

Huisarts en gezinstherapie*

DOOR PROF. DR. F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

INLEIDING

In dit artikel zal worden getracht een (voorlopig) verslag uit te brengen van de ervaringen, welke wij in het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut hebben opgedaan door samenwerking met de vakgroep gezinstherapie van het Instituut voor Voortgezette Sociaal-Pedagogische Opleidingen te Nijmegen (trainers mevrouw M. Crolla-Baggen en Drs. P. van de Ven). Daarbij zal nauwelijks of niet worden ingegaan op de therapeutische grondslagen en praktische technieken van de gezinstherapie, daar dit artikel is bedoeld als informatie voor huisartsenlezers.

In een recent „*Leading article*”, getiteld „*Better medical writing*”, wordt gesteld dat elk artikel in de eerste plaats een antwoord moet bevatten op de basale vragen van Bradford Hill: „*Why did you start, what did you do, what did you find and what does it mean?*” terwijl de redactie daaraan toevoegt: „*and what are you going to do about it?*”. Ik zal trachten mij aan dit schema te houden.

WAAROM WIJ BEGONNEN

Gezinstherapie is een betrekkelijk nieuwe vorm van psychosociale hulpverlening. Omtrent indicaties, contra-indicaties en effecten staat nog slechts weinig vast. Huisartsen schijnen er tot nu toe zelden ervaring mee te hebben opgedaan. Ik ken hierover slechts twee artikelen, die van *Tomm* en van *Comley* in de *Canadian Family Physician*. Deze artikelen zijn bijzonder hoopgevend. *Comley* beschrijft zelfs ongeveer 50 procent reductie in medische consumptie bij de behandelde gezinnen vergeleken met controlegezinnen, ook of zelfs juist na slechts enkele zittingen.

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen. Naar een tijdens de Boerhaave-cursus en de Van Hoytema-cursus „Huisarts en gezin” gehouden voordracht in september 1975, respectievelijk maart 1976.

Er zijn verscheidene redenen aan te geven, zowel positieve als negatieve, waarom wij met dit project zijn begonnen. Om met een belangrijk negatief argument te beginnen: het effect van de gangbare hulpverlening bij de grote hoeveelheid psychosociale problemen, die de huisarts wordt aangeboden, is naar mijn ervaring uitermate teleurstellend te noemen. Ik vraag mij zelfs in alle ernst af of verwijzingen naar zenuwartsen en gebruikelijke organen van de geestelijke gezondheidszorg door de bank genomen niet meer kwaad dan goed doen.

In elk geval lijkt het mij wel duidelijk dat alle inspanningen op dit gebied op zijn best kunnen worden gezien als de bekende druppel op de gloeiende plaat. Het effect van wat wij met ons allen doen is naar mijn mening te vergelijken met dat van het wegruimen van het ergste puin op straat, terwijl de processen, die dit straatpuin teweeg hebben gebracht, onverminderd doorgaan. De gangbare psychiatrische therapie is individueel, gericht op intra-individuele processen, terwijl iedere huisarts kan waarnemen dat het in werkelijkheid vrijwel altijd gaat om relatiestoornissen, waarin zijn patiënten vastlopen. De huisarts met enige ervaring ziet vlak voor ogen hoe deze stoornissen, of de kiemen hiervoor, van de ene generatie op de andere worden doorgegeven en uitgezaaid.

Gezinstherapie biedt in principe de mogelijkheid deze keten te doorbreken omdat men zich daarmee niet op individuen maar op hun onderlinge relaties richt. Zich toeleggen op en als werkeenheden beschouwen van het gezinssysteem heeft ook voor de huisarts grote voordelen, zoals ik elders (*Huygen 1968, 1975*) reeds uitvoerig heb uiteengezet. Hier zij slechts kort herhaald dat verreweg de meeste van onze patiënten in een gezinsverband of daarmee vergelijkbare situatie leven, hetgeen allerlei epidemiologische consequenties heeft, niet alleen bij

Samenvatting

Beschreven worden de ervaringen, opgedaan door huisartsen in samenwerking met een opleidingsinstituut voor gezinstherapie, waarnaar ongeveer 150 gezinnen uit huisartspraktijken, verbonden met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, werden verwezen. Deze ervaringen zijn bijzonder gunstig. De werkwijze en opvattingen van de gezinstherapeuten bleken zeer goed aan te sluiten bij die van de huisartsen, die hierdoor een nieuwe, frisse kijk op het gezinssysteem kregen. Pogingen tot evaluatie leverden hoopvolle gegevens, wijzend op de mogelijkheid van vermindering van consumptie van zowel medicamenten als medische hulp door de betrokken gezinnen.

de diagnostiek en de therapie van gezondheidsstoornissen, maar vooral ook ten aanzien van de preventie. Vrijwel iedereen is opgegroeid in een gezin. In een gezin geeft men niet alleen genen door, maar ook gewoonten, aan de invloed waarvan men zich later niet of nauwelijks kan onttrekken. De grondslagen voor de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke ontwikkeling en voor latere gezondheid en ziekte worden daar gelegd.

Het wordt de laatste jaren steeds duidelijker dat het beschouwen van de individuele patiënt als „zieke”, hetgeen ten grondslag ligt aan het gangbare medische denkmodel van de huisarts, ernstige beperkingen en nadelen heeft. Individuele „ziekte” verklaart slechts een zeer klein deel van de variantie in het beroep dat op de huisarts wordt gedaan door zijn patiënten. Ziektegedrag, dat wil zeggen zich als zieke gaan gedragen, is van veel groter betekenis.

Dit zich als patiënt gaan gedragen is in belangrijke mate het gevolg van interacties in de leef- en werksystemen in de maatschappij. In het gezinssysteem leert men zich gedragen, leert men ook ziektegedrag. Verder heeft zich dit als zieke gaan gedragen niet alleen oorzaken, maar ook gevolgen en daarmee (al of

niet bewuste) bedoelingen. Vooral op dit laatste is de gezinstherapie gericht.

De opvattingen en benaderingen van de gezinstherapeuten sluiten zeer goed aan bij de „basisfilosofie” van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, waarin het gezinssysteem als focus centraal wordt gesteld in het denken en doen van de daarin samenwerkende disciplines: huisartsen, psychologen, sociologen, agogen en statistici (overigens zonder het belang van de relaties van dit systeem met sub- (individueel) en supra-systemen (in de maatschappij) uit het oog te verliezen).

Toen twee van onze psychologen (Gerard van Mierlo en Anton Smits) zich wilden gaan bekwamen in de praktijk van de gezinstherapie kwamen wij in nader contact met de trainers Mieke Crolla en Pieter van de Ven. Daarbij bleek dat dezen van hun kant eigenlijk behoefte hadden aan een vaste relatie met verwijzers van gezinnen, die door hun cursisten onder supervisie zouden kunnen worden behandeld. Daarin konden wij gemakkelijk voorzien door de aan ons instituut verbonden huisartspraktijken. Zo zijn de Voortgezette Opleidingen (V.O.) en ons instituut samen in zee gegaan.

WAT WIJ DEDEN

Wij begonnen dus een samenwerking, aanvankelijk op kleine schaal: vier huisartsen, twee gezinstherapeuten en twee gezinstherapeuten in opleiding. Later breidde zich dit uit tot veertien huisartsen en zestien cursisten, terwijl er ook gezinnen ter behandeling kwamen via onze wekelijkse colloquia met co-assistenten en via de beroepsopleiding. Het gehele project is van het begin af aan vrij intensief begeleid door de cursusleiding van de V.O. en de staf van het Huisartsen Instituut. Aanvankelijk moesten de aangemelde gezinnen eerst door de leiding worden beoordeeld voor zij in behandeling werden genomen, doch met toenemende ervaring van de huisartsen werd dat niet meer nodig geacht, al bleef telefonisch overleg met een van de gezinstherapeuten in het instituut gewenst.

In geregelde besprekingen kwamen wij tot een structurering van de gehele gang van zaken, waarbij onze psychologen als verbindingsschakel dienden tus-

sen de huisartsen en de cursusleiding. Er werden vaste afspraken gemaakt en er werden aanmeldingsformulieren en terugrapportage-formulieren ontworpen. Wij achtten het als instituut onze taak een poging tot methodologische evaluatie te ondernemen, daar wij meenden ons er niet toe te kunnen beperken een kwantitatief te verwaarlozen bijdrage te leveren in het helpen oplossen van de zee van psychosociale problemen.

Nu is een dergelijke evaluatie een uiterst moeilijke zaak. Het is vrijwel onmogelijk rechtstreekse effecten van de therapie te meten. Men moet dan met vergelijkbare controlegroepen werken, met analoge problemen, zonder therapie. Wij zijn er wel in geslaagd vergelijkbare controlegezinnen uit dezelfde praktijken te selecteren, maar niet met analoge problemen. Verder zijn er therapeut-variabelen en situationele variabelen, welke wij niet constant konden houden. Wij hebben wel een follow-up gedaan in die zin dat wij zowel de patiënten als de huisartsen hebben gevraagd wat zij van de resultaten vonden.

In een volgend artikel zullen wij daarover verslag uitbrengen. In het huidige artikel zal ik wel iets meedelen over vrij „harde” hoewel geen rechtstreekse maten die wij hebben gehanteerd. Wij hebben namelijk de medische consumptie van behandelde gezinnen gemeten, zowel vóór als tijdens en na de therapie, aan de hand van het aantal contacten met de huisarts, de diagnoses die daarbij werden gesteld en de aantallen recepten die werden voorgeschreven, evenals de verwijzingen naar specialisten en opnemingen in een ziekenhuis. In het geheel zijn tot nu toe ongeveer 150 gezinnen behandeld, zowel door de cursisten als door onze eigen gezinstherapeuten.

Ik zal een verslag uitbrengen over de „medische maten” omdat ik veronderstel dat dit de huisartsen het meest zal interesseren. Eerst echter zal ik hier verslag uitbrengen van onze algemene ervaringen met gezinstherapie.

WAT WIJ LEERDEN

Ik meen te kunnen zeggen dat wij in korte tijd veel hebben geleerd. Dit geldt vooral voor de huisartsen en in mindere mate voor de gezinstherapeuten. Over dit laatste doen *Mieke Crolla-Baggen en*

anderen verslag in de „reader” die uit de cursus gezinstherapie is voortgekomen. Ik zal hier vooral de huisartskant belichten.

Voor ons, huisartsen, was de samenwerking met de gezinstherapeuten een belevenis. Het was geheel iets anders dan wij tot nu toe gewend waren bij verwijzingen. Gewoonlijk hoort of ziet men dan weinig of niets meer van zijn patiënten en verschijnen alleen wat recepten en als het meevalt na een zekere tijd een lange brief met voorgeschiedenis, diagnostische overwegingen en een korte aanduiding van therapie. Dit was volkomen anders bij mevrouw B., die wij naar Mieke Crolla en Pieter van de Ven verwezen en wier geschiedenis ik hier als illustratie zal gebruiken. *Van de Ven* heeft haar geschiedenis meesterlijk beschreven in zijn boek „vriend als vijand” in het hoofdstuk: „verandering, een paradoxaal avontuur”, dat zich als een boeiende roman laat lezen.

Mevrouw B. was een keurige, beleefde vrouw, het toonbeeld van een goede huismoeder voor haar man en vier kinderen. Zij was alleen altijd erg angstig en de laatste tijd zeer depressief met suïcidegedachten. Telkens raakte zij in paniek en riep dan allerlei mensen te hulp: burens en kennissen, de pastoor, de huisarts en anderen. Er waren bij haar reeds acht professionele hulpverleners te pas gekomen in de loop van de tijden, zonder veel succes, ondanks soms zeer intensieve bemoeienissen zoals bijvoorbeeld van onze caseworker, die zich specialiseerde in crisisinterventie. De laatste tijd ging het slecht met haar. Haar man belde steeds over haar op, had zelf ook last van angsten een hartinfarct te hebben, haar oudste zoontje had veel last van migraine en de jongste begon in bed te plassen. Ook de oudste dochter kreeg allerlei angstverschijnselen, zoals angst om dood te gaan. Bovendien was iedereen in dit gezin voortdurend vol zorgen over de gezondheid van de anderen.

Psychiatrisch kon hier worden gesproken van een typisch angstneurotisch gezin. Toen namen Mieke en Pieter de leden van het gezin in de tang. Geen sprake van ingaan op de voorgeschiedenis, waar toch voor ons gevoel belangrijke sleutels lagen: onder meer had het

gezin kort tevoren het eigen bedrijf moesten opgeven. Geen sprake ook van psychiatrische, psychologische of karakterologische overwegingen. Zij keken er alleen maar naar hoe deze mensen met elkaar omgingen en zij gaven wat dat betreft bepaalde opdrachten: paradoxale opdrachten inderdaad.

De symptomen en klachten van mevrouw B. werden juist aangemoedigd, alleen moest zij die (om te leren er greep op te krijgen) op bepaalde dagen van de week concentreren en mocht er op andere dagen niet over worden gesproken. Wij hadden als huisarts wel gevoeld dat er onder de liefde van mevrouw B. een harde kern school en dat zij eigenlijk onder de oppervlakte soms zeer dominerend kon zijn ten opzichte van haar gezin en ons. Wij hadden echter niet gezien wat Mieke en Pieter dadelijk zagen, namelijk dat zij eigenlijk iedereen machteloos maakte en iedere hulpverlener subtiel schaakmat zette door haar klachten en symptomen te houden of te verergeren. Mieke en Pieter zetten haar op hun beurt meteen schaakmat door reeds in het eerste gesprek te zeggen dat zij zagen dat het zó erg was met haar, dat zij dachten haar ook wel niet te kunnen helpen. Zij zouden haar alleen kunnen helpen door haar te leren ermee te leven.

Het valt te begrijpen dat dit niet in goede aarde viel bij mevrouw B. Zij kwam in opstand en er ontwikkelde zich een hevige strijd om de macht tussen haar en de therapeuten. In haar nood deed mevrouw B. steeds vaker een beroep op ons als huisarts, op de pastoor, burens en kennissen en de telefoon stond bij ons dag en nacht niet stil zodát zelfs mijn geduldige assistente er dol van werd. Mevrouw B. poogde te ontsnappen door verwijzing naar een psychiater te eisen, maar wat dit betreft hielden wij in overleg met Mieke en Pieter het been strak. Zij zaaide paniek om zich heen en begon steeds erger met suïcide te dreigen. Pieter ging daar serieus op in en vroeg haar hoe en wanneer zij dat precies wilde doen, of zij zich daar reeds geheel in verplaatst had en in de gevolgen, wat zij dacht van haar begrafenis, enzovoort. Nu ging mevrouw B. eerst recht door de hel, maar zij kwam er kort daarna herboren uit en het is treffend hoe er een rust

in dit gezin is opgetreden die al meer dan een jaar duurt.

Hoe Mieke en Pieter dit precies hebben bewerkstelligd kunnen geïnteresseerden beter bij Pieter zelf nalezen. Ik heb hier alleen willen aanduiden hoe het in zee gaan met deze gezinstherapeuten ook voor ons een spannend avontuur werd, waarbij wij soms ons hart vasthielden, maar waarvan de afloop verrassend goed was (al was Mieke en Pieters laatste zet tegen mevrouw B. bij het afscheid dat zij zeiden te vrezen dat alles nog weleens terug zou komen).

Een tweede voorbeeld betreft mevrouw C. die ik naar Anton Smits verwees. Mevrouw C. gaf zich telkens over aan alcoholische uitpattingen, waarbij zij in huis een onbeschrijflijke chaos aanrichtte. Achteraf had zij altijd groot berouw en beloofde beterschap, maar dit verhinderde niet dat deze gang van zaken zich regelmatig herhaalde. Haar leverfuncties waren reeds fors gestoord. Haar man deed van alles om haar drinken te voorkomen, maar niets hielp. Hij zat vooral in over de gevolgen voor hun zontje en wilde daarom niet horen van een tweede kind.

Anton ging met hen aan het werk. Hij ging tot mijn verbazing niet in op haar voorgeschiedenis (ik wist dat zij heftig geschokt was toen zij in haar puberteit plotseling ontdekte een vóórkind van haar moeder te zijn; ik wist ook hoe zij in haar enorm dwingende vraag om hulp een kapelaan het leven vrijwel onmogelijk had gemaakt en hoe zij langdurig bij een psychiater was geweest). Het viel Anton echter dadelijk op hoe mijnheer C. zijn vrouw kwam „inleveren”, hoe hij haar „meisje” noemde en zij hem „papa” (beiden waren 34 jaar oud). Hij gaf mijnheer C. de opdracht alle pogingen zijn vrouw van de alcohol af te houden te staken en het gebruik daarvan zelfs aan te moedigen. Het bleek dat zij in dronkenschap in scheldpartijen tegen haar man verviel, waarover zij zich achteraf hevig schaamde en die zij in nuchtere toestand met de beste wil van de wereld niet kon herhalen. Deze herhaling werd echter zoveel mogelijk aangemoedigd, waarbij allerlei problemen boven tafel kwamen onder meer hun strijd over een tweede kind. Anton heeft kans gezien

haar agressies naar boven te krijgen en bespreekbaar te maken. Er bleken enorme communicatiestoornissen tussen man en vrouw te zijn, schuilgaand onder haar symptoom-gedrag. Anton heeft zestien zittingen met dit echtpaar gehad, hetgeen relatief gezien zeer veel is, daar de gezinstherapie in de Nijmeegse school meestal beperkt blijft tot ten hoogste tien tot twaalf zittingen.

Mevrouw C. is nu echter geheel van de drank af en ik heb onlangs de tweede bevalling bij haar gedaan, waarbij alles in dit gezin zeer harmonisch verliep. Het viel mij alleen op dat zij op het orgasmeachtige hoogtepunt van de uitdrijvingsweeën „papa” tegen haar man riep. Hij antwoordde echter met „mama”. Wij zullen moeten afwachten hoe het in de toekomst zal gaan, bijvoorbeeld als dit kind straks ook naar school gaat. Nu lijkt alles thuis zeer goed, zoals mij uit de gesprekken tijdens het kraambed bleek. De man en vooral de vrouw zijn zéér tevreden over de therapie, Anton is wat verbaasd over dit door hem niet verwachte succes.

Ik hoop dat de lezer door deze schetsmatige „case-histories” toch enige kijk heeft gekregen op de gezinstherapie zoals wij die als verwijzende huisartsen hebben beleefd. Laat ik nu proberen min of meer puntsgewijze een aantal conclusies aan te geven waartoe wij al werkende gezamenlijk zijn gekomen.

– Gezinstherapie is (een vorm van) relatietherapie. Het gaat met name om de relaties binnen de primaire leefgroep. Het is niet belangrijk of dit nu een „gezin” is in de letterlijke betekenis of een concubinaat, een drie- of vierhoeksverhouding, een tijdelijk stel of een hele familie. Soms wordt gesproken met een echtpaar, soms met een heel gezin, soms zelfs met een heel netwerk van relaties. Daarbij zijn allerlei soepele overgangen en improvisaties mogelijk. In het begin moesten wij gehele gezinnen verwijzen en daartoe motiveren. Dit gaf problemen en weerstanden. Later ontdekten wij dat het beter ging wanneer wij degene(n), die bij ons als huisarts kwam(en) voor een kennismakingsgesprek verwezen en het aan de gezinstherapeut overlieten de anderen in zijn/haar behandeling te betrekken en daartoe te motiveren. Deze

zal er toch altijd naar streven degenen die in deze relaties zijn betrokken erbij te halen. Het bleek ook zeer gemakkelijk op deze wijze desgewenst een maatschappelijk-werker, pastor, huisarts of andere hulpverleners bij de zittingen in te schakelen. Er is grote ruimte tot improvisatie, afhankelijk van de omstandigheden en mogelijkheden. De gezinstherapeuten kwamen soms aan huis bij de gezinnen, maar voor de supervisie was het gewenst dat een groot deel van de zittingen achter het „one-way vision screen” plaatsvond. Dit gaf verrassend veel minder problemen bij de patiënten dan wij hadden verwacht.

– Wij leerden dat het voor de motivatie van de verwijzing veel beter is aan te knopen bij de zorg voor en de gevolgen van stoornissen (waarmee meestal vrijwel iedereen in het gezin heeft te maken) dan bij de oorzaken, daar men bij de laatste een veel grotere kans loopt op „schuldvragen”, weerstanden en theoretische discussies te stuiten. Deze stoornissen kunnen net zo goed een organische ziekte betreffen als psychosociale problemen of mengvormen. De vraag over de oorzaak kan geheel open blijven.

– Men gaat in de gezinstherapie uit van en richt zich voortdurend op het „hier en nu”. Daarmee wordt voor ieder zichtbaar bespreekbaar gewerkt. Men spreekt niet over maar met de anderen. Er zijn geen „grote afwezigen” waarover eindeloos en vruchteloos wordt gepraat. Als zij belangrijk zijn horen zij erbij. Niemand wordt buitengesloten, niemand wordt echter ook gedwongen als hij niet wil.

– Gezinstherapie is een overzienbare zaak voor de huisarts. Het gaat in het algemeen om een beperkt aantal zittingen en om een duur van enkele maanden, waarna men de patiënten weer (met instructies) terugkrijgt. De literatuur en ook onze bevindingen wijzen er op dat men zelfs na slechts enkele sessies al succes kan zien. Er is dus geen sprake van gevaar voor een nieuwe fixatie en verslaving, zoals maar al te dikwijls bij de gangbare psychotherapeutische behandeling. Men streeft naar afronding op betrekkelijk korte termijn, waarbij er ruimte wordt gelaten om daarop zo nodig later nog eens terug te komen. Er is

dus geen gevaar voor ziek-maken of -houden, zoals helaas zo vaak het geval is in onze gezondheidszorg. De gezinstherapie houdt niet van etiketten plakken maar heeft juist een frisse, optimistische kijk en gelooft in de mogelijkheid van verandering.

– De beste momenten voor introductie van gezinstherapie zijn crises. Dan zijn de cliënten het gemakkelijkst te motiveren en is de kans op bewerkstelling van veranderingen het grootst. De huisarts dient wel te weten dat de gezinstherapeuten dikwijls juist naar een crisis toewerken. Tussentijds overleg is dus herhaaldelijk gewenst om elkaar niet tegen te werken en op dezelfde lijn te blijven. Een rolverdeling in de strategie kan worden afgesproken. Gelukkig waren onze gezinstherapeuten zo consequent voor crises ook buiten werkuren beschikbaar te zijn.

– De samenwerking met de gezinstherapeuten heeft ons geleerd veel beter naar gezinnen te kijken. Het was voor de therapeuten soms verbazingwekkend hoeveel wij van onze gezinnen wisten. Maar het was ongeordende kennis waarmee wij eigenlijk niet goed wisten wat te doen. Wij hebben niet geleerd gericht te kijken naar wat belangrijk is, hoewel wij daartoe tal van mogelijkheden hebben in ons dagelijks werk. Ik zal hier niet uitweiden over de begrippen van de communicatietheorie, maar het gaat er om op te letten hoe men met elkaar omgaat. Spreekt men rechtstreeks (en in de eerste persoon) tot elkaar of via een derde (of in de derde persoon) over zichzelf en elkaar? Hoe zijn de boodschappen die men naar elkaar uitzendt: zijn zij duidelijk en eenduidig of onduidelijk en tweeslachtig, zichzelf soms in eenzelfde boodschap tegensprekend? In hoeverre laat men elkaar vrij, wat zijn de ongeschreven regels en mythen in dit gezin? In hoeverre worden veranderingen toegestaan, is groei, differentiatie en autonomie van de diverse leden mogelijk? Pieter van de Ven gaat uitvoerig in op verschillende van deze begrippen in het hoofdstuk „kijken naar gezinnen” uit zijn boekje „vriend als vijand”. Er zijn ook verschillende gezinsfenomenen die wij als huisarts extra goed dienen te her-

kennen zoals dat van de „aangemelde patiënt” of de „zondebok”. Ik vrees dat wij in de medische wereld maar al te vaak in de kaart spelen van gezinsmechanismen door onwillekeurig te bevestigen dat een van de leden als ziek of als de oorzaak van de moeilijkheden moet worden beschouwd. Wij zijn geneigd te vergeten dat lichamelijke klachten en afwijkingen zó veelvuldig voorkomen bij gezonden dat dit eerder regel dan uitzondering is. Voor de gang naar de dokter moeten er meestal andere motieven bijkomen, waarop het gezin grote invloed heeft. Zonder het te beseffen laten wij ons dikwijls een rol opdringen in het bevestigen en versterken van gezinspathologie. Door de samenwerking met de gezinstherapeuten zijn wij daarop veel meer alert geworden. Wij benutten onze huisvisites nu ook beter om te kijken en te luisteren naar de interacties tussen gezinsleden. Ons ongedwongen entree, dikwijls bij crises of crisoiden toestanden, is daarbij van onschatbaar voordeel.

– Alles bijeengenomen is onze ervaring dat gezinstherapie bijzonder goed aansluit bij ons denken en handelen als huisarts. De samenwerking met onze gezinstherapeuten was bijzonder prettig en was een werkelijk tweerichtingsverkeer. Wij zijn blij elkaar te hebben gevonden en wij hebben veel aan elkaar gehad. Wij hebben ervaren dat er op betrekkelijk korte termijn bij onze patiënten wel degelijk veranderingen mogelijk waren, ook bij schijnbaar hopeloze gevallen, waar verschillende andere hulpverleners hadden gefaald.

EVALUATIE

Dit alles zijn subjectieve ervaringen en algemene indrukken, terwijl ik hiervoor verwees naar (een poging tot) objectieve methodische evaluatie. Daarover zal ik nu in het kort iets mededelen.

Vier medische studenten* kozen, uit elk van zes huisartspraktijken waaruit de meeste verwijzingen naar de gezinstherapie hadden plaatsgevonden, op willekeurige wijze vijf verwezen gezinnen en zochten daarbij niet verwezen „matched controls”, dat wil zeggen gezinnen die

* A. J. C. M. van Beerendonk, W. J. C. Hendriks, M. C. Pollemans en M. A. M. Roding, aan wie hier onze dank.

zoveel mogelijk overeenkwamen wat betreft leeftijd van de ouders, huwelijksduur, sociaal-economische status, aantal en leeftijd van de kinderen en godsdienst. Zij bestudeerden de medische gegevens van deze gezinnen in het kader van hun wetenschappelijke stage en telden alle consulten en visites, verwijzingen naar specialisten, aantallen en aard van de voorgeschreven recepten, gedurende een jaar vóór en een jaar na het tijdstip van de verwijzing voor gezinstherapie en in overeenkomstige tijden bij controlegezinnen.

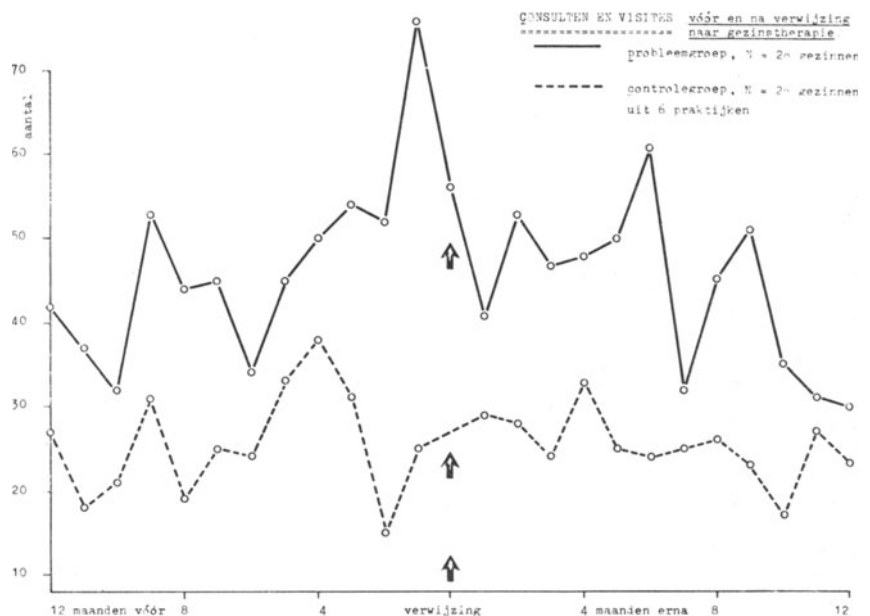
De belangrijkste resultaten hiervan zijn te zien in figuren 1 en 2. (Waarbij een tweetal gezinnen door verhuizing is afgevallen.) *Figuur 1* geeft een overzicht van de aantallen consulten en visites, per maand opgeteld voor de probleem- en de controlegroep afzonderlijk. De lijn van de controlegroep blijft gedurende deze twee jaar globaal op dezelfde hoogte; die van de probleemgroep toont een stijging naar het tijdstip van verwijzing en een geleidelijke daling daarna. Een dergelijke daling voor het geneesmiddelengebruik is veel duidelijker te zien in *figuur 2*.

Toetsing door middel van de rangtentoets leert dat ten aanzien van consulten en visites een significant verschil bestaat tussen probleem- en controlegroep, zowel vóór ($v = 335$, $n = 28$, $p < 0,01$) als na de verwijzing ($v = 227$, $n = 27$, $p < 0,01$), maar geen significant verschil tussen probleemgroep vóór en na verwijzing. Dit laatste is wel het geval ten aanzien van het verschil in geneesmiddelengebruik van de probleemgroep ($v = 204$, $n = 28$, $p < 0,02$). Het vóór de verwijzing bestaande significante verschil tussen probleem- en controlegroep ($v = 310$, $n = 26$, $p < 0,01$) is na de verwijzing dan ook verdwenen ($v = 144$, $n = 26$, $0,05 < p < 0,10$).

Wat betreft de aantallen verwijzingen naar medische specialisten bleken er geen verschillen aantoonbaar vóór en na de gezinstherapie. Deze getallen waren echter slechts klein.

Om het inzicht wat te verdiepen heb ik de cijfers van alle naar gezinstherapie verwezen gezinnen uit mijn eigen praktijk, uit die van mijn associé (destijds) De

Figuur 1. Consulten en visites vóór en na verwijzing naar gezinstherapie.



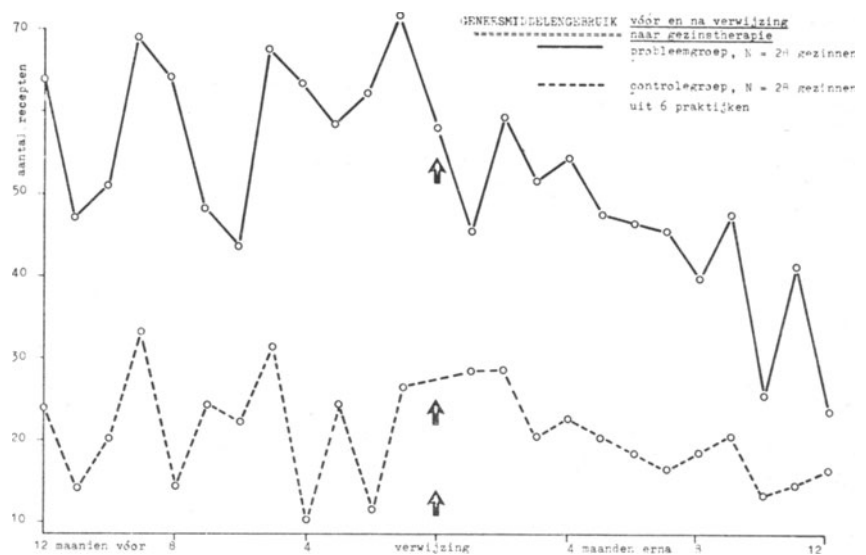
Melker in Oosterhout en uit die van (destijds) Vlamings (nu Wouters) in Nijmegen, waarvan de therapie minstens eenhalf jaar geleden was afgesloten, nader bestudeerd, daarbij geholpen door mijn assistente mevrouw Bakker-Eisenga.

Deze studie had betrekking op respectievelijk 18, 17 en 25 gezinnen. Hierin zijn niet meegeteld de gezinnen die wel zijn verwezen, maar waarbij geen behandeling tot stand kwam. Dit was slechts het geval bij enkele gezinnen te Lent in het eerste begin van onze samenwerking, toen de verwijzingsprocedure nog niet goed was geregeld. Wel heb ik

die gezinnen meegeteld waar de behandeling (naar de mening van de therapeut) vroegtijdig werd afgebroken. Dit was in Lent het geval bij zes en in Nijmegen bij drie gezinnen. Het leek mij eerlijker deze toch mee te tellen bij het zoeken naar effecten van de gezinstherapie.

Ik heb de cijfers van de gezinnen, waar de behandeling werd afgebroken, wel vergeleken met die van gezinnen, waar de behandeling werd voltooid en vond daarbij géén verschil in effect. Het lijkt erop dat de enkele zittingen soms wel degelijk een verandering teweeg hebben gebracht. Ik heb de cijfers van Nijmegen

Figuur 2. Geneesmiddelengebruik vóór en na verwijzing naar gezinstherapie.



slechts gedeeltelijk kunnen gebruiken omdat er door wisseling van huisarts te veel veranderingen in de registratie waren opgetreden. De contacten van het gezin met de huisarts bleken in Nijmegen in de eerste drie maanden na de verwijzing hetzelfde te blijven als in het jaar daarvóór, terwijl in het jaar na afronding van de therapie deze medische consumptie bij twee gezinnen gelijk bleef, bij twee gezinnen toenam en bij zes gezinnen duidelijk afnam. Bij toetsing bleek dit verschil niet significant te zijn. Wel was er een statistisch significante vermindering van het aantal nerveuze stoornissen bij de verwezen patiënten (voor de eerste drie maanden $\alpha=0,01$; voor het jaar daarna $\alpha=0,02$, $n=7$). Zoals gezegd kunnen wij aan dit verschijnsel niet te veel betekenis toekennen, omdat de verandering van huisarts in dit geval invloed kan hebben gehad.

Blijven dus over voor nadere beschouwing de cijfers van Lent en Oosterhout betreffende respectievelijk veertien en twaalf gezinnen met respectievelijk 71 en 45 gezinsleden (zie tabellen 1 en 2). Wij zien in Lent (tabel 1) een zekere onrust ontstaan in de eerste drie maanden na de verwijzing, weerspiegeld in het aantal contacten met de huisarts, het aantal diagnoses en het gebruik van medicamenten, dat daarna afneemt. Het aantal nerveuze stoornissen in het gezin neemt echter dadelijk af. Beschouwing van de cijfers, gesplitst in die van de „aangemelde patiënt” en de rest van het gezin leert dat deze verschijnselen voor beide categorieën gelijkelijk gelden: het is dus niet zo dat deze verschillen in cijfers van de gezinnen worden verklaard door die van de verwezen patiënt. Bij statistische toetsing (met de rangteken-toets) blijkt echter geen van deze verschillen een significantie niveau te bereiken.

Tabel 2 toont de cijfers van Oosterhout. Hier valt weinig van een onrust kort na de verwijzing te bespeuren, hoogstens lijkt het aantal recepten voor psychofarmaca toe te nemen (toetsing leert dat aan dit verschil geen betekenis mag worden gehecht). In Lent is evenwel bij zes van de veertien gezinnen de therapie vóórtijdig afgebroken en in Oosterhout bij geen enkel gezin. De aantallen

Tabel 1. Medische data van veertien gezinnen (71 personen) in Lent behandeld met gezinstherapie.

Tijdsperiode aanziens van verwijzing	Aantal contac- ten van huis- arts met gezin	Aantal gestelde diagnosen		Aantal voor- geschreven recepten		Verwijzing naar klini- sche specia- listen	Zieken- huis opnemingen
		Totaal	Nerveuze stoornissen	Totaal	Psycho- farmaca		
1 jaar vóór	324	162	26	324	80	9	1
1 tot en met 3 maanden na (maal vier)	368	176	16	400	100	12	0
4 tot en met 15 maanden na	296	151	17	325	76	12	1

Tabel 2. Medische cijfers van twaalf gezinnen (45 personen) in Oosterhout behandeld met gezinstherapie

Tijdsperiode aanziens van verwijzing	Aantal contacten van huisarts met gezin	Aantal gestelde diagnosen		Aantal voor- geschreven recepten		Verwijzing naar klini- sche specia- listen	Zieken- huis opnemingen
		Totaal	Nerveuze stoornissen	Totaal	Psycho- farmaca		
1 jaar vóór	295	145	27	285	104	3	0
1 tot en met 3 maanden na (maal vier)	236	116	16	272	124	8	0
4 tot en met 15 maanden na	182	102	11	214	84	11	2

verwijzingen naar specialisten en ziekenhuisopnemingen zijn niet getoetst wegens de kleine getallen. In het jaar na afloop van de therapie is er echter in Oosterhout, vergeleken met het jaar vóór de therapie, een significante vermindering van het aantal contacten met de huisarts ($\alpha=0,01$), en van het aantal voorgeschreven recepten ($\alpha=0,01$) opgetreden. Bij deze gezinnen bleken deze verschillen niet te kunnen worden verklaard door de cijfers van de verwezen patiënt.

Bij tellingen van de gezinnen, waarbij de verwezen patiënt buiten beschouwing werd gelaten, bleek dat in het jaar na afsluiting van de therapie significant minder contacten met de huisartsen plaatsvonden ($\alpha=0,01$), minder medicamenten en minder psychofarmaca werden voorgeschreven ($\alpha=0,01$). Deze significante daling in het geneesmiddelgebruik trad reeds op in de eerste drie

maanden van de therapie ($\alpha=0,10$) terwijl in die tijd ook significant minder diagnoses werden gesteld ($\alpha=0,10$).

WAT BETEKENEN DEZE BEVINDINGEN?

De hier medegedeelde uitkomsten betreffen slechts voorlopige cijfers uit enkele praktijken. Men dient dit te beschouwen als een verkennend onderzoek, een „pilot study”. Het gaat hier echter wel om vrij „harde” data, die op dit terrein zeldzaam zijn. Zij wijzen op een vermindering van medische en medicamenteuze consumptie bij de behandelde gezinnen, die bij statistische toetsing althans in één praktijk moeilijk aan het toeval kunnen worden geweten.

Deze „harde cijfers” tonen aan dat er een duidelijke vermindering van medische consumptie en van nerveuze stoornissen bij de behandelde gezinnen

in Oosterhout is opgetreden. Wij mogen niet concluderen dat dit een gevolg is van deze therapie, al lijkt dit erg waarschijnlijk. Een andere (of géén) therapie zou dit misschien ook hebben kunnen bewerkstelligen. Bij dit alles dienen wij verder te bedenken dat een groot deel van deze gezinstherapieën is uitgevoerd door beginnende, onervaren therapeuten en dat het gemiddelde aantal zittingen slechts ongeveer vijf bedroeg.

De betekenis, welke men mag hechten aan een vermindering van medische consumptie en nerveuze stoornissen, is voor discussie vatbaar. Het komt mij evenwel als een gunstig verschijnsel voor. Het zal duidelijk zijn dat wij op grond van dit beperkte en voorlopige materiaal uit enkele huisartspraktijken nooit algemeen geldige conclusies kunnen trekken. Niettemin geloof ik dat wij mogen concluderen dat de uitkomsten van de „pilot-study” hoopgevend zijn.

WAT NU VERDER?

Voor ons zijn de ervaringen en uitkomsten van de verkenning dusdanig, dat wij zeker zullen doorgaan met gezinstherapie en met onderzoek hierom-

trent. Wij hopen de bestaande goede band met de V.O. te Nijmegen te mogen behouden. Twee van onze medewerkers zijn thans gekwalificeerde gezinstherapeuten en twee zijn zich zodanig aan het bekwamen. Voor de gemiddelde huisarts in Nederland zijn gezinstherapeuten veel moeilijker bereikbaar, maar hun aantal is snel groeiende, zodat ook op andere plaatsen ervaring zal kunnen worden opgedaan.

Een vraag, die zeker onder ogen moet worden gezien, is in hoeverre een huisarts zelf verantwoord gezinstherapie zal kunnen bedrijven. Ik was vroeger geneigd deze vraag zonder meer ontkenkend te beantwoorden, omdat de huisarts dan in ernstige rolconflicten kan komen. Thans ben ik daarvan niet meer zo zeker. Ik meen dat iedere huisarts veel kan leren van gezinstherapie en dat hij sommige van deze verworvenheden in zijn praktijk als huisarts zal kunnen toepassen. Regelrechte en methodische „conjoint family therapie” zal echter altijd bekwaamheden vereisen, die slechts kunnen worden verworven door grondige studie en oefening onder deskundige supervisie.

Summary. General practitioner and family therapy. A report is presented on the experience gained by general practitioners in collaboration with a family therapy training institute, to which about 150 families from general practices affiliated to the Nijmegen University Institute for General Practitioners were referred. The experience has been very favourable. Procedure and views of the family therapists proved to be complementary to those of the general practitioners, who as a result attained a new and fresh outlook on the family system. Efforts at evaluation produced hopeful data indicative of the possibility of reducing the use of both drugs and medical assistance by the families involved.

Comley, A (1973) Canadian Family Physician 19,87-81.

Crolla-Baggen, M Pieter van de Ven en Ton Staps. Interventie in interactie, aspecten van gezinstherapie. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Huygen, F. J. A. Gezin en Gezondheid. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1968.

Huygen, F. J. A. De bewaking van het gezin. In: Kompas voor de huisarts. Van Gorcum en Comp, Assen, 1975.

Leading article (1975) Brit. med. J. II, 56.

Tomm, K. (1973) Canadian Family Physician 19 51-60.

Ven, P. van de. Vriend als Vijand; naar een paradoxale therapie. H. Nelissen, Bloemendaal, 1975.

Theoretische concepten in de gezinstherapie*

DOOR R. VAN DIJCK, PSYCHIATER

INLEIDING

Essentieel voor een gezinstherapeutische benadering is dat klachten en problemen in een relationele context worden geplaatst en behandeld. Dit betekent dat een verband wordt gezocht tussen de klacht en de interacties binnen het gezin. Het ligt voor de hand een dergelijke procedure te volgen als het gaat om klachten, die als gezinsproblemen worden gepresenteerd, zoals huwelijksconflicten of opvoedingsproblemen. Maar ook wanneer het gaat om individueel beleefde symptomen is het onderzoek en de be-

handeling in een relationele context vaak een vruchtbare invalshoek. Meestal wordt dit relationele aspect van individuele symptomen pas duidelijk zichtbaar in zittingen waarbij de verschillende gezinsleden gezamenlijk aanwezig zijn.

De meer vertrouwde en traditionele werkwijze in de psychiatrie en psychotherapie is problemen te plaatsen in een referentiekader, dat betrekking heeft op de individuele patiënt. Dit is onder meer het geval bij de psycho-analytische, de Rogeriaanse en de gedragstherapeutische benadering. Het leidt wellicht tot zinloze en onvruchtbare discussies wanneer men op theoretische gronden een keuze zou trachten te maken voor een individuele versus een relationele oriëntatie. Een praktische beoordeling aan de hand van concrete gevallen geeft onge-

twijfeld een beter richtsnoer dan à priori ingenomen theoretische standpunten.

Bij het werken met een op het gezin gerichte benadering worden andere concepten gebruikt dan die welke wij kennen uit de individuele psychopathologie. Vooral gedachten uit de systeemtheorie en de communicatietheorie hebben in de gezinstherapie een belangrijke toepassing gevonden. Hoewel het om oorspronkelijk vrij abstracte concepten gaat, is het goed mogelijk met deze concepten bij alledaagse ervaringen aansluiting te vinden.

Wij zullen achtereenvolgens een aantal fenomenen uit de systeemtheorie bespreken: homeostase of evenwichtstoestanden, escalatie of stroomversnelling en de gezinsstructuur. Uit de communi-

* Uit de Jelgersmakliniek Oegstgeest, hoofd: Prof. Dr. J. Bastiaans. Samenvatting van een tijdens de Boerhaave-cursus en de Van Hoytema-cursus „Huisarts en gezin” gehouden voordracht in september 1975, respectievelijk maart 1976.