

Crisistheorie en psychiatrische hulpverlening op een Eerste Hulp-post

door F. Elsenburg

Inleiding

In veel geschriften over crisis en crisisinterventie (Baas, 1974; Bartolucci en Drayer, 1973; Beck en Worthen, 1972; Bloemsma, 1976; Caplan, 1964; Darbonne, 1968; Frankenberg, 1974; Pasework en Albers, 1972; Rapoport, 1965; Taplin, 1971) komen een aantal vaste thema's telkens weer terug, bijvoorbeeld:

- bij het ontstaan van een crisis zou er sprake zijn van zg. crisis-uitlokkende gebeurtenissen;
- een crisis zou bepaalde fasen kennen;
- mensen zouden in een crisissituatie extra toegankelijk zijn voor hulp aan anderen;
- het met succes doormaken van een crisis zou de kans vergroten toekomstige crisissituaties goed aan te kunnen;
- crisisinterventie zou een preventieve werking hebben t.a.v. psychisch ziek zijn, met name zouden opnames in psychiatrische instellingen kunnen worden voorkomen.

We hebben hier te maken met wat men ervaringsgegevens zou kunnen noemen. Er heeft nl. nog maar weinig onderzoek plaats gevonden waarin genoemde beweringen op hun houdbaarheid getoetst zijn. In het volgende zal in het kort verslag worden gedaan van een empirisch onderzoek waarin eerstgenoemde hypothese nader onder de loupe genomen is.¹

Crisisuitlokkende gebeurtenissen

Het ontstaan van een crisis zou samenhangen met aanwijsbare crisisuitlokkende gebeurtenissen en situaties, welke beschouwd worden als aanleiding tot de crisis. Een veel gehanteerde omschrijving van dergelijke gebeurtenissen is 'precipitating event', in het vervolg meestal afgekort tot PE.

Nu is het zo dat men deze hypothese in de crisisliteratuur meestal aantreft in combinatie met het begrip 'gezond functioneren'. Dat

wil zeggen, in de verschillende crisistheorieën heeft men het bij uitstek over gezond functionerende mensen die echter uit balans (in crisis) geraakt zijn, doordat hen iets dermate ingrijpends (PE) overkomt is dat zij hierop geen adequaat antwoord hebben.

Tot nu toe is gebleken dat mensen in crisis, zoals hierboven omschreven, slechts in geringe mate in de Krisiscentra te vinden zijn (Wiersma en Giel, 1974). Als verklaring hoort men vaak dat dit veroorzaakt zou worden door de hoge drempels die dergelijke centra doorgaans hebben. Een Eerste Hulp post bij een algemeen ziekenhuis heeft een lagere drempel. Komen daar misschien wel veel mensen in crisis terecht?

Deze vraag stond centraal in een onderzoek waarvan enige resultaten hier in het kort besproken zullen worden.

Het onderzoek; vraagstelling en werkwijze

De probleemstelling van het onderzoek valt in twee delen uiteen:

- 1 (a) Komen er op de Eerste Hulp post mensen die in crisis zijn geraakt nadat ze een crisisuittlokkende gebeurtenis hebben meegemaakt en van wie men zou kunnen zeggen dat het gezond functionerende mensen zijn?
- (b) Onderscheidt deze categorie mensen zich van de overige cliënten van de Eerste Hulp post?
- 2 (a) Waar gaan deze mensen heen na hun bezoek aan de Eerste Hulp?
- (b) Is er in dit opzicht onderscheid tussen boven omschreven categorie (1a) en de overige cliënten?

Het onderzoek vond plaats op de EH-post van het Wilhelmina Gasthuis, het academisch ziekenhuis bij de universiteit van Amsterdam. Op het terrein van dit ziekenhuis bevinden zich o.a. een psychiatrische kliniek en een Krisiscentrum. Voor dit Krisiscentrum is de EH-post één van de twee officiële toevoerkanalen. De EH-post geniet in de stad vrij ruime bekendheid, o.a. als plaats waar ook hulp in psycho-sociale nood wordt geboden. De post is 24 uur per dag, 7 dagen in de week open. Wanneer de dienstdoende arts op deze EH-post dat nuttig oordeelt, kan hij consult invoeren van een assistent-psychiater van de psychiatrische kliniek. Dit gebeurt in ongeveer 75% van die gevallen waarbij men de aard van de problemen als psychisch kan omschrijven.

Het onderzoek betreft alle 347 consulten die van 1 april–1 juli '75 op deze EH-post gedaan zijn. Na afloop van het consult noteert de assistent-psychiater een aantal gegevens over de cliënt op een zg. consultkaartje. Het gaat hier m.n. om: personalia, tijdstip van het consult, aanleiding tot de komst van de cliënt, verwijzing naar de EH, bestaand zorgkader, psychiatrische voorgeschiedenis, suïcidegedrag, problematiek van de cliënt, het toedienen van medicijnen en de bestemming van de cliënt na het consult. Deze consultkaartjes hebben als belangrijkste informatiebron voor het onderzoek gediend. De betrouwbaarheid van deze informatiebron is helaas beperkt. Bij het invullen van de consultkaartjes maakt de consulent

uiteeraard een selectie uit het totaal aan informatie dat hem ter ore komt. De criteria welke de verschillende psychiaters hierbij gehanteerd hebben, verschillen per persoon en zijn achteraf niet meer goed te reconstrueren. Bovendien is de betrouwbaarheid in de ongunstige zin beïnvloed door het ontbreken van een aantal consultkaartjes. Verder dienden de administraties van de EH-post, het Krisiscentrum en de psychiatrische kliniek nog als bronnen van informatie.

De aard van de problematiek

In tabel 1 staat aangegeven hoe dikwijls een precipitating event is geregistreerd en van welke aard deze gebeurtenissen waren.

Tabel 1: Precipitating Event

	N	%
1 verlies naaste	25	7
2 conflict	37	11
3 geweld	16	5
4 materieel	10	3
5 lichamelijk	16	5
6 zorgkader	42	12
7 ingrijpen derden	7	2
8 overige	14	4
9 onbekend	68	20
10 geen PE	112	32
	347	100

In bijna de helft van alle gevallen is er wel sprake van een PE, in éénderde niet, terwijl dat voor 20% van de consulten onbekend is. Hierbij dient aangetekend dat alleen die PE's zijn geregistreerd welke zich hadden voorgedaan in een periode van zes weken voor de komst naar de EH-post. Dit op grond van de stelling van Lindemann (1944) en Caplan (1964) dat een crisis doorgaans binnen zes weken wordt opgelost, ten goede of ten kwade. In de praktijk bleek dat de PE zich meestal kort voor de komst op de EH had voorgedaan, in 57% van de gevallen minder dan 24 uur.

De verschillende categorieën in tabel 1 vereisen wel enige toelichting. Op de eerste plaats het verschil tussen 'onbekend' en 'geen PE'. Onbekend wil zeggen dat er ofwel van het consult geen consultkaartje was (58), ofwel op dat kaartje geen duidelijke situatiebeschrijving te vinden was (10). Geen PE betekent dat uit de beschrijving van de problematiek op het kaartje niet bleek dat er een PE had plaats gevonden.

'Verlies naaste': in het merendeel van de situaties (18) verbrak één van de partners de relatie, in twee gevallen werd de relatie verbroken door de dood van een van beiden. In vijf gevallen ging het om een plotseling opnieuw beleven van een relatiebreuk. Een voorbeeld van laatstgenoemde situatie: een man raakt in crisis nadat hij is teruggekomen op de plaats waar zijn vrouw een half jaar eerder tijdens de vakantie plotseling is overleden.

'Conflict': het gaat hier om ernstige ruzies en conflicten, meestal in een relatie tussen twee partners (29), in een kleiner aantal malen tussen gezins- of familieleden (8).

'Geweld': in de helft van de situaties die in deze categorie zijn opgenomen, is er geweld gebruikt in samenhang met een relatieconflict. Een voorbeeld: Een man is met zijn vrouw in een echtscheidingsprocedure gewikkeld. Zij woont nu samen met haar dochter-tje van 3 jaar bij een andere man. Nu heeft haar echtgenoot haar deze week met geweld bij deze man weggehaald en naar zijn huis gebracht. De vrouw komt op de EH-post om hulp vragen.

'Materieel': problemen die te maken hebben met wonen, werken, geld e.d.

'Lichamelijk': hieronder vallen behalve somatische problemen ook crisissituaties n.a.v. druggebruik (10).

'Zorgkader': de volgende subcategorieën kunnen hier onderscheiden worden: weggelopen uit een psychiatrische inrichting (11), ontslagen uit een psychiatrische instelling (11), zorgkader afwezig, onbereikbaar (8), conflict met zorgkader (12).

'Ingrijpen derden': een voorbeeld: een echtpaar heeft ruzie, nogal luidruchtig want de buurman gaat zich er mee bemoeien, hetgeen er op neer komt dat hij het echtpaar naar de EH brengt.

'Overige': hier staan bij elkaar al die situaties die niet in één van de bovenstaande categorieën ondergebracht kunnen worden, plus die gebeurtenissen waarin meerdere PE's waren te constateren.

Het eerste wat opvalt wanneer men de getallen in tabel 1 bekijkt, is dat zo veel van de geregistreerde PE's in de sfeer van de relatieproblemen liggen. In 40% van de gevallen nl. waarin een PE geconstateerd is, speelt dit een rol; (de categorieën 'verlies naaste', 'conflict' en 'geweld' voor zover in samenhang met relatieproblematiek). Daarnaast komen ook problemen i.v.m. zorgkader veel voor: 25% van de PE's. Hiertegenover staat dat materiële problemen slechts zelden als PE genoteerd werden (6%). Overigens is het nog maar de vraag of materiële problemen zo'n kleine rol zouden spelen. Het is mogelijk dat hier de selectie van de consulent, die dikwijls met een veelheid aan problemen wordt geconfronteerd, van invloed is.

Precipitating Event en gezonde mensen

Tot nu toe kwam de vraag aan de orde of zich in de onderzochte populatie precipitating events hadden voorgedaan. Het ging in dit onderzoek echter om een specifieke vraag, zoals in de probleemstelling te lezen is, nl. naar het vóórkomen van PE's bij min of meer gezond functionerende mensen. Als indicatie voor min of meer gezond functioneren is genomen het niet psychiatrisch opgenomen zijn in de laatste drie jaar. Dit is waarschijnlijk een tamelijk betrouwbaar gegeven, te meer omdat de consulent de gewoonte heeft hiernaar bij de cliënt te informeren.² Een beter c.q. betrouwbaarder gegeven was op het consultkaartje niet te vinden. In tabel 2 staat hoe dikwijls een PE is geregistreerd bij mensen die wel, respectievelijk niet recent psychiatrisch opgenomen waren.

Tabel 2: Precipitating Event en recente psychiatrische opname

N (%)	geen opname	wel opname	onbekend	totaal
wel PE	84 (58)	83 (50)	0 (0)	167 (48)
geen PE	49 (34)	63 (38)	0 (0)	112 (32)
onbekend	12 (8)	19 (12)	37 (100)	68 (20)
totaal	145 (100)	165 (100)	37 (100)	347 (100)

Het valt op dat veel mensen in de drie voorgaande jaren psychiatrisch opgenomen zijn geweest: 48%. Van deze categorie bleek bovendien 2/3 meer dan eens opgenomen, terwijl voor bijna de helft van hen (46%) het (laatste) ontslag nog geen half jaar geleden was. Tegen de achtergrond van het feit dat psychiatrische opnames van enige maanden geen uitzondering zijn, betekent dit dat van bedoelde categorie cliënten velen een aanzienlijke periode van de onderzochte drie jaar in een psychiatrisch instituut doorgebracht hadden.

Uit Tabel 2 valt voorts af te lezen dat bij hen die recent opgenomen waren minder vaak een PE geregistreerd is (50%) dan bij hen die niet opgenomen waren (58%), al is het verschil niet significant, ($X^2 = 0.905$, $df = 1$, $p = 0.34$, onbekenden niet meegerekend). Kortom, in de onderzochte populatie vindt men wel gezond functionerende mensen die een crisisuittlokkende gebeurtenis hebben meegemaakt, maar dit betreft slechts 24% van het totaal.

Vier subgroepen

De vraag doet zich voor of we ook van een aparte groep kunnen spreken. Onderscheidt deze groep zich ook in andere opzichten van de overige cliënten? De vier in tabel 2 onderscheiden subgroepen zijn op een aantal kenmerken met elkaar vergeleken. Op enkele hiervan zal nu in het kort worden ingegaan, nl.: aankomsttijd, verwijzing en suïcidegedrag.

Aankomsttijd – In het onderzoek bleek er nergens duidelijk onderscheid tussen de vier subgroepen op het punt van dag of uur van aankomst op de EH. Er was een tamelijk gelijkmatige verdeling. Wel werden in de avonduren tussen 21.00 en 01.00 uur naar verhouding iets meer PE's geregistreerd.

Verwijzing – Ondanks het feit dat een Eerste Hulp post bij een algemeen ziekenhuis een eerste-lijns voorziening bij uitstek is, bleek niet minder dan één derde van de populatie daar na verwijzing door een instantie te zijn gekomen. Wat de vier subgroepen betreft, bleek er op dit punt nauwelijks onderling verschil te bestaan. Er is geen duidelijke relatie tussen het vóórkomen op zich van een PE en het al dan niet verwezen zijn naar de EH. Anders ligt het wanneer ook op de aard van de PE gelet wordt. Wanneer we de ver-

schillende soorten PE hergroeperen tot de twee categorieën 'relatieproblematiek' ('verlies naaste', 'conflict' en 'geweld' voor zover in samenhang met relatieproblemen) en 'andere problematiek', dan blijkt bij hen die niet verwezen zijn veel vaker relatieproblematiek als PE geregistreerd te zijn (49%) dan bij hen die wel verwezen waren (28%).

Suicidededrag – Van de 347 cliënten voor wie een psychiatrisch consult werd ingeroepen, hadden er 70 (20%) een suïcidepoging gedaan.

Tabel 3: Het vóórkomen van suïcidepogingen bij 4 subgroepen

N (%)	wel PE geen opn	wel PE wel opn	geen PE wel opn	geen PE geen opn	onbekend	totaal
wel	22	14	5	11	18	70
s-poging	(26)	(17)	(8)	(22)	(27)	(20)
geen	62	69	58	37	43	269
s-poging	(74)	(83)	(92)	(76)	(63)	(78)
onbekend	0	0	0	1	7	8
	(0)	(0)	(0)	(2)	(10)	(3)
totaal	84	83	63	49	68	347
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

Uit de cijfers in Tabel 3 blijkt, dat de verdeling van de suïcidepogingen over de 4 subgroepen ongelijk is, waarbij we twee tendensen kunnen onderscheiden, nl.:

- er komen relatief meer suïcidepogingen voor bij mensen bij wie een PE geregistreerd is;
- daarnaast komen suïcidepogingen ook relatief meer voor bij mensen die niet recent opgenomen waren.

We zien dan ook dat in de 'crisisgroep' ('wel PE, geen opn') de meeste suïcidepogingen voorkomen, (afgezien van de categorie 'onbekend').

Daarnaast blijkt er een relatie te bestaan tussen het vóórkomen van suïcidepogingen en de aard van de PE. Een suïcidepoging ging twee maal zo vaak samen met relatieproblematiek als met andere problematiek.

Enige voorlopige conclusies

In zoverre er precipitating events geregistreerd zijn, zijn dat vooral gebeurtenissen die verband houden met relatieproblemen en zorgkaderproblemen. Bij de cliënten die uit zich zelf naar de EH kwamen speelde relatieproblematiek veel vaker een rol dan bij hen die naar de EH verwezen waren. Daarnaast blijkt dat bij hen die een suïcidepoging deden en bij wie een PE geregistreerd werd het twee maal zo vaak om relatieproblematiek als om andere problematiek ging.

Om de eerste vraag uit de probleemstelling te kunnen beantwoorden, is de subpopulatie in vier subgroepen verdeeld, welke op een aantal kenmerken met elkaar vergeleken zijn. Slechts op het item

suïcidedrag verschilden de vier subgroepen van elkaar. In de zg. 'crisisgroep' kwamen de meeste suïcidepogingen voor. In het algemeen lijkt de conclusie gerechtigd dat de zg. 'crisisgroep', zoals bedoeld in de probleemstelling en beschreven in veel literatuur op dit gebied, en klein deel vormt van degenen die op de EH-post door de psychiater worden gezien. Op bijna alle onderzochte kenmerken onderscheidde deze categorie mensen zich niet van de overige EH-cliënten.

Crisisinterventie op de EH

Een belangrijk aspect van de interventie op de EH is het screenen en zonodig doorverwijzen van de cliënten. Is het nu zo dat er op het punt van de doorverwijzing interessante verschillen tussen de vier subgroepen aan het licht komen? Het antwoord op deze vraag is af te lezen uit tabel 4.

Tabel 4: Doorverwijzing vanuit de Eerste Hulp Post

N (%)	wel PE geen opn	wel PE wel opn	geen PE wel opn	geen PE geen opn	onbekend	totaal
naar huis	35 (19)	46 (24)	44 (23)	21 (11)	43 (23)	189 (55) (100)
gesprek KC	15 (47)	3 (9)	2 (6)	6 (19)	6 (19)	32 (9) (100)
opname KC	27 (34)	21 (26)	11 (14)	12 (15)	9 (11)	80 (23) (100)
opname psychiat	4 (11)	13 (35)	6 (16)	10 (27)	4 (11)	37 (11) (100)
somat opname	3 (33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (67)	9 (3) (100)
totaal	84 (24)	83 (24)	63 (18)	49 (14)	69 (20)	347 (100) (100)

Meer dan de helft van de mensen (55%) gaat vanuit de EH naar huis, 9% heeft aansluitend een gesprek met iemand van het Krisiscentrum, 23% wordt daar opgenomen, 11% wordt in een psychiatrische inrichting opgenomen en 3% tenslotte wordt naar een somatische afdeling van het ziekenhuis verwezen.

Deze verdeling verschilt per subgroep. Zo valt op dat de mensen die na de EH contact hebben met het Krisiscentrum voor het grootste deel afkomstig zijn uit de zg. 'crisisgroep', nl. 38%; de andere drie groepen leveren resp. 21%, 12% en 16%. Dit geldt voor de ambulante contacten nog sterker dan voor de opnames. M.a.w. de aanwezigheid van een PE en de afwezigheid van een recente opname zijn relatief gunstige voorwaarden om in het Krisiscentrum terecht te komen. Welke van de twee relaties is nu sterker? Als het om opname in het KC gaat, telt een PE vaker mee: in deze categorie werd bij 60% wel en bij 29% geen PE geregistreerd, terwijl 49% niet en 40% wel recent was opgenomen. Wanneer het daarentegen

om gesprekken op het KC gaat, telt zwaarder of men recent was opgenomen: in deze groep werd voor 56% van de mensen een PE geregistreerd en voor 25% niet, terwijl 66% van hen niet eerder opgenomen was en 16% wel. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de aantallen waarover het hier gaat nogal klein zijn.

Uit tabel 4 is ook nog af te lezen dat de categorie van mensen die psychiatrisch werd opgenomen voor het merendeel bestond uit cliënten die al eens eerder waren opgenomen: 51% was eerder opgenomen, 38% niet. De EH-clieñten uit de eerste subgroep, de zg. 'crisisgroep', bleken van de vier subgroepen dus de meeste kans te hebben om in het Krisiscentrum te komen. Hierbij bleek wel van invloed van welke aard de precipitating event was. Gaat het om relatieproblemen, dan maakt de cliënt een meer dan gemiddelde kans om doorverwezen te worden naar het KC: van deze categorie ging 54% naar het KC, terwijl er van de totale populatie 32% naar toe ging. Veel kleiner is die kans voor hen die problemen hadden met hun zorgkader: van hen ging slechts 24% door naar het KC. Dat wil zeggen dat zij minder kans maakten in het KC te komen dan degenen bij wie geen PE geregistreerd was: van de laatste categorie werd nl. 28% doorverwezen naar het KC.

De bestemming na de EH, in relatie tot andere kenmerken

Om wat meer reliëf te geven aan het hierboven beschrevene, de invloed van het vóórkomen van een PE op de bestemming na de EH, wordt nu de invloed van een paar andere kenmerken op de doorverwijzing besproken. Deze kenmerken zijn: aankomsttijd, gezelschap, suïcidepoging en psychiatrische voorgeschiedenis.

Aankomsttijd – Uit het onderzoek blijkt dat 's nachts tussen 01.00 en 09.00 uur iets minder mensen naar huis terug gaan dan overdag, nl. 44% tegenover 55%. In deze periode wordt er dus meer doorverwezen (met name opgenomen) naar andere instituten. Het is overigens niet waarschijnlijk dat het hier, qua problematiek, om een aparte categorie cliënten gaat. Al met al zijn de verschillen nogal klein en zeker niet significant.

Gezelschap – In tabel 5 zijn de doorverwijzingen vergeleken van degenen die alleen op de EH kwamen met hen die in gezelschap van anderen (familie, vrienden e.d.) daar aankwamen.

Tabel 5: Relatie tussen het al dan niet alleen naar de EH komen en de bestemming na de EH

N (%)	naar huis	gesprek KC	opname KC	psychiat opname	totaal
alleen	79 (54)	20 (14)	38 (26)	9 (6)	146 (100)
niet alleen	57 (47)	8 (7)	35 (29)	21 (17)	121 (100)
onbekend	53 (66)	4 (5)	7 (9)	16 (20)	80 (100)
totaal	189 (55)	32 (9)	80 (23)	46 (13)	347 (100)

Van de cliënten die alleen naar de EH kwamen, gingen er meer naar huis terug dan van hen die in gezelschap van anderen aankwamen: 54% tegenover 47%.

Van beide groepen werden ongeveer evenveel mensen opgenomen in het Krisiscentrum, nl. 26% en 29%. Van degenen die alleen kwamen, werden er drie maal zo weinig psychiatrisch opgenomen dan van hen die in gezelschap van anderen kwamen. De verschillen zijn zonder nader onderzoek niet verklaarbaar. Wel kunnen we concluderen dat het al dan niet alléén naar de EH komen weinig of geen invloed heeft op de kans om in het KC opgenomen te worden.

Suïcidepoging – Er is een relatie tussen het vóórkomen van een suïcidepoging en de bestemming na de EH. Van hen die een dergelijke poging deden gingen er na het consult minder naar huis (36% tegenover 59%) en werden er meer direct psychiatrisch opgenomen (29% tegenover 9%). Opvallend is dat van beide categorieën een vrijwel gelijk deel in het KC werd opgenomen (20% tegenover 22%). Met andere woorden, voor dit item geldt: voor zover er sprake is van samenhang tussen suïcidepoging en de bestemming na afloop van het consult, geldt dit niet voor de doorverwijzing naar het Krisiscentrum.

Psychiatrische voorgeschiedenis – Tabel 6 geeft de relatie tussen psychiatrische voorgeschiedenis en de bestemming na de EH weer.

Tabel 6: De relatie tussen psychiatrische voorgeschiedenis en de bestemming na de EH

N (%)	naar huis	gesprek KC	opname KC	psychiat. opname	somat. opname	totaal
eerder	100	6	37	20	2	165
ps. opn.	(61)	(4)	(22)	(12)	(1)	(100)
eerder	66	8	14	9	2	99
in KC	(67)	(8)	(14)	(9)	(2)	(100)
eerder	49	1	9	12	1	72
in Pav.-3	(68)	(1)	(13)	(17)	(1)	(100)
eerder	63	4	9	7	1	84
op EH	(75)	(5)	(11)	(8)	(1)	(100)
totale	189	32	80	37	9	347
pop.	(55)	(9)	(23)	(11)	(3)	(100)

Drie, elkaar gedeeltelijk overlappende categorieën cliënten worden op dit punt met elkaar vergeleken. Op de eerste plaats enige toelichting bij de tabel. Eerder opgenomen in het KC, Pav-3 (de psychiatrische kliniek van het WG) of elders, wil zeggen, in de afgelopen drie jaar. Overigens was bij 40% van de KC-groep en bij 29% van de Pav-3-groep het laatste contact minder dan een half jaar geleden. Eerder op de EH wil zeggen: had in het afgelopen half jaar al eens een gesprek met een psychiater op de EH. Van 62% van de mensen in deze categorie had het laatste contact nog geen maand daarvoor plaats gevonden.

In tabel 6 is te zien dat er tussen de daarin opgenomen categorieën

nogal wat verschillen zijn t.a.v. de bestemming na de EH. Met name wil ik wijzen op de verschillen met betrekking tot de opnames (zowel KC als psychiatrische). Lijkt bijvoorbeeld een eerdere opname in het zelfde instituut voor het KC een contra-indicatie te zijn voor een nieuwe opname, t.a.v. ex-cliënten van pav-3 lijkt een omgekeerde tendens waarneembaar.

Een ander verschil tussen de categorieën betreft het aantal mensen dat na het consult direct naar huis gaat. Vooral van degenen die al eens eerder op de EH waren, zijn dat er veel meer (75%) naar verhouding dan van de totale populatie (55%). In ieder geval is het duidelijk dat het, wat de doorverwijzing betreft, wel wat uitmaakte of iemand 'een bekende' was op een van de drie WG-instellingen of niet. Iemand die bijvoorbeeld al eens in Pav-3 opgenomen was, had erg weinig kans doorverwezen te worden naar het KC, maar een meer dan gemiddelde kans om weer psychiatrisch opgenomen te worden.

Betekent dit laatste nu dat er sprake is van een zekere stigmatisering? Dat bijvoorbeeld iemand met een psychiatrisch verleden op grond van dat verleden vrijwel geen kans heeft op contact met het Krisiscentrum? Of is er een andere verklaring denkbaar? Betreft het hier misschien op de eerste plaats mensen die naar de EH komen om, door middel van het gesprek met de psychiater, een steuntje in de rug te krijgen waarna ze weer verder kunnen? Slechts nader onderzoek kan hierover voldoende opheldering geven.

Conclusies

Centraal in het onderzoek stond het begrip crisisuitlokkende gebeurtenis. In de onderzochte populatie werd zo'n gebeurtenis in de helft van de gevallen wel, en in één derde niet geregistreerd, terwijl het voor 20% van de situaties onbekend was. Deze gebeurtenissen betroffen vooral relatieproblematiek (40%) en problemen i.v.m. het zorgkader (25%).

In het eerste deel van de probleemstelling wordt de vraag gesteld of er op de bewuste EH-post een zg. 'crisisgroep' te onderscheiden valt, en wel in de zin waarin dit begrip voor het onderzoek geoperationaliseerd is. Gebleken is dat er wel van zo'n groep sprake is, maar dat die groep vrij klein is. Interessanter is overigens de bevinding dat deze groep zich op vijf van de zes onderzochte items nauwelijks of niet onderscheidt van de andere cliënten. Slechts t.a.v. suïcidegedrag is er duidelijk verschil: suïcidepogingen bleken in de zg. 'crisisgroep' beduidend meer voor te komen.

Het tweede deel van het onderzoek richtte zich vooral op de doorverwijzing vanuit de EH-post. Het viel op dat van de zg. 'crisisgroep' een aanzienlijk groter deel naar het Krisiscentrum wordt doorverwezen dan van de overige groepen cliënten. Overigens kan hieruit niet zonder meer geconcludeerd worden dat het al dan niet vóórkomen van crisisuitlokkende gebeurtenissen bij de hulpvrager veel invloed had op het doorverwijzingsbeleid van de psychiater. Op de eerste plaats maakt het veel uit van welke aard de PE is. Bij

relatieproblematiek is de kans op doorverwijzing naar het KC inderdaad erg groot, problematiek i.v.m. het zorgkader is daarentegen eerder een contra-indicatie voor verwijzing daarheen. Op de tweede plaats komt naar voren dat het al dan niet psychiatrisch opgenomen zijn in het recente verleden doorgaans van meer gewicht was dan het vóórkomen van een precipitatie event.

Om de invloed van het vóórkomen van crisissuitlokkende gebeurtenissen op de doorverwijzing wat meer reliëf te geven, is ook de relatie tussen doorverwijzing en enige andere variabelen onderzocht. Tussen drie variabelen en doorverwijzing bleek een positieve relatie te bestaan. Het gaat om suïcidedrag, het al dan niet alleen komen en psychiatrische voorgeschiedenis.

Van hen die na een suïcidepoging op de EH door een psychiater werden gezien, werd een groot deel direct psychiatrisch opgenomen. Opvallend is dat er van deze categorie niet méér mensen in het Krisiscentrum opgenomen werden, wat toch te verwachten zou zijn. Mensen die in gezelschap van anderen kwamen, werden in grotere getalen psychiatrisch opgenomen dan cliënten die alleen naar de EH gekomen waren. Ook hier valt op dat dit verschil niet gold voor opnames in het Krisiscentrum. Zij die recent psychiatrisch opgenomen waren, hadden een relatief grotere kans om naar huis gestuurd te worden óf weer opgenomen te worden. Dit geldt nog sterker voor die categorie die eerder in de eigen psychiatrische kliniek opgenomen was.

In ieder geval is uit dit onderzoek duidelijk geworden:

- dat de zg. 'crisisgroep', in zoverre daarvan al gesproken kan worden, een betrekkelijk kleine categorie is in het totaal van de onderzochte populatie;
- dat de 'crisisgroep' zich op de overige onderzochte kenmerken vrijwel niet onderscheidt van de andere EH-clënten;
- dat de 'crisisgroep' zich ook wat betreft de doorverwijzing vanuit de EH in weinig opzichten van de anderen onderscheidt.

Met andere woorden: op de onderzochte EH-post kan men met moeite die crisisgevallen terugvinden waarover het doorgaans in de crisistheorieën gaat. Waarom is dat eigenlijk zo? Komen dergelijke crisissen in de praktijk weinig voor, of komen de mensen die zo'n crisis doormaken niet (bij deze EH-post) om hulp vragen? Slechts nader onderzoek kan op deze vragen antwoord geven. Blijft staan dat het zeer de vraag is in hoeverre de crisistheorie – althans die aspecten ervan welke hier onderzocht zijn – wel bruikbaar is voor de beschrijving van cliënten die met psychische problemen naar een EH-post komen. Zoals vaker gebeurt, roept ook dit onderzoek meer vragen op dan het beantwoordt. Hoe komt het bijvoorbeeld dat er van de 'crisisgroep' naar verhouding veel mensen naar het Krisiscentrum worden doorverwezen, maar dat van de andere kant een suïcidepoging niet als indicatie voor 'n dergelijke verwijzing wordt beschouwd?

Het is duidelijk dat het besluitvormingsproces dat zich afspeelt tijdens de psychiatrische consultatie op de EH-post nader onderzocht dient te worden. Even duidelijk is het dat dan een andere onder-

zoeksmethode vereist is dan in het hierboven beschreven onderzoek. Hiervoor kwam al ter sprake dat de gegevens waarop dit onderzoek gebaseerd is een beperkte betrouwbaarheid hebben, niet in het minst omdat van een aantal gegevens niet is te reconstrueren hoe ze tot stand zijn gekomen. Bij een onderzoek naar besluitvorming zoals hier wordt bedoeld, is directe observatie van het gebeuren de beste methode van onderzoek. Hopelijk kan in de naaste toekomst verslag worden gedaan van een onderzoek naar een dergelijk besluitvormingsproces.

Noten

- 1 Dit artikel is de samenvatting van een onderzoek waarvan het volledige verslag is uitgekomen in de serie 'Het Amsterdamse Krisiscentrum', onder de titel 'Krisistheorie en psychiatrische hulpverlening op een Eerste Hulp Fost', 1977, Amsterdam.
- 2 In een later kwalitatief onderzoek, waarvan de resultaten nog niet gepubliceerd zijn en waarin ik aan dezelfde EH-post een aantal psychiatrische consulten observeerde, werd bevestigd dat de consultant de gewoonte heeft bij de cliënt naar vroegere psychiatrische opnames te informeren. Daarbij kreeg ik de indruk dat de cliënt daarop naar waarheid antwoordde.

Literatuur

- Baas, J. (1974), Krisisinterventie: theoretische uitgangspunten. *T. Maatsch. Werk* 28, 2, 2-9.
- Bartolucci, G. en C. S. Drayer (1973), An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals. *Am. J. Psychiat.* 130, 9, 953-960.
- Beck, J. C. en K. Worthen (1972), Precipitating stress, crisis theory and hospitalization in schizophrenia and depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 26, 2, 123-129.
- Bloemsma, F. (1976), Crisis, crisisinterventie, crisis(interventie)centrum. *Maandbl. Geest. Volksgez.* 31, 5, 273-279.
- Caplan, G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Darbonne, A. (1968), Crisis: a review of theory, practice and research. *Int. J. of Psychiat.* 6, 5, 371-379.
- Frankenberg, W. (1974), Huisarts en crisisinterventie. I. *Huisarts en Wetenschap* 7, 7, 261-264.
- Lindemann, E. (1944), Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiat.* 101, 141.
- Pasework, R. A. en D. A. Albers (1972), Crisis intervention: theory in search of a program. *J. of the National Ass. of Social Workers* 17, 2, 70-77.
- Rapoport, L. (1965), The state of crisis: some theoretical considerations. In: Parad, H. J. (ed.) *Crisis intervention: selected readings*. Family Service Ass. of America, New York.
- Taplin, J. R. (1971), Crisis theory: critique and reformulation. *Comm. Mental Health J.* 7, 1, 13-23.
- Wiersma, D. en R. Giel (1974), Theoretische en praktische aspecten van de crisisinterventie. *T. Soc. Gen.* 52, 9, 320-325.