

„Caplan revisited”

Een ooggetuigeverslag van twee huisartsen

Tijdens het in mei 1978 gehouden „Seminar on Primary Prevention 1978” zijn voor de huisartsgeneeskunde en voor de eerstelijns gezondheidszorg belangrijke elementen aan de orde gekomen. In het hierna volgende wordt door Henk Lamberts en Heert Dokter stilgestaan bij het werk van Caplan en de ontwikkeling daarvan in de afgelopen twee decennia, waarna de praktische consequenties voor de eerstelijns gezondheidszorg worden beschreven.

Bij de voorbereiding van het in Utrecht gehouden „Seminar on Primary Prevention 1978” speelden het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (Mr. Bruyel en Dr. van Meurs) en de Nederlandse „preventiewerkers” (in de personen van Van der Berg en Hosman) een belangrijke rol.

Met het begrip preventiewerker komt reeds één van de belangrijkste aspecten van dit seminar naar voren. De preventiewerker is een „artefact” in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland op basis van een beslissing van de toenmalige minister van CRM, mevrouw Klompé. Op grond van allerlei overwegingen meende men dat preventie in de geestelijke gezondheidszorg van groot belang was en dat dit belang gediend zou zijn met het toevoegen van preventiewerkers aan de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden die door de ministeries voor de Volksgezondheid en CRM werden gesubsidieerd. De financiering werd geregeld, de preventiewerkers werden aangetrokken, wat zij moesten doen was en bleef onduidelijk.

De onduidelijkheid wat nu precies primaire preventie in de geestelijke gezondheidszorg is en hoe dat dan wel gedaan moet worden heeft de vierentwintig deelnemers aan het seminar vier dagen intensief beziggehouden. De meeste deelnemers stamden uit de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Daarnaast was een reeks vertegenwoordigers van „het beleid” aanwezig, terwijl twee huisartsen de relatie met de eerstelijns gezondheidszorg legden.

Doel van ons verslag

Het is niet onze bedoeling hier een volledig verslag van het Seminar te geven. Dat zal zeker door anderen worden ge-

daan. De door Caplan geleverde persoonlijke bijdrage aan dit Seminar heeft grote indruk op ons gemaakt en vormt de grondslag voor dit relaas.

Het werk van Caplan

In 1962 vond in Scheveningen een congres plaats met als titel „Primary Prevention of Mental Disorders in Children”. Tijdens dit congres kwamen met name de toen zeer moderne opvattingen van Caplan naar voren over primaire preventie en ook over „mental health consultation”. Kennelijk resulteerde het congres in een roes van optimisme over de mogelijkheden tot daadwerkelijke preventie van „mental disorders” over te gaan.

Sindsdien is er in het werk van Caplan een evolutie opgetreden en hij heeft verschillende inzichten, welke toen opgeld deden, ingrijpend gewijzigd. Dit is een natuurlijke gang van zaken. Het is dan ook eigenlijk verbazingwekkend dat een aantal deelnemers er moeite mee had dat hetgeen Caplan twintig jaar geleden schreef nu niet meer letterlijk als juist of als praktisch hanteerbaar kan worden gezien.

Caplan neemt duidelijk afstand van een aantal opvattingen van toen waarbij vooral de idee van de „mental health consultation” het moet ontgelden. De betekenis van empirische gegevens schuift hij als essentieel naar voren. Hetgeen geen toetsing toelaat, hetgeen onmeetbaar is, hetgeen niet in een concrete onderzoekssituatie zichtbaar gemaakt kan worden, is voor hem van weinig belang voor de primaire preventie.

Ofschoon de naam Popper niet is gevallen, is in het werk van Caplan een ontwikkeling langs de lijnen van de filosofie van Popper zichtbaar. Het falsifiëren van ideeën is belangrijk en elk idee moet wor-

den getoetst aan de ruige werkelijkheid van het dagelijks leven. Opnieuw een uitgangspunt dat bij een aantal deelnemers weerstand opriep.

Nu was de strengheid waarmee Caplan zijn uitgangspunten hanteerde groot, ofschoon het ons als huisartsen ten zeerste aansprak. Alles wat niet voor toetsing in aanmerking komt, wordt door hem betiteld als „for the birds”. Dit betekende dat mooie doch weinig substantiële gedachten als positieve gezondheidszorg en „health promotion” terzijde werden geschoven als „vogelvoer”. Het zijn concepten waarmee in het model van Caplan niet kan worden gewerkt en die dan ook geen nadere beschouwing behoeven. Hetzelfde geldt voor het begrip gezondheid waarvoor Caplan evenmin een aanvaardbare definitie kent.

Definitie van primaire preventie

In deze sfeer moet dan ook de door Caplan gegeven definitie van primaire preventie uiterst letterlijk en in al zijn gestrengheid worden opgevat: „The primary prevention of mental disorders and mental retardation in children denotes planned programs that are designed to reduce the incidence of named pathological conditions in a population of children, not currently suffering from those conditions”.

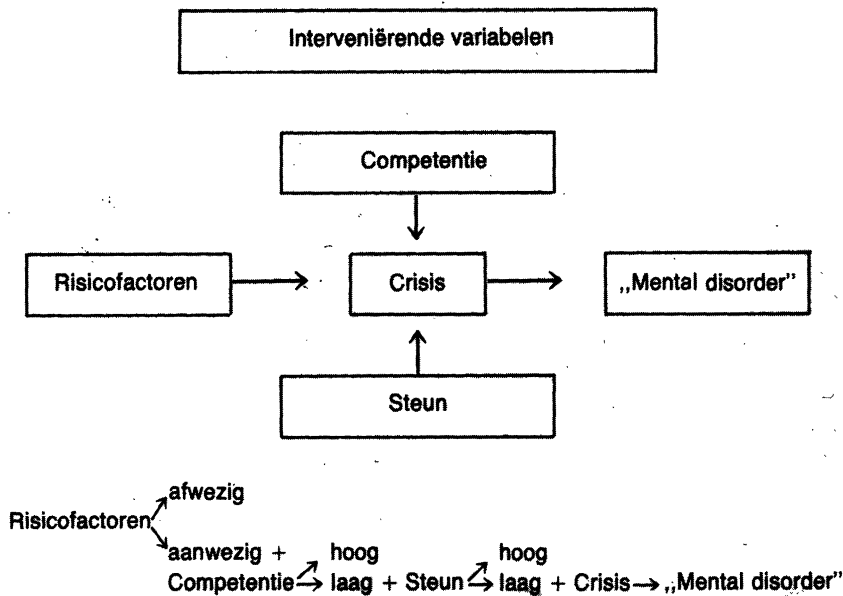
Het is opvallend dat het begrip ziekte wordt geïntroduceerd in de vorm van „named pathological conditions”. Het is „pathologisch” en het dient exact omschreven en benoemd te zijn. Wanneer men het label opplakt dan is het vanaf dat moment weliswaar pathologisch, maar het speelt in de definitie van Caplan een ondergeschikte rol tot het moment dat er sprake is van een reductie van de incidentie en deze incidentie moet exact gemeten worden.

Het is duidelijk dat praktisch geen enkele preventiewerker volgens deze strenge definitie werkt of kan werken. Uiteraard roept dit weerstanden op. Toch is het opmerkelijk dat gedurende de dagen van het seminar de definitie en de gedachtengang, welke eraan gekoppeld is, door velen als een praktisch hanteerbaar en gezond denkmodel werd aanvaard.

Eén van de winstpunten is dat het bespreken van het begrip primaire preventie zeer gediend is met een duidelijk model.

Het model van Caplan

Het model dat Caplan op basis van de hiervoor genoemde definitie ontwikkelde, is voor ons van groot belang. Het rekent af met alle ideeën over een soort lineaire causaliteit van bepaalde gebeurtenissen en omstandigheden met het ontstaan van



bepaalde „mental disorders” zoals in der tijd uit het werk van Bowlby naar voren kwam. Wij gebruiken hier het begrip „mental disorders” omdat dit meer ruimte biedt en ook minder stigmatiserend is dan de Nederlandse termen „psychiatrische ziekten” of „psychische stoornis”.

Caplan stelt dat zijn model een multifactorieel ecologisch evenwicht in de tijd weergeeft. Er is sprake van een zeer gecompliceerd evenwicht waarbij de balans op tal van momenten door tal van omstandigheden juist wel of juist niet kan doorslaan. In de tekening zijn de belangrijkste elementen van zijn model weergegeven. Schematisch komt het er op neer dat er slechts dan een „mental disorder” kan ontstaan wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Er dient sprake te zijn van risicofactoren. Een reeks interveniërende variabelen dient gezamenlijk een rol te spelen. Een crisissituatie is vaak noodzakelijk maar niet altijd. Naast de crisis – in elk geval een gunstig moment om te interveniëren – dient de competentie te kort te schieten en er dient sprake te zijn van onvoldoende „support” (steun). Onder het model is op een strakke wijze het feit aangegeven dat in de ogen van Caplan slechts sporadisch sprake kan zijn van de totstandkoming van een „mental disorder”. De reeks noodzakelijke stappen is groot.

Ook het begrip risicofactor is in de ogen van Caplan beperkter dan in het spraakgebruik vaak het geval is. Slechts die factoren worden als risicofactor aanvaard indien bij verschillende onderzoeken een duidelijke relatie is aangetoond tussen het bestaan van de risicofactor en het later optreden van „mental disorder”. Voor kinderen aanvaardt Caplan als bewezen risi-

cofactoren onder andere aangeboren afwijkingen, genetische defecten, zwangerschapsfactoren (zoals toxicose, rubeola, roken), geboortetrauma, prematuritas, ernstige ongevallen, herhaalde en langdurige hospitalisaties, armoede en culturele deprivatie, ernstige familieproblemen met duidelijk gewelddadige aspecten, psychiatrische ziekten bij de ouders zoals schizofrenie en ernstige depressies (bij de moeder), falen op school. Interessant is dat bijvoorbeeld een scheiding niet als een risicofactor wordt geaccepteerd, tenzij aan de scheiding ernstige familiemoelijkheden met gewelddadige aspecten vooraf zijn gegaan.

Combinatie van factoren

Weinigen reageren op het bestaan van risicofactoren tenslotte met een „mental disorder”. De interveniërende variabelen spelen steeds een grote rol. De crisis staat centraal. Het opvangen van de crisis wordt vereenvoudigd door competentie en door het bestaan van steun in de omgeving. Competentie wordt omschreven in termen als: het vermogen om problemen op te lossen, het vermogen om de eigen positie duidelijk te zien en deze in interpersoonlijke relaties te handhaven, ik-sterkte. De mate van competentie verandert in de tijd. Vervolgens is er sprake van „support-systems” in de directe omgeving. Deze steunmogelijkheden kunnen voortkomen uit het gezin, uit de buurt, uit de vriendenkring, uit een kerkgenootschap, uit een vereniging en wat al niet. Beide – competentie en steun – maken dat het vermogen tot „coping” bij het optreden van een crisis wordt versterkt.

Een crisis leidt ertoe dat zich niet alleen emotionele problemen voordoen, maar

dat met name ook een cognitieve desorganisatie optreedt. Het is nu juist het tekort schieten van de cognitieve mogelijkheden die het iemand moeilijk maakt om met de crisis om te gaan.

Eén van de opmerkelijke veranderingen in de benadering van Caplan van crisisinterventie is, dat hij, in tegenstelling tot wat de afgelopen jaren te doen gebruikelijk was, niet meer de emotionele aspecten sterk benadrukt, maar vooral de cognitieve. Mensen zien tijdens een crisis – en ook bijvoorbeeld wanneer zij depressief zijn – zichzelf en hun omgeving onvoldoende realistisch. De mogelijkheden om met de realiteit om te gaan zijn sterk afgenomen, het beeld van zichzelf en van de omgeving is incompleet en vertekend. In de therapie dient nu juist op de cognitieve aspecten van de crisissituatie te worden ingehaakt.

Voor het doen van primaire preventie betekent het voorgaande dat de aandacht gericht dient te zijn op een populatie bij wie risicofactoren aanwezig zijn, een lage competentie bestaat, crisissituaties zijn te verwachten of daadwerkelijk aanwezig zijn en bij wie de steunmogelijkheden tekort schieten. Dit maakt dan tevens dat de aangrijpingspunten veelvoudig zijn. Zowel op het streven naar versterking van competentie als op het opbouwen van een „support-system” kan de nadruk worden gelegd, maar ook crisisinterventie dan wel het voorkomen van risicofactoren zijn aanknopingspunten. Caplan is echter van mening dat het verminderen van de risicofactoren geen zaak is van de (sociaal) psychiater. Hij laat dit over – wat de geneeskunde betreft – aan anderen, zoals kinderartsen, obstetrici, genetici enzovoort.

Dit beperkt tevens de specificiteit van allerlei therapieën, die in de ogen van Caplan weinig meer zijn dan een persoonlijke voorkeur of een „hang up” van een professional in de geestelijke gezondheidszorg. Wat het benadrukken van technieken betreft spreekt hij veelzeggend van „the tail wags the dog”.

Relativering

Wij hebben geprobeerd een globaal beeld van het model van Caplan te geven. Het spreekt voor zichzelf dat een ieder die precies wil weten waar het om gaat naar de desbetreffende literatuur wordt verwezen. Het gaat ons er vooral om dat zijn benaderingswijze van primaire preventie en van het ontstaan van „mental disorders” een sterke relativering van de manier van werken in de geestelijke gezondheidszorg teweegbrengt.

Caplan's model vormt tevens een aan-

trekkelijke mogelijkheid om een brug te slaan tussen de eerstelijns gezondheidszorg en de geïnstitutionaliseerde geestelijke gezondheidszorg. De huidige discussie over de vorming van de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en de Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) en over het onder de AWBZ brengen van de talrijke vormen van ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft ons nogal wat schrik bezorgd. Het lijkt niet uitgesloten dat zich een bijna autonome ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg gaat voordoen, welke zich mede door de financiële impuls als een vreemd lichaam in het geheel van de gezondheidszorg gaat gedragen en praktisch los staat (blijft staan) van de eerstelijns. Het seminar met Caplan heeft niet anders dan argumenten opgeleverd om nu juist niet in deze richting te gaan. Dit kan wellicht het fraaist aan de hand van de gewijzigde opvattingen van Caplan over „mental health consultation” en over „collaboration” worden gedemonstreerd.

Mental health consultation

De waarde van consultatie is veel perkter dan men in de zestiger jaren heeft gedacht. Het blijkt eigenlijk alleen maar goed te werken in een goed georganiseerde groep met duidelijk omschreven doelstellingen, een behoorlijk professioneel niveau en de uitgesproken wens om beter met bestaande problemen om te gaan. Een slechte organisatie heeft er eigenlijk niets aan, omdat een slechte organisatie de mogelijkheden om met problemen om te gaan mist, waarmee de basis voor consultatie ontbreekt.

Daarnaast vindt Caplan nu, dat de consultatieverhouding in beginsel steeds het karakter van een „deal” dient te bezitten. In dat kader introduceerde Caplan het begrip collaboratie. Meestal is voor een goede consultatie-relatie eerst collaboratie nodig. Dit betekent dat degene die de consultatie denkt te gaan geven eerst actief deelneemt en ook actief mede verantwoordelijk is voor het werk van de groep die consultatie heeft gevraagd. Zo kan er een wederzijds vertrouwen en respect ontstaan, niet op basis van allerlei mooie gevoelens, maar op basis van daadwerkelijke bijdragen: „Jij doet wat voor mij en ik doe wat voor jou”.

Het moet duidelijk zijn dat zowel de consultant als de consultvrager een praktisch voordeel aan de consultatie ontleent. In de collaboratiefase is dit het meest duidelijk, in de consultatiefase dient het, zij het in minder uitgesproken vorm, te blij-

ven bestaan. Dit maakt dan ook dat bijvoorbeeld een professionele consultatiegever, die niets anders doet, eenvoudigweg niet kan bestaan en ook niet kan functioneren. Tevens betekent het dat consultatie over het algemeen in de tijd beperkt is.

Drie strategieën

Vervolgens werd de aandacht gericht op een drietal strategieën om in de gebeurtenissen, welke in het model van Caplan zouden kunnen optreden en welke als ongewenst worden gezien, te kunnen ingrijpen.

Het betreft de crisisinterventie, uiteenvallend in „anticipatory guidance” en „preventive intervention”; voorts maatregelen die het „support-system” verstevigen en tenslotte maatregelen die bijdragen aan een verbeterde competentie.

Bij al deze maatregelen wordt de klassieke cultuur van de psychiatrie doorbroken. Dit geldt én voor de werkwijze van de hulpverleners én voor het kiezen van een populatie die het meest bij hulpverlening is gebaat.

Voor de psychiaters die in Jeruzalem in het project van Caplan werken, gelden als principes: „never close a case” en „never have a waiting list”.

De wens om specifieke psychotherapieën toe te passen wordt sterk gerelativeerd en dient ingepast te worden in het totale pakket van de afdeling. Wanneer iemand een persoonlijke „hang up” wil koesteren dan moet hij dat zelf weten, als het maar geen afbreuk doet aan de efficiëntie van de afdeling. Dit betekent dat sterk wordt gekeken naar ieders „output”.

Omdat een casus niet wordt afgesloten en omdat ook geen enkele vraag om hulp vanuit de populatie waarmee wordt gewerkt, wordt afgewezen, dient men er eenvoudig voor te zorgen dat er een evenwicht blijft bestaan tussen vraag en aanbod. Caplan merkte hierover op dat dit in elk geval de meeste vormen van zeer specifieke psychotherapie reeds in een vroeg stadium onderdrukt. Het is duidelijk dat wij als huisartsen gewend aan de Nederlandse respectievelijk Rotterdamse situatie in de Geestelijke Gezondheidszorg het water in de mond kregen.

Een zeer positief aspect van Caplan's benadering is vervolgens dat het noodzakelijk is om goede werkrelaties te hebben met in elk geval de eerstelijns gezondheidszorg zodat tenminste het evenwicht tussen vraag en aanbod kan worden bewaard. Dit betekent dat het voor de psychiaters zelf een belangrijke „deal” is om goede contacten te hebben met de mensen in de wijken.

Zowel bij het kiezen van een populatie als bij het bepalen van de strategie als bij het leggen van contacten met mensen in de leefgemeenschap spelen de twee principes van „feasibility” en van „salience” een centrale rol. Het moet allemaal praktisch uitvoerbaar, relevant, meetbaar en controleerbaar zijn. Het doel moet er duidelijk uitspringen, de risicofactoren moeten praktisch belangrijk zijn en de te verwachten crisiselementen moeten voldoende talrijk zijn om werkelijk aan de slag te kunnen gaan.

In dit strenge systeem werkt Caplan vooral met kinderpsychiaters en niet met bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. De reden hiervoor is niet dat maatschappelijk werkers in zijn ogen het werk niet zouden kunnen doen. In de specifieke situatie waarin hij verkeert is het aantal geschikte en beschikbare maatschappelijk werkers te gering in aantal. Dit in tegenstelling tot het aantal assistenten in de (kinder)psychiatrie. Caplan vindt dat de kinderpsychiater alles zelf moet doen dus ook bijvoorbeeld huisbezoeken en het leggen van contacten met sleutelpersonen in de wijk. Hij mag onder geen voorwaarde een bureau-man worden. Maatschappelijk werkers kunnen in zijn ogen hetzelfde werk doen. De keuze berust op de praktische beschikbaarheid.

Crisisinterventie

„Anticipatory guidance” is slechts mogelijk wanneer een crisis is te voorspellen zoals de opname van een kind in een ziekenhuis. Het gaat om het – voor het kind – onvoorspelbare, om het plotselinge en om het onoverzienbare van wat er gaat gebeuren voor degene die de crisis waarschijnlijk krijgt. Centraal staat het op voorhand repeteren van gevoelens en angsten die zich kunnen voordoen. Dit betekent bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname van een kind dat kort tevoren (bijvoorbeeld de avond vóór een operatie) de omvang en de inhoud van wat er zich aan nartigheid gaat voordoen in realistische termen met het kind wordt besproken en verduidelijkt. Caplan gebruikt hier het begrip „emotional inoculation”.

Bij „preventive intervention” wordt er tijdens een crisis geprobeerd de nodige steun te geven. De ego-functies (cognitief) worden ondersteund en de sterke behoefte aan afhankelijkheid en aan steun wordt beantwoord. Het gaat om een zeer intensieve, kortdurende interventie. Er wordt eigenlijk alleen maar op de toekomst gelet en er wordt niet op het verleden ingegaan. Opnieuw is het van groot belang bij de crisisinterventie naast de sterke emotionele elementen goed te letten op de cognitieve aspecten.

„Support systems”-methode

Het gaat bij deze benadering om het organiseren en ondersteunen van natuurlijke „support-systems”, die niet geprofessionaliseerd zijn, die gebaseerd zijn op wederzijdse identificatie en waarin voor beide partijen – de steunende en de gesteunde – „wat zit”. De „deal” is dat helper en geholpene elkaar iets te bieden hebben. Opnieuw zijn er cognitieve elementen die een belangrijke rol spelen. Juist de natuurlijke ondersteuning door mensen die allerlei nare dingen zelf al eens hebben meegemaakt, leidt ertoe dat degene die op dat moment de crisis doormaakt zijn gevoelens van te kort te schieten, van schuldig te zijn en van niets waard te zijn kan toetsen aan de realiteit van iemand die ooit in dezelfde situatie verkeerde.

Het organiseren van zogenaamde „mutual-help groups” dient te gebeuren door de mensen in de leefgemeenschap zelf en moet zeker niet gebeuren door professionele hulpverleners. Zij mogen er wel een aanzet toe geven, maar zij moeten niet „trainen” en geen supervisie geven en op geen enkele wijze de autonomie van een dergelijke „mutual help group” bemoeilijken. Wanneer dat gebeurt dan vervallen essentiële elementen van natuurlijke „support”-systemen.

Discussie

Het seminar overziend is er voor huisartsen duidelijk een nieuwe opening gemaakt naar een meer inhoudelijke samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Tot nu toe bestond deze uiteraard wel, maar de voorwaarden waaronder en de wijze waarop wordt samengewerkt zijn niet zelden slecht geformuleerd en vaak niet bevredigend.

De reorganisatie welke de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland te wachten staat, houdt zeker de mogelijkheid in, dat het er wat de relaties met de eerstelijns betreft, alleen maar slechter op wordt. Het is natuurlijk niet realistisch te denken dat de opvattingen van Caplan, die tijdens het seminar al veel weerstanden ontmoetten, op deze reorganisatie werkelijk enige invloed zullen hebben.

Toch is het niet uitgesloten dat, zowel in de beleidssfeer als in de sfeer van de eerste lijns gezondheidszorg, aan de hand van opvattingen, zoals van Caplan, wat kritischer wordt gekeken naar de manier waarop de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland nu functioneert, hoe zij zou moeten functioneren en op welke wijze een reorganisatie daartoe kan bijdragen of er juist in belangrijke mate afbreuk aan kan doen.

Balint is er niet meer, leve het „Balintisme”?

Balint heeft veel invloed gehad op de ontwikkeling en zo men wil op de emancipatie van de huisartsgeneeskunde. Net als Caplan heeft hij zijn gedachten over de hulpverlening voor mensen met leefproblematiek in een groot aantal geschriften neergelegd. Zowel Balint als Caplan kennen een schare mensen die hun gedachten verder hebben uitgewerkt en soms zelfs een beetje als discipelen functioneren. Een belangrijk verschil tussen beiden is echter dat Balint er niet meer is en Caplan wel.

Heert Dokter en Henk Lamberts brengen verslag uit over de van 7 tot en met 10 september 1978 te Londen gehouden vierde internationale Balintconferentie.

De vraag of er met het overlijden van Balint ook een einde aan de betekenis van zijn gedachten is gekomen – hier het Balintisme genoemd – houdt ons natuurlijk bezig. Wanneer men de zeer heftige en emotionele discussies leest, welke de afgelopen jaren in de *Journal of the Royal College of General Practitioners* over de zuiverheid in de leer van Balint zijn verschenen, dan weet men dat een Nederlandse huisarts niet zonder gemengde verwachtingen naar Londen kan gaan. Vooral het artikel van *Sowerby* staat als een baken in de woeste baren van de discussie. *Sowerby* immers benadrukte aan de hand van de idee van Popper, dat slechts dat wetenschappelijk mag worden genoemd dat ook voor falsificatie in aanmerking komt. Zijn opvatting is dat het werk van Balint niet als een wetenschappelijke bijdrage kan worden betiteld. Recent heeft *Freeling* in de „William Pickles Lecture 1978” zich in de discussie gemengd, waarbij hij opmerkt dat geen huisarts in eer en geweten kan zeggen dat

hij nooit de gedragspatronen welke Balint heeft beschreven in de dagelijkse praktijk heeft ontmoet. Het gaat er niet om Michael Balint en zijn werk te verdedigen, het gaat erom de problemen, welke de kloof tussen observatie en interpretatie oplevert, in hanteerbare termen over het voetlicht te krijgen.

Het congres in Londen heeft deze kloof naar onze mening beslist niet smaller gemaakt en misschien zelfs wel breder en dieper. Wat stelde men zich in Londen tot doel? Het ging om drie punten:

1. Welke vaardigheden moet de training in een Balintgroep de huisarts bijbrengen?
2. Wat kan de huisarts die aan een Balintgroep heeft meegedaan met deze vaardigheden in de dagelijkse praktijk voor zijn patiënten bereiken?
3. Wat is de waarde van de werkwijze volgens Balint?

Het zou niet erg aardig zijn het feit, dat bij de opening van het congres de abominabele geluidsinstallatie het uitsloot de voordrachten van de inleiders woord

De hiervoor genoemde punten vormen elementen die bij een discussie kunnen worden betrokken. Het is zeker niet onze bedoeling er voor te pleiten, dat de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg zich volgens een uiterst strak model niet slechts met crisisinterventie en met primaire preventie gaat bezighouden, maar ook de rest van de ambulante geestelijke gezondheidszorg gaat uitvoeren. De es-

sentie is, dat iemand van het formaat van Caplan, op grond van een groot aantal inzichten en goed geformuleerde theoretische achtergronden op een voor de eerste lijns werkers uitermate aantrekkelijke manier naar de georganiseerde Geestelijke Gezondheidszorg kijkt.

De mystificatie, de afstandelijkheid, de isolatie van de Geestelijke Gezondheidszorg kunnen erdoor worden vermindert.