

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.

catietheorie bespreken wij de zogenaamde communicatieregels en symptomen als communicatiemiddel. Tenslotte wordt het geheel in een ontwikkelingsperspectief geplaatst bij de bespreking van de levenscyclus van het gezin.

HOMEOSTASE EN GEZINSREGELS

Met homeostase wordt een toestand van evenwicht bedoeld. Er kunnen zich wel veranderingen voordoen, maar deze blijven binnen bepaalde grenzen beperkt. Elke duurzame relatie, bijvoorbeeld een gezinsrelatie, is gekenmerkt door een zekere mate van homeostase, stabiliteit of evenwicht tussen de gezinsleden. Deze stabiliteit is onder meer terug te vinden in de rolverdeling welke man en vrouw ontwikkelen voor de diverse taken in het gezin, zoals huishoudelijk werk, kinderen opvoeden, geld verdienen. Elk echtpaar werkt samen een aantal al of niet uitgesproken „regels” uit over wie wat zal doen. Voor een groot gedeelte weerspiegelen deze regels de opvattingen en normen die op dat moment in de cultuur bestaan. Andere regels refereren wellicht minder naar de opvattingen van de maatschappij, maar meer die van de gezinsleden als privé personen.

Wanneer een van de gezinsleden in een belangrijke mate van deze „regels” afwijkt, mag hij verwachten dat hij door de ander zal worden gecorrigeerd. Dit principe van wederzijdse correctie en controle wordt negatieve feedback genoemd en is essentieel voor het handhaven van stabiliteit.

Deze stabiliteit is aanwezig in alle „gezonde” gezinnen en is op zichzelf niet problematisch. Er ontstaan wel moeilijkheden zodra regels worden gehandhaafd die in een bepaald stadium van de gezinsontwikkeling wel adequaat waren maar dat ondertussen niet meer zijn. Bijvoorbeeld is een zeer zorgzame en beschermende houding van de ouders ten opzichte van hun kinderen wél terecht, zolang de kinderen zeer jong zijn. Maar naarmate de kinderen meer zelfstandigheid aan kunnen, moeten de ouders hun aanpak steeds weer herzien. Als de ouders zich niet aanpassen en trachten de oude rolverdeling te handhaven, leidt deze stabiliteit of rigiditeit wél tot pro-

blemen, hetgeen voor het hele gezin nadelig is.

Behalve gezinsconflicten, bijvoorbeeld over de opvoeding van de kinderen, kan in deze situatie vaak symptoomvorming bij één der gezinsleden optreden. Dit laatste leidt er doorgaans toe dat het uitpraten en oplossen van meningsverschillen nóg verder wordt belemmerd, want het is moeilijk zich af te zetten tegen iemand die toch al in de lappenmand zit.

Voorbeeld: Een vrouw vatte de afgelopen jaren van haar huwelijk samen. Haar klacht betrof depressies en suïcidedachten, die steeds terugkeerden. Haar constante verwijt is dat haar man zich te weinig aan haar gelegen liet. Zijn gedrag kan worden vergeleken met de manier waarop de thermostaat de huiskamertemperatuur regelt: alleen was het bij hen zo, dat hij de toevoer van „warmte” en aandacht staakte als zij vond dat het nog lang niet comfortabel was en dat hij pas reageerde op haar appèl als het voor haar al bijna te laat was. Over de jaren heen was, met lichte fluctuaties, hun relatie in een chronisch „onderkoelde” evenwichtstoestand vastgelopen.

ESCALATIE EN VERANDERING

In het voorgaande werd beschreven hoe gezinsleden gedragsveranderingen bij elkaar kunnen tegengaan. Ook het omgekeerde kan het geval zijn: de verandering van de een leidt tot verandering van de andere en vice versa. Dit type interactie wordt stroomversnelling of escalatie genoemd, en deze interactie wordt onderhouden door positieve feedback. Bijvoorbeeld zullen ouders, die hun kinderen enige ruimte laten zich te ontplooien, ondervinden dat hun kinderen gaandeweg meer zelfstandigheid ontwikkelen en minder leiding nodig hebben. Niet een evenwichtstoestand, maar juist een stroomversnelling treedt dan op: hoe zelfstandiger het kind, hoe minder leiding nodig is, waardoor het kind weer zelfstandiger wordt, enzo voort.

Elk gezond, normaal groeiproces is gebaseerd op dergelijke periodieke stroomversnellingen: over de jaren heen wordt een normale gezinsontwikkeling gekenmerkt door een beurtelings over-

heersen van stabiliteit en stroomversnellingen.

Maar escalatie kan ook de grondslag zijn van minder prettige interacties, te vergelijken met een bewapeningswedloop of de inflatiespiraal. In het gezin vinden wij het principe van escalatie vooral bij onopgeloste echtelijke ruzies: op elke beschuldiging volgt een tegenbeschuldiging, steeds kleinere aanleidingen volstaan om een heftig conflict te doen uitbarsten, de emoties worden steeds feller en negatiever. Blijken van waardering of genegenheid komen steeds minder voor en gezamenlijk overleg of collectieve besluitvorming is gaandeweg onmogelijk. Het risico bestaat dat echtscheiding of verbreking van het gezinsverband het eindpunt is van een dergelijke escalatie.

Voorbeeld: Uit een gespreksfragment van een ruziemakend echtpaar blijkt hoe de ruzie als het ware haar eigen „wetten” heeft. Aanvankelijk discussiëren de echtelieden vrij rustig, maar zodra het terrein van hun onenigheid (in casu seksuele ontrouw) betreden is, reageren zij beiden toenemend geërgerd; zij komen terecht in een welles-nietes debat, proberen elkaar verbaal voetje te lichten en gaan steeds verder terug in het verleden om oude verwijten op te rakelen.

DE GEZINSSTRUCTUUR

Behalve stabiliteit en verandering is ook de solidariteit tussen de gezinsleden een belangrijk aspect van de interactie. Een gezin kan naar buiten toe als een gesloten front optreden maar toch naar binnen verdeeld zijn in elkaar bestrijdende subsystemen.

Een voor ons gezinstype belangrijk gegeven is dat van intacte generatiegrenzen. Hiermee wordt bedoeld dat het ouderpaar zijn solidariteit moet kunnen handhaven ten opzichte van de kinderen. Vaak vormt een opvoedingsprobleem bij een van de kinderen een aanleiding tot verstoring van deze ouderlijke solidariteit. Stel dat een van de kinderen zich lastig en vervelend gedraagt en dat de ouders verschillen van mening over de toe te passen aanpak: bijvoorbeeld de moeder vindt dat extra begrip en opvang op zijn plaats is en de vader voelt meer

voor een flinke, corrigerende aanpak. Als beiden dan, onafhankelijk van elkaar, hun eigen benadering gaan toepassen, resulteert dit voor het kind in een verwarrende, inconsistente situatie, waardoor de gedragsmoeilijkheden eerder zullen toe- dan afnemen. De ouders zullen hun gebrek aan succes waarschijnlijk elkaar verwijten en in dit geval zal wellicht de vader zijn vrouw ervan beschuldigen dat zij partij kiest voor het kind en hem tegenwerkt. De moeder zal van mening zijn dat zij haar houding moet handhaven, omdat haar man op een onredelijke manier vervelend is tegen het kind. Dit kan uitgroeien tot een coalitie tussen moeder en kind tegen vader; dergelijke coalities over de generatiegrenzen heen zijn voor alle betrokkenen problematisch.

Voorbeeld: Een zeventienjarige dochter wordt als probleemkind aangemeld. Wat haar school en sociale contacten betreft zijn er geen aperte moeilijkheden. Maar wel komt naar voren dat zij voortdurend de inzet is van ruzies tussen haar ouders, waarbij zij een coalitie heeft met haar moeder; beiden zetten zij samen vader steeds buiten spel. Deze reageert op deze situatie met psychosomatische klachten.

COMMUNICATIE-REGELS

In principe biedt (verbale) communicatie de mogelijkheid problemen tot een oplossing te brengen. Helaas zullen bepaalde manieren van praten eerder bijdragen tot ontstaan en verergeren van problemen dan tot de oplossing ervan.

Bij vergelijkend onderzoek tussen probleemgezinnen en goed functionerende gezinnen is gebleken dat gespreksvormen, die een heldere en duidelijke informatie-uitwisseling in de weg staan, vaker voorkomen in de problematische groep. De meeste gezinstherapeuten leggen in hun behandeling een grote nadruk op het aanleren van communicatieregels die verheldering kunnen bieden en verwarring voorkómen. Enkele van de meest voorkomende overtredingen zijn: elkaar niet laten uitpraten, elkaar steeds onderbreken; te lang aan het woord blijven, of juist zwijgen zonder in te stemmen; ingaan op nevenkwesties en de

hoofdzaak onbesproken laten, zich verschuilen achter de mening van anderen zonder het eigen standpunt te verdedigen; wel kritiek formuleren, maar geen alternatieven of wensen kenbaar maken; steeds teruggaan naar discussies over oncontroleerbare feiten uit het verleden of in plaats van in te gaan op een bewering, de vraag te stellen „waarom zeg je dit?“ Deze lijst is voor verdere uitbreiding vatbaar. Dergelijke fenomenen zijn zeer herkenbaar wanneer men in een gesprek tussen gezinsleden enige afstand neemt van het inhoudelijke en zijn aandacht richt op de gespreksregels die worden gehanteerd.

Voorbeeld: Een echtpaar heeft een meningsverschil over de hoeveelheid geld die de vrouw voor haar kleren mag uitgeven. Zij dwalen af naar de vraag of zij werkelijk veel of weinig kleren heeft gekocht en vandaar naar een verhitte discussie over de data van haar aankopen. Tenslotte gaat de ruzie over de vraag wanneer het winterseizoen precies eindigt.

COMMUNICEREN MET SYMPTOMEN

Niet alleen door foutieve gespreksregels kunnen communicatiestoornissen ontstaan. Nog ernstiger gezinsproblemen treden op wanneer symptomen als communicatiemiddelen worden gebruikt. Het feit dat een (psychiatrisch) symptoom de waarde krijgt van een signaal of een communicatiemiddel, waarop door de omgeving gunstig wordt gereageerd, hoeft niet eens een bewust of onbewust motief van de symptoomdrager te zijn.

Symptomen kunnen hun communicatieve waarde ook pas in tweede instantie hebben verkregen. Nemen wij als voorbeeld iemand die aan angstneurotische aanvallen lijdt. De klachten kunnen zijn ontstaan in een ver verleden, lang vóór het huwelijk. Toch kan de reactie van de partner een belangrijke reden zijn waarom de klacht blijft voortbestaan: het is eerder regel dan uitzondering dat de patiënt door de partner wordt ontzien en zelfs verwend wanneer deze een aanval heeft, vooral in de hoop dat daarmee de klachten zo snel mogelijk zullen overgaan. Tegelijkertijd zal de partner toch

wel enige irritatie voelen tegenover de patiënt, die op de meest ongelegen momenten met een paniekaanval komt aanzetten. Het risico bestaat dat men ongewild de patiënt „leert“ dat het veiliger is ziek te zijn en dat het effectiever werkt als men een beginnende klacht aankondigt, dan wanneer men zonder omhaal zijn mening of verlangens te kennen geeft. Gezinnen, waarin symptomen op deze manier de waarde van communicatiemiddelen hebben gekregen, worden vaak gekenmerkt doordat met overtuiging elke relatieproblematiek wordt ontkend, terwijl het voor een buitenstaander opvallend is welk een bittere machtsstrijd aan de gang is.

DE LEVENSCYCLUS VAN HET GEZIN

Als wij een gezin in de loop van zijn ontwikkeling volgen zien wij dat het van samenstelling en karakter verandert door natuurlijke gebeurtenissen zoals geboorten, naar school gaan van kinderen, trouwen, of overlijden van één van de gezinsleden. Deze verschillende veranderingen vormen fasen in de gezinscyclus. Elk van deze alledaagse en natuurlijke fase-overgangen maakt weer nieuwe aanpassingen noodzakelijk. Vaak ontstaan problemen omdat voor de nieuwe situatie toch nog de oude oplossingen worden gebruikt. Het grondthema bij de beschrijving van de levenscyclus van het gezin is dat ook de stroomversnelling en stabiliteit in de interactie elkaar steeds blijven afwisselen.

De *eerste fase* van de gezinscyclus is die van het jong gehuwd paar. Ook na een langdurige en intensieve verkeringsstijd merken pasgehuwden nog vaak verrassende en onverwachte aspecten bij hun partner op, zoals een ochtendhumeur of een slordig huishouden. Maar behalve afrekenen met dit soort onprettige verrassingen moet het echtpaar vooral manieren ontwikkelen om meningsverschillen op te lossen en op belangrijke punten tot een zekere overeenstemming te komen. Toen hun relatie nog vrijblijvend was, konden de partners het bij elk meningsverschil weer goed maken door het onderwerp te begraven. Nu zij in hetzelfde huis wonen, aan dezelfde tafel eten en in hetzelfde bed sla-

pen, is het moeilijker elkaar te vermijden en meningsverschillen onbesproken te laten. Zij moeten ook een werkverdeling vinden voor de onaangename en aangename klusjes in huis. Zij moeten ontdekken hoeveel vrijheid de een de ander in werkelijkheid toestaat. Het risico bestaat dat, als de partners zelf in deze fase niet tot goede afspraken en tot ongeschreven regels komen, de familie of schoonfamilie zich er mee gaat bemoeien. Dit bevordert eerder complicaties dan oplossingen. Heftige echtelijke ruzies zijn in deze fase van de gezinscyclus een frequent voorkomend probleem. Het aantal echtscheidingen is trouwens het hoogst in de eerste jaren van het huwelijk.

De tweede fase is die van het gezin met jonge kinderen. De man en de vrouw krijgen de rol van ouders er bij. Soms lukt het niet goed de partnerrol en de ouderrol te combineren. In onze maatschappij wordt ongetwijfeld van de vrouw de sterkste aanpassing geëist bij de komst van kinderen. Niet alleen omdat zij die zelf ter wereld brengt, maar vooral omdat zij haar eigen interesses en beroepsontwikkeling vaak sterk moet beperken of zich zelfs geheel aan het huishouden en de opvoeding wijden. De man daarentegen kan zijn carrière meestal gewoon voortzetten. Of hij al of niet voldoende bijspringt in het gezin kan een belangrijk probleem zijn. De kans is groot dat tijdens deze fase de onenigheid over taakverdeling en andere niet opgeloste conflicten tussen de ouders tot uiting komen via opvoedingsproblemen bij de jonge kinderen.

De derde fase, die van gezinnen met schoolgaande kinderen, loopt tot de periode dat de kinderen oud genoeg zijn om het gezin te verlaten. De ouder-kind relatie ondergaat in deze fase ingrijpende veranderingen. Het kind groeit op van een onmondig tot een mondig en soms zeer luidruchtig wezen. De ouders moeten in staat zijn hun eigen bemoeienissen geleidelijk te beperken om deze groei naar zelfstandigheid niet in de weg te staan.

Soms kunnen ouders beter met een van hun kinderen praten dan met elkaar. Dit hoeft niet erg te zijn, zolang maar niet een van de ouders met een van de kinde-

ren de problemen bespreekt die met de partner zouden moeten worden besproken. Het kind krijgt dan de rol van een pseudo-volwassene in het gezin; het voelt zich wel verantwoordelijk voor de moeilijkheden, zit er mee opgescheept, maar kan er in feite niets aan veranderen. Een puber, die onder dergelijke omstandigheden opgroeit, zal een allerminst rooskleurige toekomstverwachting hebben over het huwelijksleven van volwassenen.

Van de vrouw wordt opnieuw een belangrijke her-aanpassing gevraagd, maar nu in omgekeerde richting. Eerst moest zij haar activiteiten vooral naar de kinderen toe richten, nu moet zij een alternatieve levenstaak gaan zoeken. Wil zij opnieuw haar beroep gaan uitoefenen, dan kan blijken dat haar opleiding daartoe intussen is verouderd.

Zowel teleurstelling als succes in de beroepsuitoefening van de man kan een negatieve stempel drukken op de gezinsrelaties. Bij succes bestaat de mogelijkheid dat de vader zich steeds minder met het gezinsleven inlaat en een vreemde in huis wordt.

Coalitievorming is in deze fase een vaak voorkomend gezinsprobleem.

De vierde fase, of het lege nest als de kinderen uit het ouderlijk gezin zijn vertrokken, heeft tot resultaat dat de gezinsstructuur weer terugkeert naar de oorspronkelijke uitgangspositie. Voor veel echtparen is het een prettige ervaring weer eens alle tijd voor elkaar en voor zichzelf te hebben. Maar als de echtelijke relatie niet veel meer te bieden heeft, betekent het vertrek van de kinderen een grote leegte. Dit is nog meer het geval als een van de beide ouders een vertrouwen in een van de kinderen heeft en met dit kind een bijzonder sterke band heeft ontwikkeld. Deze ouder zal het kind wel een eigen leven gunnen, maar zal vaak zonder het zelf te weten, pogingen in het werk blijven stellen de adolescent aan huis te binden. De typische adolescenten-problematiek, met sociale contactstoornissen, een tekort aan omgang met leeftijdsgenoten heeft vaak een dergelijke gezinsconstellatie als achtergrond. Bij de ouders doen zich in deze fase problemen zoals depressies voor die

vaak aan het climacterium worden geweten.

De laatste fase is die van de pensionering. De echtelieden zijn nu, soms voor het eerst, het gehele etmaal in elkaars bijzijn. Vaak is bezig zijn met kleinkinderen een taak, welke de grootouders met plezier op zich nemen. Sommige oudere echtparen blijven creatief en actief. Ook komt voor dat de man er niet in slaagt zijn uitschakeling uit het beroepsleven te verwerken en klachten gaat vertonen. Het gebeurt in die gevallen soms dat de vrouw klachten ontwikkelt en daarmee de man overeind houdt door hem aldus een verzorgende taak op te leggen.

CONCLUSIE

Wanneer zich in een gezin problemen en symptomen voordoen, kan men aan de hand van de hierboven besproken concepten de situatie inventariseren door beantwoording van de volgende vragen:

- 1 Bevindt het gezin zich een evenwichtstoestand en is deze evenwichtstoestand niet in feite voorbijgestreefd? Spelen de klachten een rol bij het handhaven of het verbreken van de evenwichtstoestand?
- 2 Bevindt het gezin zich in een stroomversnelling, en dreigt deze stroomversnelling niet uit de hand te lopen? Wordt door de klachten de eventuele escalatie aangewakkerd of afgeremd?
- 3 Hoe liggen de affectieve banden; wie kiest partij voor wie? Zijn de vader en moeder als ouderpaar solidair of is er een coalitie tussen de kinderen en een van de ouders?
- 4 Hoe verloopt de communicatie? Vinden de gezinsleden gehoor bij elkaar en zijn zij in staat elkaar duidelijk te maken wat zij willen?
- 5 Zijn het symptomen die de communicatiemiddelen bij uitstek zijn geworden?
- 6 In welke fase van de gezinscyclus bevindt het gezin zich? Is er een verband tussen de problemen, waar het om gaat, met deze gezinsfase of met een eventueel naderende overgang naar een volgende fase?

Haley, J. Buitengewone therapie. De Toorts, Haarlem, 1975.

Kempler, W. Gestalt therapie voor het gezin. De Toorts, Haarlem, 1974.

Lange, A. en O. van der Hart. Gedragsveran-

dering in gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen, 1975.
Minuchin, S. Gezinstherapie. Het Spectrum, Utrecht, 1973.
Nevejan, M. Gezins- en echtparenbehandeling in Nederland. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1973.
Pas, A. van der. Gezinsfenomenen. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1973.

Patterson, G. R. Opvoedingsproblemen in het gezin. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Satir, V. Gezinstherapie. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1970.

Veen, C. J. F. van en J. C. van der Meulen. Gezinsbehandeling. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1970.

Ven, P. van de. Gezinstherapie als agogische actie. Nlissen, Bloemendaal, 1973.

Watzlawick, P., J. Beavin en D. D. Jackson. De pragmatische aspecten van menselijke communicatie. Van Loghem Slaterus, Deventer, 1970.

Deze literatuurlijst is beperkt tot in het Nederlands verkrijgbare werken

Interim-rapport van een werkgroep samenwerkingsexperiment psychologe-huisarts*

INLEIDING

Het volgende verslag over de samenwerking tussen een psychologe en zes huisartsen is een rapportage halverwege een samenwerkingsexperiment. In dit experiment bevindt de psychologe zich dicht bij het eerste echelon, „maar niet erin”. Er is geen directe toegang van de patiënt tot de psychologe. Wij beogen met dit verslag enerzijds een berichtgeving aan anderen, die mogelijk ook aan samenwerking denken of daarmee al bezig zijn, anderzijds hopen wij op kritische opmerkingen waardoor wij ons experiment zouden kunnen bijsturen. In deze rapportage is bewust afgezien van een beschrijving van onze subjectieve beleving van deze samenwerking. Wij hopen deze in onze eindrapportage wel te geven.

ONTSTAAN VAN DE WERKGROEP

Na een eerste contact tussen huisartsen en psychologen eind 1971 kwam in 1972 een Landelijke Contact Commissie (LCC) tot stand, waaraan deelnamen het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NHG-NIP). Bij de LCC konden huisartsen en psychologen, die voor samenwerking voelden, zich opgeven. Begin 1973 belegde de LCC een landelijke vergadering met degenen, die zich bereid

hadden verklaard het overleg in hun regio op gang te brengen. Zo'n regio is Dordrecht en omstreken.

„Dordrecht” ging aan de slag in Gouda. Kennismaking met elkaars werk en komen tot een betere en meer uitgebreide samenwerking was de voorlopige doelstelling. In de uitgangssituatie zochten de huisartsen voor hun patiënten met psychosociale problematiek wel hulp bij maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen of multidisciplinair werkende instellingen zoals medisch opvoedkundige bureaus en sociaal psychiatrische diensten, maar zelden bij een psycholoog.

De gesprekken op de bijeenkomsten waren oriënterend. Ter sprake kwamen bestaande contacten, psychologische problemen die de huisarts tegenkwam en door de psycholoog hierbij toe te passen behandelingsmethoden. Sommige huisartsen boden gelegenheid tot praktijkobservatie, sommige psychologen vertelden over de aard en de aanpak van de problemen van hun cliënten. Over vraagstukken zoals de plaats van de psycholoog in de echelons, de ontwikkeling van modellen en structuren voor samenwerking, de training van huisartsen en dergelijke, was er gedachtenwisseling, een overlegsituatie was het niet.

De regionale groep Dordrecht en omstreken bestaat nog op papier, maar werkt niet meer. Dat is vermoedelijk een gevolg van haar samenstelling en werkwijze. In de regio Dordrecht met zijn vele kernen zit geen enkel „natuurlijk” verband. In deze groep zijn de vier, later zes psychologen tegen 35 huisartsen sterk in de minderheid. Verder verschillen de werksituaties van de psychologen onderling belangrijk.

Samenvatting. Er wordt een tussentijds verslag gegeven over een experimenteel samenwerkingsexperiment tussen zes huisartsen en een vrij gevestigd klinisch psychologe (getraind in relatie- en gedragstherapie). De psychologe bevindt zich dichtbij, maar niet in het eerste echelon. De patiënten worden door de huisartsen naar haar verwezen. Er wordt onder andere aangegeven welke categorieën patiënten tot nu toe voor behandeling in aanmerking kwamen en hoe de verwijzingsprocedure geregeld is. Ook is in het kader van het project de mogelijkheid van consultatie aanwezig. De relatie met zenuwartsen en geïstitutionaliseerde hulpverleners wordt besproken.

Uniek is de financiering van het project, waarvoor door het Algemeen Ziekenfonds „Gouda en Omstreken” uit het Aanvullingsfonds f 95.000,— beschikbaar werd gesteld. Dit bedrag wordt voldoende geacht om voor honderd ziekenfondsverzekerden de psychologische hulpverlening (tegen de normaal daarvoor geldende tarieven) te financieren en de kosten van het project te dekken.

Wat de werkwijze betreft: weinig gericht bezig zijn, weinig agenda, weinig consequente notulering en weinig leiding hebben het non-actief verhaast. Een evenredig groot aantal incidentele bezoekers, vooral uit de kring van de artsen, en een zeer kleine vaste kern op de bijeenkomsten droegen ertoe bij dat het enthousiasme in deze regio snel doofde. In deze periode is op 12 februari 1974 onze werkgroep tot stand gekomen.

Wij hebben gekozen voor een proefopstelling, waarin de psychologe de door de huisartsen verwezen patiënten behandelt, verder de huisartsen desgevraagd adviezen geeft voor hun eigen therapeutisch handelen en hen informeert omtrent psychotherapeutische methoden en technieken. Daarbij had-

* De werkgroep is als volgt samengesteld: Mevrouw Dra E. G. van Wijgerden-Nix, klinisch psychologe, Gouderak; J. J. Dijkstra, huisarts (solopraktijk), Haastrecht; Dr C. A. de Geus en G. Simons, huisartsen (associatiepraktijk), Waddinxveen; Dr. C. W. A. van den Dool, H. Schimmel en W. Spoelstra, huisartsen (groepspraktijk), Stolwijk.