

Argumenten en overwegingen met betrekking tot crisisinterventie in een tijdsperspectief

door J.M.H. van Eijk en J.R. Theunissen

Samenvatting

Dit artikel beschrijft naar aanleiding van ervaringen binnen de Maastrichtse 24-uurs opvangpost hoe een tijds- en ontwikkelingsperspectief in de praktijk en theorie van de psychiatrische crisisinterventie geïntegreerd kunnen worden. Middels een beschouwing over het beloop van schizofrene stoornissen wordt ingegaan op de betekenis die crisisinterventie kan hebben voor evaluatie en bijsturing van de patiëntencarrière en de zin die crisisinterventie daaraan binnen de levensgeschiedenis van de patiënt kan geven. De auteurs werken de consequenties van een dergelijke vorm van crisisinterventie uit voor de organisatorische vormgeving, waarbij een vergaande integratie van psychiatrische voorzieningen inclusief de kliniek een voorwaardelijke factor voor crisisinterventie in beloopsperspectief is. Bovendien wordt een analyse- en onderhandelingsstrategie beschreven die een belangrijke bijdrage levert aan de diagnostiek van de multiple factoren die een crisis bepalen en de daaraan optimaal aansluitende interventie. Ten slotte volgen enkele overwegingen met betrekking tot het functioneren van een crisisteam.

Inleiding

Sinds 1980 bestaat in Maastricht het samenwerkingsverband '24-uurs Opvangpost Maastricht en omstreken voor psychosociale en psychiatrische crises' (Theunissen, Driessen 1985). De ervaring die daarin is opgedaan verwijst naar de beperktheid van een crisisinterventie, die stil blijft staan bij de ad hoc-situatie, zoals aangeboden voor interventie.

Dit artikel beoogt argumenten te geven voor een vorm van psychiatrische crisisinterventie, waarbij de nadruk ligt op het beschouwen van een psychiatrische crisis binnen een veelal lang tijdsperspectief van een psychiatrisch ziektebeloop. Aan de hand van een min of meer exemplarische beschouwing over schizofrene ziektebelopen worden enkele aspecten van zowel theoretische en organisatorische als behandelingsmatige aard aangedragen. Wat dit laatste betreft komen met name onderhandeling en het beleid rond opname in het kader van crisisinterventie aan de orde evenals aanbevelingen voor het (team)-

functioneren van crisisinterventoren. De theoretische en organisatorische aspecten betreffen met name de integratie van een tijds- en ontwikkelingsperspectief op kortere termijn (d.w.z. gedurende de fase van de interventie zelf) en op langere termijn (het ziektebeloop, de patiëntencarrière en de levensloop) in de crisistheorie en de organisatorische vormgeving daarvan.

Theoretische aspecten van psychiatrische crisisinterventie

Psychiatrische crisisinterventie werd en wordt in theorie en praktijk veelal geïdentificeerd met psychiatrie d'urgence waarbij men zich vanuit een primair medisch oogpunt richt op gevaarsinschatting, inschatting van de mate waarin de communicatie gestoord is en uitsluiting van somatiek (Romme, Kraan en Rotteveel 1984). Ter beschikking staande interventies zijn dan alleen opname ter observatie, diagnostiek en beveiliging en het geven van medicatie, danwel verwijzing.

Hoewel de grondleggers van de crisistheorie, Tyhurst, Lindeman en Caplan, binnen hun homeostatisch model niet uitsloten dat er tijdens een crisis psychiatrische symptomen konden optreden, rezen er toch bezwaren tegen de praktijk van de op de genoemde theorie gebaseerde crisisinterventie. In de crisisinterventiecentra kwam men namelijk patiënten bij wie de crisissituatie gecompliceerd werd door vaak ernstige psychopathologische symptomen en belevingen, niet tegen (Beenackers 1979; Van Luyn 1982).

Wat het homeostasemodel zelf betreft maakten Wiersma en Giel (1974) enkele wezenlijke kritische notities. Zij vinden dat een dergelijk model te kort doet aan groei, ontwikkeling en verandering en geen ruimte laat voor crisissituaties waarin onevenwichtigheid een adaptieve functie kan hebben. Verder heeft een homeostatisch georiënteerde crisistheorie vooral oog voor het individu en geeft géén inzicht in de toestand van individuen, gezinnen en gemeenschappen waarbij ernstige crisissituaties zich herhaaldelijk voordoen of waarin de spanning en desoriëntatie chronisch genoemd kunnen worden, zoals veelal het geval is bij (chronisch) psychiatrische patiënten.

Belangrijke aanvullingen op het beperkte tijds- en ontwikkelingsperspectief van een homeostatische crisistheorie werden geleverd door Taplin (1971) en Gersons (1981). Taplin verbindt vanuit een cognitief crisismodel leerervaringen in het verleden met daarop gebaseerde verwachtingen over de toekomst. Gersons introduceert het zogenaamde roltransitieconcept, waaraan de notie gekoppeld is dat veranderingen in feite stapsgewijs plaatsvinden, bij voorbeeld via meerdere (micro)crises, gedurende een tijdsbestek van vele jaren. Ook hij legt – naast emotionele doorwerking – veel nadruk op het belang van cognitieve informatie. Zijn concept paste hij toe op het gebied van psychosociale crises als een overlijden of een scheiding.

Men kan zich afvragen in hoeverre de genoemde inzichten mede een grondslag kunnen vormen voor een psychiatrisch crisisbeleid, waarin het tijds- en ontwikkelingsaspect, zowel in de fase van de crisis (interventie) sec als op (lange) termijn verdisconteerd zijn. Immers psychiatrische ziektebelopen verlopen veelal geprotraheerd in de tijd, waarbij de patiënt een carrière van elkaar opeenvolgende behandel- (opname, semi-murale en ambulante) en behandelvrije periodes doorloopt. Crisisinterventie situeert zich vaak op belangrijke beslispunten in de patiëntencarrière en krijgt daarmee niet alleen momentaan, maar juist op termijn, een belangrijke richtinggevende invloed ten aanzien van die carrière die bovendien vaak grotendeels synoniem is aan de levensgeschiedenis.

Crisisinterventie en schizofrene ziektebelopen

Wij willen trachten een en ander te adstrueren aan de hand van inzichten over schizofrene ziektebelopen, mutatis mutandis zou deze beschouwing ook kunnen gelden voor patiënten met recidiverende dan wel chronisch verlopende stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen en wellicht andere belopen (b.v. verslavingen).

Het kernprobleem van een patiënt, lijdend aan een schizofrene psychose is de vergaande aliënatie van het zelf, gepaard gaande met een fragmentatie van een aantal dimensies van het ik-beleven, maar ook met pogingen tot compensatie en reconstitutie daarvan (Scharfetter 1983). De (dreigende) desintegratie van het zelf in samenhang met ontwikkelings- en levensprocessen houdt voor sommige patiënten een levenslange worsteling in, die ze kunnen traceren tot hun jongste levensjaren; voor anderen betreft het 'slechts' een circumscripte periode. De uitkomst van deze poging tot 'handhaving' van het zelf in interferentie met levensprocessen en invloeden, is niet zo chronisch en defectueus als vanuit een kraepeliniaanse nosologie wel gedacht werd.

Zubin e.a. (1985) stellen in een kritisch overzicht van de stand van zaken met betrekking tot schizofrenie zelfs vast dat chroniciteit niet zozeer een wezenlijk onderdeel van de 'natuurlijke historie' van het ziektebeeld is, doch veeleer een weerspiegeling van de persistentie van de premorbide persoonlijkheid of van artefacten, die samenhangen met iatrogene en ecogene invloeden, danwel met een ziekenhuisverblijf.

Schizofrenie zou – in tegenstelling tot hoe de DSM-III-classificatie de stoornis noemt – veeleer een episodische stoornis zijn, samenhangend met een specifieke vulnerabiliteit (Van den Bosch 1985). Op de niet éénduidige relatie tussen (nosologische) diagnostiek en classificatie van schizofrene stoornissen enerzijds en beloop anderzijds wijst ook Richartz (1985). Hij haalt de Zwitserse psychiater Ciompi aan die de tientallen jaren durende belopen zoals die door verschillende onderzoekers bestudeerd zijn vergelijkt met open levensprocessen, die pa-

thoplastisch beïnvloed worden onder invloed van een groot aantal variabelen, die steeds weer opnieuw bestudeerd moeten worden (Ciompi 1982). Voor een psychiatrische crisisinterventie vloeien uit deze gegevens een aantal fundamentele taken voort.

Crisisinterventie is dan niet alléén een snelle medisch-psychiatrische diagnostiek en verwijzing voor opname of een ander (b.v. ambulante) programma, maar een poging de symptomen te situeren binnen een levenshistorische context of transitiefase. Met name als een patiëntencarrière met een crisis begint, bij voorbeeld in de vorm van een psychotische decompensatie, is het zaak zicht te krijgen op de emotionele dieptedynamiek, die het ontstaan van de crisis mede psychopathogenetisch bepaalt dan wel onderhoudt of versterkt. In analogie aan de focal-conflicttheorie van Whitaker en Lieberman (1984), ontleend aan het dynamische gebeuren in therapiegroepen, kan men stellen dat het erom gaat binn een (groeps)veld, waarin patiënt, familieleden, verwijzers, politie en anderen participeren, zo veel mogelijk 'open' in plaats van gesloten c.q. restrictieve oplossingen te vinden en te ondersteunen.

Van Ree (1981) heeft voor jonge schizofrenen en hun ouders, die zich in een dynamiek van knellende symbiotische banden met bijbehorende separatieangsten bevinden, een exemplarisch gefaseerd benaderingsmodel op individueel en gezinsdynamisch niveau beschreven. Hoewel het model in een ziekenhuissetting ontwikkeld werd, geeft de auteur uitdrukkelijk aan dat de geschetste behandelprincipes eigenlijk in de eerste en tweede lijn gehanteerd zouden moeten worden, zodra men daar schizofrene ontwikkelingen constateert.

Voor een crisisinterventie in bovenstaande zin zouden hier dunkt ons belangrijke taken liggen. Voor een initiële diagnostiek van de situatie moet een dergelijke crisisinterventie kunnen beschikken over continuïteit, mobiele flexibiliteit, mogelijkheden tot het creëren van voorlopige concrete steunende oplossingen en vooral tijd.

Binnen een al langer bestaande patiëntencarrière is het zaak dat crisisinterventie de actuele crisis aan vroegere crisissituaties en behandelperiodes en aan toekomstverwachtingen verbindt. Het belang hiervan is dat behandelperiodes en crisissituaties voor de patiënt geen geïsoleerde en in zijn beleefde levensgeschiedenis 'zinloze' gebeurtenissen blijven. Petry (1987) wil vanuit een rehabilitatieconcept chronisch psychotisch geworden mensen, wier individualiteit verworpen is tot het 'masker' van hun ziekte, retrospectief repersonaliseren door herdynamisering van hun levensgeschiedenis. Vanuit een prospectief standpunt behelzen onze ideeën over psychiatrische crisisinterventie dat de patiëntencarrière op cruciale punten zo beïnvloed wordt dat deze deel blijft uitmaken van levens- en ontwikkelingsprocessen, met inachtnaam van schizofrene kernconflicten en/of vulnerabiliteit.

Deze zingevende continuïteitsfunctie is van des te meer belang waar de geestelijke gezondheidszorg enerzijds weliswaar beschikt

over vele gedifferentieerde voorzieningen, echter anderzijds de organisatie van de GGZ voor grote groepen patiënten gefragmenteerd is geraakt (Richartz 1981). Het betreft dan (niet alléén schizofrene) patiënten bij wie juist het coherente zelfgevoel ontbreekt waarvan Ping Nie Pao (1979) stelt dat het de beste 'referent in an ever changing world' is.

Crisisinterventie binnen een levenshistorisch- en ontwikkelingsperspectief behoeft dringend een theorie waarbinnen ontwikkelingen, interventies en de gevolgen daarvan op verschillende niveaus beschreven kunnen worden. Naar ons idee levert Ciompi (1982) daarvoor een basis in zijn 'Affektlogik', waarin hij tot een doorwrochte integratie komt van cognitieve ontwikkelingslijnen volgens Piaget, de emotionele ontwikkeling volgens de psychoanalytische object-relatietheorie en systeemtheoretische uitgangspunten ten aanzien van de schizofrene psychopathologie.

Organisatorische aspecten van crisisinterventie

De definiëring van een crisis, de visie op het ontstaan en de behandeling ervan kan men niet los zien van de organisatorische setting waarbinnen crisisinterventie plaatsvindt. Op basis van materiële en persoonlijke voorzieningen en een bepaalde prioriteitenstelling kan men expliciete keuzes maken ten aanzien van de service die men wil gaan bieden (Donker 1982). Vaak echter zijn de voorhanden voorzieningen het resultaat van historische ontwikkelingen waarin de keuzemomenten veel meer impliciet waren.

Een min of meer strikte medische definiëring van een psychiatrische crisissituatie leidt tot problemen op diagnostisch, interventioneel en organisatorisch gebied (Clark 1982). De psychiatrische diagnose is niet zodanig te formuleren dat op basis daarvan een organisatorische structuur op te bouwen is. Validiteit en betrouwbaarheid zijn minder dan bij een medische diagnose; bovendien geeft de psychiatrische diagnose geen uitsluitsel over de aangewezen vorm van behandeling. Als een crisisafdeling toch volgens de medische analogie georganiseerd is, bestaat het risico van diagnostische overinclusie met name bij de minder duidelijk te classificeren problematiek zoals bij voorbeeld persoonlijkheidsstoornissen. Een mogelijke oplossing zou dan zijn dat men de te accepteren patiëntengroepen rigoureus definieert tot bij voorbeeld apert psychotische problematiek met uitsluiting van de minder duidelijk te classificeren gevallen. De nadelen hiervan zijn evident. Bij de bestudering van 33 Californische programma's voor acute psychiatrische hulp kwam men tot een tweedeling van de geboden services (Gaynor, Hargreaves 1980). Naast het 'emergency-room'-model, dat vooral medisch-psychiatrisch georiënteerd is, gelokaliseerd in een algemeen ziekenhuis en gericht op snelle verwijzing, vond men een 'mobile response'-model dat vooral sociaal-psychologisch georiënteerd is, zich bevindt in een community based clinic en

gericht is op directe hulp in de omgeving van de patiënt middels outreaching-hulpverlening.

Ten onzent wees Verhoeff (1980) reeds op de dysfunctionele splitsing tussen een medisch georiënteerde psychiatrie d'urgence en een psychosociale crisisinterventie. Deze visie kreeg een organisatorische uitwerking in Amsterdam waar onder een centrale regie de vroeg-diagnostische fase van de psychiatrie d'urgence aan een crisisinterventionele fase van een mobiel crisisteam gekoppeld is (Oudendijk 1980).

Ook Häfner (1986) bepleit een integrale (medische, psychiatrische en sociale) aanpak van crisissituaties. Op basis van de mate van acuutheid, de risico's en de termijn waarop hulp beschikbaar moet zijn kan men een crisiscontinuüm opstellen. In Maastricht is ten behoeve van de organisatie van de crisisinterventie gekozen voor een tamelijk geïntegreerde vorm van samenwerking tussen RIAGG, PAAZ, Krisiscentrum en Psychiatrisch Ziekenhuis middels de zogenaamde 24-uurs opvangpost. Een multidisciplinair team is ten behoeve van crisisinterventie in kantooruren voortdurend mobiel beschikbaar. Dienstdoende crisisinterventoren van de participerende instellingen kunnen steeds naar het centrale beleidsteam terugkoppelen. Blijkens onderzoek is deze 24-uurs opvangpost een belangrijke toegangspoort tot de plaatselijke GGZ en vervult zij bovendien een centrale rol binnen het totaal van GGZ-voorzieningen (Hamers, Romme, Driessen 1985; Hamers, Romme 1985). Deze situatie en het feit dat de psychiatrische kliniek in deze crisisdienst geïntegreerd is, maakt de 24-uurs opvangpost bij uitstek een plaats waar men ambulante en intramurale patiëntencarrières kan overzien, met mogelijkheden voor evaluatie en bijsturing. Bovendien fungeert een dergelijke crisisdienst als een sensibele snuffelpaal ten aanzien van veranderingen in het patiëntenaanbod, de verwijsmodi en wijzigingen binnen de GGZ zelf. Zo beschrijft Bassuk (1980) voor een Amerikaanse crisisdienst een plotselinge toename van ernstig psychotische patiënten in 1976, die zij correleert aan de Amerikaanse extramuralisatiegolven begin jaren zeventig. De tijdsdiscrepancie van zo'n 5 jaar verklaart zij doordat de ambulante voorzieningen volraken, zodat er een 'overloop' plaatsvindt naar de crisisdienst, terwijl ook de sociale ondersteuningssystemen van de patiënt het geleidelijk opgeven, zodat de patiënt weer geïsoleerd raakt en decompenseert.

Ten aanzien van de actuele crisisinterventie geldt dat naar gelang de aard van de crisis steeds de juiste lokaliteit en deskundigheid gekozen kan worden, terwijl het focus van de interventie snel kan wisselen als de hoedanigheid van de crisis wisselt, dit alles binnen een overkoepelend inhoudelijk beleidskader.

Voor de bepaling van de aard van de crisis levert het hiërarchisch diagnostisch schema van Baldwin (1978) belangrijke richtlijnen. Baldwin onderscheidt een zestal crisisklassen, namelijk achtereenvolgens administratieve crises, crises samenhangend met geanticiperde transi-

ties in het leven, crises samenhangend met traumatische gebeurtenissen, rijpings- en ontwikkelingscrises, crises die duiden op psychopathologie én psychiatrische crises. Hiërarchisch is het schema omdat de crisis, naarmate men dichterbij de psychiatrische crisis komt een meer voorspelbaar verloop krijgt, een hoger niveau van training vereist, meer tertiair preventieve aspecten heeft, met grotere waarschijnlijkheid mede bepaald wordt door de premorbide persoonlijkheid of psychopathologie, het in sterkere mate individuen betreft die soortgelijke crises met maladaptief oplossingsgedrag hebben doorgemaakt en een toenemende waarschijnlijkheid dat na het crisiscontact verdere verwijzing voor hulp noodzakelijk is.

Crisisinterventie en opnamebeleid als analyse- en onderhandelingsproces

Psychiatrische crisissituaties gaan dikwijls gepaard met een grote emotionele druk om tot een bepaalde actie (vaak opname) over te gaan. Deze druk is veelal het culminatiepunt van een al langer durend escalatieproces, dat door een ingewikkeld samenspel van vele factoren bepaald wordt (Jenner 1985). Het is dan zaak tijd te winnen om de verschillende determinanten van de druk te kunnen bepalen, ook al omdat na een eerste deëscalatie, door bij voorbeeld voorlopige steunende oplossingen te creëren, de druk van de ketel genomen kan worden en alternatieven (b.v. voor opname) in zicht komen. Crisisinterventie wordt hiermee in onze visie een in de tijd uitgesmeerd analyse- en onderhandelingsproces. Dit schept een betere mogelijkheid om een opname onder optimale condities en als consequentie van een klinisch denkproces te laten plaatsvinden.

De formele psychiatrische diagnose is als raadgever bij een beslissing tot opname van relatief belang. De betrouwbaarheid ervan in een crisissetting is beperkt. Alléén brede diagnostische categorieën als psychose, depressie en alcoholisme zijn op acceptabel niveau te onderkennen (Lieberman, Baker 1985). De diagnose is echter afhankelijk van ervaring en discipline van de therapeut, van het ras en mogelijk de sekse van de patiënt (Gale, Beck, Springer 1978). Als schizofreen gediagnostiseerde patiënten hebben een kleinere kans om opgenomen te worden dan patiënten met een affectieve stoornis. Bovendien worden schizofrenen vooral ter bescherming opgenomen en patiënten met een affectieve stoornis vooral voor behandeling (Hanson, Babigian 1974).

Friedman (1983) vindt dat de diagnose wel een belangrijke rol speelt bij de opnamebeslissing, echter zonder dat duidelijk is welke diagnose waarschijnlijk in een opname zal resulteren. Een criterium als het ingeschatte gevaar doorkruist een aantal diagnostische categorieën en blijkt meer bepalend voor een opname dan een diagnose sec. Gelijke bevindingen doet Romme (1967) in een evaluatieonderzoek bij de 24-uurs dienst van de GG en GD in Amsterdam.

Overigens komt Friedman (1983) op basis van een kritisch overzicht van de literatuur tot de conclusie dat er een gebrek aan consensus lijkt te bestaan over acceptabele crisisopnames. Enerzijds heeft dit te maken met een gebrek aan outcome-studies die een heldere basis zouden kunnen verschaffen over de beslissing welke patiënt in welke situaties van een opname kan profiteren, anderzijds bestaan er algemene vooroordelen tegen hospitalisatie.

Opname wordt vaak gekozen bij gebrek aan beter, bij afwezigheid van alternatieven en niet door de aanwezigheid van een duidelijke indicatie. Als positieve indicaties formuleert Friedman: 1) de behoefte aan protectie; 2) diagnostische observatie en procedures en 3) klinische milieubehandeling danwel de behoefte aan een klinisch milieu om een andere specifieke behandeling te kunnen ondergaan.

In het bovengenoemde analyseproces neemt de 'customers approach' méér dan een 'diagnostic approach' (op basis van symptomen screenen op psychiatrische ziekte) of een 'suitability approach' (beoordeling van patiënten naar hun geschiktheid voor een ideale therapievorm of achterliggend therapieprogramma) een centrale plaats in naar ons idee (Lazare, Eisenthal, Wasserman 1975). Meestal zijn de klachten van de patiënt en het doel dat hij wenst te bereiken wel te evalueren, echter niet de vraag (request) hoe hij geholpen wenst te worden.

In de therapeut-patiëntrelatie spelen diverse mechanismen een rol, die het zicht op deze vraag kunnen vertroebelen. Bovendien is het bij een opnamecrisis goed er rekening mee te houden dat de patiënt aan een opname psychotische fusiewensen of depressieve afhankelijkheidsbehoeften beleeft (Van Eck 1982; Gaudriault 1986) of zich vanuit massieve schuld- en schaamtodynamieken (Wurmser 1981) met oneigenlijke verwachtingen van verwijzers en andere betrokkenen identificeert. Deze vaak uit onmacht voortspruitende verwachtingen behelzen het gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis als opsluit-, reguleer- en soms zelfs als strafinstituut.

Een breed arsenaal aan vraagcategorieën werd door Lazare, Eisenthal en Wasserman (1975) onderzocht op het veronderstelde belang dat ze voor patiënten zouden hebben. Vragen naar onder andere opheldering, gemeenschapsvoorzieningen, medische hulp en psychologische expertise bleken voor patiënten belangrijk; vragen naar psychodynamisch inzicht, grenzen stellen, herstel van realiteitscontact en advies leefden veel minder bij de onderzochte patiëntengroepen. Toepassing van de 'customers approach' leidde bij patiënten tot een grotere satisfactie over de behandeling, zelfs als zij niet die behandeling kregen die ze wensten (Eisenthal, Lazare 1976).

Op geleide van het analyseproces van crisisdeterminerende factoren en verhelderingsprocessen van de vraag kan men met de patiënt, familieleden en verwijzers en andere betrokkenen tot onderhandeling komen over de meest geëigende definitieve interventies. Uiteraard zal de

crisisinterventor zich hierbij optimaliter laten leiden door klinische motieven, waarbij hij bewust, binnen het krachtenveld waarin hij zich bevindt, zo open mogelijke oplossingen zal nastreven. Is de definitieve interventie een opname, dan zullen de doelstellingen daarvan en de situatie waarvan wordt uitgegaan voor alle betrokkenen, niet in de laatste plaats de patiënt, doorzichtiger zijn. Bovendien kan een dergelijke crisisinterventie belangrijke positieve leerervaringen bevatten.

Crisisinterventie is teamwerk

Uiteraard dienen crisisinterventoren over een hoge mate van professionaliteit te beschikken. Jenner (1985) wees daar ten aanzien van de psychiater-crisisinterventor al op. Deze professionaliteit zal zich – gezien de grote kwantiteiten angst, depressiviteit, machteloosheid, ageren en agressiviteit die de therapeut ontmoet – in het bijzonder moeten manifesteren in het vinden van het juiste midden tussen afstand houden en meevoelen. De crisisinterventor moet weten onder welke omstandigheden hij minder geschikt is voor dit werk en de tegenoverdrachtsgevoelens die in dit werk zeer nauw luisteren goed kunnen hanteren (Veltman 1980). Deze tegenoverdrachtsgevoelens vormen trouwens vaak een specifiek kenmerk van de therapeut-patiëntrelatie. Bassuk en Gerson (1980) noemen in dit verband de 'help-rejecting style' waarbij vroege afweermechanismen als splijting en projectie een rol spelen, als een diagnostisch kenmerk van de zogenaamde chronische crisispatiënten. In het algemeen bepleit Sigel (1983) overigens de zinvolheid van een psychodynamisch georiënteerde benadering die aansluit bij de psychische pijn van de patiënt, en die de 'overdrachtsfenomenen' vruchtbaar maakt, welke een belangrijke rol spelen bij (chronische) psychiatrische patiënten. Hij polemiseert daarmee tegen de dominante invloed van 'management issues' ten aanzien van deze patiënten 'who can be managed, administered, medicated and deinstitutionalised'.

Voor crisisinterventoren van niet alleen de psychiatrische discipline, die crisisinterventie binnen een tijdsperspectief willen beoefenen, is ons inziens ervaring met andere intramurale dan wel ambulante segmenten van de patiëntencarrière evenals ervaring in het hanteren van langdurige therapeutische processen zeer gewenst. Ongeacht de hoge kwalitatieve eisen, gesteld aan de individuele professional, is crisisinterventie, zeker in bovengenoemde zin, geen heroïsche activiteit van de enkeling. Naar onze ervaring kan dit werk het beste verricht worden vanuit een hecht multidisciplinair team, waarin ten aanzien van dit emotioneel veeleisende werk voortdurende terugkoppeling, emotionele ondersteuning en intervisie mogelijk is.

Crisisinterventies sec, zeker als deze in outreaching situaties plaatsvinden, behoren tegen deze achtergrond optimaliter een liefst interdisciplinaire duoactiviteit te zijn. Behalve voor de ondersteuning

van het dagelijkse werk is teamwerk op langere termijn van belang voor de ontwikkeling van ad hoc-situaties overschrijdende beleidslijnen met betrekking tot ingewikkelde problematieken waarmee men in het crisisinterventiewerk geconfronteerd wordt.

Waar de kwaliteit van een team, zowel in oppervlakte als diepte-structuur een van de belangrijkste contribuanten is aan een adequate patiëntenzorg in de kliniek (Janzing, Lanssen 1985) geldt dit nog in sterkere mate voor een crisisteam. Dit laatste is onderhevig aan sterke vaak polaire krachten, die niet alléén uitgeoefend worden door de patiënt en zijn systeem, maar ook door verschillende verwijzers, politie, justitie, representanten van de publieke opinie op verschillend niveau en ontvangende partijen in het ziekenhuis of elders. Een dergelijk team zal veel aandacht aan een cohesief functioneren met adequate grenzen moeten besteden, om vandaar uit 'partij tussen de partijen' te kunnen zijn en zodoende een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan enigermate consensusontwikkeling over kwesties als bij voorbeeld de zin en onzin van een (gedwongen) psychiatrische opname.

Literatuur

- Baldwin, A. (1978), A paradigm for the classification of emotional crisis: Implications for crisisintervention. *Am. J. Orthopsychiatry*, 3, 538-551.
- Bassuk, E.L. (1980), The impact of deinstitutionalization on the general hospital emergency ward. *Hospital and Community Psychiatry*, 9, 623-628.
- Beenackers, A. (1979), De krisiscentra van Utrecht en Overvecht, *MGV*, 2, 124-132.
- Bosch, R.J. van den (1985), Convergerende trends in de schizofrenieonderzoek. *Ned. T. v. Geneeskunde*, 25, 1179-1182.
- Ciampi, L. (1982), *Affektlogik*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Clark, I. (1982), Psychiatric Emergency: concepts and problems of organizational structure. *Sociology of Health and Illness*, 1, 75-85.
- Donker, M.C.H. (1982), De vele varianten van de 7 x 24-uurs dienst. *MGV*, 5, 513-520.
- Eck, L. van (1982), Psychotherapie met schizofrenen: hechting, werkrelatie, overdracht. *T. v. Psychotherapie*, 3, 129-141.
- Eisenthal, S., en A. Lazare (1976), Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. *J. of Nervous and Mental Disease*, 3, 169-177.
- Friedman, R.S. (1983), Hospital treatment of Psychiatric Emergencies. In: S.M. Soreff, *Psychiatric Clinics of North America, Emergency Psychiatry*, 2, 293-325.
- Gale, M.S., S. Beck en K. Springer (1978), Effects of therapists' biases on diagnosis and disposition of emergency patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 11, 705-710.
- Gaudriault, M. (1986), Groupes analytiques au sein des groupes hospitaliers psychiatriques. *Revue de Psychothérapie Psychoanalytique de Groupe*, 3-4, 75-83.
- Gaynor, J., en W. Hargreaves (1980), 'Emergency Room' and 'Mobile Response' models of emergency psychiatric services. *Community Mental Health Journal*, 9, 283-293.

- Gersons, B.P.R. (1981), Over crisistheorie en rolverandering. *T. v. Psychiatrie*, 7-8, 430-452.
- Häfner, H., en W. Rössler (1986), Psychiatrische Notfallversorgung und Kriseninterventionkonzepte, Erfahrungen und Ergebnisse. *Psychiat. Prax.*, 13, 1-10.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme en G.A.M. Driessen (1985), Het (on)bedoelde gebruik van meerdere GGZorg voorzieningen. *Perspektief* extra editie, 21-40.
- Hamers, H.J.F.R., en M.A.J. Romme (1985), De GGZorg als systeem in wankel evenwicht. *Perspektief* extra editie, 41-73.
- Hanson, G.A., en H.M. Babigian, Reasons for hospitalization from a psychiatric emergency service. *The Psychiatric Quarterly*, Vol. 48, nr. 3, 31-45.
- Jenner, J.A. (1985), De psychiatrische opname als fenomeen. *Medisch Contact*, 22, 663-666.
- Janzing, C., en J. Lansen (1985), *Milieutherapie*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Lazare, A., S. Eisenthal en L. Wasserman (1975), The costumer approach to patienthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 553-558.
- Lazare, A., S. Eisenthal, L. Wasserman en T. Harford (1975), Patient requests in a walk-in clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 291-293.
- Lieberman, B., en F.M. Baker (1985), The reliability of Psychiatry Diagnoses in the emergency room. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 291-293.
- Luyn, B. van (1982), Crisisinterventie in Utrecht: van de idealen naar de praktijk. *MGV*, 5, 496-512.
- Oudendijk, N.C. (1980), Het mobiel crisisteam. *Medisch Contact*, 43, 1340-1343.
- Petry, D. (1987), Het proces van de psychiatrische rehabilitatie. *Voordracht Symposium Rehabilitatie van chronisch psychiatrische patiënten*. PMS Vijverdal, Maastricht.
- Ping Nie Pao (1979), *Schizophrenic disorders, theory and treatment from a psychodynamic point of view*. Int. Univ. Press, New York.
- Ree, F. van (1981), (Medische) psychotherapie bij jonge opgenomen schizofrenen. *T. v. Psychotherapie*, 1, 24-33.
- Richartz, M.M.W. (1981), Segregatie of integratie? *T. v. Psychiatrie*, 6, 347-358.
- Richartz, M.M.W. (1985), Schizofrenie: een onmogelijk begrip of een moeilijk peilbare uitdaging? *Cob-Bulletin*, 2, 4-13.
- Romme, M.A.J. (1967), *Doel en Middel*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam. Gemeente Universiteit Amsterdam.
- Romme, M.A.J., H.F. Kraan en R.J. Rotteveel (1984), *Wat is sociale psychiatrie?* Samsom, Alphen aan den Rijn.
- Scharfetter, C. (1983), *Schizophrene Menschen. Psychopathologie, Verlauf, Forschungszugänge, Therapiegrundsätze*. Urban und Schwarzenberg, München.
- Sigel, S. (1983), Psychoanalytic psychotherapy for chronic patients in the community. Focus on transference. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 2, 357-360.
- Taplin, J.R. (1971), Crisistheory: critique and reformulation. *Community Mental Health Journal*, 1, 13-24.
- Theunissen, J., en G. Driessen (1985), Een aanzet tot programma-evaluatie bij de 7 x 24 uren opvangpost Maastricht e.o. *Intern rapport van de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie*, RULimburg, Maastricht.

- Veltman, H. (1980), Psychoanalyse en crisisinterventie. In: B. Frijling-Schreuder, *Psychoanalytici aan het woord*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Verhoeff, J. (1980), Psychiatrie d'urgence. *Medisch Contact*, 43, 1339-1340.
- Wiersma, D., en R. Giel (1974), Theoretische en praktische aspecten van crisisinterventie. *T. Soc. Geneeskunde*, 52, 320-325.
- Whitaker, D.S., en M.S. Lieberman (1984), *Psychotherapy through the group process*. Aldine Publ. Cie., Chicago.
- Wurmser, L. (1981), *The mask of shame*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Zubin, J., S.R. Steinhauer, R. Day en D.P. Kammen (1985), Schizophrenia at the cross-roads: a blueprint in the 80s. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 217-240.

Schrijvers zijn respectievelijk psychiater verbonden aan het Psychomedisch Streekcentrum 'Vijverdal' (Postbus 88, 6200 AB Maastricht) en klinisch psycholoog, voorheen verbonden aan de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie, RU Limburg, thans werkzaam bij de RIAGG Arnhem.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 23-11-'87.