

# Huisarts en crisisinterventie\*

DOOR W. FRANKENBERG, ARTS\*\*

## INLEIDING

In de registers van „huisarts en wetenschap” komt men de termen „crisis-theorie” en „crisis-interventie” niet tegen. Dit zou enige verwondering kunnen wekken, aangezien het hier bepaald niet om geheel nieuwe ontwikkelingen gaat. Blijkbaar bleven deze tot dusver buiten de gezichtskring van de huisartsgeneeskunde.

Speciaal voor de huisarts zijn de verschillende theorieën over crisis van groot belang voor het begrijpen van de klachten en het gedrag van bepaalde patiënten en gezinnen. De principes van crisis-interventie geven praktische richtlijnen voor de begeleiding van patiënten. Omdat het accent daarbij komt te liggen op de actuele problematiek, sluit deze methodiek goed aan bij de gebruikelijke werkwijze van de huisarts.

De theorieën over crisis bieden diverse aanknopingspunten voor preventieve activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, die ook in de algemene praktijk zijn toe te passen.

In dit artikel komen eerst enkele theoretische uitgangspunten aan de orde. De principes van de crisis-interventie en de mogelijke toepassingen daarvan in de huisartspraktijk zullen in een volgende publikatie worden besproken.

## THEORIEËN OVER CRISIS

Door het in een adem noemen van de termen „crisis-theorie” en „crisis-interventie” wordt de indruk gewekt

dat een bepaalde theorie de grondslag vormt voor een goed omschreven behandelingsmethode. Dit is niet het geval. Verschillende auteurs benaderen het begrip crisis op eigen wijze, waardoor enige verwarring rond dit begrip is ontstaan. Het is echter toch mogelijk een aantal min of meer duidelijke uitgangspunten aan te geven.

*Lindemann* wordt wel beschouwd als de grondlegger van de theorie over crisis. Naar aanleiding van zijn bevindingen bij nabestaanden van de slachtoffers van een brand in een nachtclub in Boston en bij familieleden van gesneuvelde militairen, schreef hij in 1944 een artikel „Symptomatology and management of acute grief”. Het verdriet over het verlies van een familielid of van een ander geliefd persoon, werd door *Lindemann* beschreven als een vrij typisch syndroom met psychische en lichamelijke verschijnselen. Dit syndroom kan onmiddellijk na het verlies optreden, maar het kan ook later komen, of zelfs geheel uitblijven. Er kunnen afwijkende beelden van dit „rouw syndroom” voorkomen, die echter met behulp van geschikte psychotherapeutische methodieken weer in een normaal verlopend rouwproces kunnen worden omgezet. *Lindemann* wees er op dat rouwreacties niet alleen door een sterfgeval kunnen worden opgeroepen, maar ook door andere situaties die een scheiding teweegbrengen. De essentie van zijn beschrijving is de volgende: een crisis (in dit geval de rouw) is een te voorspellen en te beïnvloeden proces na een voor het individu „kritieke” gebeurtenis. Bij *Lindemann* valt de nadruk op de begeleiding van het individu onmiddellijk na het plaatsvinden van de kritieke gebeurtenis (hoewel hij tevens reeds wees op de mogelijkheden voor een anticiperende benadering).

---

Samenvatting. Crisistheorie en crisis-interventie zijn ontwikkelingen die tot dusver weinig aandacht hebben gekregen in de huisartsgeneeskunde. In dit artikel worden enkele theorieën over crisis besproken, waarbij wordt gewezen op de verschillen in uitgangspunt tussen enkele auteurs. Bij het ontstaan van een crisis gaat het om de interactie tussen een bijzondere gebeurtenis of situatie en de eigen individuele kwetsbaarheid daarvoor. Verschillende crisisvormen worden genoemd. Tenslotte wordt aangegeven hoe men in de huisartspraktijk het bestaan van een crisis-toestand kan vaststellen.

---

*Caplan* ontwierp een model voor primaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg, waarmee wordt beoogd het voorkómen van geestelijke stoornissen onder de bevolking. Deze vorm van preventie is gericht op verbetering van het milieu, maar eveneens op vergroting van de individuele mogelijkheden moeilijke situaties te verwerken. Het gaat dus niet om behandeling van zieke individuen, maar om beïnvloeding van factoren die bij het ontstaan van geestelijke stoornissen een rol (kunnen) spelen. Hiertoe rekent *Caplan* de zogenaamde „crisis-factoren”.

Aanvankelijk beschouwde *Caplan* (evenals *Lindemann*) een crisis als de persoonlijke reactie op een traumatische gebeurtenis, zoals bijvoorbeeld een plotseling sterfgeval of de voortijdige geboorte van een baby in een gezin. Later breidde hij — onder invloed van de nog te bespreken inzichten van *Erikson* — het begrip crisis uit tot alle perioden in het leven, waarin zwaardere en/of andere eisen worden gesteld aan de psychische aanpassingsmogelijkheden van een individu. Ook normale levensfasen die een overgang betekenen (*Caplan* spreekt over „transitions”) zoals de puberteit of de

\* Bewerking van een voordracht gehouden tijdens de Boerhaave-cursus „Medische Psychologie” te Leiden in oktober 1973.

\*\* Verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie (hoofd: Prof. Dr. R. Giel) van de Psychiatrische Universiteitskliniek (hoofd: Prof. Dr. W. K. van Dijk) te Groningen.

beginperiode van een huwelijk, plaatsen iemand voor problemen en brengen hem in een situatie die hij niet kan ontlopen.

In het crisis-model van *Caplan* is sprake van een verstoring van een emotionele evenwichtstoestand door een gebeurtenis of een situatie die de bestaande mogelijkheden van het individu om deze te verwerken, te boven gaat. Hiermee wordt bedoeld dat het beschikbare repertoire aan aanpassings- en afweermechanismen, de wijze waarop dagelijkse problemen worden opgelost, de wijze waarop relaties met anderen worden gelegd, ontoereikend is voor de problemen van dat moment. Volgens de visie van *Caplan* is in de crisis echter de mogelijkheid tot groei aanwezig, namelijk wanneer het individu erin slaagt zijn mogelijkheden tot verwerking uit te breiden. Als dit lukt, is volgens *Caplan* de kans groter dat een volgende crisis ook met goed resultaat wordt opgelost. Lukt dit niet, dan kan de crisis aanleiding zijn tot minder goede reactiepatronen („coping-mechanismen”), tot minder adequaat functioneren, of zelfs tot een psychische desintegratie.

*Lindemann* en (aanvankelijk) *Caplan* beschouwen een crisis dus als de reactie op een gebeurtenis die buiten het individu plaatsvindt. Door *Erikson* en *Hart de Ruyter* wordt een crisis gezien als een normale fase in de ontwikkelingsgang. In de ontwikkeling van de mens is een aantal stadia te onderscheiden, zoals kleuterperiode, puberteit en oude dag. Bij de overgang van de ene fase naar een volgende, treedt een periode van grotere emotionele kwetsbaarheid op, veroorzaakt door de andere eisen die in de nieuwe levensfase worden gesteld. Aanvankelijk ontbreekt de aanpassing daaraan en pas na enige tijd wordt weer een nieuw evenwicht bereikt. Deze crises zijn normale toestanden die een stimulans tot groei kunnen zijn, maar die ook de mogelijkheid van een minder geslaagde verwerking in zich bergen. De niet geheel voltooide puberteitscrisis, waardoor onopgeloste autori-

teitsconflicten in latere levensfasen kunnen blijven meespelen, is daarvan een voorbeeld.

De hier genoemde auteurs beschouwen een crisis als de periode van (her)aanpassing na een bepaalde gebeurtenis of in een bepaalde situatie. De afloop van de crisis is nog onzeker: groei, stilstand of achteruitgang (desintegratie) behoren tot de mogelijkheden. De op preventie gerichte benadering (zoals bij *Caplan* en *Lindemann*) zal juist in deze onzekere fase een mogelijkheid tot interventie zien om de positieve aspecten in een crisis zo goed mogelijk te benutten.

Andere onderzoekers zijn vanuit het therapeutische vlak geïnteresseerd in crisis-interventie (*Aguilera, Golan*). Het gaat bij hen om mensen bij wie de crisis niet tot groei heeft geleid en die geen (bevredigende) oplossing hebben kunnen vinden. Deze schrijvers zien een crisis als het resultaat van de mislukte pogingen het verstoorde evenwicht weer te herstellen. Crisis-interventie is er op gericht alsnog te helpen bij de oplossing van het probleem dat tot een crisis leidde. Het is een therapeutische benadering van een enkel individu. *Caplan* cum suis richten zich veel meer op een „population at risk”, zoals een groep zwangeren, een groep weduwen, enzovoort.

Door deze verschillende benaderingen en door het door elkaar gebruiken van de termen „stress” in „crisis”, is er enige verwarring rond het begrip „crisis” ontstaan.

#### ONTSTAAN EN VERLOOP VAN EEN CRISIS

Wij hebben een crisis beschreven als de verstoring van een psychische evenwichtstoestand door een bepaalde gebeurtenis. Iedereen weet dat dezelfde gebeurtenis door de ene mens geheel anders wordt beleefd en verwerkt dan door de ander. Dit blijkt uit de verschillen in reactie op gebeurtenissen als de eerste schooldag, het ondergaan van een operatie, maar

ook bijvoorbeeld het gepensioneerd worden. Het gaat om de balans tussen draaglast en draagkracht. Dit evenwicht wordt bedreigd wanneer door een of andere gebeurtenis de draaglast wordt vergroot. Zo'n bedreigende gebeurtenis of situatie wordt in de literatuur een „hazardous event” of „stressful event” genoemd (*Rapport, Golan*).

Niet iedereen raakt uit het lood wanneer hij wordt gepensioneerd of door een andere oorzaak zijn werk verliest. Hoe een „hazardous event” wordt verwerkt, hangt niet alleen af van de ernst van het gebeuren, maar vooral van de draagkracht, dat wil zeggen de eigen individuele vatbaarheid of kwetsbaarheid voor deze gebeurtenis: de „vulnerable state”. Deze kwetsbaarheid kan voor korte tijd zijn verhoogd, zoals tijdens of na een ziekte, waardoor iemand ook emotioneel tijdelijk minder „weerbaar” is: Er kan echter ook een blijvende, levenslang vergrote vulnerabiliteit bestaan, bijvoorbeeld in de vorm van zwakzinnigheid. Onopgeloste conflicten uit vroegere levensperioden, bijvoorbeeld het niet-verwerkte verlies van een van de ouders, vergroten de kwetsbaarheid. Ook sociale factoren spelen een rol; hoe een man verwerkt dat hij plotseling wordt ontslagen, hangt mede af van de wijze waarop hij is ingebed in zijn omgeving, het systeem waarin hij leeft. Hoe zullen bijvoorbeeld de kinderen reageren op werkloosheid van hun vader; verandert zijn positie in de ogen van zijn vrouw; is het huwelijk bestand tegen het frequenter aanwezig zijn van vader in de huiselijke kring?

Het verloop van dit proces, dat wij kunnen beschrijven als de voor ieder individu specifieke interactie tussen een „hazardous event” en de individuele „vulnerable state”, bepaalt wat er verder gebeurt. Veel alledaagse levenssituaties zoals bijvoorbeeld een gezinsuitbreiding, veroorzaken in de regel geen langdurige en ernstige crisisstoestanden. Anderzijds betekent de dood van een geliefd persoon voor de meeste mensen een gebeurtenis die bijna altijd tot een toestand

van crisis zal leiden, ook al zijn de verschillen in duur en in intensiteit uitermate groot.

Wat zijn nu de kenmerken van zo'n crisistoestand? In de eerste plaats treedt er een verhoogde spanning op, een zekere mate van verwarring en een gevoel van hulpeloosheid. De oorzaak daarvan is dat de bekende en vertrouwde mechanismen voor aanpassing, afweer en oplossing van problemen in deze situatie onvoldoende blijken. Er worden nieuwe mogelijkheden geprobeerd; wanneer deze lukken, daalt de spanning en de crisis is voorbij. Mislukken zij, dan stijgt de spanning verder. *Caplan* beoogt dat doorgaans binnen maximaal zes weken een oplossing wordt gevonden, maar het kan zijn dat het niet lukt een adequate oplossing te vinden. Er kunnen dan lichamelijke of psychische symptomen tot ontwikkeling komen. Ook kan een oplossing worden geforceerd, bijvoorbeeld met een suïcidepoging.

In een crisis kunnen allerlei gevoelens iemand bezig houden. Vaak gaat het om gevoelens die wij niet willen tonen, bijvoorbeeld van boosheid, schuld, maar ook van liefde die wij liever verborgen houden. Soms brengen gevoelens iemand in verwarring omdat zij hem onbegrijpelijk voorkomen en als niet-pasend in deze situatie. Voorbeeld: de vrouw die net haar eerste baby kreeg is blij met het kind, maar tegelijk merkt zij verrast en misschien wel met verdriet, dat het moeder zijn ook negatieve gevoelens oproept: haar vrijheid is beknot en zij heeft wellicht allerlei (bijvoorbeeld een veel voldoening schenkende werkkring) moeten opgeven.

Wanneer de „hazardous event” wordt beleefd als een scheiding of als een verlies, treden er vaak depressieve gevoelens op. Een als dreiging beleefde situatie kan vooral angstgevoelens oproepen. Wanneer de situatie als een uitdaging wordt gezien (bijvoorbeeld bij iemand die juist een nieuwe werkkring heeft aanvaard), staat de hoop centraal en wordt gereageerd met inzet van alle beschikbare energie.

## VORMEN VAN CRISES

Crisissituaties die samenhangen met de door *Erikson* beschreven ontwikkelingsfasen, zoals puberteit, adolescentie, enzovoort, worden ontwikkelings- of rijpingscrises genoemd. Andere crises houden verband met de levenssituatie van het moment, bijvoorbeeld de eerste schooldag, het aangaan van een vaste relatie, ouderschap; dit zijn de situationele crises. In de meeste gevallen verloopt een dergelijke crisis gunstig: er vindt groei en ontwikkeling plaats en na de crisis functioneert het individu op een hoger niveau, dat wil zeggen hij beschikt over meer en betere mechanismen en methoden om de problemen op te lossen dan tevoren. Als derde vorm zijn er de incidentele crises, waarbij het gaat om gebeurtenissen, die veelal minder te voorspellen zijn, althans wat betreft het moment van optreden. Voorbeelden: confrontatie met ernstige ziekte van de betrokkene zelf of van een ander in zijn omgeving, ongewenste zwangerschap of echtscheiding. Speciaal bij deze situaties wordt soms niet de verwerking van de gebeurtenis, maar het mislukken daarvan met de term crisis aangeduid.

## HET HERKENNEN VAN EEN CRISIS

Nu wij weten wat een crisis is, welke vormen er zijn en hoe het verloop is, is de volgende vraag: hoe komen wij er achter dat een patiënt in een crisistoestand verkeert?

Wij hebben gezien dat wij de crisistoestand opgebouwd kunnen denken uit de interactie van „hazardous event” en „vulnerable state”. Het is dus belangrijk door gerichte vragen enig inzicht te verkrijgen in de actuele levenssituatie van de patiënt en daardoor een mogelijke „hazardous event” op te sporen. Daarbij zal de huisarts vaak worden geholpen door zijn kennis van de patiënt en van zijn milieu en door vroegere ervaringen met deze patiënt. Ook de hetero-anamnese kan aanwijzingen geven.

Wat de „hazardous event” betreft,

dit is veelal een gebeurtenis die was te verwachten: een kritieke fase in de ontwikkeling of een bepaalde mijlpaal in het leven, zoals pensionering. Voor de incidentele crisis geldt dat de huisarts al dikwijls van de gebeurtenis die tot de crisis aanleiding heeft gegeven, bijvoorbeeld een ziekte of een ongewenste zwangerschap, op de hoogte is. Een belangrijk punt is dat ook anderen door een bepaald gedrag van iemand in een crisis kunnen geraken. Het uit huis gaan van een van de kinderen veroorzaakt vaak lichamelijke of psychische klachten bij de ouders, welke vanuit crisis-theoretische opvattingen beter te begrijpen en voor begeleiding toegankelijk zijn.

De kwetsbaarheid, de „vulnerable state”, zal de huisarts in veel gevallen kunnen taxeren op grond van vroegere ervaringen, waardoor vaak valt te voorspellen dat bepaalde gebeurtenissen aanleiding zullen geven tot moeilijkheden, tot een crisis.

Vooraf bij klachten die niet van acute aard zijn, is het goed zich steeds af te vragen waarom de patiënt nu, op dit moment, komt. As er wordt gevraagd naar de onmiddellijke aanleiding voor het contact zoeken met de arts, blijkt dat in een aantal gevallen aan het bezoek aan de arts iets is voorafgegaan, waardoor een al langer bestaande toestand van spanning ineens niet meer te dragen was. Deze „precipitating event”, de druppel die de emmer doet overlopen, is vaak een kleinigheid, maar kan de sleutel zijn voor het hanteren van het probleem.

Door concrete, gerichte vragen, aangevuld met de kennis die men al heeft, zal het mogelijk zijn de hypothese van een crisistoestand te bevestigen. Het is belangrijk te letten op het functioneren van iemand. Wanneer dit anders is dan gewoonlijk, kunnen de normale „coping mechanisms” onklaar zijn. Dit kan tot uiting komen in verhoogde spanning, emotionele labiliteit, en het niet aankunnen van werk of gezin.

In een volgend artikel zullen de mo-

gelijkheden worden besproken deze inzichten in de praktijk toe te passen. Hierin zullen tevens de literatuurverwijzingen worden vermeld.

Summary. *Crisistheory and crisis-*

*intervention are recent developments which have up till now attracted little attention in general practice. In this paper some of the theories are discussed, revealing the various premises of the different authors on the subject. In the development of an individual crisis it is*

*useful to consider the interaction between the hazardous event or situation and a person's special vulnerability. Different kinds of crises are mentioned. Finally it is shown in which way crisis-situations can be diagnosed in general practice.*

---

## Farmacotherapie-gesprekken in Culemborg. Onderlinge toetsing?

DOOR J. B. H. DEEN, HUISARTS TE CULEMBORG

Het is vleidend en tegelijkertijd ook benauwend in „huisarts en wetenschap” uit de beleidsnota van de voorzitter van het N.H.G. het bestaan te vernemen van „de studiegroep Culemborg”. Er wordt blijkbaar het een en ander van ons verwacht.

Zelf wetend hoe een en ander is ontstaan durven wij toch wel op de proppen te komen met een activiteit op het gebied van farmacotherapie en prescriptie, die ons nu ongeveer twee jaar bezighoudt en die onzes inziens past in het kader van onderlinge toetsing en kwaliteitsverbetering van het werk in de algemene praktijk. Wij realiseren ons dat men op vele plaatsen in den lande op een van de vele terreinen, die de algemene praktijk bestrijkt, werkzaam zal zijn aan „verbetering en toetsing” zonder dat men buiten die plaats zelf daarvan weet. Het is eveneens duidelijk dat het onderwerp van onderzoek en de wijze, waarop het wordt uitgevoerd, sterk afhankelijk zijn van de plaatselijke situatie en verhoudingen. Ook van ons onderzoek en gesprek zal slechts onder bepaalde voorwaarden herhaling elders mogelijk zijn.

Culemborg is een kleine stad met ongeveer 17.000 inwoners, zes huisartsen, twee apothekers, een ziekenhuis, één internist, één cardioloog, twee chirurgen, één anesthesiste en één zenuwarts. Overige specialisten werken hier vanuit Utrecht of Tiel. De onderlinge samenwerking is zeer goed te noemen; daarbij speelt de overzichtelijkheid van een kleine plaats duidelijk een grote rol. De groep huisartsen heeft onderling zeer

nauwe banden; onderlinge waarneming en diensten zijn optimaal geregeld. Er zijn diverse activiteiten gaande die de werkverbetering beogen, onder meer ten aanzien van ziekenhuis en specialisten, eerste echelon, diagnostiek, enzovoort. Ontmoetingen met specialisten, apothekers en andere gezondheids- en welzijnswerkers vinden regelmatig georganiseerd en ongeorganiseerd plaats. Onderling contact is gemakkelijk en vaak vanzelfsprekend. De huisartsen en ziekenhuisspecialisten nemen deel aan de opleiding van arts-assistenten.

De farmacotherapeutische gesprekken zijn ontstaan als vervolg op een paar andere pogingen om op dit terrein gezamenlijk tot een andere aanpak te komen. Er bestond al lange tijd, wel of niet uitgesproken, onvrede zowel van de kant van de artsen als van de kant van de apothekers omtrent de prescriptie. De artsen kregen steeds vaker in vakantie-, weekend- of nachtdienst met elkaars patiënten en prescriptie te maken; de apothekers signaleerden reeds vaker de grote diversiteit in de prescriptie, vaak onnodig bewerkelijk voor de apotheek. Reclame en frequent artsenbezoek van de kant van de farmaceutische industrie werd steeds meer als verwarrend en hinderlijk ondervonden; de prijsstijging van de geneesmiddelen was algemeen bekend en verwees naar onze eigen verantwoordelijkheid in deze. Onkunde van de kant van de artsen ten aanzien van de problemen in de „keuken” van de apotheek en omgekeerd te weinig inzicht van de apotheker in de problematiek van de

sprekkamer leidde al jaar en dag tot onnodig misverstand.

Uit gesprekken tussen een der apothekers en een van de huisartsen ontstond het initiatief tot gezamenlijke aanpak. Eerst werd besloten tot gezamenlijk ontvangen van artsenbezoekers. Dit bleek al spoedig weinig voordelen te bieden boven individuele ontvangst. Hoofdbezwaar blijft: géén objectiviteit van de kant van de artsenbezoeker maar overbelichting van één preparaat en het zich zakelijk afzetten tegen concurrerende equivalenten. Goede discussie, ook in deze gezamenlijke ontvangst, is niet mogelijk. Het kost zeer veel tijd alle firma's een kans te geven de groep te bezoeken; het nuttig rendement leek ons vrijwel nihil.

Hierna is even het accent verlegd: de farmaceutische industrie werd gevraagd een afgerond klinisch-farmaceutisch onderwerp te brengen, waaraan belichting van een eigen preparaat ondergeschikt moest blijven. Ook dit bleek toch niet meer te zijn dan een interessante nascholing zonder grote betrokkenheid onzerzijds.

Tenslotte kwam van dezelfde initiatiefnemers het idee om binnen de groep artsen en apothekers tot een systematisch gesprek over farmacotherapie te komen: de prescriptie van huisartsen te doorlichten en bespreekbaar te maken. Doelstellingen waren daarbij:

- a Vereenvoudigen, rationaliseren en uniformeren van de receptuur door een weloverwogen keuze van een