

Over het invoeren van een meer systeemgerichte werkwijze in een opname-afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis

door J. M. V. Mulder en J. H. Oppenoorth

Inleiding

In 1977 werd op een opname-afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' een meer systeemgerichte intake-procedure ingevoerd. Een aantal ervaringen had ons de noodzaak hiervan doen inzien. Door de bestudering van de literatuur betreffende de gezinstherapie gingen we twifelen aan ons voornamelijk individueel gericht klinisch werk. We werden geconfronteerd met het feit dat een klinische behandeling vaak een officiële bevestiging is van reeds lang bestaande interactiepatronen. Door het betrekken van de partners, ouders, kinderen en anderen in de behandeling ontstonden meer mogelijkheden tot beïnvloeding en kwamen stagnerende therapieën weer op gang. We raakten onder de indruk van enkele voorbeelden van symptoomverschuiving binnen de systemen. Ook kregen we oog voor de vaak grote nood van de naaste verwanten van de opgenomen patiënten. Het bleek dat deze verandering van werkwijze naast vele nieuwe mogelijkheden ook tal van problemen opriep.

Het gebrek aan literatuur die bruikbare handvatten geeft voor het werk in opname-afdelingen van traditionele psychiatrische ziekenhuizen motiveerde ons tot het schrijven van dit artikel. We geven hierin eerst een overzicht van die aspecten uit de systeem- en communicatietheorie die beoordeeld zouden moeten worden bij een intake en vervolgens worden er suggesties gedaan over de houding van de intaker. Tenslotte wordt er stil gestaan bij enige consequenties van een meer systeemgerichte intakeprocedure voor de verdere behandeling en voor de kliniek.

De systeemgerichte intake

Het is ongetwijfeld zo dat het onmogelijk is in één gesprek een volledig beeld te krijgen van een zo gecompliceerd systeem als bijvoorbeeld een gezin. In het verloop van de screening en therapie

* De schrijvers waren destijds verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek. Opleider: Dr. F. van Ree. Adres: J. M. V. Mulder, Hendrik de Keyzerstraat 15¹, Amsterdam.

zal dit beeld steeds verder worden aangevuld. Toch zal het in vele situaties noodzakelijk zijn in het eerste gesprek een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het systeem, zeker bij een psychiatrische opname.

In de literatuur worden veel definities van het begrip 'systeem' gegeven (Van Veen 1972, Haley 1963, Watzlawick 1974).

De navolgende omschrijving was voor onze praktijk goed bruikbaar:

Een systeem wordt bepaald door zijn onderdelen en de regels waaraan deze onderdelen gehoorzamen in hun onderlinge interacties.

Bij elke systeemtheoretische georiënteerde intake moet ons inziens informatie worden verkregen over de volgende onderwerpen:

A. Welke systemen zijn af te grenzen en wie maken er deel van uit?

Wie onderhouden nauwe relaties met de aangemelde persoon; hoeveel kinderen, kleinkinderen zijn er; zijn de ouders, grootouders nog in leven? Ook overledenen kunnen een belangrijke rol spelen in een systeem, b.v. een overleden 1ste kind, een pas overleden grootouder. Welke rol spelen burens, vrienden, familieleden, collega's? Hoe beïnvloeden de systemen elkaar en wat is hierbij de functie van de aangemelde persoon?

B. Invloeden van buitenaf op het gezinssysteem.

Er moet een indruk worden gevormd van de grootte en de hoedanigheid van de factoren die van buitenaf op het systeem inwerken. De financiële situatie, wonen, werken, scholing, vrije tijdsbesteding, relaties met familieleden en anderen. Ook is het van belang hoe het systeem omgaat met druk van buitenaf. Biedt het in tijden van stress veiligheid aan de leden of juist niet. Whitaker (1974) beschouwt dit als een criterium voor 'normaliteit' van een gezin. Is het systeem open of juist gesloten t.o.v. de buitenwereld (O'Neill 1972).

C. Welke regels gelden in het systeem?

1. Regels betreffende de structuur van het systeem.

Minuchin (1973) werkt in zijn therapieën o.a. veel met het herstructureren van deze regels. Door het doorbreken van oude en het oefenen met nieuwe structuren wordt geprobeerd de groei weer op gang te brengen:

- Zijn de leden sterk of nauwelijks op elkaar betrokken? ('Kluwen' of 'los zand' - gezin) ofwel zijn individualiteit en anders zijn - geoorloofd?

- Welke subsystemen zijn er?

Vormen de ouders een duidelijk van dat van de kinderen gescheiden subsysteme? Bestaat er een sterke coalitie over generatiegrenzen heen? (Minuchin 1973, Haley 1963).

- Is er een geïdentificeerde patiënt en wat kan de functie hiervan zijn voor het systeem? Minuchin (1973), Palazzoli (1977) en Nagy (1973) hebben hier o.a. zeer uitgesproken ideeën over.

2. Regels betreffende de communicatie. (Watzlawick e.a. 1970).

- Wordt er direct of indirect gecommuniceerd 'b.v. ik - jij of 'men'?

- Worden er emoties geuit, welke en welke niet? Hoe toont men

elkaar genegenheid, irritaties etc.?

- Wordt er gebruik gemaakt van symptomen en wat kan hun interactionele functie zijn? B.v. pijnen, angsten, depressie etc., die de lijder overkomen en waar deze geen verantwoording voor neemt.
- Worden er dubbele boodschappen geuit? Hoe wordt erop gereageerd? Passen de non-verbale uitingen bij de verbale communicatie?
- Wordt er ingevuld voor anderen door wie?

3. Specifieke regels.

Hierbij bedoelen we de regels die het systeem zijn eigen specifieke vorm geeft. O.a. Palazzoli besteedt hier in haar therapieën veel aandacht aan. B.v. als de moeder emotioneel dreigt te worden, komen de kinderen om haar heen hangen en vragen haar aandacht, of: de vader moet altijd de sterke zijn en moeder de zwakke. Dreigt vader te verzwakken dan wordt moeder ziek, etc.

D. Wat ervaart de therapeut als deze met het systeem werkt?

Wat doet het systeem hem. Wat voelt hij t.o.v. de leden en het geheel? Voelt hij beperkingen? Wat gebeurt er met het koppel therapeuten als dat er is? (Tilmans-Osteyn 1973).

E. Wat is de geschiedenis van het systeem? (Van der Hart 1977).

Bevindt het zich in een overgangsfase of hebben de problemen met een vroegere overgangsfase te maken? B.v. de stichting van een nieuw gezin met het zich losmaken uit de gezinnen van oorsprong; het opnemen van nieuwe leden b.v. kinderen. Het wegvallen van leden door b.v. overlijden, uit huis gaan van kinderen; grootouderschap.

F. Hoe is de relatie met de gezinnen van oorsprong, hoe is het loyaliteitsconflict opgelost?

Nagy (1973) hecht grote waarde aan de loyaliteitsbanden van kinderen naar ouders die altijd geschonden worden als kinderen op eigen benen gaan staan. Hij vraagt zich bij iedere cliënt opnieuw af hoe deze met zijn loyaliteitsbanden omgaat, of hij zich b.v. afzet tegen zijn ouders, maar door zijn huwelijk te laten mislukken toch uiting geeft aan loyaliteit (nl. door zich niet te binden aan zijn partner). Ook vraagt hij zich af hoe de ouders zelf t.o.v. hun ouders staan en welk deel van de verplichtingen ze weer op hun kinderen afwentelen. Zie ook Fremo (1976) en Bowen (1972).

De volgende vragen zijn in dit verband relevant:

- hoe frequent en hoe intensief zijn de relaties met de ouders?
- zijn er conflicten met de ouders, hoe leven de ouders?
- waren er bepaalde verwachtingen vanuit de ouders en wat kwam er van terecht?
- hoe wordt aan de loyaliteit aan de ouders vorm gegeven, op termen van ouders of eigen termen?
- herhalen zich bepaalde patronen?
- is er vertrouwen in de relaties, is er sprake van uitbuiting?
- is er sprake van split loyalty?

Nagy bedoelt hiermee dat wanneer het kind loyaal is aan de éne ouder het daarmee disloyaal is aan de andere, en andersom. Hij

ziet dit als het kernconflict bij suïcidaliteit.

G. Hoe flexibel is het systeem? (Whitaker 1974).

- Zijn de rollen onderling verwisselbaar?
- Kan er gek gedaan worden?
- Hoe wordt er gereageerd op interventies?

H. Is er motivatie om te veranderen?

Hoe sterk lijkt de behoudende tendens in het systeem en hoe wordt die vorm gegeven (V. Dijk 1974).

Hoe sterk zijn de op verandering gerichte tendenzen.

De praktijk van een systeemgerichte intake

In de praktijk begint een systeemgerichte benadering op de drempel van het ziekenhuis met de (meestal zeer summiere, telefonische) aanmelding van een patiënt door een hulpverlener uit het eerste of het tweede echelon. Nu al moet een eerste aanzet gegeven worden tot het doorbreken van de meestal medisch – individueel gerichte denk- en handelwijze. Onze voorkeur gaat uit naar de volgende procedure:

Tijdens het telefoongesprek (niet gevoerd door de secretaresse maar door een staflid) wordt gevraagd of alle betrokken relaties en hulpverlener(s) zich naar de crisissituatie willen begeven zodat het staflid wanneer hij daar komt, een zo compleet mogelijk beeld kan krijgen van het relatienetwerk en van de hulp die al geboden is. In het eigen milieu van de aangemelde patiënt worden de volgende items besproken:

- waarom nu de aanvraag is gedaan en door wie;
- welke vorm van behandeling het meest passend is;
- of opname nodig is, en voor wie en zo ja, welke relaties bij de behandeling moeten worden betrokken.

Daar deze werkwijze arbeidsintensief en tijdrovend is en de staf-medewerkers meestal reeds overbelast zijn, is de hierboven geschetste gang van zaken veelal nog niet mogelijk, alhoewel ze uiteindelijk in een later stadium veel tijd en geld zou kunnen besparen. Een alternatief is dan om het eerste intakegesprek te laten plaatsvinden in de opname-afdeling. Het nadeel hiervan is dat het gezin al over de drempel van het ziekenhuis is en niet meer in zijn eigen milieu, zodat een objectieve keuze voor de meest adequate vorm van hulp wordt bemoeilijkt (Van Ree, 1976).

Wanneer de aangemelde patiënt alleen komt (b.v. met een ambulance en in het bezit van een I.B.S.) geldt de vraag naar het zo snel mogelijk bijeen brengen van alle betrokkenen in versterkte mate. Een intakegesprek vooraf lijkt ons in ieder geval noodzakelijk voor elke aanmelding van een patiënt die zich niet in een acute crisissituatie bevindt.

Een belangrijke vraag is hoe sterk er aangedrongen moet worden op de aanwezigheid van *alle* systeemleden en de betrokken hulpverlener(s). Deze eis lijkt ons n.l. niet altijd haalbaar. Het met grote nadruk vragen naar en wijzen op het belang van de aanwezigheid van iedereen (ieder kan alleen maar voor zichzelf spreken; het feit

dat een naaste betrokkene in nood is moet voor hem/haar veel betekenen; de zienswijze van iedereen is onmisbaar etc.), lijkt ons voldoende. Wel dient dan tijdens het gesprek als blijkt dat niet iedereen aanwezig is naar de reden daarvan te worden gevraagd. Vaak blijken de afwezigen het systeem door hun afwezigheid te beschermen en bronnen te zijn van belangrijke informatie. De intaker moet dan rekening houden met de belangen van de aanwezigen. Er bestaan zeer verschillende strategieën om de in eerste instantie afwezige systeemleden alsnog bij de behandeling te betrekken. Dit varieert van een 'laissez faire' houding (in de hoop dat zij alsnog willen komen, b.v. door het gevoel buitengesloten te zijn) tot het uitstellen van iedere verdere vorm van behandeling.

Welke werkwijze ook wordt gevolgd, de houding van de intaker dient gericht te zijn op het herstellen van het vertrouwen in de relaties. Het afnemen van gescheiden hetero- en autoanamneses in het eerste contact dient te worden vermeden gezien de patiënt-identificerende werking. Later is er uiteraard wel gelegenheid tot het houden van gesprekken met individuen, diades of grotere subsystemen. Wij denken b.v. aan het bespreken van de seksuele relatie van de ouders. In zulke gesprekken dient steeds rekening gehouden te worden met de invloed ervan op het systeem.

De tijdsduur van het eerste intakegesprek kan zeer wisselend zijn. De tijd die nodig is om een schatting te maken van de ernst van de problematiek en een indruk te krijgen van de structuur van het gezinssysteem wordt soms beperkt door ernstige ontregelingsverschijnselen van de aangemelde patiënt en de beschikbare tijd van de intaker.

We vinden dat ook de vraag aan de orde dient te komen of de aangemelde patiënt en zijn systeem, in de betrokken behandelsetting, behandeld willen worden binnen de per opname-aanvraag gegeven grenzen. In het eerste intake-gesprek moeten duidelijke afspraken voor een volgende gesprek op korte termijn worden gemaakt. Wanneer eenmaal een gezinslid is opgenomen groeit, naar onze ervaring, de weerstand tegen intensief betrokken worden van de relaties bij de behandeling vaak snel.

De kracht van het 'gezond-ziek' denken, schijnbaar bevestigd door de opname van een gezinslid is groot en de eerste aanzetten tot herstructureren van een systeem verbleken snel.

Tijdens ons overschakelen op een meer systeemgerichte benadering, rees de vraag of de in onze regio terecht geldende hoge opnamedrempel (i.v.m. hospitalisatie, ontworteling uit eigen milieu, stigmatisering e.d.) voor leden van een systeem waarvan een lid al is opgenomen ook zo hoog moet zijn. Redenerend vanuit het systeemdenken menen wij van niet, immers met de opname van één lid heeft het hele systeem de drempel overschreden. Het kan nuttig of nodig zijn een partiële of totale opname van een ander lid te indiceren als men er van uitgaat dat het hele systeem hulp nodig heeft. Portier (1977) beschrijft hoe aan het hele systeem een bed (24-uurs opname) of een stoel (dag-behandeling) ter beschikking wordt gesteld in plaats van aan de patiënt alleen. Zijzelf mogen in

overleg uitmaken wie er gebruik van maakt. Dit kan nu eens door de een dan weer door een ander gebeuren.

Tijdens het intakegesprek moet niet alleen worden getracht een zo uitgebreid mogelijk beeld van het systeem te verkrijgen, ook dient informatie over de afdeling, manier van werken e.d. te worden verschaft en moeten beslissingen b.v. over wel of geen opname, beleid, medicatie te worden genomen. In een eerste gesprek is het invoegen, met als voornaamste doel zo snel mogelijk een sfeer van vertrouwen te scheppen, essentieel. Pas dan 'opent' het gezin zich en wordt zijn structuur duidelijker (Minuchin 1973, Lange en v. d. Hart 1976).

Na de inleidende woorden lijken ons open aan het systeemgerichte vragen zoals 'Wat is er gebeurd, zodat u hier met z'n allen bent' belangrijk. Wie het woord neemt, hoe de anderen reageren, de manier waarop er wordt gepraat, b.v. invullen voor de patiënt, geeft vaak belangrijke informatie over de communicatie en de structuur van het gezin. Een intake-gesprek is een voortdurend varen tussen Scylla en Charybdis. De intaker moet vaak opereren binnen zeer nauwe grenzen. Hij accepteert de aangeboden rolpatronen niet, zodat direct 'een gevecht tot herstructurering' begint. Echter bij systemen met lang bestaande rigide rolverdelingen en een ernstig onregelmatig lid, dient het 'gevecht' zeer voorzichtig te worden gevoerd. De actuele structuur van het gezin heeft namelijk steeds een vitale functie. De intaker verliest bijna altijd de strijd wanneer hij niet op een judo-achtige wijze, acceptierend en positief labelend handelt. De structuur van het intakegesprek op zich is al herstructurerend zodat hier meestal confronterende vragen, duidingen of conclusies achterwege dienen te blijven.

Essentieel is er voor te zorgen dat niet impliciet de rol van de geïdentificeerde patiënt wordt bevestigd. Het ingaan op de gevoelens van machteloosheid, zorg, verdriet, woede e.d. van de gezinsleden vooral ook als de situatie al lang heeft bestaan, schept een sfeer waarin fundamentele rolveranderingen mogelijk worden. Zo wordt duidelijk dat de intaker er voor het hele systeem is.

Meestal heeft het gezin tijdens het gesprek de houding van 'doctor knows best' en is opgelucht alle verantwoordelijkheid naar hem te kunnen afschuiven. De verdeling van de verantwoordelijkheid voor de 'patiënt' tussen behandelteam, systeem en betrokkene is dan ook een onderwerp bij uitstek in het 'gevecht tot herstructurering'. Thema's hierbij kunnen zijn: al of geen opname, en voor wie, I.B.S., open/gesloten afdeling (eventueel gesepareerd), medicatie, verder beleid, b.v. gezinsgesprekken. Wij waarschuwen weer voor een hard tegen hard gevecht. Het is belangrijk dat duidelijk wordt waar de verantwoordelijkheid ligt en voor hoe lang.

Het gaat er tijdens de intake steeds om, de opname in het licht te plaatsen van de hulpvraag van het hele systeem. Het maken van afspraken, het eventueel stellen van voorwaarden aan de opname, het komen tot een overeenstemming van hulpvraag en doel van de opname zijn hierbij belangrijke hulpmiddelen.

Tijdens de intakegesprekken stuiten we op een aantal zich vaak

herhalende valkuilen. We merkten dat we, ondanks onze bedoeling systeemgericht te werken, toch vaak tijdens een intakegesprek de bestaande rolpatronen bevestigden. Dit gebeurde o.a. door er zonder meer vanuit te gaan dat de aangemelde persoon zou worden opgenomen, b.v. op grond van de ernst van zijn symptomen, in plaats van ervan uit te gaan dat het hele relatiesysteem problemen heeft en hulp zoekt. Ook was de verleiding vaak groot over het hoofd van de aangemelde patiënt heen, met de familie of de partner te gaan praten. We lieten hun oordeel zwaarder wegen in het zoeken naar 'ware toedracht'. Dat gebeurde vooral door inhoudelijk in te gaan op wat anderen over het gedrag van de geïdentificeerde patiënt vertelden. Het bleek moeilijk alle aanwezigen onpartijdig te benaderen, soms werd emotioneel partij getrokken voor de patiënt, soms voor de familie of partner van de patiënt. Dit in plaats van alternerend steun te verlenen aan alle aanwezigen (Nagy 1973). Wij vergaten soms het ontregelde systeemlid in eerste instantie op zijn eigen verantwoordelijkheid aan te spreken en behandelden hem zondermeer als 'gek'. Vooral bij reeds lang bestaande rolverdelingen (b.v. waarbij een partner wordt aangemeld voor de zesde opname) is het vaak erg moeilijk niet ongemerkt deze rolverdeling over te nemen. De druk op de hulpverlener vanuit het systeem en vooral ook vanuit de aangemelde persoon, is vaak groot.

Enkele consequenties van een systeemgerichte intake

Een systeemtheoretisch georiënteerde intakeprocedure heeft voor de verdere behandeling grote consequenties. Naast een fundamentele wijziging in de attitude waarmee we naar mensen gaan kijken, komen we voor vele praktische problemen te staan. Het confronteert ons met de vraag in hoeverre gezinsleden betrokken kunnen en moeten worden bij de behandeling.

Voor de systeemtherapeutische activiteiten zoals gezins-, relatie-, multiple family-therapie en familie-avonden kiezen we voor een zeer ruime indicatie. Het partieel deelnemen aan het klinisch behandelprogramma b.v. creatieve therapie, bewegingstherapie, relaxatietraining, activiteitstraining, groepstherapie e.d. dient binnen de gegeven mogelijkheden (zoals: tijd, therapieruimten, beschikbare staf, financiering) op indicatie te gebeuren. Een partiële of 24-uurs opname van (één van de) gezinsleden, veroorzaakt veel problemen. Wanneer beide partners ontregeld zijn of b.v. symptoomverschuiving tussen hen gedurende de behandeling is opgetreden, kan dit een goede aanleiding zijn tot opname.

Wanneer wij echter probeerden een partner tot opname te motiveren met de bedoeling naast de directe hulp ook een aanzet te geven tot herstructurering van de relatie, bleek ons dat de drempel voor de ander in het algemeen vaak erg hoog blijft en dat als men zich al laat opnemen, dit vaak voor de 'patiënt' gebeurt. Ook gezien de setting waarin zij terecht komen is dit goed voorspelbaar: een opname-afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis met zijn gesloten afdeling waarin mensen verblijven die (tijdelijk) beantwoor-

den aan alle criteria van 'gek zijn' en die al het maatschappelijk stigma dragen van een psychiatrisch patiënt. Daarbij blijken de vaak oude gebouwen voor bovenstaande intensieve werkwijze volledig ongeschikt. Belangrijke bouwtechnische veranderingen zijn dan ook gewenst.

Onze ervaringen met het opnemen van kinderen samen met de ouder(s) leerden ons dat dit onverantwoord is als zij geen specifieke aandacht kunnen krijgen en tussen volwassenen moeten verblijven. Een uitzondering moeten we maken voor baby's. Wanneer b.v. de moeder wordt opgenomen met een kraambedpsychose is het nuttig in de loop van de behandeling het contact met en de verzorging van de baby onder begeleiding te laten plaatsvinden.

Wanneer meer echtparen of andere subsystemen (gedeeltelijk) worden opgenomen zou in de kliniek een sociotherapeutische benadering noodzakelijk zijn waarin samenleven met elkaar, besluiten nemen, verantwoordelijkheid delen, zorg voor de ander een plaats hebben, nog meer dan nu het geval is. Het gezamenlijk verblijf in de afdeling biedt vele aangrijpingspunten tot herstructurering en groei van relaties.

Hoe dit voor een open- en/of gesloten afdeling van een opnamepaviljoen te verwezenlijken is, valt buiten het bestek van dit artikel (zie ook Portier 1977). Wel kan al gezegd worden dat o.a. een aanvullende training van het personeel, met name van de verpleging, vereist is. Zonder veel structurele veranderingen kan van het 'bezoekuur' een intensief gebruik worden gemaakt. In plaats van deze tijd te besteden voor vergaderingen, kan de verpleging juist tijdens de bezoeken in actie komen. Zij kunnen de interacties tussen opgenomen patiënt en hun bezoek dan als het ware over de koffie heen observeren en herstructureren. Ook het houden van regelmatig terugkerende familieavonden (v. Luin, 1974) waarop gezinsleden, familieleden en vrienden kunnen worden uitgenodigd, is een belangrijk onderdeel van een systeemgerichte benadering.

Met het starten van de intakeprocedure begint ook de behandeling. Hieruit volgt dat zo spoedig mogelijk tijdens de intakeprocedure moet worden besloten welke behandeling het meest passend is. De mogelijkheden van de afdeling en de behoeften van het systeem, dienen zo goed mogelijk op elkaar te worden afgestemd. Het al of niet starten van een intensieve systeemtheoretisch georiënteerde therapie, heeft grote consequenties. Juist in het begin van opname van een van de leden is het gezin vaak bereid behandeld te worden en zijn de onderlinge banden nog hecht. In een latere fase van de behandeling starten met systeemgesprekken betekent resocialiseren na eerst de desocialisatie te hebben laten ontstaan.

Het probleem dat bij deze wijze van screenen echter ontstaat, is dat de zo gecreeëde band met een systeem moet worden voortgezet, aangezien er verwachtingen en hoop wordt gewekt, maar dat de hiervoor benodigde en gekwalificeerde therapeuten meestal niet in voldoende mate beschikbaar zijn. Dit speelt in versterkte mate als blijkt dat een langdurig eopname noodzakelijk is en de geïdentificeerde patiënt moet worden overgeplaatst naar een setting voor

voortgezette behandeling met in het algemeen nog minder gekwalificeerde krachten. Een systeemgerichte intake zonder passend vervolg is ons inziens ethisch niet verantwoord.

Samenvattend menen we te kunnen zeggen dat wanneer de systeemgerichte intake uitgangspunt wordt van een systematische manier van werken, dit grote gevolgen zal hebben in het derde echelon, zowel voor de behandeling en de ruimtelijke indeling van de behandelafdelingen, als voor de financiering en de gerichte opleiding van staf en verpleging.

De consequenties en problemen bij de invoering ervan zijn talrijk, maar de ervaring die wij opdeden, leerde ons dat de evidentie van de behoefte en noodzaak, als men er eenmaal mee begint, onontkoombaar is. Bovendien gaf deze wijze van werken ons meer voldoening.

Literatuur

- Bowen (1972), 'Towards differentiation of a self in ones own family', in: J. L. Fremo, *Family Interaction: A dialogue between Family Researchers and Family Therapists*, Springer, New York.
- Dijck, R. van (1973, 1974), 'De toepassing van communicatie theorie en systeem theorie in de psychiatrie' (deel 1a, 1b, II). *Tijdschrift Psychiatrie* 15, 432-441 en 521-531; 16, 18-36.
- Dijck, R. van (1974), 'Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 16, 4, 209-228.
- Fremo, J. L. (1976), 'Family of origin as therapeutic resource for adults in marital and family therapy: You can and should go borne again'. *Fam. Proc.* june 1976.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York.
- Haley, J. (1975), *De buitengewone therapieën van Milton Erikson*, de Toorts, Haarlem.
- Hart, O. van der (1977), 'Relaties en Rituelen'. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1977, 3, 100-108.
- Lange, F. de, & O. van der Hart (1976), *Gedragsverandering in gezinnen*. Tjeenk Willink, Zwolle.
- Luin, J. van (1974), 'Familie-avonden in een psychiatrische opnamekliniek'. *M.G.V.*, 10, 481-491.
- Minuchin, S. (1973), *Gezinsterapie*. Aula 511, Het Spectrum, Utrecht.
- Nagy, I. Boszormenyi, & G. Sprak (1973), *Invisible Loyalties*. Harper and Row, New York.
- O'Neill, Nena, & George O'Neill (1972), *Open Marriage*. Avon, New York.
- Palazzoli, M. Selvini, L. Boscolo, C. Cecchin, G. Prata (1977), *Paradoxen und Gegenparadoxen, Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung*. Ernst Klatt, Stuttgart.
- Palazzoli, M. Selvini, & Q. Prata (1977), 'Comment faire pour rendre le pouvoir aux parents'. Voordracht op het vijfde internationale symposium voor gezins- en echtparentherapie, 17.9-30.9.1977, Zürich.
- Portier, L. (1977), 'Cliëntsysteembenadering en therapeutische gemeenschap'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 4, 232-252.
- Ree, F. van (1976), Fout op de drempel. *M.G.V.* 4, 244-246.
- Satir, V. (1969), *Gezinsterapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Tilmans-Osteyn, E., & J. Tijsma (1973), 'Enkele ervaringen van een co-therapeutisch team in gezinsterapie'. *Gezins- en echtparentherapie in Nederland*, Van Loghum Slaterus, Deventer.

- Veen, C. J. F. van, & J. C. van der Meulen (1972), *Gezinsbehandeling - een oriëntatie*. Samsom, Alphen aan de Rijn.
- Velden, K. van de (1977), *Direktieve therapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Watzlawick, P., J. Beavin & D. C. Jackson (1970), *De pragmatische aspecten van menselijke communicatie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Watzlawick, P., J. H. Weakland & R. Fisch (1974), *Het kan anders: over het onderkennen en oplossen van menselijke problemen*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Whitaker, C., & L. C. Wynne (1974), 'The normal family'. Ackerman Memorial Conference februari 1974.