

Uit: Klinische Psychologie (Smeets, Bögels, Van Der Molen, Arntz, 1999)

Hoofdstuk 9. Crisisinterventie

Drs. Arthur J.H.T. de Bie, Psychiater en Drs. Henk C. Milius, Psychiater

- 9.1 Inleiding en leerdoelen
- 9.2 Crisistheorie
- 9.3 Klinische beelden
- 9.4 Crisisinterventie
 - 9.4.1 Aanmeldingsfase
 - 9.4.2 Inschattingsfase
 - 9.4.3 Interventiefase
 - 9.4.4 Evaluatiefase
- 9.5 Organisatie op het gebied van de crisishulpverlening
- 9.6 Crisisinterventies binnen reguliere therapieën
- 9.7 Besluit

Verklarende woordenlijst

Literatuur

9.1 Inleiding

Onder het begrip crisis verstaat men een acute noodsituatie, waarbij direct ingrijpen verlangd wordt. Een crisis kan ontstaan als de normale gang van het dagelijkse leven door een of meer ingrijpende gebeurtenissen wordt verstoord. Dergelijke ingrijpende gebeurtenissen noemt men life-events of crisogene factoren.

Crises zijn onlosmakelijk verbonden met het menselijk bestaan. In de loop van de geschiedenis hebben mensen die zich voor onoverkomelijke problemen geplaatst zagen steeds een beroep gedaan op familie, vrienden en mensen die op grond van hun maatschappelijke positie daartoe in aanmerking kwamen, zoals onderwijzers, geestelijken en hulpverleners. Vaak lukt het om met steun van de omgeving weer greep te krijgen op de noodsituatie. Soms hebben de reacties van de omgeving echter onvoldoende effect of leiden zij onbedoeld tot een ernstiger crisis. De hulp uit de omgeving vormt op dat moment onbedoeld een nieuw en complicerend probleem. De context waarbinnen crises zich afspelen dient daarom altijd in de beoordeling te worden betrokken, zo mogelijk vanuit een systeemtheoretisch perspectief.

De leerdoelen van dit hoofdstuk bestaan uit een basale kennismaking met de crisistheorie, de klinische beelden waarin een crisis zich kan manifesteren, de fasen in het proces van crisisinterventie, de crisisinterventie-beginselen, de organisatie van crisishulpverlening en crisisinterventie in het kader van reguliere therapieën.

9.2 De crisistheorie

De crisistheorie is gestoeld op klinische ervaring en is eigenlijk niet op haar validiteit onderzocht. Het onderzoek dat is verricht, is vooral descriptief van aard.

De basis voor de crisistheorie werd in 1944 gelegd door Lindeman, die in zijn artikel 'Symptomatology and the management of acute grief' het proces van acute rouw beschreef bij de nabestaanden van 491 mensen, die bij een grote nachtclubbrand in Boston waren omgekomen (Lindemann, 1944). Het belang van dit artikel voor de ontwikkeling van de crisistheorie is de hieruit afkomstige opvatting dat het crisisproces evenals het rouwproces

een normale, in de tijd beperkte reactie is, waarin heftige emoties worden verwerkt (Gersons, 1991, 1997).

De crisistheorie beschouwt een crisis als het eindpunt van een reeks gebeurtenissen die het probleemoplossend vermogen van het individu te boven gaat, waardoor de balans tussen *draagkracht* en *draaglast* verstoord raakt. Deze balans heeft de kenmerken van een homeostatisch proces. Dat betekent dat een dreigende verstoring van de balans bijvoorbeeld door een toename van de draaglast, automatisch resulteert in pogingen tot evenwichtsherstel door de draagkracht te vergroten of de draaglast te verminderen.

De *draagkracht* of de capaciteit om problematische situaties het hoofd te bieden, verschilt van mens tot mens en wordt bepaald door vele factoren zoals erfelijke aanleg en constitutie, persoonlijkheid, onverwerkte ervaringen uit het verleden, somatische ziekten en leergeschiedenis. De draagkracht kan permanent verminderd zijn op grond van erfelijke factoren of stoornissen in het beloop van de zwangerschap en bevalling, waardoor er bijvoorbeeld sprake is van mentale retardatie of een verhoogde kwetsbaarheid voor bepaalde psychiatrische stoornissen, zoals psychotische of stemmingsstoornissen. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken of persoonlijkheidsstoornissen kunnen resulteren in een specifieke kwetsbaarheid. Een voorbeeld daarvan is de kwetsbaarheid van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis voor het verbreken van relaties. De draagkracht kan ook verminderd zijn door onverwerkte traumatische ervaringen uit het verleden, bijvoorbeeld door seksueel misbruik op jonge leeftijd. Seksuele ervaringen op latere leeftijd kunnen deze vroegere traumatische ervaring actualiseren en zo een crisogene factor vormen. Ook somatische ziekten kunnen de draagkracht tijdelijk of permanent verminderen. Het succesvol oplossen van problemen kan daarentegen het gevoel van competentie en daarmee de draagkracht vergroten.

De *draaglast* wordt bepaald door een cumulatie van al langer bestaande chronische problemen en recente problemen, de crisogene factoren. Dit zijn vaak verlieservaringen of dreigingen daarvan, bijvoorbeeld verlies door overlijden, scheiding, ongeval, ernstige ziekte, werkloosheid, conflicten, tegenslagen, krenkende ervaringen, psychotraumata en de onvermijdelijke overgangen in de levensloop van de mens, zoals het verlaten van het ouderlijk huis om zelfstandig in het bestaan te voorzien en pensionering.

Als men zich met dergelijke gebeurtenissen geen raad weet omdat de gebruikelijke oplossingsstrategieën tekort schieten, dreigt verlies van controle over het geïntegreerd ervaren van zichzelf en de omgeving of verlies van controle over de situatie. Dan treedt een algemene stressreactie op, waarbij angst en spanning toenemen. Door een beroep te doen op steun in de omgeving worden externe hulpbronnen aangeboord. Indien steun uitblijft, of onvoldoende effectief is, of wanneer een nieuwe belastende gebeurtenis de druppel vormt die de emmer doet overlopen, treedt na verloop van tijd een breekpunt op, waarna de balans doorslaat. De ontregeling die daarvan het gevolg is, resulterend in het verlies van controle over het geïntegreerd ervaren of over de situatie, uit zich in de vorm van symptomen en een verzoek om acute hulp. Behalve degene voor wie acute hulp gevraagd wordt, kunnen ook de direct betrokkenen in een crisis verkeren.

Emotionele, cognitieve of somatische symptomen kunnen in een crisis op de voorgrond staan. Zoals spanning, angst, woede, hopeloosheid, radeloosheid, verwarring, selectieve of onjuiste waarneming, ineffectief gedrag, controleverlies, slapeloosheid, uitputting of andere lichamelijke klachten. Heftige emoties kunnen de kwaliteit van de cognitieve functies negatief beïnvloeden, waardoor een gestoorde informatieverwerking optreedt en adequate zelfreflectie, afstand kunnen nemen ten aanzien van zichzelf en plaatsen van de problemen in een perspectief van heden, verleden, en toekomst niet meer mogelijk zijn. De greep op eigen ervaring en de situatie raken dan verloren. Er kan ook een ont koppeling tussen de emotionele en de cognitieve aspecten van de ervaring optreden (Van

der Hoeven & De Waal, 1997). Normaal zijn deze aspecten van de ervaring in balans met elkaar en versmelten zij tot één ervaring, die in het geheugen wordt opgeslagen. Men maakt daarbij onderscheid tussen het expliciet en het impliciet geheugen (Baddeley, 1995; Chu, Matthews, Frey & Ganzel, 1996). Vereenvoudigd weergegeven, kan men stellen dat de feiten van een gebeurtenis, zoals tijd en plaats, in het expliciete geheugen worden opgeslagen en de gevoelens in het impliciete geheugen. Een ontkoppeling kan naderhand aanleiding geven tot het domineren van het expliciete geheugen, met aanwezige herinnering van feiten en afwezigheid van gevoelens. Het kan ook aanleiding geven tot het naderhand domineren van het impliciete geheugen, met heftige emoties en afwezige herinnering van feiten.

Box 9.1: Casus Daphne

Gerard werkt als psycholoog en psychotherapeut bij de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en neemt als voorwacht deel aan de gezamenlijke 24 uurdienst van de RIAGG en het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ). Tijdens een van zijn diensten wordt hij 's avonds door de dienstdoende huisarts gebeld met het verzoek om hulp voor Daphne, een eerste jaars-studente. Zij eet al een week niet meer, drinkt te veel wijn en vertelt dingen die niet kloppen. De aanleiding om de huisarts in te schakelen is de sinds de vorige avond regelmatig herhaalde aankondiging dat zij een eind aan haar leven zal maken. De medestudenten en de studentendecaan hebben haar sindsdien niet meer alleen durven laten. De decaan kan de verantwoordelijkheid voor een tweede nacht 'vol onrust en ellende' niet aan. De interventie van de huisarts was niet succesvol. Daphne weigerde een gesprek en op zijn voorstel tijdelijk rustgevende medicatie te gebruiken, reageerde zij met schelden. De huisarts vraagt om een out-reaching omdat hij inschat dat de situatie uit de hand zal lopen als er niet wordt ingegrepen.

Gerard besluit zich ter plekke te oriënteren. De HBO-instelling en het bijbehorende studentenhuus blijken gehuisvest in een oud kasteel, net buiten de stad gelegen. Tijdens het gesprek met de decaan verneemt hij dat Daphne een 20 jarige, eerste jaars-studente is, die gedurende de introductieperiode steeds meer buiten de groep studenten is komen te staan. Tijdens een feest in de nog voortdurende introductieperiode 'flipte zij uit', waarbij zij met glazen en flessen gooide en medestudenten te lijf ging. Informatie over haar voorgeschiedenis heeft de decaan niet. Op dat moment heeft zij zich ingesloten in de kamer van een medestudente, die voor de deur een oogje in het zeil houdt. Op weg naar deze kamer ontmoet Gerard op de trap drie vrolijke, mannelijke studenten, slechts gekleed in tot peniskokers gepromoveerde lege wc-rollen. De muziek die in het gehele pand te horen is, doet vermoeden dat er ergens in het gebouw een feest plaatsvindt.

Aanvankelijk weigert Daphne de deur te openen, maar na enig aandringen laat zij Gerard binnen met de mededeling dat zij geen woord zal zeggen en dat hij haar niet te zien zal krijgen. Zij ligt in bed met de rug naar hem toegekeerd en houdt de dekens over haar hoofd getrokken. Gerard stelt zich voor, vertelt wie hem ingeschakeld heeft en wat de bedoeling van zijn komst is. Vervolgens vraagt hij haar wat er met haar aan de hand is. Aanvankelijk vallen alleen bewegingen onder de dekens waar te nemen. Wanneer Gerard enige tijd op haar ingesproken heeft, reageert Daphne van onder de dekens door hem en alle hulpverleners te verwensen. Zij vertelt dat zij niets met wie dan ook te maken wil hebben en vraagt hem op te roepen. Hij speelt immers toch met de anderen onder één hoedje en is er op uit haar af te laten gaan. Gerard, die inmiddels in een stoel plaats genomen heeft, vertelt niet van plan te zijn te vertrekken voor hem duidelijk is wat er aan de hand is. Na een kwartiertje komt haar hoofd onder de dekens te voorschijn en begint zij antwoorden te geven op de gestelde vragen. Af en toe herroept zij voorgaande uitspraken, uit zij beschuldigingen om tenslotte in tranen uit te barsten. Wanhopig zegt zij het allemaal niet meer te weten.

Dan vertelt zij haar verhaal. “Ik ben hier twee weken geleden begonnen. Ik had me er veel van voorgesteld. Maar ik voelde me niet thuis tussen alle nieuwe gezichten en onbekenden. Ik voelde me net niet op mijn plaats, alsof ik er niet bij hoorde”. Gerard vraagt: “wat bedoel je met ‘net alsof ik er niet bij hoorde’?” Daphne: “Ik voelde me de mindere tussen al die studenten uit de zogenaamde betere klasse. Terwijl ik ze ook, eh..., kinderachtig vond, ... de manier waarop ze zich gedroegen”. De weerstand tegen de als kinderachtig en vernederend ervaren introductie-activiteiten nam steeds meer toe. In onderlinge discussies beriep zij zich op haar levenservaring, vooral haar ervaringen als au pair bij een familielid in het buitenland. Zij voelde zich niet serieus genomen door haar medestudenten. “Zij lachten me uit en noemden me een saaie trut”. Een tijd lang lukte het haar om zich er over heen te zetten door “de knop om te zetten”. Op een bepaald moment echter, “voelde ik me tijdens een feest zo buitengesloten en vernederd dat ik huilend en overstuur ben weggelopen”. Details van deze gebeurtenis en de daarop volgende tijd herinnert zij zich niet meer. Zij schaamt zich en piekert over haar ouders die van plan zouden zijn haar binnenkort te bezoeken. “Ik heb gefaald, ik durf ze niet meer onder ogen te komen”. Zij zegt geen perspectief meer te zien. Het liefst zou zij dood willen, “dan heb ik ten minste rust”.

Gerard vat zijn bevindingen samen door haar toestand te benoemen als uitputting ten gevolge van het op de tenen moeten lopen in een niet bij haar volwassen verantwoordelijkheidsgevoel passende omgeving. Bovendien zijn andere vaardigheden nodig voor het functioneren in een ontgroening dan voor het studeren en behalen van tentamens. Om zich daarop te bezinnen en zich voor te bereiden, stelt hij een kortdurende opname voor in het crisiscentrum om daar, zonodig met medicatie, tot rust te komen. Bij Gerard's overwegingen speelt de inschatting dat de belastende introductie-activiteiten een instandhoudende rol voor de crisis vormen. Daphne stemt met het voorstel in. In de daarop volgende dagen vindt onder begeleiding van Gerard een gesprek met de ouders plaats, waarin afgesproken wordt dat Daphne verwezen zal worden naar de RIAGG. Het plan wordt gemaakt om na de introductieperiode de studie te hervatten.

De problematische situatie waarin Daphne zich bevindt vertoont alle kenmerken van een crisis. Net zoals bij Daphne het geval was, wordt de hulpverlening meestal pas ingeschakeld als iemand extreem reageert of de omgeving zich geen raad meer weet met de persoon in crisis.

Toepassing van de crisistheorie op de situatie van Daphne, levert het volgende beeld. Moeilijk te verdragen, tegenstrijdige gevoelens van insufficiëntie en superioriteit in de nog onbekende groep van medestudenten bedreigen haar intrapsychische evenwicht. Dit leidt tot een stressreactie en onwelbevinden, waarop zij pogingen doet om tot herstel van het intrapsychische evenwicht te komen. Daarbij hanteert zij enerzijds een intrapsychische strategie, namelijk het zich over de emoties heen zetten door ‘de knop omzetten’. De knop omzetten vormt in wezen een ont koppeling tussen emotionele en cognitieve ervaring, waarbij zij voor het opslaan van een gebeurtenis in haar geheugen haar emotie uitschakelt, met dominantie van het expliciete geheugen als gevolg. Anderzijds probeert zij met een weinig succesvolle interpersoonlijke strategie het intrapsychische evenwicht te herstellen, namelijk door zich te beroepen op haar ervaringen als au pair. Deze strategie faalt echter op de avond van het feest. Op dat moment lukt het haar mede ten gevolge van alcoholgebruik niet langer om zich over de gevoelens van krenking en woede heen te zetten. Een woede-uitbarsting met amnesie voor het incident is het gevolg. Ontkoppeling door uitschakeling van de cognitieve ervaring van de gebeurtenis voor de opslag in het geheugen, met naderhand de dominantie van het impliciete geheugen, is dan het resultaat. Externe hulpbronnen worden aangeboord om de situatie te blijven verdragen door een appél te doen op de omgeving door te dreigen met suïcide. Dit leidt tot een actieve opstelling van de decaan en medestudenten met als

gevolg een tijdelijke vermindering van de insufficiëntiegevoelens en de gevoelens van er niet bij horen. De uitputting van de decaan en medestudenten leidt tot het breekpunt met een nog grotere ontregeling tot gevolg: insluiten in de kamer, het verbreken van het contact met de decaan en medestudenten en het weigeren van het contact met de huisarts. De huisarts stelt vervolgens de acute hulpvraag.

De fasen van crises

In de reactie van mensen op acute traumata of rampen is een duidelijke fasering te onderkennen. Gersons (1991, 1997) en Jenner (1995) onderscheiden in navolging van Tyhurst (1957) op grond van het beloop in de tijd een drietal fasen, namelijk:

1. de schokfase
2. de terugslagfase en
3. de posttraumatische fase.

De schokfase is de fase van de inwerking van het acute trauma of de ramp. De aandacht is in deze fase gericht op het heden en de meest voorkomende psychologische reactie die men in deze fase tegenkomt is verbijstering met vernauwde aandacht, angstverschijnselen en een min of meer automatisch reageren. Minder frequent ziet men psychologische reacties zoals koelheid en beheersing, waarbij de beoordeling adequaat is en direct actie wordt ondernomen. Ook het volledig in de war en bewegingsloos en verstijfd van angst zijn, of gillen en het ondernemen van volledig inadequate acties zijn schokreacties die minder vaak voorkomen.

De terugslagfase begint op het moment dat het trauma of de ramp ten einde is. De aandacht van betrokkenen is in deze fase gericht op het nabije verleden en de psychologische reacties bestaan uit het zoeken van steun, warmte en verzorging in de veilige omgeving van familie of vrienden. Het zelfbewustzijn keert geleidelijk terug en het besef van het onmiddellijk gebeurde dringt langzaam door, waarbij er een behoefte bestaat aan praten en emotionele uitingen.

In de posttraumatische fase worden heden, verleden en toekomst weer in een breder perspectief samengebracht. De gevolgen van het trauma of de ramp dringen door het tot het volle bewustzijn. De psychologische reacties zijn vermoeidheid, angst en soms psychiatrische stoornissen. In het volgende voorbeeld worden de drie fasen van een crisis geïllustreerd.

Box 9.2: De drie fasen van een crisis: schok, terugslag en posttraumatische fase

Chantal rijdt op een avond waarop zij haar schoonzus heeft helpen inpakken voor de op handen zijnde verhuizing, moe maar voldaan naar huis. Tijdens de autorit merkt zij dat zij haar ogen nauwelijks open kan houden. Ondanks de lager gezette verwarming en de aangezette autoradio zakt zij even weg en realiseert zich nog net van de weg te raken en op een boom af te koersen. Achteraf herinnert zij zich nog aan haar kinderen te hebben gedacht voordat de auto de boom raakte. Zij stapt uit, overziet de schade, controleert de verlichting, controleert of de motor nog start, buigt vervolgens met haar handen de bumper recht en rijdt naar huis. Daar vertelt zij haar echtgenoot de toedracht en zegt geluk te hebben gehad. Koelheid, juiste beoordeling en directe actie kenmerken de schokfase. Pas de volgende dag, als de garagehouder zijn vermoeden uitspreekt dat de auto total loss is, slaat haar de schrik om het hart. Zij barst in huilen uit en zij durft niet in de leenauto te rijden. De daaropvolgende dagen durft zij haar huis niet meer uit, is zij niet in staat om voor haar kinderen te zorgen en heeft zij behoefte aan de directe nabijheid van haar echtgenoot. Steeds opnieuw vertelt zij hem het verhaal over het ongeluk. De terugslagfase gaat in het verloop van de daarop volgende week geleidelijk over in de posttraumatische fase waarin zij zich geleidelijk meer richt op haar kinderen, haar werk en samen met haar man de financiële situatie onderzoekt

om te bezien of de aanschaf van een nieuwe auto mogelijk is. Tevens besluiten zij om een levensverzekering af te sluiten, voor het geval dat ...

9.3 De klinische beelden

De beelden waarin een crisis zich kan manifesteren, kan men op meerdere wijzen indelen, bijvoorbeeld op grond van de ernst, de klachten, de symptomen of syndromen, de crisogene factor of het verloop in de tijd. Verschillende auteurs komen op grond van verschillen in standpunt en beschreven interventies dan ook tot andere indelingen (Brinkman & Van den Berg 1992; Brown, Scott & Pullen 1990; Gersons 1986, 1991, 1997; Jenner 1988; Merson & Baldwin 1995; Tyhurst 1957). In tabel 1 is een indeling van de klinische beelden op grond van de crisogene factor, de typering van de hulpzoekende en het syndroom weergegeven. Een complicerende factor is echter dat een crisis zich meestal niet voordoet in de vorm van een éénduidig klinisch beeld, maar als een mengbeeld dat bovendien in de loop van de tijd kan variëren.

Tabel 9.1: Indeling van de *klinische beelden* op grond van crisogene factor, typering van de hulpzoekende en syndroom.

Crisogene factor	Typering van Hulpzoekende	Syndroom
Ontwikkelingscrisis		Psychosociale Problematiek
Uit huis gaan	De rouwende cliënt	
Huwelijk	De probleemvermijdende cliënt	
Geboorte	De dakloze cliënt	Psychiatrische Stoornis
Kind naar school	Het incestslachtoffer	Acute stress-stoornis
Kinderen uit huis	De verkrachte cliënt	Psychose
Pensionering	De onwillige cliënt	Depressie
	De suïcidale cliënt	Manie
Traumata	De agressieve cliënt	Angststoornis
Overval	De achterdochtige cliënt	Dissociatieve stoornis
Gijzeling	De allochtone cliënt	Stoornis ten gevolge van een somatische aandoening
Ongeval	De geriatrische cliënt	Stoornis ten gevolge van alcohol- of drugs-misbruik
Seksueel misbruik	De manipulerende cliënt	Aanpassingsstoornis
	De 'draaideur cliënt'	
Rampen	Het escalerende systeemconflict	
Vliegramp	De lijdende buurt	
Overstroming	De intolerante buurt	
Aardbeving		
Diversen		
Alcohol en drugs		
Somatische ziekte		

Op grond van de ernst, het aantal en de duur van de symptomen kan men onderscheid maken tussen psychosociale en psychiatrische crises. Het onderscheid tussen beiden is gradueel van aard en gelegen in het feit dat de symptomen bij een psychiatrische crisis voldoen aan de

criteria van één van de stoornissen van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Van een psychosociale crisis spreekt men als de symptomen minder ernstig zijn en niet voldoen aan de criteria van één van de stoornissen van de DSM-IV. Het onderscheid is van belang voor de hulpverlening, omdat in het geval van een psychiatrische stoornis vaak niet volstaan kan worden met crisisinterventie. In aansluiting op crisisinterventie is vaak een gerichte verwijzing naar de reguliere hulpverlening, bijvoorbeeld naar een behandelingsprogramma voor psychotische- of stemmingsstoornissen, geïndiceerd.

In het geval van Daphne bijvoorbeeld maakt het verschil of zij op symptoomniveau klaagt over gespannenheid vanwege tegenstrijdige gevoelens van insufficiëntie en superioriteit, waardoor zij geen hap meer door haar keel krijgt en alleen met behulp van enkele glazen wijn kortdurend in slaap kan vallen, of dat radio en televisie programma's boodschappen voor haar bevatten en dat zij stemmen hoort die over haar spreken, haar uitschelden en opdrachten geven en haar verbieden om te eten. In het eerste geval is er sprake van een psychosociale crisis, in het tweede geval van psychiatrische crisis in de vorm van een psychotische stoornis. Dezelfde crisogene factor, namelijk het beginnen aan een nieuwe opleiding met een introductieweek, kan bij een grotere en specifieke kwetsbaarheid resulteren in een psychose. In aansluiting op de crisisinterventie is dan een verwijzing en langduriger behandeling in een behandelingsprogramma voor psychotische stoornissen geïndiceerd.

Een ernstige psychiatrische stoornis kan resulteren in een zodanige psychische onvrijheid, dat zelfs met hulp een goede afweging van het eigen belang en het belang van anderen niet meer mogelijk is. Als er bovendien sprake is van een 'onmiddellijk dreigend gevaar dat niet anders dan door een opname kan worden afgewend', is het op grond van de wet Bijzondere Opnames Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) mogelijk om betrokkene gedwongen op een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) of in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) op te nemen.

Het is steeds belangrijk rekening te houden met het feit dat een aantal psychiatrische stoornissen veroorzaakt kunnen worden door een somatische aandoening en alcohol- of drugsmisbruik. Vooral psychiatrische stoornissen waarbij sprake is van een eventueel in de tijd wisselend bewustzijn en/of visuele hallucinaties, zoals bij een delier (zie bijvoorbeeld: Van den Bosch, 1997), zijn in dat opzicht suspect.

9.4 Crisisinterventie

In het proces van crisisinterventie kan men een aantal fasen onderscheiden: de fase van de aanmelding, de inschatting, de interventie en de evaluatie. Deze fasen zijn niet strikt van elkaar te scheiden, maar bieden houvast tijdens het proces van crisisinterventie.

Crisisinterventie onderscheidt zich van andere vormen van hulpverlening door een onmiddellijke start van de hulpverlening die zonnodig 'out-reachend' van aard is (dat wil zeggen dat de hulpverlener op indicatie naar de cliënt toegaat en ter plekke hulp verleent). De crisishulpverlener vormt zich snel en op basis van beperkte informatie een hypothese over het ontstaan van de crisis in termen van crisogene factor, draagkracht, draaglast en steun van de omgeving. Daarbij hanteert hij een klacht- en probleemgerichte aanpak en een directieve werkwijze. Het hulpaanbod is op de actuele toestand gericht en beperkt in de tijd. Het doel van de crisisinterventie is verdere achteruitgang te voorkomen en het evenwicht terug te brengen tot het oorspronkelijke of een hoger niveau van functioneren. Vanwege de vaak turbulente situaties stelt crisisinterventie specifieke eisen aan de hulpverlener: rust kunnen bewaren in turbulente situaties, een grote mate van flexibiliteit kunnen opbrengen, in staat zijn snel overzicht te verwerven, structurerend en directief kunnen optreden, kennis hebben en gebruik kunnen maken van meerdere theoretische kaders, durven handelen op grond van beperkte informatie en het onderkennen en beheersen van tegenoverdrachtsgevoelens. Deze kunnen snel ontstaan door de heftige angst, depressiviteit, machteloosheid, agitatie en

agressiviteit die men ontmoet en die het vinden van het juiste midden tussen meevoelen en afstand bewaren moeilijk maken (Van Eijk & Theunissen, 1988). Het persoonlijk opvatten van opmerkingen die worden gemaakt, zowel positieve als negatieve, vormt in een dergelijke situatie een valkuil die aanleiding kan geven tot onprofessioneel handelen, hetgeen zich bijvoorbeeld uit in vruchteloos discussiëren, niet luisteren naar de cliënt, ingaan op de eisen van de cliënt om van hem af te zijn, voor straf onthouden van de behandeling, en achter de rug beledigen van de cliënt. (De Bie & Milius, 1997).

9.4.1 De aanmeldingsfase

Een acute hulpvraag kan zowel telefonisch als rechtstreeks worden gesteld, doordat de hulpvrager zich met zijn vraag bij de hulpverlener meldt. De aanmelding vormt het moment waarop vastgesteld wordt of er al dan niet sprake is van een crisis en direct ingrijpen noodzakelijk is. Het is belangrijk onmiddellijk te starten met de diagnostiek en zich van meet af aan te bezinnen op het inhoud- en het betrekkingaspect van de communicatie (Watzlawick, 1970). Daartoe dient reeds bij de aanmelding zoveel mogelijk relevante informatie te worden ingewonnen. Het vinden van het antwoord op de vraag 'wie vraagt wat, voor wie, hoe en waartoe?' kan daarbij behulpzaam zijn. Verkeert de aanmelder zelf in crisis of wordt hulp gevraagd voor een ander die in crisis verkeert? Verkeren nog anderen in crisis? Hoe is hun relatie? Hoe wordt het probleem omschreven? Op welke mensen kan de hulpverlener steunen? Gaat het om iemand die reeds in behandeling is of niet? Wordt er een consult gevraagd of een crisisinterventie? Kan de cliënt naar de hulpverlener komen of wordt de hulpverlener verzocht bij de cliënt thuis of elders te interveniëren, bijvoorbeeld op het politiebureau? Gaat het om een vraag die op het terrein van de hulpverlener en zijn instelling ligt of overschrijdt het hun competentie, bijvoorbeeld doordat gewelddadig ingrijpen noodzakelijk lijkt? Kan crisisinterventie veilig plaatsvinden?

Als de cliënt voor wie acute hulp wordt gevraagd reeds bekend is en er over hem of haar schriftelijke informatie beschikbaar is, verdient het aanbeveling deze in te zien, alvorens tot crisisinterventie over te gaan. Bekendheid met somatische of psychiatrische ziekten en alcohol- of drugsmisbruik kunnen aanwijzingen leveren voor een eerste hypothese over het ontstaan van de crisis. Aan het eind van de aanmeldingsfase dient besloten te worden of ingrijpen in de vorm van 1) consultatie of 2) crisisinterventie noodzakelijk is of gewenst wordt.

1. Bij consultatie neemt de consultgever niet direct deel aan de oplossing van het probleem van de cliënt in crisis. De competentie van de consultvrager staat centraal en niet die van de consultgever. Er wordt uitgegaan van de waarneming, het begripsvermogen, de vaardigheden en de methodieken van de consultvrager. De consultvrager probeert zijn perspectief en opties door middel van het contact met de consultgever zoveel mogelijk te verbreden en zijn denkbeelden en attitude te herdefiniëren, waardoor meer interventiemogelijkheden en competentie ontstaan. Voor dit wederkerige proces zijn zowel consultvrager als consultgever verantwoordelijk. De consultvrager blijft echter verantwoordelijk voor het handelen ten opzichte van de cliënt, de consultgever neemt deze niet over en deelt deze niet (Steinberg, 1989).
2. Indien besloten wordt over te gaan tot crisisinterventie, is het belangrijk vooraf na te denken of het mogelijk is de locatie van de crisisinterventie te beïnvloeden en zo ja, waar men deze interventie wil laten plaatsvinden. De context waarin de crisisinterventie plaatsvindt, kan namelijk van belang zijn voor de uitkomst ervan (Dawson & MacMillan, 1993). Indien men bijvoorbeeld betrokkenen voor een gesprek op de EHBO-afdeling of de PAAZ van een ziekenhuis uitnodigt, suggereert men misschien zonder het te willen dat

een opname mogelijk, wenselijk of zelfs noodzakelijk is. Niet zelden zal de cliënt in crisis zich melden met een koffer met pyama in de hand.

Een probleem dat zich in de aanmeldingsfase voordoet betreft het inschatten van het risico op geweld of het gevaar van suïcide. Er bestaat een grotere kans op geweld als er bij de betreffende cliënt al eerder sprake is geweest van verbaal of fysiek geweld, bij alcohol- en drugsmisbruik, bij psychiatrische stoornissen zoals een manie en een paranoïde psychose en bij persoonlijkheidsstoornissen zoals de antisociale- en borderline persoonlijkheidsstoornis. Ook wanneer de cliënt beschreven wordt als geagiteerd, eisend, luid of achterdochtig, dient rekening gehouden te worden met een verhoogd risico op geweld.

Er bestaat een grotere kans op overlijden ten gevolge van suïcide bij cliënten die eerder een poging tot suïcide ondernamen, gebruik maakten van relatief gevaarlijke methoden of een sterke doodswens hadden. Als in het kader van een eerdere crisisinterventie of behandeling een opname plaatsvond, is de kans op een nieuwe poging het grootst in de week volgend op het ontslag uit het ziekenhuis. Mensen met een psychiatrische stoornis vormen een risico groep. Vooral bij depressieve stoornissen met vitale en/of psychotische kenmerken, paniekstoornissen, schizofrene stoornissen, alcoholafhankelijkheid en borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornissen is het risico verhoogd. Ook factoren als oudere leeftijd, mannelijke geslacht, langdurige psychosociale problematiek, life events gekenmerkt door verlies of dreigend verlies en een gebrekkig sociaal netwerk worden in verband gebracht met een verhoogde kans op suïcide (Jenner 1995; Chiles & Strosahl, 1995).

9.4.2 De inschattingsfase

Vaak ziet de hulpverlener zich bij het begin van de crisisinterventie geconfronteerd met een hectische situatie, waarin de rol van de soms vele betrokkenen niet direct duidelijk is. Na zich te hebben voorgesteld en te hebben verteld door wie men ingeschakeld is, **dient** hij zich zo snel mogelijk een indruk over de aard van de situatie vormen. Soms is dit pas mogelijk na structuur aangebracht te hebben in de situatie, bijvoorbeeld door in overleg de plaats en personen voor een eerste gesprek te bepalen, of de gesprekspartners hun visie op het probleem na elkaar te laten geven, in plaats van tegelijkertijd.

Vervolgens toetst men de bij aanmelding verkregen informatie door zich zo snel mogelijk een beeld te vormen over wie in crisis verkeert en wat de aard van de crisis is. De aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bij de cliënt, wijst over het algemeen op een grotere kwetsbaarheid. Een psychiatrische stoornis kan echter ook worden veroorzaakt door een lichamelijke aandoening of middelengebruik, waarbij acuut handelen vereist is. Duidelijkheid dient verkregen te worden over de vraag wanneer het voor het laatst goed ging, wat de druppel was die de emmer deed overlopen en of er sprake was van een trauma of van een overgangsfase. Indien er sprake is van langer bestaande problemen, dan vraagt men naar de reden waarom juist op dit moment hulp gevraagd wordt. Welke oplossingen waren in het verleden effectief, welke oplossingen zocht men thans en waarom boden zij geen uitkomst? Welke gedachtenconstructies, normen en waarden liggen ten grondslag aan de waarneming en de pogingen tot oplossing van het probleem? Heeft de klacht een functie? Is er sprake van secundaire ziekte winst? Zijn er aanwijzingen voor alcohol- of drugsmisbruik? Is er gevaar voor cliënt of zijn omgeving? Op welke betrokkenen kan de crisis hulpverlener steunen? Door betrokkenen met behulp van de structuur van bovenstaande vragen het probleem te laten beschrijven, biedt men al een eerste de gelegenheid tot 'stoom afblazen', waardoor er vaak al wat verlichting optreedt.

Voor effectieve crisisinterventie is het van belang dat snel een goede werkrelatie totstandkomt, hetgeen in de praktijk vaak niet eenvoudig is. Tijd nemen, aandachtig luisteren, oogcontact maken, respect tonen, door middel van samenvattingen toetsen of de cliënt zich

begrepen voelt en het invoegen in de belevingswereld en de sociale context van de cliënt dragen bij aan het tot stand komen van de werkrelatie. Problemen die zich daarbij voordoen, kunnen het gevolg zijn van het ontbreken van hoop en van onjuiste ideeën en verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening. Soms wordt de hulpverlener tot onderdeel van het probleem gemaakt of wordt de problematiek op de hulpverlener geprojecteerd.

Verder dient een inschatting gemaakt te worden van het systeem dat men aantreft. Daartoe gaat men na hoe de hiërarchie is, welke coalities (verbond tussen leden van het systeem tegen andere leden) en welke communicatiepatronen er zijn. Als in de loop van het gesprek zich herhalende gedragsreeksen optreden, bijvoorbeeld doordat een echtgenoot bij voortduring de aan zijn echtgenote gestelde vragen beantwoordt, is het voor de uiteindelijke interventie van belang door middel van kleine proefinterventies vast te stellen of de gedragsreeksen veranderbaar zijn. Het is tevens van belang vast te stellen wat de oorzakelijke en onderhoudende bijdrage van de betrokkenen is aan de crisis en na te gaan of zij de crisisinterventie steunen of tegenwerken. Het gaat erom circulaire processen te doorzien en daardoor wetmatigheden op systeemgebied te kunnen beïnvloeden. Een vuistregel is dat wanneer de crisis de functie heeft om een evenwicht in het systeem te handhaven, de veranderbaarheid op het moment meestal gering is.

Met de verzamelde informatie op inhoud, betrekking en systeemniveau kan men, al dan niet met telefonische hulp van een achterwacht buiten de crisissituatie, een hypothese vormen over het ontstaan van de crisis en op grond daarvan de mogelijkheden voor interventie bepalen.

9.4.3 De interventiefase

Met behulp van bovengenoemde hypothesen kan men interveniëren door herdefiniëren of 'relabeling' van het probleem. Dit is een voor de cliënt en zijn systeem acceptabele, steunende herformulering van het probleem, die een verklaring biedt voor het ontstaan van de crisis en de inzet van de betrokkenen in een positief licht plaatst. Een dergelijke verklaring biedt de mogelijkheid om cognitief greep op de situatie te verkrijgen. Bovendien kan deze expliciet of impliciet aanwijzingen bieden voor de richting van actie. In samenspraak met een op grond van strategische overwegingen uitgekozen betrokkene, kan men vervolgens concrete oplossingen voor de korte termijn zoeken. Opvattingen over de gewenste hiërarchie en coalities kunnen bepalend zijn voor de keuze van een dergelijke persoon.

De timing van de herdefiniëring is van belang, evenals de verbale en vooral de non-verbale reactie van de betrokkenen die erop volgen. Ja-responsen, bijvoorbeeld in de vorm van instemmend mompelen of knikken, betekenen dat men op de ingeslagen weg kan voortgaan. Als de herdefiniëring of de daaruit voortvloeiende acties niet worden geaccepteerd of de verbale reacties tegengesteld zijn aan de non-verbale reacties, dan kunnen verschillende alternatieven voorgelegd en onderzocht worden. Naast een passende herdefiniëring van de hulpverlener is er ook voldoende motivatie van de cliënt en/of zijn systeem vereist. Er kunnen verschillende redenen bestaan waarom het de hulpverlener niet lukt de cliënt of zijn systeem te motiveren. Een psychotische of verwarde cliënt kan bijvoorbeeld op grond van problematische informatieverwerking niet snappen wat de bedoeling van de hulpverlening is, voorgestelde acties of taken kunnen te hoog gegrepen of te vroeg in het proces voorgesteld zijn, of de nadelen van veranderen kunnen groter worden geacht dan de voordelen.

Als een problematische informatieverwerking op de voorgrond staat, is het van belang houvast aan te reiken door hoofdzaken van bijzaken te scheiden en in heldere taal de bevindingen mee te delen. Informatie, advies en instructie, bijvoorbeeld over medicatiegebruik en het belang van een dagstructuur met een evenwicht in activiteit en ontspanning, zijn dan noodzakelijk als houvast. Regelmatig contact op vooraf vastgelegde tijdstippen en een goede bereikbaarheid kunnen het afhaken van de cliënt in een dergelijke

situatie voorkomen. Indien de cliënt niet of slechts gedeeltelijk in staat is om verantwoordelijkheid te dragen, dienen praktische taken overgenomen te worden door familie en vrienden of door een hulpverlenende instantie, zoals de Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT). Een gespecialiseerde verpleegkundige kan dan patiënten thuis gedurende meerdere uren per dag bijstaan. Als het risico van gevaar te groot is of aanvullende diagnostiek noodzakelijk is, kan een vrijwillige of gedwongen opname in gang gezet worden.

In gevallen waarin een cliënt onvoldoende gemotiveerd is, kan het inlassen van vertragingen en het doseren van de moeilijkheidsgraad uitkomst bieden. Specifieke motiveringsinterventies zijn zinvol als de hulpverlener bepaald gedrag waartegen de cliënt zich sterk verzet belangrijk vindt, of vindt dat cliënt bepaald gedrag beter kan nalaten. Onderhandelen en aansluiting zoeken bij het referentiekader, interesses, voorkeuren, wensen en specifieke krachtbronnen die de betreffende cliënt kan aanboren en mobiliseren kunnen van dienst zijn. Ook het formuleren en eventueel op schrift stellen van een behandelovereenkomst kunnen de motivatie vergroten. Het op schrift stellen geeft de hulpverlening een serieus karakter, waarbij de voornemens kracht wordt bijgezet door de handtekening. Het is verder mogelijk de acties en taken voortvloeiend uit de herdefinities te presenteren als een experiment, waardoor ruimte geboden wordt om af te haken, te falen en van mening te veranderen.

Een andere mogelijkheid is om de motivatie te verhogen is door de cliënt af te schrikken. In dat geval zal de hulpverlener de problematiek negatiever etiketteren dan deze feitelijk is en de cliënt een afschrikwekkende uitkomst voorhouden als hij niet verandert. Ook manipuleren behoort tot de interventiemogelijkheden. Daaronder worden interventies verstaan waarmee de hulpverlener iets anders beoogt dan hij suggereert. Bijvoorbeeld het voorhouden van een keuzemogelijkheid die er eigenlijk niet is, door de patiënt te laten kiezen tussen een dwangopname of vrijwillige opname, pillen of druppels. De hulpverlener kan ook gebruik maken van paradoxale opdrachten of zijn onvermogen breed uitmeten. Het aantrekkelijke van deze technieken is dat ze de weerstand van de cliënt intact laten. Zij zijn vooral aangewezen als er sprake is van een machtsstrijd en de cliënt alle hulpverlening afwijst of voordeel heeft van zijn problemen.

Aan het eind van de interventie dienen afspraken gemaakt te worden over eventuele vervolcontacten of over een eventuele verwijzing naar een reguliere hulpverleningsinstantie. Ook dienen de verwijzer, bijvoorbeeld de huisarts en soms familieleden ingelicht te worden over de crisisinterventie en de uitkomst daarvan. Dit is zeker het geval als het een opname betreft. Soms komt de cliënt niet tot vereiste medewerking ondanks behoefte aan beëindiging van de crisissituatie. Telefonisch overleg met de achterwacht die zich buiten de crisissituatie bevindt, kan een nieuw perspectief bieden. Lukt dat niet, dan is het noodzakelijk om zelf, of door middel van anderen een vinger aan de pols te houden, om op een geschikter moment of bij toenemend gevaar in te grijpen.

Een specifiek probleem wordt gevormd door de agressieve patiënt. We geven hier eerst een casus.

Box 9.3: Casus agressieve patiënt

Een geagiteerde man van achtentwintig jaar wordt door de politie geboeid naar de EHBO gebracht nadat hij thuis zijn vrouw heeft mishandeld, huisraad uit het raam heeft gegooid en hij de gealarmeerde crisishulpverleners met een mes heeft bedreigd. Zijn vrouw is erg bang voor hem en zegt niet meer met hem onder een dak te willen leven. De aanleiding tot de ruzie vormde het alcohol- en drugsmisbruik. Omdat er sprake is van voortdurende grote agitatie, een verwilderde blik in de ogen van de man en hij verwarde verhalen vertelt over dealers die het op hem hebben gemunt, vermoedt de politie dat er sprake is van een psychiatrische stoornis.

Op de EHBO gedraagt de man zich onrustig; slechts met moeite is hij te overreden tot bloed en urine-onderzoek. Met zijn infuus in zijn geboeide arm loopt hij onderzoekskamers in waar andere patiënten behandeld worden. Hij laat zich slechts met grote moeite wegsturen en de verpleegkundigen, de EHBO-arts en de politieagenten voelen zich ernstig bedreigd. Men verzoekt daarom de dienstdoende psychiater van de 24 uurdienst de noodzaak voor een acute gedwongen opname, een In Bewaring Stelling (IBS) te komen beoordelen. In het gesprek dat de psychiater met betrokkene heeft, uit hij zijn angst niet meer naar zijn vrouw terug te kunnen keren omdat zijn vrouw met dealers samenspannt en men er op uit is om zich door zijn dood te verrijken met een 'gouden deal'. Omdat hij zich vervolgens op de psychiater wil storten, besluit deze een IBS uit te schrijven onder het vermoeden van een drugsgeïnduceerde paranoïde psychose met gevaar voor anderen en het gevaar dat betrokkene geweld over zichzelf afroept.

Op de PAAZ accepteert de man uiteindelijk medicatie, waarna hij in de daarop volgende dagen langzaam tot rust komt en zijn achterdocht verliest. Dan wordt duidelijk dat hij de laatste tijd gekookte coke of 'base coke' gebruikt heeft, waardoor zijn gebruikspatroon is veranderd. Kort na het gebruik viel hij steeds in een diep gat met gevoelens van enorme zinloosheid en leegte. Daardoor voelde hij zich gedwongen door te gaan met gebruiken. Hij ziet in 'gek' geworden te zijn van de coke en wil verdere hulp van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD).

In een telefoongesprek geeft de echtgenote van betrokkene te kennen dat zij weliswaar erg geschrokken is en zo niet met hem verder wil, maar toch ook niet van hem af wil. Beiden blijken gemotiveerd voor een gesprek met de hulpverlener. Tijdens dit gesprek bereikt het echtpaar een compromis over deeltijdbehandeling na ontslag de PAAZ. Voor zijn ontslag zal hij hierover een afspraak maken met het CAD.

Wanneer er sprake is van een verhoogd risico op geweld, bijvoorbeeld ten gevolge van het excessief gebruik van gekookte coke (Van Meerten & De Bie, 1996), kan men de cliënt beter niet alleen zien en dient het gebruik van een afgesloten kamer te worden vermeden. Men kan de cliënt samen met één of meer van zijn familieleden spreken of de politie vragen op de achtergrond aanwezig te zijn. De politie is geschoold en als enige gelegitimeerd om zonodig met geweld in te grijpen. De cliënt kan in dergelijke situaties het best langzaam en van voren benaderd worden om onnodige achterdocht te vermijden, waarbij men ervoor waakt buiten zijn reikwijdte te blijven. Eigen angst en spanning noodzaken tot extra aandacht om langzaam, duidelijk en met vertrouwen te spreken, waarbij schreeuwen vermeden dient te worden. Het is belangrijk de cliënt te informeren wie iedereen is en wat er gebeurt. Vanaf dat moment dient men zo goed mogelijk een inschatting te maken zonder de cliënt te provoceren. Zo veel mogelijk dient men tegemoet te komen aan de wijze waarop de cliënt geïnterviewd wil worden. Nodig de cliënt uit te gaan zitten, bij voorkeur in een lage stoel om meer tijd te hebben als hij plotseling overeind wil komen. Als hij echter wil staan, dwing hem dan niet om te gaan zitten. Probeer zelf rechtop en met de rug tegen de rugleuning van de stoel te zitten om zo min mogelijk dreiging over te brengen, kijk de cliënt aan en vermijd plotselinge bewegingen. Beslis welke informatie echt nodig is, omdat een rusteloze cliënt of een cliënt die snel afgeleid is vaak geen lang interview verdraagt. Vermijd het uiten van boosheid, wees niet eisend of confronterend. Vanuit eigen angst en gespannenheid is men soms meer eisend dan men zich realiseert. Het is onwaarschijnlijk welke strijd dan ook met de cliënt te winnen. Daarom is het beter binnen zekere grenzen met de cliënt mee te bewegen. Hem laten staan als hij wil staan, hem naar het toilet laten gaan als hij dat wil en hem desnoods daarbij te vergezellen. Niet meegeven leidt vaak tot vruchteloze discussies en verlies van coöperatie. Men dient nergens op aan te dringen als men niet zeker weet dat het uitgevoerd kan worden,

bijvoorbeeld aandringen op een opname als men niet zeker weet of een bed beschikbaar is. Dreigementen dienen altijd serieus genomen te worden en niet te snel opgevat te worden als manipulatief of aandachtvragend. Tenslotte dienen op een empathische manier de bevindingen, adviezen en -zoals in bovenstaande casus-, de besluiten meegedeeld te worden.

Een ander specifiek probleem wordt gevormd door de suïcidale cliënt. Deze zal de suïcidale ideatie dikwijls niet zelf ter sprake brengen. Klinische ervaring leert echter dat het stellen van vragen over suïcidaliteit niet leidt tot suïcide. Daarom dient de hulpverlener er in crisissituaties altijd naar te vragen. Overigens leidt de bereidheid van de cliënt tot praten over suïcidaliteit niet automatisch tot het afnemen van de kans op suïcide. Voorafgaand aan interventies dient men een inschatting te maken van de kans op suïcide van de cliënt. Daarvoor baseert men zich zowel op de voorgeschiedenis als op de huidige klachten. Met betrekking tot de voorgeschiedenis is van belang te vragen of er eerder sprake is geweest van suïcidale ideatie en suïcidepogingen, van een doodswens, of men verwachtte te overlijden, of men voorzorgsmaatregelen had getroffen om ontdekking te voorkomen of regelingen waren getroffen met betrekking tot een laatste wilsbeschikking. Verder is het risico op overlijden ten gevolge van de gebruikte suïcidemethode van belang, of de cliënt in bewusteloze toestand werd aangetroffen, of een opname op de intensive care afdeling noodzakelijk was. En tot slot of er suïcides in de familieanamnese voorkomen. Met betrekking tot de huidige klachten is het van belang te vragen naar duur, intensiteit en toename van de suïcidale ideatie, gedetailleerdheid van de gedachten, doodswens, voorbereiding, beschikbaarheid van middelen, op grond van een erecode bijvoorbeeld ten gevolge van een belofte niet kunnen terugkomen op het besluit tot suïcide, getroffen maatregelen ter voorkoming van ontdekking waaronder misleiding van de omgeving, planning van een datum en een laatste wilsbeschikking. Verder is voor de inschatting van het risico van belang of de cliënt lijdt aan een lichamelijke ziekte, pijn, een psychiatrische stoornis, recent verlies of dreigend verlies of onvoldoende sociale steun. Tot slot of de cliënt op het moment van inschatting onder invloed van middelen is. Bij het uitvragen van deze risicofactoren dient men zich te realiseren dat het systematisch uitvragen anti-therapeutisch kan werken, als het effect is dat de cliënt zich niet begrepen voelt.

Een belangrijk aangrijpingspunt voor crisisinterventie en behandeling is de cognitie van de cliënt over de oplossing die de suïcide of poging daartoe vormt voor zijn problemen. Dikwijls bieden dergelijke cognities de mogelijkheid om te onderhandelen over het (onder-)zoeken van alternatieve oplossingen, bijvoorbeeld medicatie in geval van psychiatrische stoornissen. Als deze onderhandelingen leiden tot overeenstemming over het zoeken naar of uitproberen van alternatieve oplossingen, dient men vervolgens het tussentijds waarborgen van de veiligheid van de cliënt aan de orde te stellen. Een non-suïcide contract (Jenner, 1995), steun en toezicht van de familie, frequente contacten met de hulpverlener, PIT of een opname op een PAAZ of in een APZ kunnen daarbij behulpzaam zijn. Als de onderhandelingen bij cliënten met een psychiatrische stoornis niet leiden tot het afwenden van gevaar, dient een psychiater de indicatie voor een dwangopname in het kader van de BOPZ te beoordelen. In de bejegening van de suïcidale cliënt is het van belang moraliseren over suïcide, dreigen met opname en staken van de therapie bij persisteren van suïcidegedachten, doceren over de negatieve gevolgen van suïcidaal gedrag en diskwalificerende termen als manipulatieve suïcidepoging achterwege te laten.

Er is een kleine groep cliënten die zich kenmerkt door een suïcidale levensstijl vanwege de voortdurende suïcidale ideatie en zeer frekwente suïcide pogingen. Men kan zich afvragen of er bij dergelijke cliënten wel gesproken kan worden van een crisissituatie omdat het de normale gang van hun dagelijks leven is geworden. Vaak betreft het cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, waarbij een opname tot een toename van het risico op suïcide en parasuïcidaal gedrag kan leiden (Dawson & MacMillan 1993; De Bie & Gitsels,

1994; De Bie & Milius, 1997). Onderhandelingen over de wederzijdse verwachtingen, mogelijkheden en onmogelijkheden voorafgaand aan de opname, kunnen het risico daarop verminderen. Dergelijke cliënten roepen vaak heftige negatieve gevoelens op bij hulpverleners op grond waarvan zij dikwijls niet conform de professionele standaard worden bejegend en behandeld.

9.4.4 De evaluatiefase

Na de crisisinterventie is het soms gewenst met de cliënt en zijn systeem terug te kijken op de crisis met als doel deze een plaats te geven in het tijds- en ontwikkelingsperspectief van de cliënt. Dit is met name van belang bij cliënten met een langere psychiatrische carrière (Van Eijk & Theunissen, 1988). Indien de cliënt reeds in behandeling was bij een hulpverleningsinstantie, dan dient de hulpverlener van de cliënt geïnformeerd te worden over de crisis en het resultaat van de crisisinterventie. Zonodig kunnen een taakverdeling of afspraak hoe te handelen bij een nieuwe crisis overeengekomen worden, waardoor de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd.

Voor de hulpverlener zelf is het van belang dat er de mogelijkheid bestaat om ervaringen met moeilijke situaties te bespreken met zijn of haar collega's. Het emotioneel veeleisende karakter van deze vorm van hulpverlening, maakt dat terugkoppeling naar- en intervisie binnen het multidisciplinaire crisisteam onontbeerlijk is.

Onderzoek met betrekking tot crisishulpverlening is overwegend descriptief van aard. Er is bijvoorbeeld onderzoek verricht naar de kwaliteit van de 7x24-uursdiensten van RIAGG's (Broers, Depla & Donker, 1996), satisfactieonderzoek bij suïcidepogers over hun behandeling op een PAAZ (Visser, Kerkhof, Van Maldegem & Seinen, 1996), onderzoek naar frekwentie en kenmerken van verwijzingen naar de 7x24-uursdienst door de politie (Rijnders & Kuipers, 1995) en crisisprofielen, 'diagnostische brillen' van hulpverleners en inschattingen van gevaar (Van de Beek & Broers, 1995). Gecontroleerd onderzoek naar de effecten van crisishulpverlening is moeilijk vanwege een aantal methodologische aspecten. Op grond van ethische overwegingen kan men interventies in een controlegroep niet achterwege laten. Verder vormen de heterogeniteit van de cliënten waarvoor crisisinterventie wordt gevraagd, de grote diversiteit aan crisisinterventies, de te onderzoeken effecten op de korte en op de lange termijn, bijvoorbeeld de invloed op het beloop van een psychiatrische stoornis, een probleem. Onderzoek richt zich dan ook meestal op een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld schizofrene patiënten, waarbij het meestal gaat om vroege intensieve behandeling in plaats van crisisinterventie (De Haan, Linszen & Gorsira, 1997) of op een specifieke locatie, bijvoorbeeld crisisbehandeling in deeltijd (Staal & Van Gils, 1993).

9.5 De organisatie op het gebied van crisishulpverlening

Crisissituaties kunnen zich op allerlei plaatsen voordoen. Is de steun uit de omgeving onvoldoende om de crisis op te vangen, dan zal men een beroep doen op professionele hulpverleners. Sommige hulpverleners zijn rechtstreeks toegankelijk, anderen slechts op verwijzing. Op grond daarvan onderscheidt men de eerstelijns, tweedelijns en derdelijns voorzieningen op het gebied van crisishulpverlening. De eerste lijn vormt daarbij een filter voor de tweede lijn, en de tweede lijn een filter voor de derde lijn. De huisarts, de politie, het Crisisopvangcentrum, het Blijf Van Mijn Lijf Huis, het FIOM huis, de Dak- en Thuislozenvoorziening, het Bureau Slachtofferhulp, telefonische hulpdiensten en de EHBO vormen de eerstelijns voorzieningen. De tweede lijn wordt gevormd door de 24 uursdienst van de RIAGG, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD), de instelling voor Algemeen Maatschappelijk Werk en de instelling voor Jeugdzorg. De 24 uursdienst van de RIAGG kan over het algemeen alleen door een huisarts of de politie worden ingeschakeld.

De derde lijn wordt gevormd door de PAAZ en het APZ (zie: Hutschemaekers & Perreijn, 1997).

De verschillen in werkwijze tussen deze instellingen kunnen worden samengevat in een aantal tegenstellingen: ambulante of intramurale hulpverlening, algemeen of categoriaal werkzaam, vrijwillige- of gedwongen hulpverlening en welzijnswerk of geestelijke gezondheidszorg (GGZ). GGZ-instellingen richten zich met name op ernstige psychosociale en psychiatrische problematiek; welzijnsinstellingen richten zich met name op psychosociale en materiële problematiek.

Organisatie 24-uursdienst

Vanaf 1 april 1983 zijn de RIAGG's wettelijk verplicht gedurende 7 x 24 uur per week bereikbaar te zijn voor crisisinterventie en acute psychiatrie. Sedertdien zijn in Nederland drie organisatiemodellen op het gebied van crisishulpverlening te onderscheiden (Donker, 1982). In het eerste model wordt de crisishulpverlening in een bepaalde regio door de RIAGG geboden. In het tweede model wordt de crisishulpverlening door een aantal (ambulante) GGZ-instellingen in een aparte stichting ondergebracht, die in crisishulpverlening gespecialiseerde hulpverleners in dienst heeft. Een derde model van crisishulpverlening bestaat uit een samenwerkingsverband op bestuurlijk en uitvoeringsniveau van een aantal (ambulante) GGZ-instellingen. Ten gevolge van recente ontwikkelingen in de organisatie van de zorg, waaronder het overheidsbeleid om tot een functiegerichte ordening van de GGZ te komen en de daardoor geïnspireerde fusies tussen ambulante- en klinische GGZ-instellingen, zal de crisishulpverlening steeds vaker vanuit gefuseerde instellingen door ambulant en klinisch werkzame hulpverleners geboden worden.

Er bestaan nogal wat verschillen met betrekking tot de visie op crisishulpverlening en daaruit voortvloeiend de organisatie door de verschillende RIAGG's en samenwerkende of gefuseerde GGZ instellingen. Sommige 24 uursdiensten beperken zich tot de acute psychiatrie in de vorm van eenmalige interventie. Men beperkt zich in dergelijke gevallen tot 'brandjes blussen' door het voorschrijven van medicatie, opnamebemiddeling en verwijzing naar de reguliere hulpverlening in de dagsituatie. De continuïteit van de crisishulpverlening is dan vaak niet gegarandeerd. Andere 24 uursdiensten kunnen zo nodig meerdere contacten bieden, waardoor de continuïteit van zorg gegarandeerd is (Tans & Milius, 1991).

Belangrijke aspecten met betrekking tot de organisatie betreffen de bevoegdheden tot plaatsing van cliënten in de reguliere hulpverleningsprogramma's van de GGZ, opname-indicatie op de PAAZ en in het APZ, de verslaglegging en de toegankelijkheid ervan voor de crisishulpverleners. De kwaliteit van de crisishulpverlening neemt toe als documentatie aanwezig is van voorgaande crisisinterventies bij een cliënt. Bovendien biedt een dergelijk systeem de mogelijkheid vooraf crisisbeleid te kunnen formuleren bij reeds in zorg zijnde cliënten, bij wie sprake is van een groot risico op crisis vanwege een grote kwetsbaarheid.

Ook ten aanzien van de directe uitvoering van de crisishulpverlening vallen verschillen te constateren. Over het algemeen werkt men met één of twee voorwachten en een achterwacht. Het voordeel van het werken met een voor- en een achterwacht vormt de mogelijkheid tot telefonische consultatie. In de vaak hectische crisissituatie bestaat steeds het gevaar te worden 'ingezogen'. Onbewuste aanpassing aan de heersende systeemregels en tegenoverdrachtsgevoelens kunnen leiden tot het over het hoofd zien van mogelijke oplossingen of zelfs tot onprofessioneel handelen. Dit kan door middel van consultatie van een buiten de crisissituatie verkerende collega worden voorkomen of bijgesteld. Meestal is de achterwacht een psychiater, die zonodig de somatische toestand beoordeelt, medicatie voorschrijft of een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een IBS afgeeft.

Wetgeving

De wettelijke kaders waarbinnen de crisishulpverlening zich afspeelt, worden gevormd door de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ; zie ook hoofdstuk 20). Deze laatste wet vormt eigenlijk een verbijzondering van de WGBO. De WGBO vereist een ‘*informed consent*’ van de cliënt. Dat wil zeggen dat een cliënt na geïnformeerd te zijn over de diagnose, het aanvullend onderzoek en de verschillende behandelmogelijkheden expliciet toestemming dient te geven voor het aanvullend onderzoek en de behandeling. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de cliënt wilsbekwaam is. Een cliënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is. Die informatie betreft het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling, maar ook de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de cliënt en de te verwachten gevolgen van het nalaten van het onderzoek of de behandeling (Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid, 1994). Bij wilsbekwame cliënten geldt de WGBO zowel voor somatische als psychiatrische behandelingen. In het geval van wilsbekwame patiënten geldt de WGBO ook voor somatische opname en behandeling, maar niet voor psychiatrische opname en behandeling. In het geval een patiënt wilsbekwaam is en een somatische ingreep dringend geïndiceerd is, dient een vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld een familielid of mentor, plaatsvervangend toestemming voor de noodzakelijke ingreep te verlenen. In afwezigheid van een dergelijke vertrouwenspersoon of als overleg met deze vanwege het spoedeisende karakter van de ingreep niet kan worden afgewacht, dient de arts op grond van ‘goed hulpverlenerschap’ in overeenstemming met de professionele norm in te grijpen. De WGBO is daarmee ook van toepassing op spoedeisende somatische ingrepen bij wilsbekwame psychiatrische patiënten.

De BOPZ biedt de mogelijkheid om patiënten met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens die een gevaar vormen voor zichzelf, voor anderen en/of voor de algemene veiligheid van personen of goederen gedwongen op te nemen op een PAAZ of in een APZ, indien het gevaar niet anders dan door een opname af te wenden is (Van Ginneken, 1993; De Wilde & Bijl, 1993). Het doel van de opname is het bewerkstelligen van een dusdanige verbetering van de stoornis, dat het gevaar weggenomen wordt. In onderhandeling met de patiënt dient in aansluiting aan de opname een behandelplan te worden opgesteld, waarvoor ‘*informed consent*’ noodzakelijk is. Indien de patiënt in aansluiting aan de opname behandeling weigert, is een behandeling niet zonder meer mogelijk. Slechts als sprake is van ‘ernstig gevaar’ biedt de BOPZ de mogelijkheid tot een gedwongen behandeling. Daartoe is evenals bij de WGBO de toestemming van een vertrouwenspersoon noodzakelijk. Ontbreekt een vertrouwenspersoon of kan deze een dergelijke verantwoordelijkheid niet dragen, dan dient op grond van ‘goed hulpverlenerschap’ overeenkomstig de professionele norm te worden gehandeld.

De BOPZ kent twee typen gedwongen opnames: de In Bewaring Stelling (IBS) en de Rechterlijke Machtiging (RM). De IBS wordt door de burgemeester op grond van een geneeskundige verklaring van een niet behandelend psychiater of arts afgegeven en maakt een onmiddellijke opname met een maximale duur van drie weken mogelijk. Het gevaar dient dan echter zo dreigend te zijn, dat de procedure ter verkrijging van een RM niet kan worden afgewacht. Bovendien dient betrokkene ‘geen blijk van de nodige bereidheid tot opname’ te geven en dient het ernstige vermoeden te bestaan dat een stoornis van de geestvermogens het gevaar veroorzaakt.

9.6 Crisisinterventies binnen reguliere therapieën

Een crisis kan zich in het beloop van iedere therapie voordoen, zowel in als buiten de therapie-sessies. De crisis kan een gevolg zijn van de therapie zelf, bijvoorbeeld van onverdraaglijk pijnlijke bewustwordingen of inzichten die men in de loop van de therapie verwerft. Het kan ook een gevolg zijn van crisogene factoren die geen directe relatie hebben met de therapie. Het klinisch beeld van de crisis hangt uiteraard af van de eerder genoemde factoren, waarbij in dit kader vooral de draagkracht van belang is. Een crisis vereist acuut ingrijpen en leidt daardoor vaak tot het verlaten van het reguliere therapiekader. Dit geldt met name bij cliënten in een psychotherapeutische behandeling.

De wijze van reageren op een crisis gedurende een psychotherapeutische behandeling hangt af van de crisogene factor, het klinisch beeld van de crisis, de steun uit de omgeving en de aard van de therapie. Crises als gevolg van het therapeutisch proces zijn soms onvermijdelijk. Afhankelijk van de ernst en de beïnvloedbaarheid van het klinisch beeld is soms een kortdurende aanpassing van de therapie vereist. Soms dient echter een heroverweging van de indicatiestelling plaats te vinden. Vaak kan men echter volstaan met de cliënt één of enkele malen vaker te zien. In andere gevallen zal men een beroep doen op een andere hulpverlener omdat bijvoorbeeld medicatie of een kortdurende crisisopname geïndiceerd is. In weer andere gevallen is een consult geïndiceerd, omdat de therapeut zich wil bezinnen op de eigen bijdrage aan de ontstane crisis. Bij cliënten van wie vooraf bekend is dat er een grote kans bestaat op crises, bijvoorbeeld bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in de vorm van frequente suïcidepogingen, automutilatie en intoxicaties met alcohol en drugs, is volgens velen een behandeling slechts mogelijk met behulp van een behandelcontract (De Bie & Gitsels, 1994; Dawson & MacMillan, 1993; Linehan, 1993; Sederer 1991; Yeomans, Selzer & Clarkin, 1992). In een dergelijk contract wordt voorafgaand aan de behandeling onderhandeld over de rechten en plichten van zowel cliënt als therapeut met betrekking tot de reguliere sessies en de te verwachten crises. Daarbij wordt vooraf aangekondigd hoe de therapeut op het niet na komen van de afspraken zal reageren en de behandeling tenslotte zal staken. Met betrekking tot crises kunnen afspraken gemaakt worden over contact opnemen met de therapeut alvorens tot zelfbeschadiging over te gaan, medicatiegebruik en een eventuele opname. Zo kunnen afspraken gemaakt worden over een gelimiteerd aantal opnamedagen per tijdseenheid, die de cliënt naar eigen goeddunken kan besteden, het zogenaamde 'knipkaart model'. Bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan een opname, met name wanneer er daaraan voorafgaand geen behandelcontract werd overeengekomen, echter onbedoeld leiden tot een toename van het destructieve gedrag (De Bie & Gitsels, 1994; Dawson & MacMillan, 1993).

Cliënten die geïndiceerd zijn voor een sociaal psychiatrische behandeling, worden vaak gekenmerkt door een geringe draagkracht of grote kwetsbaarheid. Het beloop van de psychiatrische stoornis kent dan meerdere recidieven. Onderdeel van de behandeling is de kans op een dergelijk recidief in overleg met de patiënt te minimaliseren en te anticiperen op een vroege en adequate reactie op een recidief. Dit geldt met name bij mensen met een schizofrene stoornis of een bipolaire stoornis. In de behandelingsovereenkomst kan worden opgenomen, dat de patiënt over een eigen noodvoorraad aan medicatie beschikt, waardoor hij bij het optreden van voortekenen van een recidief extra medicatie kan innemen of de dosis kan verhogen. Als te voorzien valt dat een recidief met verlies van wilsbekwaamheid gepaard gaat, waardoor in het verleden een noodzakelijke behandeling werd geweigerd, kan daarop geanticipeerd worden met een zogenaamd *zelfbindingscontract*. Daarin spreken patiënt en hulpverlener af hoe in een dergelijke situatie door de hulpverlener gehandeld zal worden. Een dergelijk contract kan de afspraak bevatten dat de wilsonbekwame patiënt tijdens het recidief en op dat moment tegen zijn uitdrukkelijke wil in, medicatie zal worden toegediend.

De ervaring leert dat bij crises de continuïteit van zorg verloren dreigt te gaan en verwijzingen van de ene hulpverlener naar de andere toenemen, evenals de creativiteit van de argumentatie waarom juist een andere hulpverlener beter geëquipeerd zou zijn. Opvallend vaak doen zich bij crises ook problemen voor tussen hulpverleners onderling, waarbij tussen verwijzende en ontvangende hulpverlener een 'blok-aan-het-beenrelatie' ontstaat (Brok, 1990). De verwijzer is dan verstrikt geraakt in het behandelproces, maar vraagt geen consultatie aan, waardoor hij de voortgang van de behandeling blokkeert. Om de continuïteit en daarmee de kwaliteit van zorg voor psychiatrische patiënten die soms levenslang afhankelijk zijn van zorg te garanderen, dient in de behandelingsplannen zoveel mogelijk geanticipeerd te worden op recidieven en crises, zodat men in een vroeg stadium kan interveniëren en de balans tussen draagkracht en draaglast zo spoedig mogelijk en zo goed mogelijk herstelt.

9.7 Besluit

Een goed functionerend crisisinterventie team en voldoende diversiteit aan crisisopvang voorzieningen vormen de onontbeerlijke randvoorwaarden voor het handhaven van cliënten in hun eigen omgeving en voor maatschappelijke (re-)integratie van psychiatrische patiënten. Daarbij is het van belang dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van crisishulpverleners zodanig geregeld zijn dat snelle en laagdrempelige verwijzing naar reguliere hulpverleningsprogramma's of intensivering van al bestaande hulpverlening mogelijk is.

Crisishulpverlening is voor de hulpverlener emotioneel belastend werk. Onder hoogspanning dienen in korte tijd, op grond van een beperkte hoeveelheid informatie, moeilijke beslissingen te worden genomen, die grote impact hebben op het leven van cliënten. Vanwege de confrontatie met dreigend of daadwerkelijk agressief en zelfdestructief gedrag van cliënten en eigen gevoelens van macht en onmacht is het noodzakelijk daarop te reflecteren in een voldoende veilig en steunend multidisciplinair team, bijvoorbeeld in de vorm van intervisie. De ervaring daarmee leert dat crisishulpverlening zowel een eigen dynamiek als eigen ethiek kent, waardoor een aantal hulpverleners zich minder aangetrokken voelt of minder geschikt is voor crisis hulpverlening. Ervaringen binnen diverse hulpverleningsprogramma's, kennis van de crisistheorie en een groot aantal crisisinterventie technieken en vooral gesuperviseerde praktijkervaring in crisishulpverlening vormen onderdelen van de opleiding tot crisishulpverlener.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition (DSM-IV). Washington, D.C..
- Baddeley, A.D. (1995). The psychology of memory. In: A.D. Baddeley, B.A. Wilson & F.N. Watts (Eds.). *Handbook of Memory Disorders*. (pp. 13-21). John Willey & Sons Ltd.
- Beek, H. van de & Broers, E. (1995). Acute kwesties. Tien veel gestelde vragen uit de praktijk van de acute dienst. *MGv*, 9. (pp. 915-930).
- Bie, de, A.J.H.T & Gitsels, R.T. (1994). De behandeling van de borderline patiënt op een crisisunit. In: J.J.L. Derksen & H.Groen (Eds.). *Handboek voor de behandeling van borderline patiënten*. Haarlem: De Tijdstroom. (pp. 149-155).
- Bie, de, A.J.H.T. & Milius, H.C. (1997). Persoonlijkheidsstoornissen. In: J.W. van Ree & M.W. de Vries (Eds.). *Psychiatrie. Praktische Huisartsgeneeskunde*. (pp. 152-174). Houten: Bohn Stafleu & Van Loghem.

- Bosch, R.J. Van den, (1997). Psychiatrische stoornissen met een medische oorzaak. In: Van der Molen, H.T. , Perreijn, S., & Van den Hout, M.A. (Red.) *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Brinkman, F. & Berg, Van den, R. (1992). *Crisishulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu & Van Loghum.
- Broers, P.J.M., Depla, M.F.I.A & Donker, M.C.H. (1996). De 7x24-uursdiensten van RIAGG's: impressies van de kwaliteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38/3. (pp. 197-204).
- Brok, L.J.M. (1990). De verwijzer: collega, cliënt of blok-aan-het-been. *Systeemtherapie*, 2. (pp. 109-125).
- Brown, T.M., Scott, A.I.F., & Pullen, I.M. (1990). *Emergency Psychiatry*. Churchill Livingstone, Medical Division of Longman Group UK Limited.
- Chiles, J.A. & Strosahl, K.D. (1995). *The suicidal patient. Principles of assessment, treatment, and case management*. Washington: American Psychiatric Press.
- Chu, J.A., Matthews, J.A., Frey, L.M. & Ganzel, B. (1996). The nature of traumatic memories of childhood abuse. *Dissociation*, vol.IX, No.1, March 1996. (pp. 2-17).
- Dawson, D. & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient. From understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Donker, M.C.H. (1982). De vele varianten van de 7 x 24 uurs-dienst. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 5. (pp. 513-520).
- Eijk, van, J.M.H. & Theunissen, J.R. (1988). Argumenten en overwegingen met betrekking tot crisisinterventie in een tijdsperspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30/ 6. (pp. 376-387).
- Gersons, B.P.R. (1986). *Acute Psychiatrie*. Houten: Van Loghum Slaterus.
- Gersons, B.P.R. (1991). Crisisinterventie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Eds.). *Handboek Psychopathologie, deel 2*. (pp. 184-193). Houten: Bohn Stafleu & Van Loghum.
- Gersons, B.P.R. (1997). Crisispsychiatrie en interventies. In J.W. van Ree & M.W. de Vries (Eds.). *Psychiatrie. Praktische Huisartsgeneeskunde*. (pp. 345-363). Houten: Bohn Stafleu & Van Loghum.
- Ginneken, van, P. (1993). "Een zodanig gevaar". Het gevaarscriterium bij gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Haan, L. de, Linszen, D.H. & Gorsira, R. (1997). Vroegtijdige intensieve interventie, sociaal functioneren, psychoserecidief en suïcide bij patiënten met recent ontstane schizofrenie en verwante stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39/1. (pp.24-36).
- Hoeven, J. Van der, & Waal, F. De, (1997). Vergeten door emoties. In: *NRC-Handelsblad*, 8 april 1997 (achterpagina).
- Jenner, J.A.. (1995). *Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of the Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101. (pp. 141-148).
- Meerten, R. Van, & Bie, E. De (1996). *Gecracked door de coke. Cocaïne: effecten, problemen en behandelwijze*. Groningen: Stichting Intraval/NeVIV.
- Merson, S. & Baldwin, D. (1995). *Psychiatric Emergencies*. Oxford: Oxford University Press.
- Ministerie van Justitie (1994). *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*.

- Rijnders, C.A.Th. & Kuijper, E.M. (1995). Politiecontacten in de 7x24-uursdienst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37/5. (pp. 369-381).
- Sederer, L.I. (1991). *Inpatient psychiatry, diagnosis and treatment. Third edition*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Staal, J.L. & Van Gils, F.C.G. (1993). Crisisbehandeling in deeltijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35/7. (pp. 441-452).
- Steinberg, D. (1989). *Interprofessional Consultation*. Blackwell.
- Tans, P. & Milius, H.C. (1991). A contextual model for crisisintervention. *International Congress for Crisisintervention and Emergency Psychiatry*. London.
- Tyhurst, J.S. (1957). The role of transition states – including disasters – in mental illness. In: *Symposium on preventive and social psychiatry*. Washington, D.C.: Walter Reed Army Medical Center.
- Visser, A.Ph., Kerkhof, A.J.F.M., Maldegem, W. van & Seinen, A. (1996). Tevredenheid van suïcidepogers met hun behandeling op de PAAZ: een vergelijking met andere patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38/3. (pp. 1279-290).
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, D.D. (1970). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wilde, G. De, & Bijl, R. (1993). *Afwenden van gevaar. Mogelijkheden om buiten het psychiatrisch ziekenhuis gevaar af te wenden*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Yeomans, F.E., Selzer, M.A. & Clarkin, F.F. (1992). *Treating the borderline patient. A contract-based approach*. New York, BasicBooks, A Division of HarperCollins Publishers.