhangen (bijvoorbeeld het christelijk, islamitisch en hindoeïstisch volksgeloof). Een mogelijke strategie in deze is het inzetten van kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek, waarmee volksreligieuze paradigma's in kaart gebracht kunnen worden. Daarbij gaat het erom aan de hand van de bestudering van schriftelijke en/of digitale bronnen en belevingsgericht onderzoek te beschrijven welke ziekteopvattingen en hulpzoekstrategieën – ofwel verklaringsmodellen – betrokkenen hanteren en welk paradigma daaraan ten grondslag ligt. Tevens kan daarmee worden achterhaald welke verwachtingen patiënten hebben van de genezers die zij consulteren. Ook kan inzichtelijk worden gemaakt welke criteria patiënten hanteren bij de beoordeling van de werking van therapeutische interventies. Eerdere ervaringen met deze werkwijze leren dat onder meer zingeving een belangrijk therapeutisch effect voor betrokkenen kan zijn (Hoffer, 2000). Hierbij kan ook worden gewezen op onderzoek van Koenig (2010) en Geerdink (2004), die zich richten op de mogelijke helende effecten van religieuze systemen en handelingen.

Met nadruk wijs ik erop dat het in het onderhavige hoofdstuk gaat om een experimentele aanpak met als doel nieuwe wegen te vinden voor adequaat sociaalwetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Met name combinaties van kwalitatief en kwantitatief onderzoek lijken perspectiefrijk (Hoffer & Knipscheer, 2007).

### **3 Kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek en de belevingswereld van actoren**

Een belangrijk kenmerk van kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek is dat dit als het ware intrinsiek met 'het veld' is verbonden. Hoewel de kwalitatief onderzoeker evenals zijn kwantitatieve (empirisch-analytische) collega vanuit een onderzoekskader werkt, laat hij zich in de praktijk vooral sturen door de belevingswereld van de respondenten. Omdat deze manier van onderzoeken in de ggz relatief onbekend is – en daarmee ook onbemind lijkt – zal ik hierover in de komende subparagrafen uitleg geven. Hoewel kwalitatief onderzoek ook andere

benaderingen kent, wordt de sociologische stroming van het symbolisch interactionisme hier als leidraad gebruikt. De reden is dat deze stroming een concrete onderzoeksmethodologie kent, hetgeen wetenschappelijke controleerbaarheid en intersubjectiviteit mogelijk maakt (Baarda, De Goede & Teunissen, 1997; Evers, 2007). Bovendien zijn hiermee voor de ggz bruikbare ervaringen opgedaan (Hoffer, 2000, 2009b). Eerst ga ik in op de methodologische uitgangspunten en werkwijze van het symbolisch interactionisme. Vervolgens beschrijf ik aan de hand van concrete voorbeelden hoe dit type onderzoek in de ggz gepraktiseerd kan worden.

### 3.1 Methodologische uitgangspunten

Het symbolisch interactionisme, dat verwant is met de fenomenologie, gaat ervan uit dat mensen op objecten in hun omgeving reageren op basis van de betekenissen die dingen voor hen hebben.<sup>2</sup> Die betekenissen komen voort uit de sociale interacties die mensen met elkaar hebben. Daarbij worden betekenissen omgezet in symbolen, waarmee mensen ze met elkaar delen. Enerzijds kunnen zulke symbolen en de betekenissen die erin vervat liggen – ofwel cultuur en religie – in de loop der tijd min of meer vaste vormen aannemen, waarmee zij het denken en het gedrag van volgende generaties beïnvloeden. Anderzijds ontwikkelen individuen in hun dagelijkse leven voortdurend nieuwe interpretaties en creëren zij nieuwe symbolen. Aldus beschouwt het symbolisch interactionisme de sociale werkelijkheid en cultuur als een voortdurend creatief proces van interpreteren en uitwisselen van symbolen. De methodologische consequentie van deze visie is de keuze voor een open benadering. De onderzoeker moet de gedragingen van respondenten definiëren volgens de betekenissen die zij zelf aan een bepaalde situatie toekennen. Dit houdt in dat men niet eerst begrippen construeert, operationaliseert en vervolgens meet, maar zo veel mogelijk direct contact zoekt met de werkelijkheid.

### 3.2 Methodologische richtlijnen voor kwalitatief onderzoek

Het methodologisch kader van het symbolisch interactionisme is met name door Blumer (1974) en Glaser en Strauss (1976) ontwikkeld. Voor Blumer omvat onderzoek twee fasen: exploratie en inspectie. In de exploratiefase ontwikkelt de onderzoeker door middel van voortdurende contacten met het onderzoeksobject zogeheten *sensitizing concepts*, die dienen als leidraad voor de analyse en de verdere dataverzameling. Wanneer met behulp van deze concepten eenmaal een beeld van het onderzoeksobject is verkregen, gaat de onderzoeker in de inspectiefase over tot analyse vanuit een theoretisch gericht gezichtspunt. Het gaat hier om gericht onderzoek naar de empirische inhoud van de afzonderlijke elementen (begrippen) die de exploratie heeft opgeleverd en naar de relaties (hypothesen en theorievorming) tussen die elementen. Zo worden sensitizing concepts 'definitive' en tot elementen van een theorie. Kenmerkend voor de kwalitatieve onderzoeksprocedure is dus dat dataverzameling en -analyse gelijk oplopen en elkaar beïnvloeden (Boeije, 2006).

Het door Blumer ontwikkelde onderzoeksmodel is systematisch uitgewerkt door Glaser en Strauss. Zij pleiten voor de ontwikkeling van een 'gefundeerde theorie', dat wil zeggen een theorie die is ontwikkeld op basis van empirische gegevens. Een dergelijke theorie sluit naar hun mening goed aan bij empirische situaties en is begrijpelijk voor 'zowel sociologen als voor mensen uit de praktijk'. Om tot de ontwikkeling van een gefundeerde theorie te komen, pleiten Glaser en Strauss wat de dataverzameling betreft voor 'theoretische selectie' en wat de data-analyse betreft voor 'de methode van voortdurende vergelijking'. Theoretische selectie omschrijven zij als:

‘het proces van verzamelen van gegevens voor het ontwikkelen van een theorie, waarbij de onderzoeker tegelijkertijd zijn gegevens verzamelt, codeert en analyseert en op grond daarvan besluit welke gegevens verder verzameld moeten worden en waar ze te vinden zijn, om zo zijn theorie – zoals die in de loop van het onderzoek naar voren komt – te ontwikkelen.’

Wat betreft de theoretische selectie van onderzoekseenheden die betrekking hebben op bepaalde begrippen noemen Glaser en Strauss twee criteria. Het eerste criterium noemen zij de ‘theoretische relevantie’ van onderzoekseenheden voor de verdere ontwikkeling van begrippen. In dit verband pleiten zij voor ‘de methode van voortgaande opname’ van eenheden, dat wil zeggen dat men niet van tevoren bepaalt welke eenheden opgenomen dan wel uitgesloten worden. Het tweede criterium noemen zij de ‘theoretische verzadiging’ van een begrip. Dat wil zeggen dat er geen nieuwe gegevens meer gevonden worden, waarmee de onderzoeker nog aspecten van het begrip kan ontwikkelen. Op basis van het criterium van de theoretische verzadiging kan men beoordelen of men kan stoppen met het selecteren van onderzoekseenheden die betrekking hebben op een bepaald begrip.

De methode van voortdurende vergelijking bestaat uit vier stappen:

- 1 het vergelijken van concrete gebeurtenissen (ter ontwikkeling van theoretische ideeën);
- 2 het integreren van begrippen en aspecten;
- 3 het afbakenen van de theorie;
- 4 het formuleren van de theorie.

#### **4 Kwalitatief onderzoek in de multiculturele en multireligieuze praktijk**

Het is dus de taak van de kwalitatief onderzoeker om het denken en de gedragingen van respondenten te definiëren volgens de betekenissen die zij zelf aan bepaalde situaties toekennen. Na een oriënterende literatuurstudie over het onderzoeksthema begint de onderzoeker met het leggen van contacten in het veld, waarbij bijvoorbeeld eerst bepaalde sleutelinformanten kunnen worden bevraagd en vervolgens andere respondenten. Het winnen van vertrouwen is hierbij een essentiële voorwaarde, hetgeen wat betreft intentie en vaardigheden het nodige van de onderzoeker vergt.

Een techniek om bijvoorbeeld de belevingswereld, ziekteopvattingen en hulpzoekgedragingen van respondenten in kaart te brengen is het afnemen van ongestructureerde interviews. Hierbij kan men gebruikmaken van een handleiding waarin gespreksonderwerpen staan aangegeven. Zo’n handleiding kan men baseren op literatuurstudie en gesprekken met sleutelinformanten. De vragen die aan de respondenten worden gesteld staan niet vast, evenmin als de volgorde daarin. Afhankelijk van het gespreksverloop stelt de onderzoeker de onderwerpen aan de orde, die in de handleiding zijn opgenomen. Op het moment zelf besluit de onderzoeker via welke vragen de onderwerpen ter sprake worden gebracht. De handleiding zelf kan tijdens het onderzoek ook gedeeltelijk van inhoud veranderen of worden uitgebreid (Evers, 2007; Lucassen & Olde Hartman, 2007). Ter illustratie volgt hier een interviewfragment uit recent onderzoek naar de manier waarop allochtone Nederlanders psychische en sociale problemen beleven (Hoffer, 2009b). Het gaat om een Marokkaans-Nederlandse vrouw (27 jaar) die vertelt3:

‘Schrik is ‘anachreg’ in het Berbers. (...) Het idee is dat als iemand sterk geschrokken is diegene daar op den duur ziek van kan worden. Het gebeurt niet meteen. Effecten van schrik zijn meestal pas later waarneembaar. Dat kan uitlopen van sterk afvallen tot depressie en je constant niet goed voelen. Vooral het langzaam verliezen van gewicht, bleek zijn, weinig energie hebben, zijn symptomen die toegeschreven worden aan schrik.’

Voor de onderzoeker is het – als onderdeel van de later te formuleren theorie over de omgang van betrokkenen met psychische problemen – dan zaak dieper in te gaan op het concept ‘schrik’ en om na te gaan of dit in literatuur is terug te vinden en of andere Marokkaans-Nederlandse respondenten dit ook herkennen.<sup>4</sup>

Naast interviews kan de kwalitatief onderzoeker zijn gegevens verzamelen door bepaalde interacties, gebeurtenissen, rituelen, enzovoort te observeren. Voorts kan hij bezoeken brengen aan voor respondenten belangrijke locaties, zoals religieuze instituties of bijeenkomsten, en bijvoorbeeld autobiografisch materiaal zoals dagboeken bestuderen.

## 5 Onderzoek naar religieuze geneeswijzen: ziekteopvattingen en belevingen

Zoals gezegd begeeft de kwalitatief onderzoeker zich direct in het veld. Hij legt de nodige contacten, praat met betrokkenen, bezoekt belangrijke locaties, bijeenkomsten en ceremonieën. Gaandeweg het onderzoek ontstaat er bij hem een beeld van de manier waarop betrokkenen denken en handelen.

Deze werkwijze is ook toegepast in twee onderzoeken die ik gedaan heb naar religieuze genezers en hun allochtone cliënten (Hoffer, 2000, 2009b). Voor één daarvan zijn diepte-interviews gehouden met 39 islamitische genezers en 65 van hun cliënten. Tevens is een schriftelijke enquête afgenomen bij 227 cliënten van islamitische genezers (Hoffer, 2000). Voor het andere onderzoek zijn 160 respondenten geïnterviewd, onder wie veertien alternatieve of religieuze genezers uit diverse levensbeschouwelijke tradities (Hoffer, 2009b). Voorts zijn observaties verricht in onder meer de praktijkruimten van religieuze genezers. Dit heeft geresulteerd in de informatie die in hoofdstuk 13 is gegeven over de verhouding tussen diverse wereldreligies en aspecten van volksgeloof, maar ook over de inhoud van concrete religieuze geneeswijzen en de manier waarop genezers en cliënten daarover spreken. Naast het beschrijven van patronen in het denken en handelen van genezers en cliënten wordt met kwalitatief onderzoek vooral de nadruk gelegd op individuele belevingen, die voor de dagelijkse communicatie in de ggz van groot belang kunnen zijn. In die communicatie kunnen bijvoorbeeld specifieke ziekteopvattingen en belevingen van symptomen een rol spelen, die voor religieuze genezers en hun cliënten gewoon zijn maar voor de psychiater onbekend. Ten behoeve van het wederzijds begrip en het realiseren van een werkbare behandelrelatie is het van belang dat de psychiater inzicht heeft in de betekenis van die ziekteopvattingen en belevingen. In de directe communicatie met patiënten en hun systeem is het zaak hier open naar te vragen (Kortmann, 2006; Blom e.a., 2010). Daarnaast kan de psychiater gebruikmaken van de bevindingen uit kwalitatief onderzoek op dit gebied. Om een idee te geven van de kennis die kwalitatief onderzoek kan bieden, volgen hier enkele voorbeelden van citaten uit interviews, die zijn afgenomen in het kader van diverse onderzoeken (Hoffer, 2000, 2009b).

Een Marokkaans-Nederlandse islamitische genezer legt uit dat er volgens hem drie soorten ziekten bestaan: ziekten met een fysieke oorzaak, ziekten met een psychische oorzaak en ziekten met een ‘verborgen’ oorzaak. Die laatste kunnen zowel fysieke als psychische ziekten betreffen. Hij zegt:

‘Met ‘verborgen’ bedoel ik die ziekten die ongrijpbaar zijn voor de diagnose en het onderzoek door een arts en die niet bevattelijk zijn voor apparatuur. Zulke ziekten zijn nooit onder controle te krijgen door enig modern medisch onderzoek of diagnose, ongeacht de vooruitgang van de geneeskunde of de ontwikkeling van de instrumenten.’

Vervolgens zet hij schematisch uiteen welke soorten ‘verborgen’ (*bâtiniyya*) oftewel boven-natuurlijke ziekten er zijn. De term *bâtiniyya* hangt overigens samen met het onderscheid dat sommige moslims maken tussen kennis van respectievelijk de exoterische (*al-zâhir*) en de esoterische (*al-bâtin*) dimensies van het universum. Samengevat komt zijn betoog op het volgende neer. Er zijn drie soorten ‘verborgen ziekten’ (*amrâd bâtiniyya*):

- 1 Door *djinns* of *shaytâns* veroorzaakte ziekten (*amrâd djinn* en *amrâd shaytân*). *Djinns* kunnen zowel goedaardig als kwaadaardig zijn. *Shaytâns* zijn daarentegen altijd slecht en gevaarlijk.
- 2 Door magie veroorzaakte ziekten (*amrâd sihr*) ofwel ziekten die de ene mens de andere aan kan doen. Er zijn drie varianten:
  - met behulp van *shaytans* veroorzaakte magie (*sihr shaytân*);
  - met behulp van *djinns* veroorzaakte magie (*sihr djinn*);
  - magie waarvoor materie is gebruikt (bijvoorbeeld delen van dieren) (*sihr Imati*).
- 3 Morele of spirituele ziekten (*amrâd nafsyin*). De genezer legt uit dat er mensen zijn die ‘geestelijk leeg’ zijn, dat wil zeggen dat zij niet (meer) op God vertrouwen. Zij voelen de warmte van God niet meer en vertrouwen er niet meer op dat Hij hun problemen zal oplossen. Zulke mensen zijn vatbaar voor deze morele ziekten. Voorbeelden zijn: shocks, huwelijksproblemen, psychische problemen en rouwproblemen. De genezer voegt eraan toe dat zulke mensen extra vatbaar zijn voor de daden van *djinns* en *shaytâns*.

Gezien deze etiologische classificatie is het voor deze genezer logisch dat er naast artsen islamitische genezers werkzaam zijn. In een werktekst schrijft hij (Hoffer, 2000, p. 244):

‘De arts die zichtbare, grijpbare ziekten behandelt, alsook de genezer die verborgen, heimelijke ziekten behandelt, zijn beiden goede en nobele en gerespecteerde mensen, die achting en respect verdienen vanwege de nobele daad die zij verrichten: het weer tot leven wekken van mensen na hun dood. Omdat de bedlegerige patiënt, die lijdt onder een nare ziekte beschouwd wordt als dode, omdat zijn rust, kracht, zijn levendigheid en zijn geluk uit hem zijn verdwenen en slechts deze nobele mens dit aan hem kan teruggeven. Nobel wil zeggen: een hoge graad van prijzenswaardige eigenschappen en karaktertrekken. Deze nobele figuur is de arts of de islamitische genezer bij verborgen ziekten.’

De zienswijzen van dergelijke genezers kunnen van belang zijn voor psychiaters, omdat sommige van hun Marokkaans-Nederlandse patiënten de beschreven ziekteopvattingen zullen onderschrijven. Om een adequate behandelrelatie te kunnen opbouwen is het aan te bevelen dat de psychiater bijvoorbeeld vraagt of een patiënt naar een genezer is geweest en wat die heeft gezegd en gedaan, enzovoort (Blom, 2010).

Hoezeer communicatie en aansluiting bij de (cultureel en religieus bepaalde) belevingswereld van patiënten van belang is om tot een adequate behandelrelatie te komen, leert het relaas van een Marokkaans-Nederlandse vrouw van 27 jaar. Zij is in Noord-Marokko geboren. Samen met haar moeder en broers en zussen is zij op haar 12e jaar naar Nederland gemigreerd, waar haar vader werkte als gastarbeider. Ze vertelt dat zij tijdens haar universitaire studie problemen kreeg:

‘Ik leverde geen werkstukken meer in. Ik kon dingen niet meer afronden. Die zomer ben ik met vakantie geweest naar Marokko. Samen met mijn zus ben ik daar naar een fqih [C.H.: islamitische genezer] gegaan. Nadat hij de naam van mijn moeder en mijn naam had gevraagd heeft hij voor mij gekeken. Hij zei dat ik over iets had gestapt. Hij noemde het ‘la’kes’. (C.H.: uitspraak: lêkes.) Dat is als je dingen niet afmaakt en als je niet vooruit bent te branden. De behandeling bestond uit een amulet, die ik een week later moest ophalen. Ook moest ik mij wassen met water waarin Koranverzen waren opgelost. Toen ik weer terug was in Nederland ging het goed. Ik ging weer dingen doen.’

Later kreeg zij toch weer problemen:

‘In de zomer van 2005 leerde ik mijn huidige man kennen. Hij had toen nog geen volledige status. Daarom moest ik werken naast mijn studie. Ik deed schoonmaakwerk. In de zomer van 2006 zijn we getrouwd. Daarna moest ik nog meer werken, anders reddden we het financieel niet. In februari 2007 raakte ik overspannen. Ik ging naar de huisarts, omdat ik ineens pijn in mijn rechterschouder kreeg. Hij dacht aan een slijmbeursontsteking en heeft mij doorverwezen naar een fysiotherapeute. Zij behandelde mijn schouder, maar wij voerden ook gesprekken. Zij legde mij uit wat de relatie tussen lichaam en geest is. Het werd mij toen helder dat mijn ziekte samenhang met het feit dat ik te veel deed en ook niet tevreden was over wat ik deed. Die fysiotherapeute raadde mij aan om eens in de Koran te gaan lezen. Ze is zelf Nederlandse maar ook geïnteresseerd in allerlei heilige boeken als de Bijbel en de Koran. Door het lezen in de Koran ging ik nadenken over mijzelf. Ik ging inzien dat ik mijzelf meer rust moest gunnen. Daarvoor dacht ik maar de hele tijd: ‘Waarom gaat het niet over, want ik wil gewoon weer werken?’ Maar dat was juist de belemmering voor herstel. Ik moest eerst tot rust komen en dan zou het andere vanzelf wel goed komen. Ik leerde dat mijn lichaam uit balans was en dat ik het evenwicht weer moest vinden. Ik heb geleidelijk de draad weer opgepakt.’

Dit is een voorbeeld van de manier waarop interculturele communicatie kan bijdragen aan een betere verstandhouding tussen behandelaar en patiënt. Daarnaast leren deze citaten ook hoezeer ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag een culturele grondslag hebben en hoe die veranderen. De vrouw gaat voor haar problemen te rade bij familie, een religieuze genezer alsook bij het Nederlandse reguliere medische circuit. Anders gezegd, haar denken en handelen worden bepaald door een mengeling van Marokkaanse, volksislamitische en Nederlandse culturele factoren.

In sommige families bestaan ook diepgaande meningsverschillen over de manier waarop het beste met een bepaalde (psychiatrische) ziekte kan worden omgegaan. Om dat inzichtelijk te maken zijn gegevens uit kwalitatief onderzoek eveneens illustratief. Als voorbeeld volgt hier het verhaal van een Surinaams-Nederlandse hindoestaanse man (35 jaar):



‘Een zus van mij heeft schizofrenie of borderline. Dat weet ik niet precies. Ze is al diverse keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en wordt nog steeds behandeld. In verband met haar problemen gaat mijn moeder al jaren naar pandits [C.H.: hindoepriesters en religieuze genezers]. Dat heeft met het geloof te maken. Mijn zus woont op zichzelf. Zij is 37 jaar en al zo’n vijftien jaar ziek. Dat heeft er al een paar keer toe geleid dat zij haar hele huisraad op straat heeft gezet. Ze is ook een keer via de rechter opgenomen geweest. Dat was uit bescherming voor anderen en voor zichzelf.’

De contacten met pandits die voor zijn zus en moeder kwamen, hebben er mede toe geleid dat hij afstand heeft gedaan van het hindoegehoof:

‘Ik geloof niet meer. Dat heeft met een aantal redenen te maken. Ten eerste ga je zelf nadenken over wat je allemaal meemaakt. Mijn moeder is altijd veel bezig met geloof en bijgeloof. Op een gegeven moment ging ik mij afvragen in hoeverre dat nu allemaal echt waar is. Als je het vanuit een wetenschappelijke manier bekijkt dus niet. Ten tweede ging ik vragen stellen over het geloof aan pandits die bij ons kwamen en aan mijn moeder. Maar ik kreeg geen antwoorden. Ten derde had het ook met teleurstelling te maken. De vele pandits die bij ons kwamen of waar mijn moeder naartoe ging, vroegen soms enorm veel geld. Ze kon niet eens op vakantie. Dat vond ik dan naar. Ik denk dat ze inmiddels wel 50.000 euro kwijt is in al die jaren. Als ze dan weer eens geld gaf aan zo’n pandit, dan ging ik ook wel in discussie met zo’n man. Maar mijn moeder wilde dat liever niet, uit angst dat ons een vloek zou treffen. Ik geloof best wel dat er meer is tussen hemel en aarde, maar dit gaat mij te ver.’

Op de vraag hoe zijn moeder en zus over de behandeling in de ggz denken antwoordt hij:

‘Ze geloven er niet in. Ze geloven echt dat de ‘ziekte’ ontstaan is door voodoo en dat zo’n pandit of ojha [C.H.: religieuze genezer] hen alleen kan helpen. Voor mij heeft het met placebo te maken. Maar ik begrijp het wel dat mijn moeder in die pandits gelooft. Ze voelt zich machteloos en het is een laatste strohalm.’

Voor de contacten die psychiaters met bedoelde zus hebben, bevatten deze citaten belangrijke informatie. Het geeft een beeld van de denk- en handelwijze van betrokkenen, waarmee in de communicatie rekening kan worden gehouden (Hoffer, 2009b; Blom, 2010). Bedoelde respondent zou daarbij een sleutelrol kunnen spelen.

## 6 Kwalitatief onderzoek naar de betekenis van religieuze geneeswijzen voor patiënten

De vraag of religieuze geneeswijzen effectief zijn, is uitermate interessant maar, zoals dat ook voor reguliere (psycho)therapieën geldt, moeilijk te beantwoorden (Goosens, 2010, pp. 32-36). Met kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek is echter wel het nodige te zeggen over de praktische en existentiële betekenis die religieuze therapieën voor patiënten kunnen hebben. Mijn onderzoeken leren op dit punt dat die betekenis in belangrijke mate afhangt van de visie van de patiënt op zijn klachten en zijn verwachtingen van een behandeling (Hoffer, 2000, 2009b).

Er zijn bijvoorbeeld patiënten die lijden aan een chronische ziekte, waarvan zij – na consultatie van een biomedische behandelaar – weten dat die niet te genezen is. Zij realiseren zich dat de oorzaak van de klacht niet weg te nemen is, of in het geval van bijvoorbeeld spanningen, alleen door zichzelf. Zulke patiënten gaan naar een religieuze genezer voor verlichting van pijn, bezwering van angsten of spirituele begeleiding. Voorbeelden hiervan zijn patiënten die aan schizofrenie of andere psychiatrische ziekten lijden en die gelijktijdig hulp zoeken bij psychiaters en religieuze genezers.

Andere patiënten zijn er vanaf het begin van overtuigd dat hun klachten (bijvoorbeeld bepaalde angsten, stemmen horen) bovennatuurlijke oorzaken hebben. Voor hen is het uitgesloten om – in eerste instantie – met die klachten naar een psychiater of andere reguliere behandelaar te gaan. Van de religieuze genezer verwachten zij dat hij die oorzaak zal wegnemen.

### 6.1 Therapeutisch werkbare elementen van religieuze geneeswijzen

De betekenis en mogelijke werking van religieuze geneeswijzen hangt dus samen met de belevingswereld van cliënten. Op basis van gegevens uit genoemde kwalitatieve onderzoeken in combinatie met informatie uit literatuurstudie kan ook een en ander worden gezegd over de manier waarop die betekenis vorm krijgt. In zekere zin kan hier worden gesproken van een model van therapeutisch werkbare elementen van religieuze geneeswijzen. Het gaat om de volgende elementen.

#### Een holistische benadering

In hun diagnostiek en therapieën betrekken religieuze genezers fysieke, psychische, sociale, religieuze en spirituele factoren die naar hun mening van invloed zijn op de gezondheid en ziekte van de mens. Zij besteden relatief veel tijd en aandacht aan hun cliënten en stellen hen in de gelegenheid mee te denken over de oorzaken van de klacht en actief mee te werken aan de behandelwijze. Via gesprekken wordt nagegaan hoe de cliënt functioneert, wat zijn karakter is en hoe hij leeft. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de sociale omgeving van de cliënt. Genezers analyseren hoe relaties zijn en welke problemen tussen personen bestaan.

#### Herdefiniëring van de situatie

In sommige gevallen blijken religieuze genezers in staat om een cliënt of een familie die in een schijnbaar uitzichtloze situatie verkeert een nieuw perspectief te bieden. Daartoe sluit een genezer aan bij de denk- en belevingswereld van cliënten. Hij schept voor hen orde in de chaos en geeft hun de mogelijkheid om zaken weer in eigen hand te nemen. Dit geschiedt op twee niveaus: op een symbolisch en op een praktisch-rationeel niveau.

Op een symbolisch niveau interpreteert de genezer klachten in voor de cliënt bekende culturele noties en begrippen. Hij verklaart ziekten in termen van bovennatuurlijke krachten, bevestigt eventuele vermoedens van cliënten en manipuleert vervolgens die krachten als onderdeel van het genezingsproces. Hierbij kan bijvoorbeeld aan exorcistische rituelen worden gedacht.

Naast deze symbolische interpretatie van de klachten geeft de genezer de cliënt echter ook rationele argumenten voor gedragsverandering. Hij schrijft bepaalde geneeskrachtige kruiden voor, stelt de cliënt een dieet voor of geeft suggesties voor gedragsverandering, bijvoorbeeld met betrekking tot psychische of sociale problemen. In enkele gevallen neemt een religieuze genezer daarbij als het ware de taak van maatschappelijk werker op zich. Hij gaat met de cliënt mee naar een reguliere behandelaar en bemiddelt bij instanties (een woningbouwvereniging

bijvoorbeeld). Ook komt het voor dat religieuze genezers de administratie (belastingformulieren en andere papieren) voor cliënten verzorgen.

Het gevolg van de symbolische en rationele handelingen van religieuze genezers is in sommige gevallen het verdwijnen of verminderen van de ernst van de kwaal of het aannemen van een andere houding door de cliënt ten opzichte van zijn problemen. De problemen zijn hanteerbaar geworden. Dat vormt voor de cliënt de grondslag voor een nieuw geloof in zijn eigen mogelijkheden en de aanzet om activiteiten te ondernemen om zijn leven weer richting te geven.

Ter illustratie van deze dubbele aanpak dient de casus van een Marokkaanse man van 40 jaar. Hij is tien jaar werkloos en heeft allerlei klachten zoals rugpijn, hoofdpijn, benauwdheid en gespannenheid. Betrokken artsen en andere behandelaars weten niet goed wat zij met de man moeten aanvangen.

In deze situatie is de man naar een Marokkaans-Nederlandse islamitische genezer gegaan. Deze stelde met behulp van een ritueel vast dat zich in het huis van de man een geest (*djinn*) bevond. Het ging volgens de genezer om een vrij sterke geest, waarvan hij niet zeker wist of hij hem zou kunnen verdrijven. Daarom adviseerde hij het gezin om te verhuizen (hetgeen met behulp van een ggz-behandelaar is gelukt). In de tussentijd zou de genezer proberen om de geest te verdrijven. Daarnaast raadde hij de man aan om iets aan vrijwilligerswerk te gaan doen. De genezer vertelt:

‘Dat oude huis was geestelijk besmet. In de douche bevond zich namelijk een djinn. Deze heb ik laten verbranden. (...) Het heeft ook met spanningen te maken. (...) Daarnaast hebben ze financiële problemen. (...) Ik heb tegen de man en de vrouw gezegd: ‘Luister eens, jullie kunnen twee dingen doen. Of de man moet naar buiten of de vrouw!’ Hij wil niet, maar nu vindt hij het wel goed dat zijn vrouw een cursus voor verpleegster gaat doen. Daarvoor gaat ze nu eerst een cursus Nederlandse taal volgen.’

### **Angstreductie**

Religieuze genezers stellen hun cliënten soms gerust of verlichten hun pijn. Hierbij kan gedacht worden aan angsten (voor bijvoorbeeld geesten of magie) of aan de behandeling van acute pijnen via bijvoorbeeld massages. Door de klachten te verklaren in termen van bovennatuurlijke krachten wordt de ziekte benoemd en hanteerbaar gemaakt.

### **De cliënt wordt niet zelf verantwoordelijk gesteld voor zijn ziekte**

Door de oorzaak van de ziekte toe te schrijven aan een bovennatuurlijke kracht legt de religieuze genezer de verantwoordelijkheid buiten de cliënt. Het voordeel daarvan is dat dit minder bedreigend voor de cliënt is en dat hij als zieke sociaal geaccepteerd wordt.

### **Zingeving**

De klachten waarmee cliënten naar religieuze genezers gaan, zijn divers van aard. In gangbare biomedische termen gaat het om zowel fysieke, psychosomatische als psychische klachten. Concrete voorbeelden zijn hoofd-, rug-, spier- of gewrichtspijnen, diarree, koorts, gebrek aan eetlust, oververmoeidheid, migraine, nervositeit, overspannenheid, slapeloosheid en angsten van uiteenlopende aard (fobieën) (Van Saane, 2008; Hoffer, 2000, 2009b).

Een centraal element in de klachten van de meeste cliënten van religieuze genezers is dat zij samenhangen met situaties en sociaal-culturele problemen waarmee zij niet goed overweg kunnen, zoals werkloosheid, een slechte woonsituatie, alcoholisme, relatieproblemen, problemen met kinderen, problemen als gevolg van gezinshereniging, heimwee, onzekerheid, gevoelens van onrust en rouwverwerking. Het gaat hier voor een deel om levensvragen, oftewel vragen op het terrein van zingeving. Zingeving heeft betrekking op de universele menselijke behoefte om bij ziekten en problemen de vraag te stellen waarom iemand iets overkomt. Dit hangt samen met de fundamentele vraag van mensen waarom en waarvoor zij leven. De kracht van het werk van religieuze genezers ligt vooral op dit terrein van zingeving. Zij sluiten aan bij de belevingswereld van cliënten en plaatsen klachten in een religieus-spiritueel kader in combinatie met praktische adviezen op sociaal-psychisch terrein. Daarmee kunnen religieuze genezers een bijdrage leveren aan het psychosociaal welbevinden van hun cliënten. Hoe belangrijk zingeving voor cliënten en hun omgeving kan zijn, blijkt uit de uitspraken van een Surinaams-Nederlandse vrouw van 60 jaar. Zij zorgt voor haar oom van 65 die aan het syndroom van Korsakov lijdt. In een eerste gesprek vertelt zij:

‘Vroeger was het een echte machoman en dronk hij veel bier. Via de huisarts kwam hij in een psychiatrisch ziekenhuis terecht. Daar heeft hij een jaar verbleven. Daar is vastgesteld dat hij aan de ziekte van Korsakov lijdt. Dat is het gevolg van langdurig alcoholgebruik. Dat is een soort dementie. Sinds 1990 heeft hij hersenletsel. Het betekent dat er in zijn hersenen dingen zijn kapotgegaan en dat keert niet meer terug. De dokter heeft verteld dat als hij niet meer drinkt het niet erger wordt. Hij heeft niet meer gedronken en het blijft nu hetzelfde. Dingen van vroeger weet hij nog wel als we het erover hebben. Maar andere dingen vergeet hij.’

Tijdens een tweede gesprek enkele weken later komt ook de ziekte van haar oom weer ter sprake:

‘Het komt omdat hij het geestelijke heeft verwaarloosd. Vroeger was hij een hele populaire jongen. Hij was voetballer en hij zong altijd liederen. Maar hij heeft het geestelijke verwaarloosd. Dat betekent dat je niet naar je achtergronden kijkt. Doordat hij jaren gedronken had, kreeg hij problemen. Het is een soort straf.’

Op de vraag hoe het dan zit met de verklaring die artsen haar hebben gegeven wat betreft het syndroom van Korsakov en het afsterven van hersencellen antwoordt ze:

‘Het komt van boven, maar men geeft het de naam Korsakov. Het een sluit het ander niet uit. Want doordat mijn oom heeft gedronken, werd hij gestraft en werden de door God gegeven cellen afgebroken.’

De vrouw voegt eraan toe dat zij en haar oom ieder jaar een paar weken naar Suriname proberen te gaan. Hij krijgt er bepaalde kruiden en ondergaat er reinigingsrituelen in de winti-traditie. Volgens haar knapt hij daar helemaal van op.

## 6.2 Kanttekeningen bij religieuze geneeswijzen

Bij de werkwijze van religieuze genezers dienen, naast deze positieve kenmerken, ook de nodige kanttekeningen te worden geplaatst. Ten eerste is het de vraag in hoeverre cliënten werkelijk genezen door de interventies van religieuze genezers. Denkend aan de kwestie van het leggen van de verantwoordelijkheid van problemen bij externe factoren is het bijvoorbeeld mogelijk dat de behandelwijzen van zulke genezers 'werkelijke' oplossingen in de weg staan. In het geval van psychische, psychiatrische of relationele problemen is het denkbaar dat er geen structurele oplossing wordt geboden, of erger dat bepaalde ziekten over het hoofd worden gezien. Ook is er het risico dat cliënten die naar religieuze genezers gaan, verstoken blijven van (mogelijk) adequate biomedische zorg. Bovendien kan men zich afvragen in hoeverre cliënten afhankelijk worden van religieuze genezers en wat daar de gevolgen van zijn. Ook moet worden bedacht dat hoewel genezers angsten voor bovennatuurlijke krachten bij cliënten kunnen wegnemen er ook het risico bestaat dat zij – bijvoorbeeld tijdens exorcistische rituelen – dergelijke angsten juist onnodig opwekken.

Ten slotte moet er op worden gewezen dat er in de informele circuits waarin religieuze genezers werkzaam zijn geen enkele vorm van regulering bestaat. Religieuze genezers vormen geen homogene groepering van alternatieve therapeuten, die zich in het kader van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) zouden kunnen organiseren tot een te controleren beroepsgroep van alternatieve therapeuten. Religieuze genezers werken vanuit verschillende achtergronden en geven blijk van een groot wantrouwen ten opzichte van elkaar. Door het ontbreken van een organisatie van religieuze genezers bestaan er dan ook geen onderlinge afspraken over bijvoorbeeld kwaliteitscriteria of tarieven. Daardoor is het voor cliënten moeilijk om uit te maken welke genezers bonafide zijn en wat een redelijk tarief is. Bovendien ontbreekt het aan enige vorm van tuchtrecht in geval van foutieve behandelingen of misbruik.

## 7 Tot slot: kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek en inzicht in de belevingswereld van patiënten

Het geloof in spirituele ziekteoorzaken en daarmee verbonden religieuze geneeswijzen is een universeel fenomeen, waarmee psychiaters in hun contacten met zowel autochtone als allochtone patiënten te maken krijgen. Voor het verkrijgen van inzicht in de belevingswereld van patiënten en het opbouwen van een vertrouwde behandelrelatie is het belangrijk dat de psychiater meer te weten komt over de inhoud en invloed van religieuze geneeswijzen. Die informatie kan hij of zij verkrijgen door er in de communicatie met patiënten openlijk naar te vragen. Maar daarnaast kan de psychiater ook gebruikmaken van de bevindingen uit fenomenologisch geïnspireerd sociaalwetenschappelijk onderzoek.

In dit hoofdstuk heb ik betoogd dat dergelijk kwalitatief onderzoek bij uitstek geschikt is om het magisch-spirituele denken, beleven en handelen dat aan de basis ligt van religieuze geneeswijzen, in beeld te brengen. Daarbij gaat het erom aan de hand van de bestudering van schriftelijke en/of digitale bronnen en belevingsgericht onderzoek te beschrijven welke verklaringsmodellen (ziekteopvattingen en hulpzoekstrategieën) betrokkenen hanteren en welk paradigma daaraan ten grondslag ligt. Tevens kan daarmee worden achterhaald welke verwachtingen patiënten hebben van de genezers die zij consulteren alsook de criteria die zij hanteren bij de beoordeling van therapeutische interventies.

Aan de hand van de resultaten van kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek kan een behandelend psychiater zich een beeld vormen van de manier waarop patiënten hun klachten beleven en trachten hulp te zoeken. Voorts bieden kwalitatieve gegevens de psychiater aanknopingspunten voor de manier waarop hij met patiënten kan communiceren en een adequate behandelrelatie kan opbouwen.

## Noten

- 1 Vanuit een 'biomedisch' perspectief zal wellicht bezwaar gemaakt worden tegen het aanduiden van 'alternatieve' geneeswijzen als 'medisch'. In het algemeen wordt 'medisch' namelijk als synoniem beschouwd met 'biomedisch'. Strikt genomen is 'medisch' echter een neutraal begrip en staat het voor iedere vorm van denken over en handelen bij ziekte en problemen. Het gaat om sociale en culturele constructies.
- 2 De fenomenologie is een filosofische stroming die stelt dat 'de' werkelijkheid niet bestaat, maar wordt gevormd door de interpretatie ervan door mensen. Aldus richt men zich in onderzoek op het subjectieve ervaren en de interpretatie daarvan door de respondent. Er zijn meerdere interpretaties van dezelfde gebeurtenis mogelijk en die kunnen naast elkaar bestaan. In de sociologie en de antropologie zijn stromingen en onderzoeksrichtingen ontstaan, die geïnspireerd zijn door deze fenomenologische uitgangspunten. Een voorbeeld is het hier besproken symbolisch interactionisme (De Boer & Evers, 2007, p. 9).
- 3 Om de anonimiteit van betrokkenen te waarborgen is in dergelijke voorbeelden een aantal persoonlijke gegevens aangepast. De essentie van de thematiek is echter dezelfde gebleven. De aanduiding 'Marokkaans-Nederlands' of bijvoorbeeld 'Surinaams-Nederlands' staat voor het feit dat betrokkene of haar/zijn (voor)ouders buiten Nederland zijn geboren, maar door de huidige leefsituatie ook met Nederland is verbonden.
- 4 Het onderzoek leverde veel extra informatie op over het concept 'schrik' (Hoffer, 2009b, pp. 201-202).

## Literatuur

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. (1997). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Educatieve Partners Nederland.
- Blom, J.D., Eker, H., Basalan, H., Aouaj, Y., & Hoek, H.W. (2010). Hallucinaties toegedicht aan djinns. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A973.
- Blumer, H.B. (1974). *Symbolisch interactionisme. Perspektief en methode*. Meppel: Boom.
- Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Meppel: Boom.
- Boer, F. de, & Evers, J. (2007). Kwalitatief onderzoek, een korte inleiding. In J. Evers (red.), *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (pp. 3-22). Den Haag: Lemma.
- Calestro, K.M. (1972). Psychotherapy, faith healing and suggestion. *International Journal of Psychiatry*, 10, 83-113.
- Evers, J. (red.) (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Lemma.
- Geerdink, F. (2004). Geloven is gezond! *Plus magazine*, december 2004.

- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1976). *De ontwikkeling van gefundeerde theorie*. Alpen aan de Rijn: Samsom.
- Goosens, M. (2010). *In therapie. Is je leven beter als het wordt geanalyseerd?* Amsterdam: FMB.
- Hermans, P. (2007). *De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen*. Amsterdam: Bulaaq.
- Hoffer, C.B.M. (2000). *Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland. Een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen*. (proefschrift). Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Hoffer, C.B.M. (2007). Boekbespreking 'De wereld van de djinn. Traditionele Marokkaanse geneeswijzen' van P. Hermans. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 909-912.
- Hoffer, C.B.M. (2009a). Boekbespreking 'Gebedsgenezing. Boerenbedrog of serieus alternatief?' van J. van Saane. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 417-420.
- Hoffer, C.B.M. (2009b). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Van Gorcum.
- Hoffer, C.B.M., & Knipscheer, J. (2007). Intercultureel onderzoek in de GGZ. Een pleidooi voor methodologisch pluralisme. In M. Foets, J. Schuster & K. Stronks (red.), *Gezondheids(zorg)onderzoek onder allochtone bevolkingsgroepen. Een praktische introductie* (pp. 144-156). Amsterdam: Aksant.
- Koenig, H.G. (2010). *Is geloven gezond? Wat spiritualiteit doet met je lichaam*. Kampen: Kok.
- Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Lucassen, P.L.B.J., & Olde-Hartman, T.C. (red.) (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Saane, J. van (2008). *Gebedsgenezing. Boerenbedrog of serieus alternatief?* Kampen: Ten Have.