

gunstige positie verkeert om een invloed ten goede uit te oefenen. Het belangrijkste voordeel, dat hij in deze heeft, is zijn bereikbaarheid. Hij ziet elk jaar bijna al zijn patiënten. Dit geldt zeker voor de belangrijkste leeftijdsgroep van 0 tot 5 jaar. De mate van contact, dat de huisarts met zijn patiënten heeft, kan waarschijnlijk door geen instelling worden benaderd. Bovendien wordt dit contact gedurende vele jaren gecontinueerd, soms zelfs over meer dan een generatie. Verder kent hij niet alleen de patiënt, maar ook diens gezin vertrouwelijk en dikwijls ook de verdere familie. Hij kent de omringende gemeenschap en de plaatselijke sociale hulpbronnen. De vertrouwelikheden van de patiënt is bij de huisarts veilig. Zeer belangrijk is ook het feit, dat de huisarts contact met het gezin heeft juist ten tijde van grote emotionele spanningen.

Om tot een schatting van de psychopathologie van het gezin te komen, kan men volgens de schrijver aan vier niveaus aandacht besteden. In de eerste plaats de huidige toestand. Vader, moeder en kind zijn drie persoonlijkheden, die voortdurend in onderlinge wisselwerking treden; er is een interactie tussen vader en moeder, moeder en kind, kind en vader. Dit is een dynamische situatie, die voortdurend in beweging is en invloed uitoefent op ieder van de gezinsleden. Ieder van deze drie personen heeft een verleden. De herinnering aan dit verleden is zeer belangrijk in de dynamische continuïteit van verleden en heden. Patiënt's vroege levenservaringen bepalen bijvoorbeeld dikwijls de symptomen, welke hij later kiest voor het uiten van zijn neurose. Verder leeft het gezin in zekere materiële omstandigheden: in een bepaald huis, in een zekere buurt, met een zeker inkomen, enzovoort. Deze materiële omstandigheden blijken meestal van weinig fundamentele betekenis voor de emotionele situatie. Tenslotte is er een interactie tussen het gezin en de gemeenschap: contacten met burens, familieleden, vrienden, kameraden op school en op het werk.

Het gezin is meer dan de som van de leden. Het is een menselijke groepering en dus hebben hoedanigheden, die gemeenschappelijk zijn voor alle menselijke groeperingen ook betrekking en invloed op de gezinsleden. Men denke in dit verband bijvoorbeeld aan de hoedanigheid als groepsanier of groepssteun. Het gezin heeft eigenschappen die gemeenschappelijk zijn voor alle gezinnen in alle culturen, maar daarnaast ook eigenschappen, die gemeenschappelijk zijn voor gezinnen uit dezelfde cultuur en uit dezelfde familietraditie, zoals de instelling ten opzichte van voeding, ziekte of seksualiteit.

Voor de behandeling van gezinspsychopathologie is het belangrijkste, dat de gezinssituatie in emotioneel opzicht juist wordt ontleed zodat het mogelijk wordt een emotionele oplossing te bieden. In het algemeen kunnen gezinsproblemen op twee wijzen worden aangepakt:

1 Spreekuur therapie. Dit betekent rechtstreekse psychotherapie voor de patiënt, hetzij kind, adolescent of volwassene. Dit kan met zich brengen dat verschillende gezinsleden tegelijkertijd onder behandeling zijn. Hoe ver en hoe diep de huisarts bij zijn behandeling zal kunnen gaan, zal afhangen van de bekwaamheid, welke hij zich heeft verworven.

2 Therapie buiten de spreekkamer. Hiermee worden maatregelen bedoeld om het patroon van emotionele invloeden, die van binnen en buiten op het gezin inwerken, ten goede te wijzigen. Dit houdt het volgende in:

Alle maatregelen dienen in de eerste plaats gebaseerd te zijn op een juiste emotionele analyse van het gezin;

allen, die met het gezin te maken hebben, in het bijzonder de huisarts, de wijkverpleegster en de maatschappelijk-werkster(s) dienen het gezin in emotioneel opzicht te begrijpen; er dient een verbinding te bestaan tussen degenen die met het gezin te maken hebben (vergelijk home team, ref.);

er zullen nieuwe faciliteiten door de gemeenschap moeten worden geschapen daar de huidige gezondheidszorg meer op de fysieke dan op de emotionele noden is ingesteld.

De huisarts, die niet op psychotherapeutische vaardigheid, maar wel op een juist inzicht in de emotionele situatie kan bogen, kan, op deze wijze tewerk gaande, enorm veel bereiken.

Als voordelen van de gezinsbenadering somt Howells de volgende punten op:

Het is een economische werkwijze, daar men ongeveer evenveel informatie moet inwinnen en maatregelen moet nemen om één individu te kunnen helpen, als om tegelijkertijd alle leden van het gezin te helpen;

zowel het individu als de krachten, die erop inwerken, worden in het onderzoek en de behandeling betrokken;

de medewerking van het gehele gezin wordt verkregen, zodat men geen tegenwerking krijgt van degenen, die niet in contact staan met een medicus;

er worden geen personen geholpen ten koste van andere gezinsleden;

maatregelen worden mogelijk om het lot van het hele gezin te verbeteren;

wanneer zich eenmaal een gezond gezin heeft gevormd, is dit een steun voor alle leden.

De schrijver meent dat de huisarts moet trachten zijn patiënten niet alleen somatisch, maar ook psychisch nauwkeurig te onderzoeken. Hij streeft daarbij naar een evaluatie van zowel de persoonlijkheid van zijn patiënten als van de gezinsrelaties. Hij gaat nader in op de samenwerking tussen psychiaters en huisartsen en meent dat de huisarts niet alleen een belangrijke bijdrage kan leveren in de gezinsbehandeling, maar ook in de research en in het onderwijs. Hij stelt dat vooruitgang in de geneeskunde dikwijls is belemmerd, doordat men uitgang van ervaringen, opgedaan bij zeer gespecialiseerd patiëntmateriaal in academische ziekenhuizen. Deze fout moet in de psychiatrie niet worden herhaald. Het gezinswerk van de huisarts zal zeer worden bevorderd wanneer hij kan beschikken over de hulp van wijkverpleegster of maatschappelijk-werkster.

De auteur somt een aantal maatregelen op, waardoor de huisarts zijn psychiatrische competentie kan vergroten. Het deelnemen aan discussiegroepen van huisartsen, samen met psychiaters, vormt hierbij een belangrijk onderdeel en strekt tot voordeel zowel van de psychiaters als van de huisartsen. Tenslotte spreekt hij de mening uit dat de huisartsgeneeskunde een specialisme is en hoopt hij dat de erkenning hiervan zal leiden naar een specialisering tot huisarts, die onder leiding van huisartsen zal moeten worden gegeven in aansluiting op de algemene artsenopleiding. Gezinspsychiatrie zal een belangrijk onderdeel van deze nadere scholing tot huisarts moeten vormen.

Dr F. J. A. Huygen.

Het lezen waard

In 1958 werd door de minister van Maatschappelijk Werk een commissie „Onderzoek Maatschappelijk Werk” geïnstalleerd, welke tot taak heeft het sociaal-wetenschappelijk onderzoek en het maatschappelijk werk dichter bij elkaar te brengen. Tot nu toe heeft deze commissie enkele boekjes gepubliceerd welke ook voor de huisarts het lezen waard zijn. Dit behoort ons niet te verwonderen omdat zowel de maatschappelijk werker als de huisarts „het helpen als ambacht” heeft.

De volgende brochures zijn reeds verschenen:

Bulletin 1: Maatschappelijk Werk-Onderzoek. Een korte introductie tot werkterrein en problematiek, 1959, 24 bladzijden, f 0,60.

Bulletin 2: Maatschappelijk Werk-Onderzoek. Een wegwijzer in de literatuur, 1959, 35 bladzijden, f 0,85.

Bulletin 3: De registratie in het maatschappelijk werk. Het belang van systematisch vastleggen en bewerken van feiten en ervaringen, 1960, 26 bladzijden, f 0,75.

Bulletin 4: De contactlegging in het maatschappelijk werk. Een praktijkprobleem toegelicht aan de hand van onderzoeksgegevens, 1960, 40 bladzijden, f 1,50.

Bulletin 5: De plaats van korte contacten in het maatschappelijk werk, 1961, 41 bladzijden, f 1,00.

Bulletin 6: Tweede wegwijzer in de literatuur, 1961, 53 bladzijden, f 1,35.

Bulletin 7: De verwijzing in het maatschappelijk werk, 1962, 28 bladzijden, f 0,90.

De bulletins zijn verkrijgbaar bij het Staatsdrukkerij- en Uitgeverijbedrijf te 's-Gravenhage, Fluwelenburgwal 18, alsmede in de boekhandel.