

# De patiënt komt niet alleen

Stysteemgericht werken door de huisarts

J. COURANT\*

Dat de patiënt op het spreekuur geen geïsoleerd object is, maar een mens in interactie met zijn omgeving (partner, ouders, kinderen, collega's) is geen nieuws meer. Maar wat doe je met dat inzicht als huisarts?

Een heleboel, vindt deze auteur, en hij vertelt erbij wat hij daarmee bedoelt.

## Niemandland

De huisartsgeneeskunde maakt, zoals bekend, een snelle ontwikkeling door. Onder invloed van de vorderingen in de wetenschappen waarmee de huisarts in de uitoefening van zijn vak heeft te maken, maar ook door de maatschappelijke veranderingen, die zowel op zijn patiënt als op hemzelf inwerken (zoals de grotere mobiliteit van de mensen, het lossen van het gezinsverband, het toenemen van het aantal „alleengaanden”), verandert zijn taakopvatting.

Men kan zich de huisarts, in zijn beroemde centrale positie, voorstellen als omringd door specialismen op ieder gebied van de gezondheidszorg. Het zal duidelijk zijn, dat de ontwikkeling van een nieuw specialisme de ring om de huisarts verandert: er komt een blokje tussen schuiven. Er verandert echter meer en dat is een kwestie van terrein en grenzen. Men kan stellen dat er tussen het terrein van een bepaald specialisme en dat van de huisarts in veel gevallen een duidelijke grens is afgebakend, in de loop der tijden gevormd en door beide zijden gerespecteerd; bij het inschuiven van een nieuw specialisme bestaat die grens nog niet of slechts vaag. Beide zijden zullen hun grenzen aftasten en ze voorlopig aan de veilige kant houden. Ertussen ligt niemandland. In het niemandland biedt niemand hulp. De „specialist” niet, omdat hij

geen tijd heeft, zich moet en/of wil beperken tot „moeilijke” gevallen en ook omdat hij eenvoudigweg niet wordt geraadpleegd; de huisarts niet, omdat hij alleen de indicaties van de specialist kent en, zo hij de problemen bij zijn patiënten al onderkent, daar geen raad mee weet.

Zo heeft zich destijds een nieuw niemandland gevormd door de ontwikkelingen in de psychotherapie; het was Balint, die ruim twintig jaar geleden de betekenis van dit braakliggende gebied voor de huisarts heeft herkend en een groot deel van zijn leven heeft gewijd aan het aanmoedigen van huisartsen dit terrein te betreden. Het gevolg is genoegzaam bekend: zeer veel huisartsen, overal ter wereld en zeker in Nederland, hebben geleerd hun patiënten adequate hulp te bieden op een terrein dat voordien wel werd beschouwd als niet-des-huisarts, maar dat door de specialisten evenmin werd bestreken. En dit werkelijk niet alleen door gebrek aan mankracht, maar omdat hierbij wezenlijk een heel andere aanpak nodig is. Anders gezegd: het werk in dit gebied kan niet alleen bij uitstek, maar zelfs uitsluitend worden verricht door de huisarts. De laatste jaren heeft zich opnieuw een tak van hulpverlening ontwikkeld en zich gevoegd in de ring van specialismen om de huisarts; zo is opnieuw een niemandland gecreëerd

## De gezinsgeneeskunde

Over interacties binnen gezinnen – en meer in het algemeen interacties tussen individuen en hun omgeving – is reeds veel geschreven en enige kennis hiervan mag worden verondersteld. In het kader

van dit artikel zijn met name twee theorieën belangrijk: de systeemtheorie en de communicatieleer.

• *De systeemtheorie.* Een systeem is een verzameling van elementen die zich wetmatig tot elkaar verhouden. Er zijn chemische, fysische, sociale systemen, enzovoort. Het gezin is een voorbeeld van een – sociaal – systeem. De leden ervan gedragen zich ten opzichte van elkaar op een wijze die aan meestal ongeschreven regels beantwoordt. Wanneer men zich verdiept in het functioneren van allerlei gezinnen vallen die regels op. Aangezien een der voorname functies van het moderne gezin is het verschaffen van geborgenheid en veiligheid aan de leden, spreekt het vanzelf dat het gezin regels hanteert ter handhaving van deze functie en zo nodig maatregelen treft om schadelijke invloeden van buiten en binnen te neutraliseren. Van buitenaf kan de stabiliteit in het gezinssysteem worden bedreigd door bijvoorbeeld politieke invloeden, veranderingen in moraal (denk aan de invloed van de emancipatie van de vrouw op de verhoudingen binnen het gezin) en door maatschappelijke processen (de grotere mobiliteit van de mensen, het ineenschrompelen van het gezinsleven); van binnenuit kan die stabiliteit worden aangetast door de dreiging van desintegratie door vertrek of dood, van ingrijpende veranderingen door ziekte.

De systeembenadering van het gezin geeft veel aandacht aan de handhaving van het evenwicht en aan de factoren en processen die dit beïnvloeden. Het regelmechanisme komt in de systeembenadering goed tot uiting:

*Een man van omstreeks 40 jaar, gehuwd, komt op het spreekuur. Hij heeft in de afgelopen weken enkele malen pijn achter het borstbeen gevoeld en maakt zich nu duidelijk ongerust. Het gesprek tussen patiënt en arts en het lichamelijk onderzoek verlopen op de gewone wijze, tot ik hem vraag of hij met zijn vrouw over zijn ongerustheid heeft gesproken. Dan kijkt hij wat verrast en zegt: „Nou, nee, ik wil haar daar niet mee belasten”. Iedereen weet of voelt, dat de mogelijkheid van een ernstige ziekte een bedreiging vormt van de stabiliteit van het gezinsevenwicht. Denk maar eens aan de gevolgen van langdurige invaliditeit of zelfs dood. Het hangt nu af van de manier van reageren op bedreigingen, van de opvangmogelijkheden, van de wijze waarop in dit gezin pleegt te worden „bijgestuurd”, hoe door de patiënt zal worden gereageerd. Meestal, op grond van vroegere ervaringen, kan de*

\* Huisarts te Amsterdam. Met dank voor hun kritische hulp aan mijn vrouw, Ida R. Courant-de Miranda, arts; P. Arons, medisch psycholoog, verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam; mevrouw L. Meijer-Eggerding, beheerster van de bibliotheek van dat Instituut.

patiënt de reactie in zijn gezin voorspelen. Het kan zijn, dat de simpele mogelijkheid van een verandering paniek teweegbrengt en daardoor een heftige afweerreactie bij de partner, bijvoorbeeld „Dat mag niet waar zijn”, „Je hebt het je verbeeld”, of „Ach, dat heb ik ook wel eens”. Of juist openlijke paniek: „Bel onmiddellijk de dokter”. Het ligt voor de hand, dat de verwachte reactie de patiënt beïnvloedt in zijn beslissing de ander al of niet deelgenoot te maken van zijn zorgen. Overigens: al houdt de patiënt deze zorgen voor zich, dan is daarmee nog niet gezegd, dat nu een reactie in het gezin wordt voorkomen; integendeel: waarschijnlijk zal de partner iets ongewoons merken in zijn gedrag en zal er door zijn zwijgen juist spanning ontstaan.

Is het bovenstaande een beschrijving van de wijze waarop (dreigende) ziekte het gezinssysteem kan beïnvloeden, de systeemtheorie gaat verder en leert dat – omgekeerd – spanningen in het gezin (of een ander systeem) aanleiding kunnen zijn tot ziekte bij een of meer leden. Treedt bijvoorbeeld in een gezin spanning op door een bedreiging van binnen of van buiten, dan zullen eerst alle leden van dit gezin deze spanning ervaren. Misschien wordt de oorzaak van de spanning uitgeschakeld of vindt het gezin onder invloed van die spanning – met of zonder hulp – een nieuw evenwicht. Er kan echter ook een toestand van chronische stress ontstaan, wanneer geen adequate oplossing wordt gevonden en de bedreiging blijft bestaan. In zo'n geval blijkt het onmisbare evenwicht in het gezin zich vaak te handhaven ten koste van een van de leden, het zwarte schaap, de zondebok. Diens

ziekteverschijnselen en problemen dienen dan als projectie van de gezinsproblematiek. Het is alsof allen zich in hun evenwicht kunnen handhaven door alle symptomen af te schuiven op één lid, dat die rol overigens onbewust ook aanvaardt.

• *De communicatieleer.* Er is veel kennis verzameld en veel gepubliceerd over de wijze waarop mensen, en in het bijzonder de leden van een gezin, met elkaar communiceren en over de ziekmakende invloed van een gestoorde communicatie. Men kan zelfs spreken van een zekere popularisatie (film, televisie).

Communicatie is omschreven als die processen, door middel waarvan mensen elkaar beïnvloeden (*Ruesch and Bateson*); dat is dus niet alleen door woorden, maar ook door zwijgen, gebaren, intonatie en dergelijke. Door bijvoorbeeld een mondelinge mededeling gepaard te laten gaan met een tegenstrijdig te interpreteren gebaar communiceert men dysfunctioneel; men wekt verwarring bij de ander.

In sommige systemen wordt sterk verwarrend gecommuniceerd. Dat kan komen doordat de systeemregels strijdig zijn met de gedragsregels van de leden of doordat bepaald gedrag door de een wordt geprezen en door de ander bestraft. Een goede communicatie tussen de leden van een gezin – familie, werkgemeenschap, enzovoort – is van groot belang voor de stabiliteit van het evenwicht in dat systeem en voor de mogelijkheid voortdurend te groeien. Goede communicatie moet zijn: duidelijk, niet vaag of dubbelzinnig of tegenstrijdig. Daartoe is onder andere vereist, dat degeen die iets aan de ander wil overbrengen, daarvoor volledig de verantwoordelijkheid neemt, bereid is nadere verduidelijking te geven, te toetsen of de ander de boodschap heeft begrepen (*Van der Veen en Van de Meulen*).

### Het nut voor de huisarts

Vrijwel iedere huisarts kent uit eigen ervaring het verschijnsel van de verhoogde gezinsconsumptie: het gezin waarvan je in jaren niemand ziet, tot er in kort tijdsbestek achter elkaar allerlei gezinsleden, vaak met zeer uiteenlopende aandoeningen, bij je komen. Het verschijnsel was bekend, maar men wist er niet goed raad mee.

De systeemtheorie biedt er een goede verklaring voor: er heerst in dit gezin kennelijk een verhoogde spanning, waar het gespreide doktersbezoek een

signaal van is. Maar ook de oude vraag „Who is the patient?” (*Balint*) krijgt meer betekenis als de patiënt die met de klacht komt, wordt gezien tegen de achtergrond van zijn milieu en de wijze waarop hij zijn relaties daarmee handelt.

Nu zijn er in Nederland vele instellingen die zich bezighouden met psychotherapie en de meeste daarvan bewegen zich sinds enige jaren in toenemende mate ook op het gebied van de intermenselijke relaties. Toch zal het duidelijk zijn, dat niet alle relaties waarin zich storingen voordoen en waarbij hulp nodig is, voor verwijzing naar een dergelijk instituut in aanmerking komen. Wat *Balint* stelde voor psychotherapie in ruime zin, geldt evenzeer met betrekking tot het bovenstaande: er zouden nooit genoeg therapeuten kunnen zijn, lang niet iedereen is bereid zich te laten verwijzen en geschikt voor een behandeling en bovenal zullen de problemen vaak „verstop” zitten (bijvoorbeeld tussen lichamelijke symptomen) en eerst als zodanig moeten worden herkend. Ziehier een typisch niemandsland: de cliënt heeft problemen, de specialist-hulpverlener is er, maar onbereikbaar. Wie helpt?

Natuurlijk kan men stellen dat iedere huisarts aan gezinsbenadering doet. Door zijn betrokkenheid bij het medisch gebeuren in het gezin oefent hij daar, bewust of onbewust een grote invloed op uit. Bij iedere beslissing (verwijzing, opname, behandeling) speelt altijd de kennis van de leef- en woonomstandigheden van de patiënt een belangrijke rol. Verder zal ook zeker iedere geïnteresseerde huisarts oog hebben voor de processen die de behandeling van de patiënt kunnen beïnvloeden en zal hij er bijvoorbeeld naar streven risicogezinnen extra in de gaten te houden. Toch ben ik ervan overtuigd, dat de doelmatigheid van deze interesse en bemoeienissen zeer veel groter kan zijn wanneer de huisarts zich daarbij niet tevreden stelt met een soort vriendelijke betrokkenheid, maar zijn contacten benut voor een actieve „bewaking” van wat hem aan relationele processen wordt aangeboden, zowel in gezinsverband als daarbuiten.

Nu is het opvallend dat tegenover een overvloed van literatuur met betrekking tot de gezins- en relatieproblematiek, respectievelijk -therapie, er nauwelijks iets is gepubliceerd over het veel grotere aandeel dat de huisarts hierin zou kunnen en (mijns inziens moeten) aanvaarden. Het lijkt wel of de huisarts hier aarzelt bewust op te treden, misschien



U MOET MIJN BEZOEK DUS EIGENLIJK VOORAL ZIEN ALS EEN ACTIEVE BEWAKING VAN WAT MIJ ALS HUISARTS HIER AAN RELATIONELE PROCESSEN WORDT AANBODEN

geïmponeerd door het fraaie jargon en ook overigens niet erg aangemoedigd, vaak integendeel. En toch, hij moet wel, want in veel gevallen is er anders gewoon geen hulp.

In de opzet van een bewuste, systeemgerichte benadering door de huisarts, zoals die mij voor ogen staat en ook door mij wordt toegepast, zou men heel in het kort de volgende fasen kunnen onderscheiden:

- verkenning van het probleem;
- interventie;
- voorbereiding van verwijzing naar specialist-hulpverleners in daarvoor in aanmerking komende gevallen;
- begeleiding tijdens en na specialistische behandeling.

De huisarts kan daarbij als volgt te werk gaan: in de eerste plaats door een systeemgerichte benadering van de individuele patiënt, dat wil zeggen door zich niet alleen bezig te houden met de patiënt die voor hem zit, maar tevens met diens functioneren in relatie tot zijn omgeving (sleutelfiguren als ouders, kinderen, partner, collega's) en door aan dit functioneren expliciet aandacht te schenken. In de meeste gevallen zal het mogelijk zijn op deze wijze bevredigende resultaten te verkrijgen. Daarnaast kan hij, zo nodig (en zo mogelijk), een of meer sleutelfiguren rechtstreeks in de gesprekken betrekken.

## Praktijk en theorie

*Mevrouw A., 58 jaar, gehuwd, drie kinderen, kwam al verschillende keren met vage buikklasten. Organisch niets suspects. Gevraagd naar haar eigen idee over de samenhang van haar klachten met andere dingen, zegt ze: „Misschien zenuwen?“*

*Later begint ze te huilen en vertelt dan over haar problemen met haar alleenwonende moeder van 84 jaar, die voortdurend haar aandacht en zorg probeert op te eisen. Vooral de laatste tijd belt ze de hele dag op, is nooit echt tevreden te stellen en is gauw beledigd. Patiënte vermoedt dat moeder, die eigenlijk niet meer zelfstandig kan wonen, erop rekent bij haar in huis te kunnen komen. Maar hoewel zij (en haar gezin) dat beslist niet willen, durft ze er met moeder niet over te praten. Het ergert haar verder dat haar moeder in gezelschap van anderen veel opgewekter en flinker is dan wanneer ze alleen is met haar.*

*Bij even verder praten wordt het duidelijk, dat patiënte door haar moeder wordt gemanipuleerd met haar schuldgevoel. Patiënte voelt zich schuldig, dat ze haar*

*moeder in de steek moet laten, durft dit niet rechtstreeks te zeggen, tolereert daarvoor allerlei irritant gedrag en raakt dan natuurlijk ook geïrriteerd, voelt zich nog schuldiger en zo is de cirkel rond. Moeder, van haar kant, voelt dat men haar niet oprecht behandelt, wordt nog nerveuzer en angstiger dan ze zich, geconfronteerd met toenemende afhankelijkheid toch al moet voelen, gaat nog sterker op haar kinderen leunen, merkt irritatie, wordt nog onzekerder, enzovoort. Nergens zijn duidelijke grenzen getrokken tussen wat geaccepteerd wordt en wat niet, alle communicatie zal vaag en verward zijn.*

*Geconfronteerd met deze overwegingen herkent patiënte de situatie onmiddellijk en lijkt zij open te staan voor mijn suggestie moeder zo spoedig en zo duidelijk mogelijk te laten weten, dat ze niet bij haar kinderen kan komen wonen en dat niet – zoals patiënte eerst oppert – omdat er geen ruimte voor zou zijn (wat niet waar is), maar gewoon, omdat ze dat niet wil; verder een grens proberen te trekken tussen wat een acceptabele belasting wordt geacht en wat niet, daarover ook duidelijk te zijn en ernaar te handelen. Twee weken later maakt patiënte opnieuw een afspraak. Ze heeft een openhartig gesprek gehad met haar moeder; ze was ervoor erg nerveus, maar tot haar verbazing en opluchting heeft moeder het allemaal erg rustig opgenomen en is daarna inderdaad minder irritant geworden. Ze hebben afgesproken hoe vaak moeder per dag zal opbellen, behoudens noodzaak. Patiënte merkt, tot eigen voldoening, dat ze nu veel liever voor haar moeder kan zijn en hetzelfde geldt voor haar kinderen. Over buikpijn wordt niet meer gepraat.*

Ziehier een geval van een, overigens frequent voorkomende communicatiestoornis tussen de leden van een systeem, hier een alleen overgebleven moeder en de kinderen met hun gezinnen. Het ligt voor de hand, dat de eerste meer aandacht zou willen hebben dan de anderen kunnen en willen geven en dat er een spanningsveld kan ontstaan: „zicht te kort gedaan voelen – zich schuldig voelen“. Wanneer beide partijen dit niet kunnen erkennen en het (vooral voor zichzelf) proberen te verbergen, wordt makkelijk een ziekmakende sfeer geschapen, waarin alles ondergronds en onherkenbaar en voor allen zeer frustrerend blijft broeien, zodat een vicieuze cirkel ontstaat met mogelijk ook lichamelijke ziekten als gevolg. Patiënte kwam snel zelf met het kernprobleem op tafel; een beetje geduldig luisteren was daarvoor voldoende. En



ALS U NOU ES WAT MEER AANDACHT  
BESTEEDDE AAN DE COMMUNICATIE-  
LYJEN BINNEN UW SYSTEEM...

zij was, geholpen door haar man en kinderen, sterk genoeg om duidelijkheid te scheppen, grenzen te stellen en daardoor de sfeer sterk te verbeteren. Dat haar moeder zo rustig reageerde, lijkt niet zo verwonderlijk: het gesprek zal ook voor haar op vele manieren een opluchting hebben tweegebracht. Patiënte zal zich deze gunstige ervaring vast wel herinneren en er waarschijnlijk kracht uitputten als beide partijen in de toekomst weer eens terug mochten vallen.

Soms ontmoet de huisarts de belangrijkste sleutelfiguren tegelijk.

*De Heer B. is 50 jaar, hoofdopzichter, een hard werker, had drie jaar geleden een hartinfarct waarvan hij na revalidatie snel en volledig herstelde. Ging enthousiast fietsen, staakte roken, enzovoort. Een jaar later observatie wegens driegend infarct, zes weken geleden tweede infarct. Keerde gisteren terug uit het revalidatiecentrum.*

*Bij mijn bezoek is ook zijn vrouw aanwezig, een 51-jarige, actieve, opgewekte ex-verpleegster. De sfeer in dit gezin met drie kinderen is altijd plezierig. Bij het gesprek krijgt de patiënt natuurlijk (?) eerst alle aandacht. Hij blijkt dit keer heel wat minder optimistisch, het heeft hem duidelijk geknauwd dat hij ondanks alle „gezonde“ dingen toch weer een infarct heeft gekregen. Hij zit er ook wat mismoedig bij en vraagt zich openlijk af, wanneer de volgende klap komt? Zoals verwacht accepteert zijn vrouw dit gedrag niet. Ze reageert nogal fel, op de van haar bekende wijze: „Kom joh, ben je gek, dat gebeurt gewoon niet, je blijft nou gezond; dat móét gewoon!“ . Het valt me op, dat ze niet „echt“ is. Ze doet wel opgewekt, maar er zit iets krampachtigs in.*

Patiënt B. is een voorbeeld van een veel

voorkomende rolverdeling tussen partners. De een is de sterke, de ander de zwakke, zieke, rouwende, enzovoort. Hoewel ongetwijfeld beiden in hun rol veel bevrediging vinden (anders hadden ze hem niet aanvaard), moeten ze er tegelijkertijd veel voor opofferen. De „sterke” mag nooit klagen of de moed laten zakken. De „zwakke” op zijn beurt wil misschien zijn partner ook wel eens kunnen troosten, helpen, opbeuren en daar voldoening uit putten.\*

Ook deze communicatiestoornis leidt vaak tot een vicieuze cirkel. B.'s vrouw moet zelf net zo bang zijn als haar man, maar „mag” dat niet tonen, ik denk met als rationalisatie, dat zij daarmee haar man verder zou ontmoedigen. Zij nodigt door haar gedrag haar man uit het spelletje te spelen. Ze maken het zich daarmee echter wel moeilijk iets van hun ware gevoelens te tonen. Beiden moeten hun angsten, die immers reëel én uiterst bedreigend zijn, zorgvuldig verborgen houden. Op die manier krijgen zij echter het gevoel niet bij de ander terecht te kunnen met dingen die werkelijk belangrijk zijn. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden, dat de man later angineuze klachten voor zijn vrouw gaat verbergen. Deze merkt misschien wel iets aan hem, gaat gissen, wordt nog bezorgder, enzovoort.

De kinderen zullen zeer waarschijnlijk in dit geheel worden betrokken. Niet alleen, dat zij nu evenmin hun zorgen kunnen uiten, maar, wat misschien nog belangrijker is, ze krijgen een communicatiepatroon voorgehouden, dat later als voorbeeld zal dienen voor het communiceren in hun eigen gezin!

*Vervolg casus patiënt B. Ik zeg dat ik de wijze waarop de vrouw haar man wil steunen, bewonder en dat we best optimistisch mogen zijn; verder vraag ik de vrouw of ze kan begrijpen, dat haar man ook wel eens angstig is.*

*„Natuurlijk”, zegt ze, „maar ik kan toch niet ook m'n hoofd laten hangen? Iemand moet toch de moed erin houden?”*

*„Bent U zelf nooit eens bang voor de toekomst?”*

*Even is het stil, dan zegt ze, nog steeds gespannen: „Natuurlijk ben ik ook bang, ik lig er nachten van wakker”.*

*De man reageert: „Dat heb je me nog nooit verteld. Ik vind mezelf altijd zo kinderachtig, dat ik zo bang ben, ik durf er al niets meer over te zeggen”.*

*Er ontwikkelt zich vervolgens een gesprek tussen man en vrouw, waarin bei-*

*den voor het eerst praten over wat ze voor de ander plegen te verbergen. De sfeer wordt ontspannener en beiden geven na afloop aan, dit gesprek als heel prettig te hebben ervaren. Mijn voorstel om op een later tijdstip nog eens verder te praten wordt aanvaard.*

*Inderdaad hebben in de komende maanden in de spreekkamer nog twee gesprekken van circa dertig minuten plaats, waarbij het voor beiden een ontdekking blijkt, dat er over de angst voor een recidief of een plotselinge dood en de daaruit volgende overbezorgdheid kan worden gesproken zonder dat men banger wordt. Integendeel, dit geeft opluchting. Tevens kan de vrouw nu haar boosheid tonen, dat iedereen (aanvankelijk ook ik) belangstellend placht te informeren naar de toestand van haar man, maar nooit eens vroeg hoe het haar onder al die zorgen en angsten verging.*

*Naast de directe ontspanning, door de gesprekken en de daarmee samengaande veranderende attitude van de partners tot stand gebracht, is er overigens nog iets veel wezenlijkers aan het gebeuren: doordat de vrouw zich nu ook eens van haar „zwakke”, aandachtbehoevende zijde mag laten zien, leren beide partners voor het eerst hun vastgeroeste rollen te verlaten. De vooruitgang die zij hierbij in hun relatie ervaren, kan een sterk motief zijn om, eventueel met verdere hulp, hierin voort te gaan.*

De twee beschreven gevallen hebben eigenlijk niets bijzonders. Iedere huisarts heeft patiënten met bedreigende ziekten die in zijn gezin spanningen veroorzaken, iedere huisarts kent talloze patiënten die moeilijkheden hebben met ouders respectievelijk kinderen. Wat ik probeer te beklemtonen, is dat het voor de huisarts mogelijk is deze problemen op een adequate en dus bevredigende wijze tegemoet te treden.

### **Interveniëren? Hoe!**

Naast een zekere vaardigheid in het omgaan met mensen en oog hebben voor gezinsfenomenen in het algemeen, vereist het leiden van gesprekken waarin speciaal relationele aspecten aan bod komen ongetwijfeld techniek. Waarschijnlijk geen enkele huisarts beheerst dit alles volledig. Maar daar staat tegenover, dat elk arts-patiënt contact toch gespreksvaardigheid vereist; dat voor iedere huisarts tegenwoordig de mogelijkheid bestaat kennis en ervaring in gesprekstechniek op te doen; dat, mits men maar geïnteresseerd is en rustig observeert, echt geen technische hoog-

standjes zijn vereist om in menig geval toch hulp te kunnen bieden. En last but not least: wie zou het anders moeten doen?

Voor mij persoonlijk zijn vooral de volgende punten van belang:

- schep, zoals door onder andere *Van Aalderen* is beschreven, vóór alles een sfeer waarin de patiënt spontaan met zijn essentiële problematiek naar voren kan komen; informeer zo nodig evenwel expliciet naar de reacties van zijn omgeving op zijn problemen/klachten;
  - probeer uit zijn mededelingen hierover en/of eigen waarnemingen een beeld te vormen over de wijze van communicatie in zijn systeem (gezin, ouders, kinderen, werk);
  - let zowel op de inhoud als op het relationele aspect van wat de patiënt vertelt;
  - houd de patiënt uw indruk hierover voor; probeer dit zo min mogelijk bedreigend te doen, bijvoorbeeld door de vragende vorm te gebruiken, door te verwijzen naar wat u „hier en nu” opmerkt en door uw indrukken zoveel mogelijk positief te formuleren;
  - geef aanwijzingen met betrekking tot een goede communicatie; probeer dit te demonstreren door eigen (goede) communicatie;
  - probeer niet te veel tegelijk te bereiken; juist een kleine verandering kan voor een vastgelopen situatie al belangrijke gevolgen hebben en motiveren tot verdere pogingen; een te drastische aanpak daarentegen kan afschrikwekkend werken. Probeer in eerste instantie slechts (?) een katalysatorwerking uit te oefenen op een gezondheidsbevorderend krachtenveld in het gezin.
- Voor gesprekken met verscheidene personen tegelijk gelden in wezen dezelfde regels. Van essentieel belang is weer te letten op wat er gebeurt en niet alleen op wat er wordt gezegd. Overigens bestaat op dit gebied een uitgebreide literatuur.
- Over het begeleiden tijdens en na specialistische gezinstherapeutische behandeling zijn eerder in dit tijdschrift door *Huygen e.a.* uitvoerige verslagen en besprekingen gepubliceerd. Het komt erop aan de patiënten in die voor hen vaak zeer belastende fase als huisarts te blijven bijstaan, vaak voornamelijk op somatisch gebied. Voor een goede opvang na het afsluiten van de behandeling lijkt het mij zeer wenselijk om, zoals in Nijmegen gebruikelijk is, één of meer zittingen van de therapie bij te wonen. Helaas wordt het belang hiervan nog nauwelijks ingezien.

\* De Zwitserse analyticus Willy beschrijft dergelijke pathologische rolverdelingen en laat zien hoe ze tenslotte vaak decompenseren.

## Conclusie

Zoals uit het voorgaande zal blijken, ben ik van mening dat er voor iedere huisarts een groot en belangrijk werkterrein ligt op het gebied van relaties in het algemeen en het gezin in het bijzonder. Typerend voor de huisarts is, dat hij wordt geconfronteerd met stoornissen in een vroeg stadium; even typerend en essentieel is zijn taak de stoornis te herkennen en zo mogelijk zelf te behandelen. Dit geldt onverkort voor dit terrein. Als de huisarts er niet speciaal op let, zullen zeer veel stoornissen in de relatie van de patiënt met zijn omgeving onopgemerkt blijven en waarschijnlijk ook somatisch gefixeerd worden. Met een eenvoudige techniek is het daarentegen mogelijk deze stoornissen te ontdekken en vaak zal een therapeutische interventie mogelijk zijn. Een gesprek met verscheidene sleutelfiguren tegelijk kan daarbij heel effectief werken en veel tijd sparen, maar is lang niet altijd te verwezenlijken. In de meerderheid van de gevallen zal het daarom noodzakelijk en ook heel goed mogelijk zijn een gestoorde relatie therapeutisch te beïnvloeden in het contact met de individuele patiënt (systeemgericht werken). Naast terughoudendheid zullen geduld en werken in fasen daarbij noodzakelijk zijn.

Het is te hopen, dat in de nabije toekomst veel meer theoretische en praktische nascholingsmogelijkheden op dit boeiende gebied voor de huisarts beschikbaar komen. Door niet te wachten op vastgelopen situaties, maar actief te speuren naar storingen kan de huisarts met een eenvoudige techniek en weinig tijd veel leed bestrijden en misschien nog meer leed voorkomen.

*Samenvatting. Er is zoveel kennis verzameld over relaties, interacties, systemen en communicatie, en over de samenhang hiervan met een bevredigend functioneren van de mens, dat dit niet zonder consequenties kan blijven voor de huisarts. In het niemandsland vóór de gespecialiseerde instellingen blijven veel individuen en gezinnen met relatieproblemen zonder hulp, tenzij de huisarts deze problemen herkent en hulp biedt. Aan de hand van twee praktijkvoorbeelden wordt getracht aan te tonen dat iedere huisarts met weinig middelen kan helpen vastgelopen situaties weer op gang te krijgen en kan bijdragen tot het voorkomen van zulke situaties. Voorwaarde is, dat hij zich daarvoor openstelt en bereid is zich eventueel actief bezig te houden met stoornissen in de communicatie tussen*

*zijn patiënten en hun omgeving. Soms zijn hiertoe gesprekken met verscheidene personen tegelijk nodig; waarschijnlijk vaker zal getracht moeten worden de relaties te beïnvloeden door het contact met één patiënt.*

*Summary. The patient does not come alone. A system-oriented approach by the general practitioner. So much knowledge has been gained about relations, interactions, systems and communication, and their correlation with a satisfactory functioning of the human individual, that consequences for the general practitioner must be discernible. In the no man's land before the specialized institutions, many individuals and families with relational problems are left without help, unless the general practitioner recognizes these problems and offers help. On the basis of two examples from actual practice, an attempt is made to demonstrate that any general practitioner can, with limited means, help to resolve apparently hopeless situation and contribute to the prevention of such situations. A condition is that he keeps an open mind for such situations and is prepared if necessary to deal actively with disturbances in the communication between his patient and their environment. Sometimes this requires interviews with several persons simultaneously; more frequently, however, is it probably necessary to make an attempt at influencing the relations via contact with a single patient.*

Aalderen, H. J. van. Methode van hulpverlening. *Vrije Universiteit, Amsterdam*, 1976.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. *Pitman, London*, 1964.

Huygen, F. J. A. e.a. Gezinsgeneeskundige colloquia. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, passim.

Ruesch, J. and G. Bateson. Communication. Social matrix of psychiatry. *Norton, New York*, 1951.

Veen, C. J. F. van der en J. C. van de Meulen. Gezinsbehandeling. *Samsom, Alphen aan den Rijn*, 1972.

Willi, J. Die Zweierbeziehung. *Rowohlt, Hamburg*, 1975.

## Nota bene

It is a very sad thing that nowadays there is so little useless information.

Oscar Wilde

## Hoogleraren huisartsgeneeskunde en universitaire huisartseninstituten

Prof. Dr. H. J. van Aalderen, Haringvlietstraat 16, 1078 KC Amsterdam, 020-482095; Huisartseninstituut V.U., Combinatiegebouw Uilenstede 108, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam, telefoon 020-5484535, telefoon Prof. van Aalderen 020-5484529.

Prof. Dr. G. J. Bremer, Lutborgsweg 9c, 9752 VS Haren (Gr.), 050-349773; Afdeling Huisartsgeneeskunde, Anth. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, telefoon 050-114718 (groepspraktijk), 050-116140 (instituut).

Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, Oosterhoutsedijk 47, 6663 KT Lent, 080-233061; Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteitspaviljoen, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, telefoon 071-148333 (toestel 4680).

Prof. Dr. J. C. van Es, Emmalaan 23, 7316 ED Apeldoorn, 055-18396; Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht, Mariahoek 5-6, 3511 LD Utrecht, telefoon 030-313802.

Prof. Dr. H. J. Dokter, Zwanenkade 104, 2925 AT Krimpen a/d IJssel, 01807-18614; Rotterdams Universitair Huisartseninstituut, Matheneserlaan 264, 3021 HR Rotterdam, telefoon 010-633966.

Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Pastoor van Laakstraat 52, 6663 CB Lent, 080-221029; Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, telefoon 080-514411 (toestel 4411).

Prof. B. S. Polak, Keizersgracht 29, 1015 CD Amsterdam, 020-237801; Instituut voor huisartsgeneeskunde der Universiteit van Amsterdam, Vondelstraat 35, 1054 GJ Amsterdam, telefoon 020-164722 (toestel 151).

Prof. Dr. W. Brouwer, Groenereijn 24, 6267 BM Cadier en Keer, 04407-1658; Capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, telefoon 043-888618.