

'GEZINSTHERAPIE', SELECTIE, BEHANDELING, ORGANISATIE ENIGE ERVARINGEN NA EEN TWEEJARIG EXPERIMENT *

*door Dr. M. A. J. ROMME ***

I VRAAGSTELLING EN OPZET

In september 1967 werd door de Katholieke Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam begonnen met een 'experiment gezinstherapie'.

Het project werd goedgekeurd en bekostigd door het Ministerie voor Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. De duur van het experiment werd bepaald op twee jaar.

De vraagstelling werd in overleg met het Departement als volgt geformuleerd.

'In het experiment zal worden nagegaan in hoeverre de gezinsbehandeling als benaderingswijze van het gezin en als behandelingsmethodiek geschikt is toegepast te worden bij de cliënten die zich aanmelden bij een Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid — zoals gegeven is in de Katholieke Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid te Amsterdam —, zonder daarbij voorbij te gaan aan de doelstellingen van de drie bureaus (MOB, LGM, SPD) van de stichting'.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden was het nodig bij de opzet van het experiment rekening te houden met drie belemmerende factoren:

* Dit experiment werd uitgevoerd door een werkgroep uitgaande van de R.K. Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam.

Aan het experiment werkten mee:

Mevr. Drs. C. L. van Blaaderen-Stok, zenuwarts, analytica, therapeute;

Mej. Zr. A. Bijman, soc.psych. verpleegster, therapeute;

De heer T. Ettema, P.S.W., Soc. Psych. Verpl. therapeut;

Mej. Mr. D. van der Ingh, P.S.W., therapeute, selectie, coördinatie;

Mej. Drs. M. A. Lombaers, psychologe, P.S.W., selectie;

Drs. M. A. J. M. Nevejan, zenuwarts, therapeut;

Dr. M. A. J. Romme, zenuwarts, selectie, eindredactie rapportage;

Mevrouw Steins-Bisschop, administratie;

Dr. E. Tellegen, socioloog, selectie;

Mej. M. J. Vermolen, P.S.W., therapeute;

Mej. E. Wolff, P.S.W., selectie.

** Directeur Katholieke Stichting Geestelijke Volksgezondheid. Verslaggevend namens de werkgroep. Het volledige verslag werd in gezamenlijk overleg opgesteld door de werkgroep, schrijver dezes verzorgde de eindredactie

Een volledig verslag van dit experiment waarin opgenomen de verslagen van enige uitgevoerde therapieën, de selectie criteria, capita selecta over: co-therapie, fasen in het therapeutisch proces, differentiatie t.o.v. andere therapievormen etc.; kan op aanvraag bij de Katholieke Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid worden verkregen.

- in 1967 was de ervaring bij de medewerkers van de stichting met de gezinstherapie als benaderingswijze van het gezin en als behandelingsmethodiek zeer gering, terwijl in Nederland geen gezinstherapeuten met ruime ervaring voorhanden waren;
- uit de literatuur kon men geen duidelijke criteria vinden waaruit de indicatiecriteria voor gezinsbehandeling konden worden afgeleid;
- voor de cliënten was het een vreemde behandelingswijze, dat wil zeggen, men verwachtte niet bij de vraag om hulp voor een of meerdere gezinsleden, dat het hele gezin, ook de zgn. 'gezonden', op dergelijke toch vrij intensieve wijze bij de behandeling zouden worden betrokken.

Dit had als consequentie bij de opzet van het experiment dat tijdens het experiment tevens sprake was van een leerproces en het ontwikkelen van selectiecriteria.

De volgende weg werd daarom uitgestippeld teneinde tot de beantwoording van de vraagstelling te komen.

— Degenen die meewerkten aan het gezinstherapie experiment formuleren een aantal criteria op grond waarvan getracht kan worden de indicatie te stellen.

— Deze criteria worden systematisch op een aantal aangemelde cliënten en hun gezinsmilieu toegepast.

— Een kleine groep van medewerkers leert de gezinsbehandeling als nieuwe methodiek beoefenen. In deze groep zijn alle binnen de stichting werkzame disciplines vertegenwoordigd.

— De ervaring opgedaan bij het leerproces door de toepassing van de gezinsbehandeling moet dan leiden tot een afwegen van de mogelijkheden van deze behandelingswijze voor de diverse disciplines, voor de diverse bureaus en voor de cliënten.

II DE SELECTIE

A. Procedure — Gedurende de twee jaar dat het experiment voortgang vond, zijn twee verschillende selectieprocedures gevolgd.

In de eerste periode (van 1-12-'67 tot 1-9-'68) werden alleen die gezinnen gepresenteerd aan de selectiecommissie, waarvan gold dat 'meer dan een van de gezinsleden in de laatste drie jaar hulp had gevraagd aan professionele derden voor een psycho-sociaal probleem, een psychiatrische ziekte of een psycho-somatische ziekte'.

In de tweede periode (van 1-9-'68 tot 1-4-'69) werd aan het selectieteam het gezin van elke vijfde (in gezinsverband levende) aangemelde cliënt of patiënt gepresenteerd. Het criterium, dat meer dan een van de gezinsleden hulp gevraagd moest hebben bij derden, werd gehanteerd vanuit de gedachte dat hiermee op twee wijzen de efficiëntie van werken gediend zou zijn.

Ten eerste wordt de gezinstherapie-inspanning besteed aan een gezin

waarin meerdere mensen met moeilijkheden op het terrein der geestelijke volksgezondheid met elkaar leven. Mensen die zich ook van hun problemen min of meer bewust zijn, getuige het hulp vragen voor de problemen.

Ten tweede wordt de kans groter dat de problemen die via de cliënt geuit worden samenhangen met relatieproblemen in het gezin wanneer uit een gezin meerdere mensen hulp gezocht hebben bij 'professionele' derden. Dit maakt het efficiënter deze groep op het bestaan van gezinsrelatieproblemen te bestuderen en aan een selecterend team voor de gezinstherapie voor te dragen.

De bij de presentatie gehanteerde vragen, die als positieve criteria of als negatieve criteria werden gebruikt bij het bepalen van de slotconclusie, worden hier niet in extenso besproken.

In het algemeen kan hiervan gezegd worden dat als negatief criterium gold de al te zware gevallen. Hieronder werden verstaan mensen met ernstige suïcidale gedachten, mensen met anorexia nervosa, mensen waarbij problemen bestonden die zichzelf in sterke mate als taboe beschouwden of mensen die te primitief zouden gaan ageren bij het openleggen van problemen.

Ten aanzien van het stellen van een positieve indicatie werd vooral gelet op de aanwezigheid van duidelijke relatieproblemen in het gezin, die ook als zodanig beleefd werden; de behoefte aan hulp voor het gezin; de motivatie en de mogelijkheden om gezinsgesprekken te integreren en positief te verwerken.

B. Resultaten — De werkgroep meende bij haar nabeschouwing over de toegepaste selectiesystemen dat het criterium 'dat meer dan één gezinslid hulp heeft bij professionele derden' niet als 'andere gezinnen uitsluitend' criterium gebruikt mag worden om de volgende redenen:

- 1 het criterium is moeilijk hanteerbaar, door de vaagheid van de begrenzing van het type problematiek (psycho-sociale problemen, psychiatrische ziekte en psycho-somatische ziekte);
- 2 men begint pas met de behandeling van gezinsrelatie problemen, wanneer een tweede gezinslid min of meer decompenseert, hetgeen de juiste behandeling van de eerste hulpvrager uit het gezin in de weg kan staan.

Anderzijds is dit criterium wel als positieve aanwijzing voor de indicatie gezinsbehandeling van waarde en dient men zich over dit gegeven te oriënteren, gezien de volgende twee aanwijzingen, verkregen tijdens het experiment:

- a bij de selectie met in inachtneming van het genoemde criterium werden meer positieve indicaties gesteld dan bij de hantering van het 1 op 5 selectiesysteem, zoals dit in de tweede periode van het experiment gebeurde;
- b bij alle in behandeling genomen gezinnen, dus ook na selectie volgens

het 1 op 5 systeem, hadden meerdere gezinsleden hulp gezocht bij derden.

Voorts is gebleken dat het criterium 'dat meer dan één gezinslid hulp gezocht heeft bij de professionele derde, voorkomt in veel gezinnen, die zich aanmelden;

bij het M.O.B. en het L.G.M. Bureau één op de twee gevallen,

bij de S.P.D. globaal 1 op de 3 gevallen.

Dit vormt een aanwijzing voor de concentratie van problemen binnen gezinsverbanden. Voor de planning van de Volksgezondheid- en Maatschappelijke dienstverleningssector verdient dit fenomeen nader onderzoek.

Bij de bestudering van de individuele cliënt in de context van het gezin kwam naar voren, dat in grote frequentie door de selectiecommissie geconcludeerd werd dat 'verheldering van de gezinssituatie noodzakelijk was', gezien vanuit de samenhang van het probleem van de cliënt met de relatiepatronen in het gezin. Het is in de werkgroep eens te meer duidelijk geworden dat individueel afwijkend gedrag zeer frequent nauw samenhangt met de verhoudingen in het gezin. Al zijn deze niet zo vaak in de behandeling te betrekken als wenselijk geacht wordt, is het toch de vraag of de organisatie van onze gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening voldoende rekening houdt met de verbondenheid van het individu met het gezin waarin hij leeft, uitgedrukt in de klacht die het individu presenteert.

De organisatie van voorzieningen werkt een beperking tot de individuele klacht in de hand, het gezinssysteem gaat op deze uitnodiging al te graag in, de therapeuten schrikken voor deze barrières ook vaak terug.

In totaal werden 102 gezinnen door de selectie-commissie gepresenteerd. Het eindoordeel per geval zoals de selectie-commissie dit aanbracht in 4 indelingscategorieën is hier weergegeven, gesplitst naar bureau.

	LGM	MOB	SPD
Ia de bestaande problemen kunnen het beste met een gedeelte van het gezin besproken worden, nl. alleen het echtpaar	10	3	2
b idem, een ander onderdeel van het gezin	1	10	8
II het gezin c.q. een of meerdere gezinsleden is (zijn) op dit moment niet in staat in de vorm van gezins-therapie de gezinsproblemen te behandelen	9	17	19
III maatschappelijke problemen staan op de voorgrond	—	1	4
IV positieve indicatie	2	13	3
totaal: 102	22	44	36

Deze cijfers geven aan dat de meeste positieve indicaties gesteld werden bij de aanmeldingen via het MOB ($\pm 25\%$), terwijl bij LGM en SPD

in een laag percentage ($\pm 10\%$) een positieve indicatie werd gesteld. Voorts blijkt uit deze cijfers dat de selectiecommissie bij $\pm 50\%$ van de gevallen meende dat het gezin op dit moment niet in staat is de gezinsproblemen in de vorm van gezinstherapie te behandelen (categorie II). Tot dit eindoordeel werd gekomen wanneer er volgens de selectiecommissie sprake was van onvoldoende motivatie, probleem-besef of integratievermogen bij de gezinsleden.

C. Nabeschouwing — We begonnen het project met bijzonder weinig zekerheden omtrent de indicatiestelling. Wat tenslotte na veel wikken en wegen aan indicaties werd geformuleerd kan men het best kwalificeren als een inventarisatie van bestaande vóóroordelen. Het heeft echter toch zin dergelijke vóóroordelen expliciet en continu i.p.v. impliciet en incidenteel te hanteren. De bovenvermelde resultaten geven aan wat in ons geval het effect was van expliciete en continu hantering van bestaande vooroordelen.

De twee belangrijkste vragen die door onze resultaten voor de verdere discussie over de gezinstherapie als behandelingsvorm worden opgeworpen zijn:

- 1 is het juist om bij de indicatiestelling zoveel betekenis te hechten aan integratie-vermogen, inzicht en motivatie als door het selectieteam werd gedaan? Of moet, als gezinstherapie uit andere overwegingen nuttig wordt geacht, gestreefd worden naar beïnvloeding van de motivatie en niet te zwaar worden getild aan een vermeend gebrek aan integratievermogen en inzicht?
- 2 is het vanzelfsprekend en juist te achten dat — aanvankelijke — kinderproblemen (M.O.B.) vaker tot gezinstherapie leiden dan — aanvankelijke — ouderproblemen (LGM)?

III DE GEZINSBEHANDELING

Zoals bij de 'Vraagstelling en opzet' werd beschreven, waren bij de start van het experiment in de Stichting en in Nederland geen ervaren gezinstherapeuten voorhanden. Om de ervaring opgedaan in de gezinstherapie niet te sterk te laten beïnvloeden door de onzekerheid van het eerste begin, werden twee medewerkers gezocht die buiten de Stichting al meer ervaring opgedaan hadden met de gezinstherapie en werden vijf gezinnen behandeld door medewerkers van de Stichting als een vorm van training.

Alle in het kader van het experiment begonnen therapieën werden gedaan door therapeuten die tenminste één gezinstherapie hadden verricht.

In totaal werden zeven gezinnen in behandeling genomen. Elk gezin werd behandeld door twee therapeuten waarvan er één tenminste twee therapieën had verricht. De vijf gezinnen die door de therapeuten als

eerste training werden behandeld, worden hier niet besproken, omdat de selectie en de rapportage minder systematisch verricht is.

De zeven in behandeling genomen gezinnen — De therapeuten maakten een rapport van de gezinstherapieën aan de hand van een rapportageschema, waarin 23 vragen werden gesteld.

Van de zeven gezinnen werden vijf gezinnen aangemeld bij het MOB (bij één van deze vijf werd tevens de SPD ingeschakeld); twee gezinnen werden aangemeld bij de SPD.

Bij de in behandeling genomen gezinnen waren de aanmeldingsklachten van het aangemelde gezinslid niet afwijkend te noemen van wat normaliter wordt aangegeven als klacht bij de aanmeldingen voor de drie bureaus van de stichting. Het probleem zoals dit bij de aanmelding naar voren gebracht werd, vereiste als symptoom gedrag bij de aangemelde cliënt nader onderzoek en behandeling.

Men kan niet zeggen dat de aanwezigheid van de mogelijkheid tot gezinsbehandeling een verleiding is geweest om 'minor problems' tot 'big problems' te maken. In alle behandelde gevallen bleken gedurende de therapie de relationele problemen in het gezin duidelijk aanwezig. Achteraf kon bevestigd worden dat bij het stellen van de indicatie het oorspronkelijk voornamelijk aan een individu toegeschreven afwijkend gedrag niet alleen samenhang met de problemen in de gezinsrelaties, maar dat deze gezinsrelaties ook inderdaad duidelijk verstoord waren en dit ook als zodanig door de gezinsleden werd ervaren.

Bij zes van de zeven gezinnen werd de gezinstherapie met vrij weinig stoornissen voortgezet.

Eén gezin verbrak het contact, de andere zes gezinnen waren en bleven gemotiveerd voor de behandeling. Dit staat waarschijnlijk in verband met de vrij strenge selectie waarbij aan motivatie- en integratievermogen grote waarde werd gehecht. Het gezin waarbij het contact verbroken werd onderscheidde zich van de andere gezinnen niet primair qua motivatie- en integratievermogen. In dit geval lag het probleem niet zo zeer in een gestoorde relatie binnen het gezin, maar stond de gestoorde relatie van het gezin met de buitenwereld op de voorgrond.

Het is hier dus de vraag of bij de selectie rekening gehouden moet worden met de houding van het gezin t.o.v. de maatschappij. In de gezinsbehandeling kan men wel pogen de onderlinge relaties te behandelen, maar het is dubieus of deze behandelingsmethode zich leent voor die gezinnen waarin het onderlinge relatiepatroon meer een verzet tegen de maatschappij uitdrukt dan een onvrede met elkaars gedrag binnen het gezin.

De strenge selectie heeft aan de behandelde gezinnen nog een overeenkomstige karakteristiek meegegeven. Ofschoon dit niet geïntendeerd was bij de selectie, valt bij het bekijken van de verslagen van de gezinstherapie op dat bij de zes gezinnen waarmee de behandeling voortgang vond een vrij hoog ideaal bestond van 'aangepast zijn aan de

maatschappij eisen' en het ideaal van 'goed gezin'. Voorts valt op het betrekkelijk hoge niveau. De volgende beroepen werden uitgeoefend: machinist, ambtenaar, ambtenaar, zelfstandig middelgroot middenstandsbedrijf, zelfstandig klein middenstandsbedrijf en een zelfstandige agenturenhandel. In het algemeen waren de gegevens over de relationele problematiek in het gezin al vanuit het onderzoek goed bekend. De emotionele waarde voor het gezin van deze gegevens kreeg echter pas duidelijk gestalte tijdens het therapeutisch proces. Dit bevestigde de mening van de werkgroep dat een gedegen onderzoek weinig nut heeft als daaraan geen therapeutische consequenties worden verbonden. In het verloop van alle therapieën bleken de gezinsrelatieproblemen sterk onder invloed te staan van de huwelijksrelatieproblemen. Bij de meeste therapieën werden dan ook naast de gezinstherapie zittingen joint interviews gehouden met het echtpaar. De redenen voor het al of niet overgaan op joint interviews en vooral het belang van het terugbrengen in de gezinsgroep verdienen nog de nodige studie. Wat betreft de resultaten van de gezinstherapieën valt op dat het proces van 'scapegoating' het best te doorbreken was. Het tot verdwijnen brengen van de op de voorgrond staande symptomen bij de aanmelding lukte in alle gevallen. Het veranderen van de gevestigde relatiepatronen is een langdurig proces waarin de kinderen flexibeler lijken te zijn dan de ouders.

De gezinstherapie is voor zover de ervaring van de werkgroep gaat bepaald geen kortdurend proces, maar een vorm van psychotherapie, waarvoor men ruim tijd nodig heeft. Het beperken tot gereduceerde vraagstellingen en daarmee trachten een limiet aan de duur van de therapie te stellen die te voorspellen is, lijkt vooralsnog een luchtkasteel. De methoden van de gezinstherapie werden door alle therapeuten ervaren als een verrijking van het therapeutisch arsenaal. Een verrijking die in een aantal gevallen, ondanks de intensieve arbeid hiervoor nodig, duidelijk beter aansluit op de noden van de cliënt en zijn gezin dan de behandeling van de cliënt als individu.

De ineffectiviteit van de individuele behandeling van de cliënt die als exponent optreedt van een gezinsrelatieprobleem, heeft naar de mening van de werkgroep tot gevolg dat een dergelijke behandeling vaak meer tijd en mankracht kost dan de gezinstherapie.

Vooralsnog lijkt het juist veel aandacht te besteden aan de bestudering van de indicatiestelling. Met een grotere mate van gelijkvormigheid van verslaglegging zoals in dit experiment werd gedaan, neemt de kennis hierover inderdaad toe. De gezinstherapie is een behandelingsvorm die in principe door alle disciplines, gebruikelijk werkzaam in de stichtingen voor de geestelijke volksgezondheid, kan worden toegepast na een praktische trainingsperiode onder leiding van een meer ervaren kracht. De vooropleiding van de sociaal-psychiatrisch verpleegsters is voor de vorm waarin in dit experiment de gezinsbenadering werd toegepast, te

gering. Hierdoor wordt voor hen een uitgebreidere trainingsmogelijkheid noodzakelijk.

IV ORGANISATORISCHE IMPLICATIES VOOR DE OPZET EN VOORTGANG VAN DE GEZINSBEHANDELING IN EEN STICHTING VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

Het op gang brengen van een nieuwe therapievorm in een stichting voor de geestelijke volksgezondheid is geen eenvoudige zaak.

Het is een langzaam proces waarbij de betrokkenheid van de deelnemers van groot belang is. Hierbij is de eigen interesse van belang doch training, het betrokken worden in het meedenken over theoretische aspecten en in de praktische uitvoering, zijn noodzakelijke voorwaarden om het engagement vorm te geven.

De gezinstherapie eist meer van de medewerkers dan de individuele of paren therapieën. De tijden waarop de gezinnen gezamenlijk bijeen kunnen komen, vallen veelal buiten de gewone werktijden.

Men moet zich kwetsbaar durven stellen voor een tweede therapeut. Het betrokken worden in de intimiteit van een gezinsleven geeft een belasting die waarschijnlijk niet alleen een beginnersprobleem is, maar grote eisen stelt aan het inzicht in het eigen functioneren van de therapeut.

De mogelijkheden afstand te nemen zijn waarschijnlijk bij individuele en groepstherapieën groter dan bij de gezinstherapie.

Dit alles betekent organisatorisch dat men bij het starten van gezinstherapieën in een stichting voor de geestelijke volksgezondheid of andere hulpverleningsorganisatie, tijd beschikbaar moet kunnen stellen voor

- training van therapeuten;
- rijp maken van de medewerkers van het gehele hulpverleningsteam;
- support van de therapeuten door gevalbesprekingen in groepsverband onder begeleiding van een ervaren therapeut;
- support van de therapeuten door mogelijkheden voor studie en overleg over inhoudelijke en organisatorische consequenties;
- communicatiemogelijkheden tussen therapeuten en medewerkers van het gehele hulpverleningsteam.

In gezamenlijk overleg van de medewerkers van de stichting en de deelnemers van het experiment werden de volgende desiderata geformuleerd ten aanzien van de organisatie van gezinstherapieën in een stichting voor de geestelijke volksgezondheid.

- de therapieën dienen uitgevoerd te worden door twee therapeuten;
- er moet een niet te klein aantal gezinnen continu met de methodiek der gezinstherapie behandeld worden, welk aantal voorlopig op zes à zeven werd gesteld;
- de gezinstherapie is een behandelingsvorm voor alle afdelingen van

een stichting voor de geestelijke volksgezondheid; niet een aparte afdeling maar een werkgroep lijkt de meest geschikte vorm om de gezinstherapie van de grond te krijgen.

De werkgroep dient het niveau van de behandeling op peil te houden en geeft een stimulerende feedback aan de diverse afdelingen. De werkgroep moet samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van de verschillende afdelingen, die niet zelf therapieën hoeven uit te voeren, maar die wel een zodanige sleutelpositie moeten innemen in die afdelingen, dat zij hun taak, de gezinstherapiemogelijkheden te verduidelijken, kunnen waarmaken.

Of de werkgroep effectief functioneert kan afgemeten worden aan het aantal positieve indicaties dat in de diverse bureaus wordt gesteld, hoeveel therapieën er worden uitgevoerd en in hoeverre er een uitbreiding van het aantal therapeuten plaatsvindt.

De werkgroep dient voor haar werkzaamheden, waaronder ook studie gerekend moet worden, gesubsidieerd te worden. Zij is verantwoording schuldig aan de subsidiërende instantie in de vorm van een evaluatie van haar werk, waarvoor enige criteria genoemd werden.

In een stichting voor de geestelijke volksgezondheid zal deze vorm van therapie voornamelijk moeten worden uitgevoerd door maatschappelijk werkenden met V.O. of sociaal-psychiatrisch verplegenden. Het is niet mogelijk door elke stichting de training van therapeuten zelf te laten verrichten. Men zal voor de training een landelijk en waarschijnlijk tenminste drie gewestelijke (N-O, Zuid en West) instituten moeten instellen, waarin naast de gezinstherapieën andere vormen van therapie van belang voor het werk in de geestelijke volksgezondheidssector geleerd kunnen worden.

Wij denken hierbij aan groepstherapieën, gedragstherapieën, parenttherapieën, kindergroepen, crisisinterventie methoden. Men mag voor de opleiding van een therapeut minimaal een vol jaar rekenen in een goed georganiseerd trainingscentrum. In deze tijd moet de trainee het volledige salaris kunnen blijven verdienen.

SUMMARY

The article describes the development of a family therapy project in an institute for mental health.

The selection for family therapy revealed a great number of families ($\pm 30\%$) in which, apart from the referred individual, more family members had already asked for professional assistance for their mental health problems.

About a 100 families were screened and from the referrals to the Parent and Childhood Clinic the indication for family therapy was positive in 25% of the cases. From the referrals to the Marriage Counseling Bureau and the For and After Care Service the percentage was only 10%.

It could be concluded from the treatment experience that scape-goating was mostly apt to disappear quite soon during treatment. Changing relation patters based on vested interests in the family setting is quite a time taking proces.