

huisarts en wetenschap 18, 7-39.
(1975b) huisarts en wetenschap 18, 61-73. (1975c) huisarts en wetenschap 18, 492-502.

Lamberts, H. en N. L. Wolgast (1975) huisarts en wetenschap 18, 321.
Morgan Belknap, Mary en anderen. Institute

for the study of humanistic medicine. Case studies and methods in humanistic medical care.

Openbaar Lichaam Rijnmond. Interim rapport milieu-onderzoek 1974.

Remen, Naomi en anderen. Institute for the study of humanistic medicine. 3847

Twentyfirst street, San Francisco, California 94114. The masculine principle, the feminine principle and humanistic medicine.

Riphagen, F. E., N. T. Buyten en H. Lamberts (1973) huisarts en wetenschap 18, 321.

Gezinstherapie in de eerste lijn van de gezondheidszorg; een poging tot evaluatie

DOOR DRS. A. SMITS, PSYCHOLOOG EN PROF. DR. F. J. A. HUYGEN,* HUISARTS

INLEIDING

De wijze van hulpverlening bij gezinstherapie, zoals door ons bedoeld, is voornamelijk gebaseerd op opvattingen uit communicatie- en systeemtheorie (*Watzlawick en anderen; Weakland en anderen*). Zeer in het kort komen deze opvattingen hierop neer, dat mensen met problemen en klachten hulp nodig hebben wanneer deze remmend gaan werken op eigen groei en ontwikkeling als mens of op die van de groep – meestal het gezin – waarin zij leven. Het gaat dus niet alleen of in de eerste plaats om het probleem of de klacht op zichzelf, maar vooral om de betekenis hiervan voor de betrokken persoon en zijn directe omgeving.

Klachten en problemen worden vooral benaderd als gedragingen (communicatie) van de ene mens tegenover de andere, welke gedragingen als zodanig een bepaalde functie hebben in het (gezins)systeem waarin zij leven. Hulpverlening, gebaseerd op een dergelijke breedspectrumbenadering, lijkt ons een voor de eerste lijn aangewezen opgave. Zowel somatische als psychosomatische of psychosociale klachten als depressiviteit, vage angsten, seksuele stoornissen, huwelijks- en opvoedingsproblemen, gedragsstoornissen, verslavingen en ook relatiestoornissen buiten het gezin kunnen op een dergelijke manier worden opgevat en benaderd. Dit houdt in dat de therapie niet probleemgericht is in de betekenis, dat er specifieke technieken worden gehanteerd om specifieke problemen op te lossen.

* Uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Hoofd Prof. Dr. F. J. A. Huygen. Aan de totstandkoming van dit artikel werkten verder mee F. Boeckhorst, L. van der Hoeven, G. van Mierlo, H. Mokkink en W. van Gerwen.

Een groot voordeel van deze benaderingswijze is dat het probleem niet als een zelfstandigheid wordt geïsoleerd van degenen die er mee worstelen, zoals dikwijls wel gebeurt bij andere gangbare behandelingsmethodieken. Isoleren van het probleem kan leiden tot eenzijdige medische behandeling en mogelijk zelfs tot opname of uithuisplaatsing van slechts één van de betrokkenen, terwijl later blijkt dat een eventuele verbetering wordt gevolgd door een recidief of syndroom, c.q. probleemverschuiving bij terugkeer in de eigen omgeving, ofwel bij dezelfde („aangemelde”) patiënt of bij anderen in zijn leefmilieu.

Een werkwijze, zoals gebruikelijk bij gezinstherapie, strookt echter dikwijls niet met de verwachtingen, welke zowel de aangemelde patiënt als zijn omgeving aanvankelijk hebben. De verbreding van het aanmeldingsprobleem naar het hele leefmilieu, dat erbij is betrokken, stuit dan ook dikwijls op weerstanden. Huisartsen, die hun patiënten gezinstherapie adviseren, kunnen deze weerstand vooral ervaren als het sterk somatisch gekleurde klachten betreft. De andere gezinsleden kunnen een dergelijk voorstel interpreteren als een aanwijzing dat zij als de oorzaak van het probleem worden beschouwd. Het is naar onze ervaring (*Crolla-Baggen*) daarom in het algemeen beter bij de introductie van gezinstherapie aan te knopen bij de gevolgen van klachten of stoornissen, waarmee immers iedereen in de omgeving heeft te maken, dan in dit verband in te gaan op de mogelijke oorzaken van de klachten (uiteraard na eerst door een adequaat somatisch onderzoek lichamelijke oorzaken voldoende te hebben uitgesloten).

Een andere moeilijkheid voor de patiënten kan worden gevormd door het

Samenvatting. Na een inleiding, waarin wordt ingegaan op de achtergronden, geven de auteurs een overzicht van de ervaringen opgedaan door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut met gezinstherapie. Dit geschiedt aan de hand van een follow-up van 112 gezinnen, negen maanden na verwijzing door de huisartsen. Het blijkt dat de therapieën in het algemeen zeer kortdurend zijn geweest (mediaan vier sessies). Zowel volgens de cliënten zelf als volgens de huisartsen is er bij ruim de helft van de gezinnen sprake van verbetering, terwijl de huisartsen melden dat er bij minder dan de helft gesproken kan worden van een afname van het inroepen van medische hulp en van het medicamentengebruik. Als het resultaat wordt beoordeeld aan de hand van de primaire doelstelling van deze therapievorm, namelijk het leren omgaan met problemen en klachten, kan worden vastgesteld dat bijna driekwart van de cliënten negen maanden na de verwijzing aangeeft met de problemen te hebben leren leven of ze te hebben opgelost. Nader wordt ingegaan op de verklaring van een (grotendeels schijnbare) discrepantie tussen de rapportage van de cliënten en de huisartsen. De veelzijdigheid van de indicatiestelling en de breedspectrumbenadering van de problemen in deze therapievorm sluiten zeer goed aan bij de behoeften in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Gezinstherapie volgens de beschreven opvattingen wordt door de auteurs een veelbelovende ontwikkeling geacht.

feit dat de primaire doelstelling van de gezinstherapeut niet is – zoals de andere gezinsleden verwachten – het oplossen van problemen of het wegnemen van klachten, maar veeleer de patiënten zover te brengen dat zij met de patiënt op een functionele („gezonde”) wijze kunnen omgaan of mee leren leven.

Wanneer de therapeut weigert de hem aangeboden problemen op te lossen of de klachten weg te nemen, beleven de

patiënten dit dikwijls als tegenstrijdig omdat zij gewend zijn met een dergelijke verwachting naar een hulpverlener toe te gaan. In werkelijkheid is deze taakopvatting van de therapeut (niet helpen op een wijze, zoals van hem wordt verwacht) slechts ogenschijnlijk tegenstrijdig (paradoxaal), maar kan hij op deze wijze dikwijls juist adequater hulp verlenen (*Van de Ven*), omdat de patiënt wordt gedwongen zelf aan het werk te gaan met zijn problemen. In een dergelijke situatie, waarin hulpvrager en hulpverlener een strijd voeren over de wijze van hulpverlening, anders gezegd over de definitie van de relaties, tracht de patiënt zich herhaaldelijk aan deze strijd te onttrekken door een andere hulpverlener te zoeken die wel aan zijn verwachtingen beantwoordt en zijn relatiedefinitie wel aanvaardt. Als hij daarbij in zijn huisarts een gewillig werktuig vindt om maar steeds naar lichamelijke oorzaken te blijven zoeken of hem naar specialisten en andere hulpverleners te verwijzen, kan de gezinstherapie vroegtijdig stranden. De gezinstherapeut is er ten behoeve van zijn strategie mee gediend niet alleen in de beginfase van de therapie, maar ook op andere kritieke momenten zo goed mogelijk door de huisarts te worden geïnformeerd ten aanzien van dergelijke ontwijkingsmanoeuvres. Gezinstherapie vergt dus naar onze ervaring een goed contact tussen huisarts en therapeut (en eventuele andere hulpverleners).

Een ander aspect, voortvloeiend uit de paradoxale benadering, is de opvatting dat de behandelingsduur zo kort mogelijk moet zijn. Zo gauw de patiënten zichzelf weer kunnen redden dient de therapeut zich terug te trekken. De therapeut zal nalaten om bijvoorbeeld vijf of tien afspraken vooraf te maken. Hij zou daarmee de grootte van het probleem onnodig accentueren en zodoende de geneigdheid om te veranderen of moeilijke beslissingen te nemen niet bevorderen. Het gevaar van fixatie in de patiëntenrol of verslaving aan de therapie (een gangbaar verschijnsel in de gezondheidszorg!) wordt bestreden door het zo spoedig mogelijk terugtreden van de therapeut. Bovendien slibt de therapeut zo niet te snel dicht – een ander gangbaar verschijnsel – en blijft hij voortdurend open voor directe hulpverlening op het moment dat daaraan de meeste behoefte bestaat, hetgeen men als voorwaarde

* Trainers Mieke Crolla-Baggen en Pieter van de Ven.

voor adequate hulpverlening in de eerste lijn zou kunnen beschouwen.

Dit streven naar afronding op betrekkelijk korte termijn dient uiteraard gepaard te gaan met een openlaten van de mogelijkheid voor de cliënten om hierop later nog eens terug te komen. Naar onze ervaring gebeurt dit nogal eens, waarbij dan herhaaldelijk met één of enkele contacten kan worden volstaan om weer voort te kunnen. Dit impliceert de behoefte van de therapeut, waarin de huisarts dikwijls het best kan voorzien, om geïnformeerd te zijn over de voortgang na de therapie.

Op kritieke momenten tijdens de therapie, bij nieuwe problemen of recidieven na afloop van de behandeling, is het van groot belang dat de visie van huisarts en therapeut op het probleem en de hulpverlening zoveel mogelijk overeenstemmen. De druk van de aan de huisarts gepresenteerde problemen is soms zo groot dat het voor hem wenselijk is te allen tijde met de therapeut te kunnen overleggen.

Om goed te kunnen samenwerken is het nodig dat de huisarts iets weet over de opvattingen van de gezinstherapeut en zijn behandelwijze. Een samenwerking kan extra op de proef worden gesteld wanneer de patiënt – hetgeen herhaaldelijk geschiedt – het uitblijven van veranderingen (in zijn opvatting het uitblijven van een oplossing van het probleem of het verdwijnen van klachten) toeschrijft aan de therapie en het inmiddels wel degelijk optreden van andere wijzigingen niet in verband brengt met de therapie. Dergelijke reacties van patiënten kunnen verwarrend op de huisarts werken als zij niet worden gezien tegen de achtergrond van wat er in de therapie is gebeurd. Deze reacties van patiënten zijn overigens niet zo onbegrijpelijk omdat de gehele benadering van de gezinstherapie er juist op is gericht dat veranderingen niet door de therapeut moeten worden gerealiseerd en dat de verantwoordelijkheid geheel bij de patiënt moet blijven liggen.

Het voorgaande kan misschien de indruk wekken dat bij gezinstherapie sprake is van manipulatie van patiënten of van een koele technologische strategie. Het spreekt echter vanzelf dat geen enkele therapie kan gelukken zonder toewijding en solidariteit. Een beschouwing, zoals wij hier hebben gegeven, blijft evenwel vrijblijvend of zelfs ongehoorwaardig als zij niet wordt getoetst

aan de ervaringen, opgedaan met deze wijze van hulpverlening. Verslaggeving van die ervaringen is dan ook het eigenlijke doel van dit artikel.

In een vorige bedrage aan dit tijdschrift heeft een onzer (*Huygen*) een dergelijke poging tot evaluatie reeds in het vooruitzicht gesteld. Daarin is ook uiteengezet hoe het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut door samenwerking met de vakgroep gezinstherapie van de Nijmeegse Voortgezette Sociaal-Pedagogische Opleidingen* – en doordat enige medewerkerspsychologen als gezinstherapeut zijn gekwalificeerd – in enige jaren een vrij grote ervaring over gezinstherapie in de eerste lijn heeft kunnen opdoen.

Inmiddels begeben wij ons daarbij echter op het terrein van de evaluatie van psychotherapie, waarvan bekend is dat dit zeer glibberig is. Effect meten is daarbij een hachelijke onderneming. Het veelbelovende evaluatie-instrument de Goal Attainment Scaling G.A.S.) (*Van der Hart; Bensing; Schmidt*) blijkt niet in staat te zijn de gemeten veranderingen uitsluitend toe te schrijven aan de therapie. Veranderingen kunnen in het algemeen te maken hebben met cliënt-, therapeut-, situationele- en behandelingsvariabelen, plus de interactie hier tussen. Wil men iets kunnen zeggen over het effect van therapie op zichzelf, dan moeten deze variabelen onder controle worden gehouden, hetgeen een onmogelijke zaak is.

EEN POGING TOT VOORLOPIGE EVALUATIE

Het voorgaande neemt niet weg dat wij een aantal gegevens kunnen verschaffen, verkregen van de verwijzende huisartsen, de cliënten zelf en de therapeuten, dat de moeite van bestudering waard is. Onze follow-up geschiedde zowel bij de patiënten als de huisartsen negen maanden na de verwijzing. Deze eerste peiling strekt zich uit, wat de data van verwijzing betreft, tot mei 1975 en voor de follow-up tot 1 februari 1976.

In totaal werden in deze periode 112 gezinnen verwezen. Tien van deze gezinnen bleken na verwijzing niet bereid een gesprek te voeren met de gezinstherapeut. De hierna volgende therapieën follow-up-gegevens hebben daarom betrekking op de overige 102 gezinnen. Omdat onze gegevens niet volledig zijn wordt bij elke tabel aangegeven om hoeveel gezinnen het gaat.

Tabel 1 geeft een overzicht omtrent

Tabel 1. Verdeling van de verwezen gezinnen naar opleiding ouders, gezinsgrootte en gezinsfase.

Opleiding	(N=73) Percentage	Gezinsgrootte	(N=109) Percentage	Gezinsfase	(N=103) Percentage
Academische hogere beroepsopleiding	9,8	alleenstaand	2,7	jong, kinderloos	5,6
Middelbare opleiding	13,4	echtbaar zonder kind	10,0	jonge kinderen	16,4
Voortgezette opleiding	28,0	gezin met 1 kind	11,7	schoolgaande kinderen	66,4
Ongeschoold	47,8	gezin met 2/3 kinderen	58,2	involutiefase	4,7
		gezin met 4 of meer kinderen	16,4	rest-gezin	1,9
				secundair kinderloos gezin	2,8

enige sociale gegevens van de verwezen gezinnen. Hieruit blijkt dat het voor een belangrijk deel kleinere gezinnen met jonge kinderen betrof uit de lagere sociale lagen.

Tabel 2 geeft een beeld van de problemen en klachten zoals deze zich volgens onze registratie bij de huisartsen hebben aangediend.

Uit tabel 3 blijkt dat er aanmerkelijke (46 procent) verschillen zijn tussen de presentatie van het probleem aan de huisarts en de probleemomschrijving door het gezin zelf, negen maanden na de verwijzing. Opvallend is daarbij dat de patiënten zelf (achteraf!) minder somatische klachten opgeven dan volgens de aanmelding bij de huisarts te verwachten zou zijn. Dit zou erop kunnen wijzen dat de patiënten zelf meer probleem-inzicht hebben gekregen. Overigens onderstrepen dergelijke verschillen nog eens de moeilijkheid veranderingen onder invloed van therapie te evalueren. Het ziet er naar uit dat de probleemstelling van de patiënt tijdens de therapie verandert.

Tabel 4 geeft een overzicht over de duur van de therapieën. Men kan daaruit aflezen dat het in het algemeen inderdaad om zeer kortdurende therapieën ging; gemiddeld (voor zover ons bekend) slechts vier sessies in twee maanden tijd. Bij tien gezinnen is de therapie niet gerealiseerd.

Tabel 4. Duur van de therapie (aantal maanden, aantal sessies).

Aantal maanden	(N=61) Percentage	Aantal sessies	(N=59) Percentage
1	35,0	1	15,5
2	26,7	2	17,2
3	13,3	3/4	20,7
4	6,7	5/8	19,0
5	13,3	9/10	17,2
6 tot en met 10	5,0	11 of meer	10,4

Tabel 2. Aard van de aanmeldingsproblematiek.

Categorie	(N=88) Percentage
Somatische klachten en overspannenheid	38,6
Vage angsten, depressieve klachten	17,0
Opvoedingsproblemen	8,0
Huwelijksproblemen	27,3
Verlaving (alcohol, drugs)	9,0
Seksuele stoornissen	
Gedragstoornissen	
Relatieproblemen buiten het gezin	9,0
Overige	

Tabel 3. Overeenkomst van presentatie van probleem aan huisarts en probleemomschrijving cliënt (N=58).

Presentatie van probleem aan huisarts	Probleemomschrijving cliënt	Somatisch	Vage angsten	Huwelijksproblemen	Overige	Totaal
Somatisch		11	6	3	3	23
Vage angsten		4	4	1	1	10
Huwelijksproblemen		1	1	8	4	14
Overige		2	0	1	8	11
Totaal		18	11	13	16	58

Door de gezinnen negen maanden na verwijzing te vragen een formulier in te vullen over hun ervaringen met de therapie en hoe zij nu (na negen maanden) het probleem ervaren, maakten wij ons afhankelijk van de bereidwilligheid van de gezinnen om aan deze enquête mee te werken. De respons bedroeg 70,5 procent. Eventuele verschillen tussen de niet- en wel responderende groep zijn van groot belang voor de vraag of de bevindingen, afkomstig uit de responderende groep, ook geldigheid bezitten ten aanzien van de niet responderende groep. Van beide groepen beschikken wij over gegevens, zoals opleiding, aard van het aanmeldingsprobleem en de wijze waarop de therapie werd beëindigd (tabel 5, 6 en 7).

Het al of niet responderen op de

follow-up-enquête kan niet in verband worden gebracht met de opleiding; evenmin met de aard van de aanmeldingsproblematiek. De wijze van beëindiging speelt een (overigens niet significante) rol bij de respons op de enquête. Gezinnen die hun therapie hebben afgebroken lijken eerder meer geneigd mee te werken aan de follow-up-enquête. Uit deze gegevens kan worden afgeleid dat de niet responderende gezinnen geen wezenlijke verschillen vertonen met de wel responderende gezinnen. Deze conclusie wordt nog eens ondersteund door de overeenkomst in de succes-beoordeling van de huisarts tussen niet- en wel responderende gezinnen (tabel 8). Uit de beoordeling van de huisarts valt overigens af te leiden dat ruim de helft van de verwezen gezinnen na therapie verbeter-

Tabel 5. Percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen) naar opleiding en respons op follow-up enquête.

	Academisch	Middelbaar	Voortgezet	Ongeschoold	Totaal
Geen respons	8,2 (2)	20,0 (5)	20,0 (5)	52,0 (13)	30,9 (25)
Wel respons	11,0 (6)	11,0 (6)	32,0 (18)	46,0 (26)	69,1 (56)
Totaal	9,8 (8)	13,4 (11)	28,0 (23)	47,8 (39)	100,0 (81)

$\chi^2 = 2,695$ $P = .6102$

Tabel 6. Percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen); aanmeldingsproblemen en respons op follow-up enquête.

Aanmeldingsproblemen	Somatisch	Depressies en vage angsten	Opvoedingsproblemen	Huwelijksproblemen	Overige	Totaal
Geen respons	37,5 (9)	12,5 (3)	8,3 (2)	33,3 (8)	8,3 (2)	27,3 (24)
Wel respons	39,1 (25)	18,8 (12)	7,8 (5)	25,0 (16)	9,3 (6)	72,7 (64)
Totaal	38,6 (34)	17,0 (15)	8,0 (7)	27,3 (24)	9,0 (8)	100,0 (88)

$\chi^2 = 2,345$ $P = .3000$

ring vertoont. Een moeilijkheid bij de interpretatie van deze beoordeling is de vraag, op grond waarvan deze tot stand kwam. Uit het voorafgaande weten wij, dat de probleemomschrijving van cliënt en de presentatie van het probleem bij de huisarts aanzienlijke verschillen vertonen. Wij nemen aan dat de beoordeling van de huisarts voornamelijk zal zijn gebaseerd op de oorspronkelijke presentatie van het probleem.

Aan de hand van twee meer objectieve criteria krijgen wij een beeld van de betekenis van gezinstherapie voor de huisarts:

1 Is de contact-frequentie met de huisarts na de therapie veranderd?

2 Is het medicijngebruik van de patiënt na de therapie veranderd? (tabel 9 en 10)

Tabellen, 9 en 10, tonen opnieuw aan dat de overeenkomst tussen niet- en wel-responderende gezinnen (wat betreft de beoordeling door de huisarts van veranderingen in contactfrequentie en medicijngebruik) bijna volledig is. Dit impliceert dat de resultaten, gebaseerd op alleen de wel-responderende gezinnen, met grote waarschijnlijkheid geldig zijn voor alle verwezen gezinnen. Tevens blijkt dat de huisartsen vonden dat hun contacten met minder dan de helft van de gezinnen minder frequent waren geworden en dat bij ruim 40 procent kan worden gesproken van een vermindering van medicijngebruik.

Door na te gaan hoe de cliënten hun aanmeldingsprobleem na negen maanden ervaren, krijgen wij een indruk in hoeverre (mogelijk onder invloed van de therapie) naar hun idee een verbetering is opgetreden (tabel 11). Volgens deze gegevens zegt 56,3 procent van de cliënten, bij wie de verwijzing is gelukt, dat er sprake is van verbetering of verdwijnen van de klachten of het probleem. Op de vraag of men er nog last van heeft, blijkt bijna drie kwart (74,1 procent) van de cliënten op zijn minst met de problemen of klachten te hebben leren leven. Als wij de probleembeleving van het gezin vergelijken met de succes-beoordeling van de huisarts kunnen wij het volgende constateren: zoals te verwachten is de samenhang tussen beide weliswaar statistisch significant, maar niet compleet. Zoals

Tabel 7. Percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen) naar wijze van beëindiging en respons op follow-up enquête.

Wijze van beëindiging	Afgebroken door client	Afgerond	Afgesloten voor onbepaalde tijd	Totaal
Geen respons	18,7 (3)	56,3 (9)	25,0 (4)	30,8 (16)
Wel respons	38,9 (14)	47,2 (17)	13,9 (5)	69,2 (36)
Totaal	32,7 (17)	50,0 (26)	17,3 (9)	100,0 (52)

Chi² = 2.345
P = .3000

Tabel 8. Percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen) naar succes beoordeling huisarts en respons.

Beoordeling huisarts	Niet verbeterd	Verbeterd	Totaal
Geen respons	44,4 (12)	55,6 (15)	100,0 (27)
Wel respons	44,0 (22)	56,0 (38)	100,0 (60)
Totaal	44,1 (34)	55,9 (53)	100,0 (87)

Chi² = .470
P = .5000

Tabel 9. Percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen) naar beoordeling contactfrequentie met de huisarts en respons.

Contactfrequentie huisarts	Toegenomen	Gelijk	Afgenomen	Totaal
Geen respons	3,5 (1)	50,0 (14)	46,5 (13)	100,0 (28)
Wel respons	5,5 (4)	50,7 (37)	43,8 (32)	100,0 (73)
Totaal	5,0 (5)	50,5 (51)	44,5 (45)	100,0 (101)

Chi² = .181
P = .9000

Tabel 10. Percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen) naar beoordeling medicijngebruik (volgens huisarts) en respons.

Medicijngebruik	Toegenomen	Gelijk	Afgenomen	Totaal
Geen respons	0,0 (0)	59,3 (16)	40,7 (11)	100,0 (27)
Wel respons	1,4 (1)	56,6 (39)	42,0 (29)	100,0 (69)
Totaal	1,1 (1)	57,2 (55)	41,7 (40)	100,0 (96)

Chi² = .29
P = .900

Tabel 11. Probleembeleving negen maanden na verwijzing voor gezinstherapie.

Bestaat het probleem/de klacht nog?		
Antwoord categorieën	Absoluut	Percentage
Nee, niet meer	9	13,0
Minder geworden	30	43,3
Gelijk gebleven	18	26,0
Erger geworden	9	13,0
Overige	3	4,7
Totaal	69	100,0

Zo ja, heeft u er nog last van?		
Antwoord categorieën	Absoluut	Percentage
Bestaat niet meer	9	13,5
Geen last meer	6	9,1
Mee leren leven	34	51,5
Ondraaglijk	9	13,5
Overige	8	11,4
Totaal	66	100,0

reeds eerder is opgemerkt waren de beoordelingscriteria voor huisarts en cliënt vermoedelijk niet gelijk. Uit tabel 12 blijkt dat huisartsen er toe neigen het resultaat van de therapie positiever te beoordelen dan de cliënten.

Tabel 13 toont aan dat verbetering in probleembeleving nauwelijks gepaard gaat met vermindering van het contact met de huisarts, maar wel samengaat met reductie van medicijngebruik. Uit het vorige artikel (Huygen) is reeds gebleken dat vermindering van de contactfrequentie met de huisarts na verwijzing naar gezinstherapie pas na een jaar van betekenis werd. De beoordeling geschiedde in ons huidige materiaal reeds na negen maanden en was overigens slechts een globale schatting door de huisartsen, terwijl in het vorige artikel sprake was van exacte tellingen door

student-assistenten aan de hand van het kaartstelsel van de huisartsen.

Uit *tabel 14* blijkt dat een onderzoeker, die de resultaten zou afmeten aan het verband dat de cliënt zelf zou leggen tussen een eventuele verbetering en de therapie, een ander beeld zou krijgen dan de huisartsen. Dat geldt met name voor de antwoorden op de vraag: „Had u de gesprekken willen missen?”. Bijna 45 procent van de gezinnen zegt dat de gesprekken hen in het geheel niet hebben geholpen! Ruim een kwart van de gezinnen zegt zelfs dat men de gesprekken liever niet zou hebben gehad. Zoals al eerder is gezegd, komen deze bevindingen niet geheel onverwacht, gezien de aard van de therapievorm, die erop is gericht dat bij eventuele verandering (verbetering) het gezin de eer aan zichzelf houdt.

Dat de samenhang tussen therapie-beoordeling door cliënt en de verandering in probleembeleving betrekkelijk gering is moge blijken uit *tabel 15*. Deze tabel laat zien dat niet minder dan 47,2 procent van de cliënten, die zeggen de gesprekken zelfs liever niet te hebben gehad, desondanks over probleemverbetering spreekt. Voor de cliënten die zeggen de therapie best te hebben kunnen missen, geldt dat zelfs voor 54,5 procent. Aan de andere kant blijkt dat bijna een derde van de cliënten, die de gesprekken niet had willen missen, toch zegt dat er geen sprake is van probleemverbetering.

Dat gezinstherapie volgens deze werkwijze niet het werk kan zijn van kille „change-agents” en dat solidariteit van de kant van de therapeut een belangrijke rol speelde, moge blijken uit *tabel 16*, waarin de samenhang tussen de verandering in probleembeleving en het door de cliënt ervaren begrip wordt getest.

BESPREKING VAN DE UITKOMSTEN

Het aantal therapieën, waarover wij gegevens konden verzamelen, is (nog) beperkt, maar vergeleken met overeenkomstige publikaties niet onaanzienlijk te noemen. Onze gegevens zijn niet volledig, met name de therapeuten hebben nogal eens verstek laten gaan. Wij bespeurden bij hen soms weerstanden om eigen handelen te registreren. De beoordelingen door de huisartsen zijn slechts globaal en betreffen schattingen; de

Tabel 12. Samenhang probleembeleving gezin en succes beoordeling door huisarts; percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen).

Probleembeleving gezin	Succesbeoordeling huisarts	Niet verbeterd	Wel verbeterd	Totaal
Erger geworden of gelijk gebleven		56,5 (13)	43,5 (10)	100,0 (23)
Minder geworden of bestaat niet meer		22,6 (7)	77,4 (24)	100,0 (31)
Totaal		37,0 (20)	63,0 (34)	100,0 (54)

Chi² = 6,522
P = .0200

Tabel 13. Samenhang probleembeleving cliënt en A. Verandering in contact frequentie met huisarts, B. Verandering in medicijngebruik; percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen).

A. Probleembeleving	Contact frequentie huisarts	Toegenomen of gelijk	Afgenomen	Totaal
Erger of gelijk		60,0 (15)	40,0 (10)	100,0 (25)
Minder geworden of bestaat niet meer		50,0 (19)	50,0 (19)	100,0 (38)
Totaal		54,0 (34)	46,0 (29)	100,0 (63)

Chi² = 0.607
P = .35

B. Probleembeleving	Medicijngebruik	Toegenomen of gelijk	Afgenomen	Totaal
Erger of gelijk		75,0 (18)	25,0 (6)	100,0 (24)
Minder geworden of bestaat niet meer		45,7 (16)	54,3 (19)	100,0 (35)
Totaal		57,6 (34)	42,4 (25)	100,0 (59)

Chi² = 5.001
P = .0500

Tabel 14. Rechtstreekse beoordeling van de therapie door cliënt.

Hebben de gesprekken u geholpen?			Had u de gesprekken willen missen?		
Antwoordcategorie	Absoluut	Percentage	Antwoordcategorie	Absoluut	Percentage
Veel	11	16,4	Niet willen missen	34	50,7
Een beetje	23	34,4	Best kunnen missen	11	16,4
Helemaal niet	30	44,8	Liever niet gehad	18	26,9
Overige	3	4,4	Overige	4	6,0
Totaal	67	100,0	Totaal	67	100,0

Chi² = .029
P = .900

Tabel 15. Samenhang therapie-beoordeling door cliënt en verandering in probleembeleving; percentage gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen).

Gesprekken Probleembeleving	Niet willen missen	Best kunnen missen	Liever niet gehad	Totaal
Minder geworden of bestaat niet meer	68,9 (23)	54,5 (6)	47,2 (8)	60,7 (37)
Gelijk gebleven of erger geworden	31,1 (10)	45,5 (5)	52,8 (9)	39,3 (24)
Totaal	100,0 (33)	100,0 (11)	100,0 (17)	100,0 (61)

Chi² = 2.619
P = .2500

Tabel 16. Verandering in probleembeleving en het door cliënt ervaren begrip: percentages gezinnen (tussen haakjes de absolute aantallen).

Probleembeleving	Ervaren begrip	Ja	Een beetje	Neen	Totaal
Minder geworden of bestaat niet meer		66,7 (22)	52,2 (12)	33,3 (3)	56,9 (37)
Gelijk of erger		33,3 (11)	47,8 (11)	66,7 (6)	43,1 (28)
Totaal		100,0 (33)	100,0 (23)	100,0 (9)	100,0 (65)

Chi² = 3.512 P = .0750

beoordeling door de cliënten is uiteraard subjectief. In de literatuur met betrekking tot evaluatie van psychotherapie (Truax en Carkkuff) wordt uitdrukkelijk gewezen op het verschijnsel „spontaan herstel”, dat wil zeggen verbetering zonder enigerlei professionele therapeutische bemoeienis.

Wij zullen dus de nodige reserve moeten betrachten bij het trekken van conclusies. Desalniettemin menen wij te mogen zeggen dat de uitkomsten van onze verkenningen niet ongunstig zijn. Bij een groot gedeelte van de gezinnen blijkt zowel volgens henzelf als volgens de huisartsen sprake te zijn van verbetering, na ongewoon kortdurende therapieën. Hoewel niet valt te bewijzen dat deze verbeteringen zijn opgetreden als resultaat van de therapie, menen wij toch alle reden te hebben op de ingeslagen weg voort te gaan. Gezinstherapie volgens de beschreven opvattingen lijkt ons hoopgevend voor de eerste lijn van de gezondheidszorg.

Summary. Family therapy in first-echelon health care; an attempt at evaluation. After an introductory background discussion the authors survey the experience gained with family therapy at the Nijmegen University Institute for General Practitioners. This is done on the basis of a follow-up on 112 families, nine months after referral by the family doctors. Therapies were generally found to have been brief (median: four sessions). Slightly over 50 per cent of the families showed improvement, both according to the clients and in the opinion of the family doctors, and the latter reported that slightly less than 50 per cent of the families showed a decrease in the rate of seeking medical advice and using medications. Evaluating the result on the basis of the primary objective of this type of therapy, which is learning to handle problems and complaints, it can be observed that nearly three-

quarters of the clients indicated, nine months after referral, that they had solved their problems or learned to live with them. The possible explanation of a (largely spurious) discrepancy between the reporting by the clients and that by the general practitioners is discussed in some detail. The vast range of its indications and the broad-spectrum approach to the problems in this type of therapy clearly meet the demands in first-echelon health care. Family therapy according to the interpretation described is regarded by the authors as a promising development.

Bensing J. en M. Dekker (1973) Mbl. Geest. Volksgez. 28, 342.
Crolla-Baggen, M. In: Van de Ven, P., M. Crolla-Baggen en T. Staps. Interventie en

Interactie. Dekker & Van de Vegt, Utrecht, Nijmegen, 1975.
O. van der Hart en A. Lange (1972) Mbl. Geest. Volksgez. 27, 502-510.
Huygen, F. J. A. (1976) huisarts en wetenschap 19, 207.
Schmidt, H. (1974) Mbl. Geest. Volksgez. 29;139.
Ven, P. van de. Vriend als vijand; naar een paradoksale therapie. Nelissen, Bloemendaal, 1975.
Watzlawick, P., J. Weakland en R. Fisch. Het kan anders. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1974.
Weakland, J., R. Fisch, P. Watzlawick en A. Bodin (1974) Family Process: 13, 141-168.
Truax C. en R. Carkkuff. Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice. Aldine Publishing Company, Chicago, 1967.

MEDEDELING
AAN
INZENDERS
VAN KOPIJ

Bijdragen worden bij voorkeur tegemoet gezien in machineschrift in duplo, met toepassing van een brede kantlijn en op tenminste anderhalve regel afstand getypt. Men besluite het artikel met een korte samenvatting.

Het inzenden van kopij houdt in dat het uitsluitend recht tot uitgeven wordt overgedragen aan huisarts en wetenschap. Indien de kopij niet wordt aanvaard, vallen de rechten terug aan de auteur en wordt hem het manuscript teruggezonden.

De auteur verklaart het manuscript niet tevens te hebben aangeboden aan een ander tijdschrift of op welke manier ook in druk te laten verspreiden.

De redactiecommissie voor huisarts en wetenschap aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade welke direct of indirect het gevolg mocht zijn van gebleken onjuistheden in de inhoud van het blad of van de daarin opgenomen advertenties.

Niets uit het tijdschrift mag worden verveelvoudigd en (of) openbaar gemaakt door middel van druk, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder toestemming van de redactiecommissie.