

Huisarts en crisisinterventie (II)

DOOR W. FRANKENBERG, ARTS

INLEIDING

In een vorig artikel over dit onderwerp* kwam een aantal aspecten uit de verschillende crisistheorieën aan de orde. Het ontstaan en het verloop van een crisis werden besproken en tevens werd aangegeven waaraan men een patiënt in een crisistoestand kan herkennen.

DE AFLOOP VAN EEN CRISIS: HERSTEL VAN HET EVENWICHT?

Door *Aguilera* werd een model uitgewerkt waarin hij het ontstaan van een crisis trachtte te verklaren. Hij wees op een aantal „balancing factors” dat mede bepaalt of en hoe snel het in een crisissituatie verstoorde evenwicht zich weer herstelt. De sterkte of zwakte van deze factoren beïnvloeden de verwerking van een „hazardous event”.

Het gaat volgens *Aguilera* om drie factoren:

1 De perceptie van de gebeurtenis. Wanneer de perceptie van een gebeurtenis of situatie met de werkelijkheid overeenstemt, zal de betrokkene het verband kunnen zien tussen deze gebeurtenis en zijn gevoelens van spanning en onbehagen. Hij zal tevens beseffen welke de consequenties hiervan voor zijn toekomst zijn. Hij kan dan een poging doen het probleem op te lossen en daarmee de gerezen spanning doen afnemen. Wanneer hij geen realistische kijk op de toestand heeft, dan wordt wel de spanning gevoeld, maar is de „problem-solving” ineffectief.

2 Steun vanuit de omgeving. Het verlies of het ontbreken van steun uit de omgeving vergroot de kwetsbaarheid, waardoor de confrontatie met een „hazardous event” eerder tot een crisis zal leiden. De omgeving kan in belangrijke mate bijdragen in het

zoeken naar oplossingen voor het probleem.

3 De beschikbare technieken voor verweer en aanpassing: de „coping mechanisms”. Daarmee bedoelen wij de wijze waarop de betrokkene gewoonlijk met stress en spanning omgaat, de technieken die hij ter beschikking heeft om de dagelijkse problemen op te lossen. In de crisissituatie falen de beschikbare mogelijkheden voor „problem-solving”. Soms wordt op een inadequaat wijze getracht het probleem toch nog op te lossen en de spanning te verminderen, bijvoorbeeld door overmatig alcohol-gebruik of door middel van een suicide-poging.

BESCHRIJVING VAN EEN CRISIS

Met een voorbeeld wil ik illustreren hoe een crisistoestand kan worden beleefd. Het gaat om een 53-jarige ongehuwde vrouw die met haar moeder samenwoonde. Nadat de moeder ziek werd en in een verpleegtehuis was opgenomen, geraakte deze vrouw in een crisis en deed zij enkele suicide-pogingen. In een gesprek dat ongeveer een jaar later plaatsvond, beschreef zij haar ervaringen en gevoelens gedurende de crisistoestand. Het is niet moeilijk daarin de door *Aguilera* genoemde factoren te herkennen.

„Toen mijn moeder ziek werd, was ik er eigenlijk niet op verdacht dat dit zo plotseling zou kunnen gebeuren. Ik had haar nooit anders gekend dan als een flinke vrouw. Ze zeiden wel altijd tegen mij: „je moet je er toch maar op instellen dat je je moeder wel eens kunt verliezen, want ze heeft er de leeftijd voor”. Maar ik wou daar niet aan. Ik dacht: „ik zie het wel als het zover is”. (Onrealistische perceptie van de situatie)

„Ze is bijna een jaar ziek geweest en ik liep twee keer per dag naar het verpleegtehuis. Ze was praktisch nooit goed bij door die beroertes en dat beeld zag ik altijd voor mij. Het is zeker langzamerhand aan mij beginnen te vreten.

Samenvatting. In dit tweede artikel over crisistheorie en crisisinterventie wordt eerst een drietal factoren aangegeven dat mede bepaalt hoe snel het door een crisis verstoorde evenwicht zich weer herstelt. Het doel van crisisinterventie is hulp te bieden bij het herstel van dit evenwicht. Het gaat daarbij om de actuele problematiek; onopgeloste, vroegere conflicten blijven zoveel mogelijk onbesproken. Elke crisis heeft een eigen psychologische problematiek. Enkele algemene principes voor de interventie worden besproken.

De huisarts komt veelvuldig in contact met mensen in crisissituaties. Hoe groot de hulpbehoefte van dergelijke patiënten is, weten wij niet precies. Er wordt op gewezen dat crisis-aspecten van allerlei gebeurtenissen vaak niet worden onderkend.

Toepassing van de inzichten van crisistheorie en -interventie bij preventief werk vraagt een andere, meer actieve benadering dan het curatieve werk. Er worden enkele mogelijkheden die in dit veld liggen aangegeven.

Je werd wanhopig en nerveus en je ging weer onvoldaan naar huis terug. Kwam je thuis, dan was je alleen en je kon je tegen geen mens uiten. Want ik kwam toen geen mensen tegen waar ik mij vertrouwd bij voelde.” (*Onvoldoende steun uit de omgeving*)

„Je werd hoe langer hoe meer wanhopig en radeloos en je dacht bij jezelf: „wat moet ik toch doen dat er nooit eens een mens is die dat aanvoelt?”. Ze zeiden altijd tegen mij: „ja, je moet maar flink wezen” en je moest dit wezen en dat wezen. Maar dat had helemaal geen invloed op mij. Omdat ik zo wanhopig was kon het me eigenlijk niet meer schelen wat ik deed. En dan deed ik een of andere wanhopige (*suicide-*) poging, zoals ik dat een paar keer gedaan heb. Als ik dat gedaan had, dan liep ik direct naar een ander toe.” (*Niet-adequate wijze van „problem-solving”*)

„Nu achteraf denk je wel: „had ik het niet anders kunnen doen?”. Ik bedoel maar was dat nou eigenlijk de uitweg? Maar ja, het is nu eenmaal gebeurd. Je raakte ook in paniek, ik weet niet hoe ik dat moet zeggen. Je wist niet waar je heen moest, je wist niet wat je moest doen en om je heen woonden mensen die je niet begrepen. Alles bij elkaar was ik eigenlijk voor iedereen een verschoppeling, ondanks alle narigheid waar ik

* (1974) huisarts en wetenschap 17, 261.

mee zat. Ik voelde me gewoon uitgestoten. Als je nu iemand had gehad die je opving, die je het gevoel gaf „die staat naast mij”, dan was het misschien heel anders geweest. Maar ja, toen mijn moeder ziek werd, had ik ineens het idee dat nu alles wat ik bezat wegviel en dat het voor mij geen zin meer had om door te leven.”

CRISISINTERVENTIE

Met crisisinterventie richten wij ons op de actuele problematiek, met de bedoeling hulp te bieden bij het probleem of in de situatie die de aanleiding tot de crisis was. Daarbij wordt niet ingegaan op een mogelijke samenhang met onopgeloste problematiek of conflicten uit een vroegere periode, ook al spelen deze mee in de wijze waarop de huidige crisis wordt verwerkt. Onze doelstelling is niet bijvoorbeeld een neurotisch gedragspatroon te veranderen, zoals bij andere vormen van psychotherapie. Wij proberen te helpen de actuele levenssituatie weer aan te kunnen. De duur van de interventie is dan ook beperkt.

Een van de eerste beschrijvingen van een strategie voor systematische hulpverlening in een crisissituatie, vinden wij in het reeds eerder besproken artikel van *Lindemann* over het verwerken van verdriet.

De duur van de rouwreactie is afhankelijk van de wijze waarop de nabestaande zijn „grief-work” verricht. De taken waaraan in deze periode moet worden gewerkt zijn volgens *Lindemann* de volgende: de nabestaande moet zich van zijn emotionele gebondenheid aan de overledene los maken; hij moet zich opnieuw aanpassen aan een omgeving waarin de overledene ontbreekt; hij moet nieuwe, emotioneel bevredigende relaties opbouwen.

Begeleiding in een rouwfase kan het verloop van deze periode gunstig beïnvloeden. Daarbij is het van belang niet alleen aandacht te schenken aan te sterke rouwreacties, maar ook aan degenen die weinig verdriet tonen. Uitgestelde rouwreacties — die vaak op onvoorspelbare momenten optreden — alsmede pathologi-

sche reacties zouden op deze wijze kunnen worden voorkómen.

De essentie van de hulpverlening is „sharing the patient's grief work”, dat wil zeggen: hem de gelegenheid geven de pijn van het verlies ook werkelijk te ondergaan in plaats van deze te ontlopen. De nabestaande moet zijn gevoelens van verdriet en eenzaamheid kunnen uiten, maar ook zijn eventuele schuldgevoelens of mogelijke boosheid jegens de overledene door wie hij zich in de steek gelaten voelt.

Elke crisis heeft zijn eigen problematiek. In de puberteit gaat het om andere zaken dan in een crisis na een verhuizing. Desondanks kan er toch een aantal algemene uitgangspunten voor hulpverlening worden aangegeven. Uit het verhaal van de eerder beschreven patiënte wordt eigenlijk al duidelijk om welke aspecten het bij crisisinterventie gaat:

1 Verheldering van de situatie: wij proberen de patiënt (verstandelijk) inzicht in zijn eigen toestand te geven, zodat hij het verband gaat zien tussen zijn gevoelens van hulpeloosheid, spanning en onzekerheid en de gebeurtenis die aanleiding was tot het ontstaan van de crisis.

2 Hulp om de gevoelens te kunnen uiten die met het actuele probleem of met de situatie zijn verbonden en die de betrokkene om allerlei redenen onderdrukt, zoals gevoelens van schuld, boosheid en liefde. Daarbij is het belangrijk deze gevoelens voor de patiënt aanvaardbaar te maken, dat wil zeggen hem duidelijk te maken dat dergelijke gevoelens normaal en acceptabel zijn.

Waar het op aankomt is, dat in het gesprek ruimte wordt gegeven voor andere gevoelens dan die welke in de situatie cultureel min of meer zijn voorgeschreven. De vermoeide moeder in het kraambed kan anemie hebben, maar er kan ook meer zijn; een vraag als „Hebt u nu nog wel tijd voor uzelf?” of: „Uw leven is ineens wel erg veranderd”, bijvoorbeeld bij een vrouw die tevoren werkte kan een opening voor een gesprek geven.

Het bespreekbaar maken van tegenstrijdige, vaak negatieve gevoelens kwam ter sprake naar aanleiding van het werk van *Lindemann*. Een voorbeeld van een dergelijk gesprek met een nabestaande kan men in een artikel van *Blom* vinden. Er zijn veel meer van deze situaties aan te geven. Zo hebben na een echtelijke scheiding veel mensen behoefte ook eens positieve gevoelens ten opzichte van hun vroegere partner te uiten. Een echtscheiding betekent vaak een oplossing voor een onhoudbare situatie, maar veelal is de beslissing niet zonder pijn genomen. Er zijn ook goede herinneringen aan vroeger, maar zoals het voorgeschreven gedrag in de rouw zegt: „van de doden niets dan goeds”, zo kan er na een scheiding van de vroegere partner „niets dan kwaads” worden gesproken. Het is niet zo moeilijk ruimte te geven voor deze andere, „niet-passende” gevoelens; wij moeten er alleen naar durven vragen. Het bespreekbaar maken daarvan kan een grote opluchting geven en bijdragen tot het verminderen van de spanning.

3 Exploratie van mogelijkheden om (het probleem te hanteren). Wanneer de patiënt een realistischer beeld van zijn situatie heeft gekregen en door het kunnen uiten van zijn gevoelens ook tot enige ontspanning is gekomen, dan is de volgende stap hem zelf actief naar alternatieve oplossingen van het probleem te laten zoeken. Daardoor wordt zijn zelfvertrouwen groter en kan het ontstaan van een passieve afhankelijkheid ten opzichte van de hulpverlener worden vermeden. De activiteit van de laatste is er vooral op gericht te voorkomen dat de betrokkene voor de oplossing van de crisis niet-adequate methoden voor het hanteren van problemen gaat gebruiken, zoals terugtrekken uit de situatie, ontkenning van het probleem of agressie.

Reeds eerder werd er gewezen op het belang van het opsporen van een mogelijk „precipitating-event”, een gebeurtenis die de onmiddellijke aanleiding tot het ontstaan van de crisis

was. Even belangrijk is het tot een taxatie van het sociale netwerk rond de patiënt te komen. Zijn er anderen dan hijzelf in de crisis betrokken?; op wie kan er bij de oplossing van het probleem een beroep worden gedaan?

4 Hulp bij het herstel van sociale contacten, waarbij vaak samenwerking met anderen, bijvoorbeeld maatschappelijk werk, nodig zal zijn. Gesprekken van de hulpverlener met de patiënt en een of meer „belangrijke anderen” uit zijn omgeving tezamen, misschien met een geheel gezin, kunnen zeer waardevol zijn. Het is ook voor de huisarts heel goed mogelijk met dergelijke „joints”, gesprekken met verschillende personen tegelijk ervaring te krijgen.

Voorwaarde voor een geslaagde crisisinterventie is, dat de hulp op het juiste moment komt. Het gevoel van hulpeloosheid en spanning dat iemand tijdens een crisis ervaart, maken hem meer toegankelijk voor hulp, waardoor het vaak mogelijk is met een beperkte investering in tijd in een korte periode relatief veel te bereiken. Op het hoogtepunt van de crisis, wanneer blijkt dat de eigen mogelijkheden om problemen op te lossen falen, is de bereidheid tot het accepteren van hulp van buiten in het algemeen het grootst. Volgens *Caplan* is er meestal na vier tot zes weken weer een nieuw evenwicht gevonden. Hoe wankel dit ook is en hoe inadequaat de oplossing van de crisis moge zijn, de spanning is — misschien slechts tijdelijk — vermindert en de motivatie tot het aanvaarden van hulp blijkt dan vaak weer te zijn afgenomen.

Een ander principe van de crisisinterventie is het beschikbaar zijn van de hulpverlener op het moment waarop de patiënt hem nodig heeft. De ervaring leert dat dit zelden leidt tot een overmatig beroep doen op de tijd van de hulpverlener.

BETEKENIS VAN CRISIS-INTERVENTIE VOOR DE HUISARTS

De huisarts komt dagelijks in aan-

raking met patiënten die in een crisis verkeren. Vaak gaat het daarbij om gezonde mensen, die vóór de crisis redelijk functioneerden, maar die nu — tijdelijk — in een emotionele verwarring verkeren. Bij een andere groep patiënten lijkt het leven uit een aaneenschakeling van crises te bestaan. Het zijn de individuen en gezinnen waarvan de kwetsbaarheid groot is en de mogelijkheden om stress en probleemsituaties te hantieren gering. Vaak vinden wij bij deze groep duidelijke psychiatrische symptomatologie.

Tot deze laatste groep behoren ook de cliënten van de verschillende crisiscentra. In de meeste gevallen zijn dit psychiatrische patiënten die of zelf in een crisis verkeren, of in hun omgeving een crisis hebben veroorzaakt. Slechts bij een klein aantal van deze patiënten worden traditionele crisissituaties zoals rouw en scheiding gevonden (*Wiersma* en *Giel*). Een kenmerk van deze groep is het grote aantal heropnamen dat plaatsvindt. Van de in 1973 in het crisiscentrum te Groningen opgenomen patiënten werd in datzelfde jaar 17.7 procent tweemaal of vaker opgenomen; 57 procent had al minstens een psychiatrische opname achter de rug.

Wat de eerste groep, de „gezonde” crisisgevallen betreft, hiervan weten wij nog weinig over de ernst van de crises en over de hulpbehoefte. Er zijn echter wel aanwijzingen dat hier voor de huisarts een taak zou kunnen liggen. Uit een onderzoek van *Nagel* onder weduwen bleek dat velen bij het verwerken van hun verdriet hulp van de huisarts verwachten. *Le Masters* kwam in zijn onderzoek tot de conclusie dat de komst van een eerste kind in 83 procent van de door hem bestudeerde gezinnen een duidelijke, soms ernstige crisisreactie had veroorzaakt.

Vaak wordt het crisis-aspect van een gebeurtenis niet onderkend. Dit zal gemakkelijk gebeuren, wanneer niet de direct bij de gebeurtenis betrokkene, maar een ander daarvoor in een crisis geraakt. In het

voorbeeld dat ik in dit artikel gaf, bracht de ziekte van de moeder (die daarvoor alle aandacht kreeg) een crisis bij de dochter teweeg. Maar pas na een suicide-poging kwam haar nood aan het licht.

Het crisis-aspect van een gebeurtenis wordt zichtbaar wanneer wij ons afvragen welke gevolgen deze gebeurtenis voor de betrokkene en zijn omgeving zal hebben. Welke problemen komen, zowel in materieel als in emotioneel opzicht naar voren? Welke veranderingen treden op in de sociale rollen die iemand vervult? Welke evenwichten worden verbroken? Welke belangrijke levensdoelen, zoals gezondheid, zekerheid, bevredigende emotionele relaties, komen in gevaar?

Let men op deze punten, dan zijn in vele situaties die onder de aandacht van de huisarts komen crisisverschijnselen vaak gemakkelijk te herkennen. Het ontdekken van een ernstige ziekte bij een kind, bijvoorbeeld diabetes, kan bij de ouders een crisis veroorzaken, waarin naast de zorg voor de toekomst van hun kind ook schuldgevoelens: „waren wij maar eerder naar de dokter gegaan” en agressie: „waarom treft juist óns dit?” een rol kunnen spelen. Invaliditeit kan een verandering in rollen betekenen: men wordt afhankelijker, moet verzorging ondergaan; een ander moet de rol van verzorger op zich nemen.

Verlies van werk kan om vele redenen tot een crisis leiden: zekerheden vallen weg, een lager inkomen kan consequenties hebben ten aanzien van het sociaal functioneren, zoals niet meer kunnen meedoen aan bepaalde activiteiten, verlies van vroegere vrienden.

Het is belangrijk te bedenken dat achter allerlei symptomen, zoals depressie, gebrek aan eetlust, slaapproblemen of schoolproblemen, een crisis kan schuilgaan. Bij de begeleiding van deze patiënten kunnen de genoemde principes van crisisinterventie enig houvast bieden. In plaats van het voorschrijven van sedativa, kan men de patiënt inzicht in zijn eigen situatie trachten te geven en

hem de realiteit onder ogen doen zien. Men kan hem helpen bij het bespreekbaar maken van de gevoelens die de betrokkene bezighouden. Daarvoor is het nodig dat men enig inzicht heeft in de specifieke psychologische taken die moeten worden volbracht om een crisis de baas te worden. De kennis die de huisarts vaak bezit over het netwerk van relaties rondom de patiënt, kan bij het zoeken naar oplossingen van nut zijn.

PREVENTIEVE ASPECTEN

Bij preventie van psychische stoornissen gaat het niet alleen om het voorkómen dat dergelijke stoornissen optreden, maar ook om het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking. *Caplan* onderscheidt drie vormen van preventieve geestelijke gezondheidszorg:

1 Primaire preventie: doel is door het bevorderen van de geestelijke gezondheid welke wel met het vage begrip „mental health” wordt aangeduid, het aantal nieuwe gevallen van psychische stoornissen te verminderen. Dit tracht men te bereiken door beïnvloeding van factoren die bij het ontstaan van ziekte een rol spelen (vergelijk het bacterievrijmaken van de veestapel bij de bestrijding van tuberculose).

2 Secundaire preventie: doel is de duur van de stoornissen die zich ondanks primaire preventie toch zullen voordoen, door middel van vroegtijdige opsporing, diagnostiek en behandeling te beperken (te vergelijken met het opsporen van tuberculosegevallen door middel van bevolkingsonderzoek, direct gevolgd door behandeling).

3 Tertiaire preventie: beoogt de gevolgen van de opgetreden stoornissen door intensieve behandeling en revaliderende maatregelen te beperken. Het preventieve aspect is de beperking van de restverschijnselen en een daardoor dreigende invaliditeit ten gevolge van de stoornis (vergelijk het verstrekken van een pro-

these na een been-amputatie in aansluiting aan een ongeval).

Curatieve geneeskundige zorg wordt in het algemeen „op afroep” geleverd, dat wil zeggen: wij laten het meestal aan het individu over zichzelf als patiënt te herkennen en zich voor onderzoek en behandeling aan te melden.

Bij preventieve zorg hebben wij een zekere keuze gemaakt: wij vinden het wenselijk een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld poliomyelitis of een bepaald gedrag, bijvoorbeeld roken te voorkómen. Op grond van dit standpunt besluit men tot activiteiten die soms door het individu als inmenging in zijn privé-leven worden gevoeld en die dan ook nu en dan verzet ontmoeten (men denke aan weerstanden tegen poliomyelitis-immunisatie of drinkwaterfluoridering). Ook is de preventieve werkwijze een andere: niet afwachtend, maar „outreaching”: men zoekt zelf de individuen op die men wil bereiken.

In de geestelijke gezondheidszorg is preventie gecompliceerder dan bij de bestrijding van infectieziekten. Het definiëren van datgene wat wij door preventie willen voorkómen is moeilijk. De grenzen tussen ziek en gezond zijn veelal onscherp en worden mede door tijd en cultuur bepaald. Wij missen in de regel het inzicht in de condities die emotionele stoornissen doen ontstaan (dat zou dan het equivalent zijn van de tuberkelbacil) en daarmee het aangrijpingspunt voor werkelijke primaire preventie. Wij moeten het voorlopig doen met een aantal aan de praktijk ontleende observaties.

De inzichten uit de crisistheorieën en de principes van crisisinterventie kunnen wij ook bij de drie vormen van preventieve activiteiten trachten toe te passen.

Bij de primaire preventie gaat het erom te voorkómen dat mensen in een crisis geraken. Vergelijkbaar met hygiënische maatregelen ter beteugeling van tyfus kunnen wij denken aan psycho-hygiënische maatregelen. Beter scholen, betere ziekenhuizen, beter functionerende gezinnen zou-

den bescherming tegen bepaalde bedreigende gebeurtenissen kunnen bieden, maar wij zijn op dit moment nog nauwelijks in staat dit „betere” te specificeren.

Tot deze vorm van preventie behoort ook het bevorderen van gezondheid, dat wil zeggen: het bevorderen van gezonde „coping mechanisms”. Uitgaande van de onder andere door *Caplan* verdedigde visie, dat een goed doorstane crisis een grotere kans geeft op het goed doorlopen van een volgende crisis, kan men op een te verwachten crisis trachten te anticiperen en het verloop daarvan begeleiden.

Een voorbeeld van een dergelijke activiteit vinden wij bij *Signell*. Deze vormde gespreksgroepen van ouders van wie het oudste kind voor het eerst naar school zou gaan. In een dergelijke groep werden de ouders door voorlichting en discussie voorbereid op de — emotionele — reacties die zij bij zichzelf, bij het kind en bij de leerkracht konden verwachten. Door een dergelijke, op een grotere populatie gerichte „anticipatory guidance” tracht men het gunstige verloop van een situationele crisis te bevorderen, ook al weet men dat de meeste ouders en kinderen hier ook zonder hulp van buiten wel doorheen komen. De verwachting is dat ouders nu een volgende crisis, bijvoorbeeld wanneer het kind in de puberteit is gekomen, beter aan zullen kunnen.

De vraag die hierbij opkomt is hoe ver men met een dergelijke benadering moet gaan. Moet men de administratie van zuigelingen en kleuters die nu ten behoeve van inenting is opgezet ook gebruiken om te signaleren dat het kind naar de kleuterschool gaat? Het lijkt wel duidelijk dat wij momenteel ten aanzien van de begeleiding in kritieke levensfasen minder „outreaching” zijn ingesteld dan bij onze immunisatieprogramma's. Uiteraard ontbreekt bovendien de mankracht.

Bij de secundaire preventie denken wij aan vroege diagnostiek en snelle behandeling door te letten op de

eerste symptomen van het ontstaan van een stoornis. Dit ligt waarschijnlijk veel meer binnen het terrein van de huisarts. Bij de patiënt die na verhuizing juist in de praktijk is gekomen, bij het kind dat enige weken in het ziekenhuis heeft gelegen, bij de man die een maand geleden werd gepensioneerd, in het gezin waar een kind werd geadopteerd en in veel meer van dergelijke situaties kan men er op letten hoe diepgaand de uitwerking van dergelijke potentiële crisis-verwekkende gebeurtenissen is. Zijn er tekenen dat de verwerking van de gebeurtenis de eigen mogelijkheden tot „problem solving” overschrijdt? Symptomen daarvan zijn bijvoorbeeld herhaald of plotseiling bezoek aan de huisarts met klachten zonder duidelijke organische basis of voor een reeds lang bekende aandoening. De huisarts kan dan in de bres springen en of zelf extra hulp geven of naar anderen verwijzen. Voorwaarde is uiteraard dat de behoefte aan hulp ook bij de patiënt aanwezig is of kan worden gestimuleerd. Ook dit is weer een van de problemen die wij bij preventief werk tegenkomen. Is het goed slapende honden wakker te maken? En waarop baseren wij ons oordeel?

Tenslotte de tertiaire preventie die niet zo duidelijk van de vorige vorm is af te grenzen. Men zou kunnen stellen dat het hierbij gaat om de „high-risk”-groep: individuen — of gezinnen — van wie wij weten dat zij kwetsbaarder zijn of bij wie het leven een aaneenschakeling van crises schijnt te zijn.

De in dit artikel beschreven patiënte kan als een „high risk”-patiënte worden beschouwd: een oudere, ongehuwde vrouw die door de ziekte van haar moeder alleen is komen te staan. Is het niet enigszins optimistisch maar aan te nemen dat

zij zich ook zonder moeders steun wel zal redden?

Andere „high-risk”-situaties zijn: ernstig neurotische patiënten, alcoholisme; chronische ziekte in een gezin, echtscheiding, werkloosheid, enzovoort. Een belangrijk preventief principe is dat men moet trachten te vermijden dat kritieke gebeurtenissen of situaties zich opstapelen. Op grond van dit inzicht werden vroeger tijdens een poliomyelitis-epidemie tonsillectomieën zoveel mogelijk uitgesteld: de tonsillectomie vergrootte de vatbaarheid voor poliomyelitis. Zo zou men eveneens een tonsillectomie moeten uitstellen wanneer een kind om andere redenen reeds een verhoogde emotionele kwetsbaarheid heeft, bijvoorbeeld wanneer het pas enkele weken naar school gaat.

BESLUIT

Crisisinterventie is een methodiek in ontwikkeling. Er zijn nog vele onzekerheden, niet alleen wat betreft de theoretische fundering, maar ook ten aanzien van indicatiestelling en de plaats die de crisisinterventie tussen andere vormen van psychotherapie inneemt.

De bedoeling van deze bijdrage was de aandacht op deze methodiek te vestigen en een aantal mogelijkheden aan te geven om de inzichten uit crisistheorie en crisisinterventie in de huisartspraktijk toe te passen.

Summary. General practitioner and crisis intervention (II). In this second article on crisis theory and crisis intervention an outline is first given of three factors which are among the determinants of the rate at which the balance disturbed by the crisis is restored. The purpose of crisis intervention is to aid to this restoration of balance. The focus is on current problems; earlier unsolved conflicts are left undiscussed if possible. Each crisis has its own psychological

problems. Some general principles of intervention are discussed.

General practitioners frequently encounter people in crisis situations. We do not exactly know the extent of these individual's need for help. It is pointed out that crisis features of various events are often not identified as such. Application of views of crisis theory and crisis intervention in preventive work requires another, more active approach than that in curative work. Some possibilities in this field are outlined.

- Aguilera, D. C., J. M. Messick & M. S. Farrel. Crisis intervention, theory and methodology, Mosby Company, Saint Louis, 1970.
- Blom, M. B. (1972) Maandblad Geestel. Volksgezondh. 27, 25.
- Caplan, G. Principles of preventive psychiatry, Basic Books Inc., New York, 1964.
- Caplan, G. & H. Grunebaum. (1967) Arch. gen. Psychiat. 17, 331. Ook in: P.E. Cook (ed.): Community psychology and community mental health. Holden-Day, San Francisco, 1970.
- Erikson, E. H. Identity, youth and crisis. Norton, New York, 1968.
- Golan, N. (1969) Social Casework 50, 389.
- Hart de Ruyter, Th. Ontwikkelingspsychiatrie en preventie van stoornissen in de emotionele ontwikkeling (afscheidscollege). Wolters-Noordhoff, Groningen, 1973.
- Le Masters, E. E. Parenthood as crisis. (1957) Marriage and Family Living 19, no 4.
- Lindemann, E. (1944) Amer. J. Psychiat. 101, 141.
- Nagel-Ossedrijver, E. H. (1973) Maandblad Geestel. Volksgezondh. 28, 387.
- Rapoport, L. The state of crisis: some theoretical considerations, (1962) The Social Service Review 26, no 2.
- Signell, K. A. (1972) Community Mental Health 8, 60.
- Wiersma, D. & R. Giel. (1974) T. Soc. Geneesk. 52, 320.

De artikelen van Le Masters, Lindemann en Rapoport zijn ook te vinden in: H. J. Parad Crisis intervention: selected readings. Family Service Association of America, New York, 1965.