

Directieve therapie en de PAAZ

door C. A. L. Hoogduin

Verslag van de werkwijze op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis waar een voorkeur bestaat voor kortdurende behandelingen en crisisinterventies

Inleiding

De laatste jaren is er nogal wat veranderd in de psychiatrie. Er zijn Sociaal Psychiatrische Diensten die zich hebben ontwikkeld tot teams gespecialiseerd in de ambulante behandeling van crisissituaties. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn gespecialiseerde afdelingen voor de behandeling van patiënten met bepaalde problemen, zoals verslavingen en geriatische stoornissen, ontstaan. De poliklinische activiteiten van deze ziekenhuizen zijn uitgebreid en dagziekenhuizen zijn opgezet.

Ook de psychiatrie binnen een algemeen ziekenhuis is veranderd. Van de vroegere zenuwartsenpraktijk – waarbij psychiatrische patiënten verpleegd werden tussen patiënten met multipale sclerose of een CVA – heeft de psychiatrie zich ontwikkeld tot een zelfstandig specialisme, en de Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis is ontstaan. Maar ook na deze afsplitsing is het met de behandelingssituatie op die afdelingen zeer wisselend gesteld. Er zijn PAAZ'en die zich ontwikkeld hebben in de richting van een afdeling voor acute opnamen. Andere functioneren meer als een therapeutische gemeenschap. Tenslotte is er een derde categorie die zowel opname-afdeling als therapeutische gemeenschap wil zijn. Er zijn afdelingen met twintig bedden; er zijn afdelingen met zestig bedden. De gemiddelde opnameduur is op de ene afdeling zeven-tien dagen, op de andere afdeling éénentachtig dagen (Abraham & Gunning, 1976).

In het hiernavolgende wordt de klinische behandeling geschetst zoals die op de psychiatrische afdeling van het St. Hippolytusziekenhuis te Delft plaatsvindt. Op deze afdeling wordt een directieve benadering bij de behandeling van de opgenomen patiënten nagestreefd. De opname op de afdeling – met 20 bedden – wordt gezien

Schrijver is zenuwarts, hoofd afdeling Psychiatrie St. Hippolytusziekenhuis te Delft. Dit artikel is een bewerking van een voordracht gehouden op 18 april 1980 op het Symposium Directieve Therapie, gehouden ter gelegenheid van het 5-jarig bestaan van het Dagziekenhuis van Bloemendaal te Loosduinen.

als een fase in de poliklinische behandeling. De gevolgen van deze keuze zullen worden besproken. Tot slot zal er enige cijfermatige informatie over de PAAZ worden verstrekt.

De ontwikkeling van de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis

De Nationale Ziekenhuisraad heeft in 1978 een rapport gepubliceerd met normen en criteria ten aanzien van de gewenste omvang, ruimtelijke voorzieningen, personeel en situering van een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (Rapport, 1978). Dit rapport stelt dat de psychiatrische afdeling de bereidheid en de mogelijkheid dient te bezitten een aselectief opnamebeleid te voeren om alle patiënten met een acute, ernstige psychische desintegratie op te nemen; hierbij wordt gedacht aan psychotische toestanden, heftige angsttoestanden, suïcidegevaarlijke patiënten en patiënten die zich lichamelijk verwaarlozen ten gevolge van psychiatrische stoornissen. Het gaat hier met name om kortdurende crisis-interventie-opnamen. Een tweede opname-functie wordt gezien in klinische behandeling gebaseerd op de therapeutische gemeenschapsgedachte, waarbij patiënten kortdurend (gedacht wordt aan 1 tot 2 maanden) behandeld worden. De vraag is of een therapeutische gemeenschapsgedachte goede mogelijkheden heeft binnen een algemeen ziekenhuis. Misschien daarom wordt in het rapport geadviseerd dat de psychiatrische afdeling gescheiden dient te zijn van de andere afdelingen van het ziekenhuis. De PAAZ zal echter wel nauw verbonden moeten zijn met deze andere afdelingen; zij zal ruimtelijk gescheiden moeten zijn, maar wel een geïntegreerd onderdeel moeten uitmaken van het algemeen ziekenhuis, aldus genoemd rapport.

Dit overwegend lijkt het niet eenvoudig om tot een juiste plaatsbepaling te komen van een dergelijke psychiatrische afdeling. Door deze onduidelijkheid is er ook de ruimte voor een PAAZ zich te ontwikkelen in de richting van een afdeling met een voorkeur voor crisis-interventie-opnamen – de z.g. acute opnamen – of in de richting van een therapeutisch gemeenschap.

De voorkeur voor een acute opname-functie van de PAAZ

Er zijn argumenten om mensen met psychiatrische problematiek bij voorkeur ambulant te behandelen. Langsley en zijn medewerkers hebben aanwijzingen gevonden voor de stelling dat klinische behandeling tenminste niet effectiever is dan ambulante behandeling (Langsley et al., 1968a; 1968b; 1969; 1971; 1976). Daarnaast hebben zij gedemonstreerd hoe reeds voor opname geaccepteerde patiënten ambulant behandeld konden worden. Ook in Nederland is gebleken dat toepassing van een dergelijke benadering door een Sociaal Psychiatrische Dienst het aantal patiënten dat door deze S.P.D. voor opname op een PAAZ of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt aangeboden, aanzienlijk kan verminderen (Hoogduin

& Van den Bosch, 1978; Hoogduin & De Haan, 1979).

Voor een therapeut met een dergelijke visie is het werken op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis niet aantrekkelijk. Door de opname haalt hij de patiënt uit zijn 'natuurlijk milieu'. Bovendien wordt deze in een werkelijk ziekenhuis opgenomen. Psychosociale nood kan hierdoor als een ziekte geëtiketteerd worden. De klinische sfeer in een algemeen ziekenhuis kan de opgenomen patiënt – die meestal niet in bed ligt – snel het gevoel geven hier eigenlijk niet thuis te horen. Binnen het ziekenhuis is er ook sprake van stigmatisatie door de patiënten van de andere afdelingen: 'Het is iemand van de afdeling Psychiatrie'. Wanneer de afdeling langere tijd functioneert, krijgt een opname hetzelfde negatieve etiket als een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Voorstanders van de ambulante behandeling zullen een voorkeur hebben de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te gaan gebruiken voor crisis-interventie-opnamen. Een opname wordt een kortdurende onderbreking van een poliklinische behandeling of wordt gebruikt om een poliklinische behandeling te starten. Dit heeft een aantal gevolgen voor de afdeling:

1 – Er kan niet met een wachtlijst gewerkt worden. Dit betekent dat er soms veel lege bedden zijn, soms veel overbedden. Een goede planning is eigenlijk niet mogelijk.

2 – Er is een selectief opname-beleid: slechts die patiënten worden opgenomen die in een ernstige crisis verkeren en waarbij het niet mogelijk is hen thuis – met inschakeling van gezinsleden en omgeving – te behandelen.

3 – Er is een relatief korte opnameduur: dit geeft een grote 'turn-over'. De snelle wisseling van de patiënten en de gedemoraliseerde toestand waarin ze verkeren bij opnamen, stellen hoge eisen aan de verpleegkundige staf en de therapeuten. Dit maakt specialisatie en hoge deskundigheid van deze staf noodzakelijk.

4 – Doordat er een relatief klein aantal bedden is, zullen psychotische patiënten, demente bejaarden, alcoholisten en suïcidegevaarlijke patiënten in nauw contact met elkaar op één afdeling verpleegd worden.

5 – Er zal nauwelijks groepsvorming kunnen plaatsvinden: de patiënten komen en gaan en hebben nauwelijks gelegenheid contacten met elkaar aan te gaan.

6 – De psychiatrische afdeling zal gedurende 7 dagen per week en 24 uur per dag erop ingesteld moeten zijn patiënten in een crisissituatie op te nemen en deze patiënten een adequate opvang te bieden. Dit stelt hoge eisen aan de totale personeelsbezetting.

7 – Door de relatief korte opnameduur zal de psychiatrische afdeling of moeten inkrimpen – dit betekent nog minder bedden en minder personeel – of een groter verzorgingsgebied dienen te krijgen. Dit houdt in: een nog grotere polikliniek en ingewikkelde samenwerkingverbanden met meerdere Sociaal Psychiatrische Diensten en andere poliklinische behandelingsinstituten in het werkgebied.

De patiënten die opgenomen worden, verkeren weliswaar allen in

een crisissituatie, maar de aard van de crisis loopt sterk uiteen: psychotische patiënten die de draagkracht van hun omgeving overschrijden; de grote groep alcoholisten die niet in staat is om te stoppen met drinken met behulp van een ambulante behandeling van bijv. het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs; de patiënten die na een tentamen suïcidii een of meerdere dagen op de Intensive Care-unit verpleegd zijn geweest en voor wie nog geen goed ambulant hulpverleningsplan gereed is; bejaarde patiënten bij wie een snelle verergering van de dementieverschijnselen opgetreden is of die acuut psychotisch zijn geworden. Vervolgens is er de groep patiënten die poliklinisch wordt behandeld en waarbij gedurende de behandeling een escalatie ontstaat waardoor opname niet langer vermeden kan worden. En tenslotte kunnen de patiënten genoemd worden die opgenomen worden voor een klinische medicamenteuze behandeling, zoals het instellen op Lithium-medicatie, anti-depressieve medicatie bij bejaarden en soms anti-psychotische medicatie bij patiënten die veel last hebben van de bijwerkingen van deze medicatie.

Daarnaast dient voor de volledigheid vermeld te worden dat er een groep patiënten is die de afdeling als een veilige haven ziet en blijft zien; zij gebruiken de PAAZ om weer eens een tijdje uit hun ellendige bestaan te vluchten; we denken aan de groep oudere weduwen of gescheiden vrouwen voor wie de eenzaamheid periodiek teveel wordt, de onbehandelbare chronische alcoholisten of de chronisch psychotische patiënten, levend in slechte pensiontehuizen. Bij de laatste categorieën beperkt de doelstelling zich bij opname vaak tot een proberen de patiënt te bewegen uit zijn uitzichtloze situatie te stappen en zich in een goed gezinsvervangend tehuis of een andere meer beschuttende woonsituatie te laten opnemen.

De toepassing van de principes van directieve therapie op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis

De voorwaarden waaraan een crisis-interventie moet voldoen, vertonen grote overeenkomsten met de kenmerken van directieve therapie, zoals die door Van der Velden en Van Dijk (1977) en door Van Dijk et al. (1980) zijn geformuleerd. Deze kenmerken zijn genoegzaam bekend:

- de therapeut geeft opdrachten;
 - er is een beperkt aantal zittingen;
 - er wordt gewerkt met doelen;
 - er wordt een positieve context aangebracht;
 - en de aanpak is pragmatisch;
- dit alles bij patiënten die klachten hebben.

Wanneer opnamen op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis gezien worden als crisis-interventie, een tijdelijke onderbreking van een poliklinische behandeling, is de verwachting dat deze uitgangspunten van de directieve therapie ook binnen de afdeling toepasbaar zullen zijn, en wel om de volgende redenen:

- Op de PAAZ worden alleen patiënten opgenomen die in een

crisissituatie verkeren; de anderen zullen een poliklinische behandeling krijgen. Patiënten in een crisistoestand hebben meestal ernstige klachten. Voor mensen die alleen maar willen groeien – en als zodanig wel voldoen aan het criterium van de World Health Organization-nota (1971): 'Hulp zo vroeg mogelijk' – zijn de groeimogelijkheden op een dergelijke psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis temidden van alcoholisten en krankzinnigen beperkter dan tijdens het beoefenen van sport of zang in verenigingsverband.

- De opgenomen patiënten krijgen praktische richtlijnen: zo zijn er trainingen in ontspanningstechnieken, zelfcontrole-programma's bij mensen met dwangproblematiek en er worden adviezen gegeven van velerlei aard (om bijv. problemen op het werk, in het gezin, in vrije tijd of in woonsituatie op te lossen).

- De opnameduur zal kort zijn. Dat het om een korte verpleegduur gaat, wordt de patiënt bij binnenkomst al duidelijk gemaakt. Hij zal door de opname alleen niet beter worden. Het behandel-doel tijdens de opname zal zijn hem zover te helpen dat een ambulante behandeling gestart of hervat kan worden. (Zo wordt bij klinische detoxificatie van alcoholisten bijv. bij opname de daarvoor gebruikelijke opnameduur van tien dagen genoemd).

- De behandeling op de afdeling is pragmatisch. Bij de behandeling wordt gekeken naar wat helpt bij deze patiënt in zeer ruime zin. Familie wordt gedurende de opname bij de behandeling betrokken en het plaatsje van de patiënt thuis wordt vrijgehouden door hem zo snel mogelijk weer enige uren of dagen thuis te laten doorbrengen. De pragmatische benadering gaat zover dat de psychotische patiënten het advies krijgen Haloperidol te gebruiken. Motiveringstechnieken zoals deze door Van der Velden en Van Dijk (1977) zijn beschreven, kunnen belangrijk zijn sommige patiënten te bewegen de anti-psychotische medicatie in te nemen.

- Er wordt naar gestreefd de opname zelf in een zo positief mogelijke context te plaatsen. Dit is niet altijd goed mogelijk, soms kan de opname geïnterpreteerd worden als een daad van zelfopoffering van de patiënt om het gezin rust te geven of als een periode waarin de patiënt de accu weer oplaadt, zodat hij beter in staat is de problemen thuis op te lossen.

- Tenslotte is het van groot belang dat er op de afdeling een sfeer heerst van permissiviteit, waaruit een respect voor de patiënt en zijn klachten voortvloeit. Dit alles in het kader van: 'Hier wordt niet geslagen; hier gooit men geen ramen in; gooit men niet met vaatwerk; pleegt men geen zelfmoord; gedraagt men zich behoorlijk; maar ook: vecht de verpleging niet met de patiënten en wordt er geen gebruik gemaakt van de isoleercel. Er wordt gestreefd naar een houding van tolerantie en meegaandheid binnen het kader van het uitgangspunt dat er nu eenmaal dingen moeten veranderen.

Enige gegevens uit de praktijk

Wanneer gekozen wordt voor een ontwikkeling van de psychia-

trische afdeling van een algemeen ziekenhuis in de richting van een voorkeur voor crisis-interventie-opnamen, is de verwachting dat de patiënten die opgenomen worden ernstiger klachten zullen hebben en dat de gemiddelde opnameduur zal afnemen.

Van 1 maart 1979 tot 1 maart 1980 zijn de op de psychiatrische afdeling van het St. Hippolytusziekenhuis te Delft (20 bedden) 322 patiënten opgenomen (zie figuur 1).

Figuur 1: Opnameduur

	alle PAAZen	PAAZ Overvecht	Behandel- centrum Overvecht	PAAZ St. Hipp.
	1977	1977	1977	1979/1980
Gemiddelde opnameduur	34,6 dagen	28 dagen	47 dagen	23,5 dagen

De gemiddelde opnameduur over deze periode bedroeg 23,5 dagen. Deze ligt ruim beneden de gemiddelde opnameduur voor de opnamen in alle PAAZen in Nederland: 34,6 dagen. Vanuit de PAAZ-Overvecht zijn in 1977 cijfers gepubliceerd waarbij de gemiddelde opnameduur voor het opnamecentrum (in enige mate vergelijkbaar met de PAAZ in Delft) en het behandelcentrum gescheiden weergegeven zijn; deze cijfers zijn resp. 28 en 47 dagen. De gemiddelde opnameduur van dit opnamecentrum verschilt minder van de PAAZ in Delft dan de gemiddelde PAAZ in Nederland. Voor het behandelcentrum binnen de PAAZ-Overvecht (gemiddelde opnameduur 47 dagen) stellen Siegelhaar en Tak (1977) dat het niet onaannemelijk is te achten dat bij uitbreiding van de ambulante behandelingsmogelijkheden een aanzienlijk deel van het behandelcentrum van de PAAZ zou kunnen sluiten. De ervaringen op de PAAZ in Delft lijken de juistheid van deze veronderstelling te ondersteunen.

Wanneer we de gemiddelde opnameduur bepalen voor de verschillende diagnostische categorieën krijgen we het volgende beeld (zie figuur 2):

Figuur 2: Opnameduur en diagnostische categorieën

Diagnostische categorieën	Gemiddelde opnameduur: (in dagen)
dementie en organische aandoeningen	29,6
psychosen	28,8
neurotische of persoonlijkheidsproblemen	24,1
verslavingen	15,8
zwakzinnigen	36,8
alle patiënten	23,5

Hierbij kan het volgende worden aangetekend:

– Hoewel algemeen de verwachting bestaat dat geriatrie patiënten op de psychiatrische afdeling een langdurige bedbezetting veroorzaken ten gevolge van het tekort aan mogelijkheden tot doorverwijzing naar geriatrie afdelingen of meer geëigende instituten, wordt deze verwachting door onze cijfers niet bevestigd.

– Ten aanzien van de verslavingen moet gesteld worden dat veel van de 76 opgenomen verslaafden in het jaar van het onderzoek kwamen voor een klinische detoxificatie waarvoor een opname van gemiddeld tien dagen uitgetrokken werd.

Figuur 3: Diagnosen in percentages

Diagnose	P.Z.	PAAZ	PAAZ
	1977	1977	St. Hippolytus 1-3-79 / 1-3-80
dementie en organische aandoeningen	8,3	8	8,1
psychosen	48,5	23	30,4
neurotische of persoonlijkheidsproblematiek	27,1	53	36
verslavingen	12,8	13	23,6
zwakzinnigheid	2,9	3	1,9
observatie	0,4		

Wanneer we deze getallen vergelijken met de cijfers van de PAAZen in Nederland over 1977, dan valt op dat het percentage van patiënten met neurotische problematiek beduidend lager ligt op de PAAZ van het St. Hippolytusziekenhuis te Delft, namelijk 36 tegen 53%. Het percentage van patiënten met psychosen ligt hoger in Delft, te weten 30,4 tegen 23%. Hetzelfde geldt voor verslaafden, nl. 23,6 tegen 13%. Voor de andere categorieën zijn de verschillen niet zo uitgesproken.

Vergelijken we nu de cijfers met de cijfers die gelden voor de psychiatrische ziekenhuizen, dan valt op dat in deze ziekenhuizen nog minder neurotische problematiek behandeld wordt (resp. 27,1 en 36%) en dat het aantal psychosen hoger uitvalt (resp. 48,5 en 30,4%). Over deze cijfers kan met de nodige voorzichtigheid – de getallen zijn uit verschillende jaren – het volgende opgemerkt worden:

– De verdeling van de diagnostische categorieën van de psychiatrische afdeling van het St. Hippolytusziekenhuis te Delft vertoont meer overeenkomst met die van het psychiatrisch ziekenhuis dan met de PAAZen in Nederland. Een verklaring hiervoor kan liggen in het gegeven dat patiënten met neurotische problematiek in Delft bij voorkeur een ambulante behandeling aangeboden krijgen.

– Het percentage verslavingen is hoger dan dat van andere psychiatrische afdelingen en psychiatrische ziekenhuizen. Dat zou verklaard kunnen worden door de intensieve samenwerking die er bestaat tussen deze psychiatrische afdeling en het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs in Delft. Bovendien is er in Delft geen

gespecialiseerde kliniek voor de klinische behandeling van verslaafden.

Wanneer patiënten eenmaal opgenomen zijn op de psychiatrische afdeling wordt ernaar gestreefd hen zo snel mogelijk weer in een ambulante behandelingssituatie te krijgen. Dit houdt in dat er zo min mogelijk doorverwezen wordt naar andere behandelingsinstellingen (zie figuur 4).

Figuur 4: Doorverwijzingen

PAAZen in Nederland 1977	PAAZ Delft 1-3-79 / 1-3-80		
4,2%	1,8%	6 / 15 / 322	naar een geriatrische afdeling of verpleeghuis
	0,3%	1 / 15 / 322	naar een kliniek ter bestrijding van alcohol- en drugmisbruik
	0,6%	2 / 15 / 322	naar een universiteitskliniek
	0,6%	2 / 15 / 322	naar een gezinsvervangend tehuis
4,6%*	1,2%	4 / 15 / 322	naar een psychiatrisch ziekenhuis
8,8%	4,7%	15 / 322	totaal

* verwezen naar andere ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen

In het jaar van het onderzoek werden 15 van de 322 patiënten doorverwezen; dit is 4,7%. Voor alle PAAZen in Nederland bedraagt dit 8,8%. Van de opgenomen patiënten is 1,2% doorgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis (2,1% naar een ander ziekenhuis); voor alle psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen in Nederland is dit 4,6%.

Tenslotte kan de sfeer van permissiviteit die op de psychiatrische afdeling heerst, geïllustreerd worden met het volgende:

Er is in het jaar van het onderzoek op de afdeling waar de directieve benaderingswijze van de patiënten nagestreefd wordt, geen ruit gesneuveld, er zijn geen kopjes of glaswerk met opzet gebroken, de isoleercel is geen enkele keer gebruikt, dwangverpleging is niet toegepast, er heeft geen zelfmoord plaatsgevonden, eenmaal heeft een patiënt zich de pols gekrast en een tweetal malen een verpleegkundige een klap van een manische patiënt gekregen. Dit alles bij een opname-populatie die tendeert naar die van een psychiatrisch ziekenhuis en bij een opname-beleid dat slechts in die zin selectief is dat patiënten ernstige klachten moeten hebben om opgenomen te kunnen worden. Slechts eenmaal is door ons een patiënt geweigerd: een dronken man die aan handen en voeten geboeid door de politie binnengebracht werd voor behandeling van zijn agressief gedrag.

Conclusie

Wanneer er geopereerd wordt vanuit een visie die groot belang

hecht aan het 'natuurlijk' milieu bij de veroorzaking en instandhouding van psychiatrische problemen, zal er een voorkeur bestaan voor de zgn. acute opnamefunctie van de PAAZ. De opname wordt gezien als een kortdurende onderbreking van een poliklinische behandeling of wordt gebruikt om een poliklinische behandeling te starten. Een directieve werkwijze biedt goede mogelijkheden de opnameduur beperkt te houden.

Het lijkt niet eenvoudig, zo niet onmogelijk, om op een kleine PAAZ ook nog een onderafdeling te hebben waar gewerkt wordt volgens de principes van een therapeutische gemeenschap, zoals in het Rapport tot Normering van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) wordt voorgesteld. Afgezien van het gegeven dat iemand die werkt vanuit de hier beschreven visie, de indicatie tot opname in een therapeutische gemeenschap niet snel zal stellen, lijkt het vooralsnog zinvoller dergelijke klinische behandelingen te laten plaatsvinden in instituten die daar qua behuizing en situering meer geschikt voor zijn. Met name kan hierbij gedacht worden aan de psychiatrische ziekenhuizen en de universiteitsklinieken.

Noot

Voor de gegevens van 1977 over de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen is gebruik gemaakt van de Patiënten-Registratie Psychiatrische Ziekenhuizen 1977, een uitgave van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en de Vereniging Nationale Ziekenhuisraad, alsmede van tabellen mij toegezonden door collega A. A. Eriks, verbonden aan de Geneeskundige Hoofinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Leidschendam. Waarvoor mijn hartelijke dank.

Literatuur

- Abraham, R. E., & W. B. Gunning (1976), De regionale psychiatrische kliniek en de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis. *Medisch Contact* 31, 513-520.
- Dijk, R. van, O. van der Hart, C. P. van der Velden, & D. N. Oudshoorn (1980), Wat is directieve therapie (2); vijf programmatische uitgangspunten. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 2*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C. A. L., & R. J. van den Bosch (1978), Vermijding van Opname. *T. Psychiat.* 20, 258-269.
- Hoogduin, C. A. L., & E. de Haan (1979), Ambulante behandeling van ernstig psychotische patiënten. *M.G.V.* 34, 752-763.
- Langsley, D. G., & D. M. Kaplan e.a. (1968a), *The Treatment of Families in Crisis*. Grune & Stratton, New York.
- Langsley, D. G., e.a. (1968b), Family Crisis Therapy; Results and Implications. *Family Process* 7, 145-158.
- Langsley, D. G., e.a. (1969), Follow-up Evaluation of Family Crisis Therapy. *Am. J. Orthopsychiat.* 39, 753-759.
- Langsley, D. G., e.a. (1971), Avoiding Mental Hospital Admission: Follow-up Study. *Am. J. Psychiat.* 127, 1391-1394.
- Langsley, D. G., & R. M. Yarvis (1976), Crisis Intervention prevents Hos-

- pitalization: Pilot Program to Service Project. In: H. J. Parad, H. L. P. Resnick & L. S. Parad, *Emergency and Disaster Management*. The Charles Press Publ. Inc., Bowie, Maryland.
- Rapport van de Nationale Ziekenhuisraad - Commissie Normering PAAZ (1978), *Rapport tot normering van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)*.
- Siegelaar, H. (1977), Psychiater in een 'atypische' PAAZ. *T. Psychiat.* 19, 253-267.
- Siegelaar, H. & G. Tak (1977), Samenvatting van de Discussie. *T. Psychiat.* 19, 282-285.
- Velden, K. van der, & R. van Dijck (1977), Motiveringstechnieken. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 1*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Velden, K. van der, & R. van Dijck (1977), Wat is directieve therapie (1), In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 1*. Van Loghum Slaterus, Deventer.