

der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Münster, 30.9.–2.10.1982 (i. Druck).

[6] Cullberg, J., Krisen und Krisentherapie, Psychiat. Prax. 5, 25–34 (1978).

[7] Erikson, E., Jugend und Krise, Klett-Cotta, Stuttgart, 1970.

[8] Haefner, J., Krisenintervention, Psychiat. Prax. 1, 139–150 (1974).

[9] Haefner, J., Helmchen, H., Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – Konzeptuelle Fragen, Nervenarzt 49, 82–87 (1978).

[10] Heim, E., Coping oder Anpassungsvorgänge in der psychosomatischen Medizin, Z. Psychosomat. Med. und Psychoanal. 25, 251–262 (1979).

[11] Jacobson, G. F., Programs and techniques of crisis intervention, in: Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry, 2. ed., 2, 810–825, Basic Books, New York, 1974.

[12] Lindemann, E., Symptomatology and management of acute grief, Am. J. Psychiat. 101, 141 (1944).

[13] Reiter, L., Zur Technik der Krisenintervention, Österr. Ärztezeitung 31, 120–124 (1976).

## Krisenintervention in der Praxis<sup>1</sup>

R. Böni, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, Kleindietwil<sup>2</sup>

### 1. Beispiel einer Landpraxis

Die Praxis, aus der hier berichtet wird, befindet sich in einer Ortschaft mit 500 Einwohnern. In einigen Kilometern Entfernung finden sich mehrere weitere Ortschaften von 500 bis 2000 Einwohnern. Die Landpraxis des Autors betreut etwa 2500 Menschen aus 8 Gemeinden. Die Zahl der geschätzten Arzt-Patient-Kontakte beträgt 250 pro Woche oder 50 pro Arbeitstag. Dazu kommen 10 bis 20 Telefonanrufe.

Zwischen 1959 und 1980 waren in dieser Praxis 467 Todesfälle zu verzeichnen (Männer: 265, Frauen: 202), mit folgenden Todesursachen:

Unfälle und Suizid	29
Akute Erkrankung inkl. plötzlicher Todesfall	108
Chronische Erkrankung	330
<b>Total</b>	<b>467</b>

Die Altersverteilung der verstorbenen Patienten zeigt, dass Todesfälle bei unter 50jährigen eher selten sind:

Alter	Anzahl Todesfälle
0–49 Jahre	34
50–59 Jahre	18
60–69 Jahre	83
70–79 Jahre	147
80–89 Jahre	154
über 90 Jahre	31
<b>Total</b>	<b>467</b>

Tab. 1. Psychohygiene in der Allgemeinpraxis (nach Greco und Pittenger [3])

In dieser Praxis werden zurzeit 7 Patienten mit psychotischen Leiden (Schizophrenie) betreut und medikamentös behandelt, was ungefähr der von Bangerter et al. [1] angegebenen Häufigkeit entspricht. Situationen, in denen der Arzt im Sinne einer eigentlichen psychiatrischen Krisenintervention eingreifen muss, treten eher selten auf.

### 2. Präventive Psychiatrie und Krisenintervention in der Praxis

Die Möglichkeiten der Prävention seelischer Krankheiten in der Praxis schildern Greco und Pittenger in ihrem höchst lesenswerten Büchlein «Ein Hausarzt und seine Praxis» [3]. Sie vergleichen darin die Situation, in welcher der Arzt beim Patienten durch die Stärkung seines Ichs bei der Vorbeugung zukünftiger Krisen hilft, mit derjenigen der Impfung, in der der Arzt ebenfalls die Widerstandskraft des Patienten stärkt. Ein solches Vorgehen bedingt eine ärztliche Einstellung und eine medizinische Vorgehensweise, in der krankhafte Erscheinungen nicht sofort in einseitiger Weise etikettiert werden, sondern in der neben der Feststellung der Diagnose im herkömmlichen Sinn herauszufinden versucht wird, weshalb der Patient gerade zum gegebenen Zeitpunkt zur Konsultation gekommen ist und weshalb er den Gang zu diesem Arzt und nicht zu einer anderen Stelle gewählt hat. Schliesslich hat der Arzt zu einer lebensgeschichtlichen Gesamtdiagnose zu gelangen, welche Einsicht in bestehende Schwierigkeiten erlaubt und den Weg für gezielte psychohygienisch relevante Fragen freigibt (Tab. 1).

Bei der Krisenintervention ist nicht nur eine sofortige Verfügbarkeit des Arztes notwendig, sondern auch seine persönliche Präsenz während der kritischen Zeit, die Tage bis Wochen dauern kann. Je nach der Situation kann so dem Patienten geholfen werden, die Krise ohne Notwendigkeit einer psychiatrischen Klinikweisung zu überwinden, oder der Weg zu einer später wiederkehrenden haus- und familienärztlichen Betreuung des Patienten kann vorbereitet werden, sollte dieser vorübergehend in die Obhut eines Psychiaters oder einer Klinik übergeben werden müssen.

<sup>1</sup> Gestützt auf ein Referat anlässlich der Fortbildungstagung «Prävention in der ärztlichen Praxis» der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, Bern, 24./25. März 1983.

<sup>2</sup> Dr. med. R. Böni, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, 4936 Kleindietwil.

### 3. Fallbeispiele

Die erste Situation, in der es in der Folge der hausärztlichen Intervention zu einem Auffangen der Krise kommt, wird durch den Fall eines 49jährigen Mannes illustriert, eines seit vielen Jahren naturalisierter Italiener:

Dem Arzt ist der Patient seit zehn Jahren bekannt (1973: Trimalleolarfraktur; Labysinkitis; M. Menière; 1975: Allg. Müdigkeit, reduzierter Allgemeinzustand, nervös; 1979: Erythema chronicum migrans nach Zeckenbiss), die Frau ist mit Adipositas und vielen vegetativen Symptomen dauernd in der Behandlung des Hausarztes. Anfangs Januar ruft seine Frau an, er leide an Depressionen und habe am Neujahr sogar geweint. Er sei ganz verschlossen und brauche psychiatrische Hilfe. Die am Samstag von 11.35 bis 12.15 Uhr stattfindende 1. Konsultation bestätigt den Eindruck einer Depression mit suizidalem Risiko. Empfehlung, Weinen zuzulassen; Erklärung als Lebenskrise. Therapie mit Antidepressivum (Maprotilin). In Reserve Anxiolyticum (Lorazepam), aber Vorsicht wegen Berufs als Chauffeur. Verabredung in einer Woche. Patient willigt ein, aber ungern. – In der Folge finden in grösser werdenden Abständen noch drei Konsultationen zu je zirka 30 Minuten statt. Auf ein eigentliches therapeutisches Gespräch geht der Patient nicht ein, und er weicht auf körperliche Symptome aus (Periarthrose der Schulter), auf die diagnostisch und therapeutisch eingegangen wird. Patient verschweigt, dass Sohn seine Berufsabschlussprüfung nicht bestanden hat (Information von der Ehefrau). Anfangs März vorläufiger Abschluss der Konsultationen, mit weiterer Einnahme des Antidepressivums. Die Frau steht als «Überwacherin» der Situation zur Verfügung. Die Krise konnte aufgefangen werden, doch ist die Zukunft bei der gegebenen Familienstruktur eher düster.

Andererseits gibt es Situationen, in denen Klinikeinweisungen schliesslich nicht zu vermeiden sind, die jedoch trotzdem vom Arzt volle Aufmerksamkeit und grossen Zeitaufwand erfordern.

So im Falle eines 34jährigen Bauern, der auf dem Hof seiner Eltern lebt. Kürzlich wurde der Hof durch seinen vor 3 Jahren verheirateten Bruder übernommen. Mit 4 Jahren Meningitis, seit 6jährig Epilepsie, die noch immer eine Dauertherapie erfordert. Vor 8 Jahren psychiatrischer Klinikaufenthalt wegen akuter Wahnideen. Mit dem Patienten besteht ein regelmässiger, mit der Familie ein sporadischer Kontakt im Sinne einer hausärztlichen Betreuung. Im August 1. Konsultation, wegen auffälligen Verhaltens («Arbeitswut», Klagen über Unterdrückung durch Bruder, religiöse Anspielungen). Versuch, Patient mit medikamentöser Therapie wieder aufzufangen. Bis Ende Jahr 7 Konsultationen, wobei sich der Patient jedoch zunehmend verändert. Gehörhalluzinationen; Passivität; spricht von privaten Geheimnissen. Patient will von Spitaleinweisung nichts wissen und droht mit Arztwechsel. Am 31. Dezember dennoch Einweisung in die psychiatrische Klinik nach total «schizophrenem» Gespräch und weil der Bruder, der den Hof führen muss, verzweifelt. Mitte Januar wird der Patient aus der Klinik entlassen – ohne Austrittsbericht an den Hausarzt.

### 4. Diskussion

Die dargelegten Situationen illustrieren die von *Irniger* [4] genannten Schritte, die der Hausarzt in Krisensituationen vorzunehmen hat:

- Situation entschärfen
- sich Klarheit verschaffen
- Massnahmen treffen

Im ersten Fall war es dem Hausarzt dank seinen wiederholten Kontakten mit dem Patienten aufgrund unterschiedlichster Leiden (chirurgische, ORL, der-

matologische usw.) rasch möglich, Einsicht in die Situation zu gewinnen und eine – wenn auch nur beschränkte – Beziehung zum Patienten aufzubauen. Die Tatsache, dass die Ehefrau ständig in Behandlung steht, erleichterte die Kontrolle über die Tabletteneinnahme und den Abschluss der Behandlung nach zwei Monaten.

Ungünstiger war es beim zweiten Patienten, einem durch Epilepsie bereits stark beeinträchtigten, schon einmal psychiatrisch hospitalisierten und nun durch die Übernahme des Hofes durch seinen Bruder belasteten Mann. Fünf Monate lang wurde versucht, dem Wunsch des Patienten entgegenzukommen und eine Hospitalisierung zu vermeiden. Immer wieder kam es auf dem Hof zu kleineren Krisen, die jedoch jeweils entschärft werden konnten. Doch aufgrund des Ergebnisses stellt sich der Hausarzt Fragen: Wie weit darf man zuschauend abwarten? Wann muss interveniert werden? Wann muss der Psychiater auch entgegen dem Wunsch des Patienten beigezogen werden? Dabei ist zu beachten, dass dies auf dem Land oft nur durch eine Klinikeinweisung möglich ist.

---

#### 1. Psychologische Aspekte der Transaktion zwischen Arzt und Patient

Unterschiede

1. Situation, in der keine Krankheit vorliegt
2. Unorganisierte Krankheit («Übergang»)
3. Organisierte Krankheit

---

#### 2. Betrachtung des Patienten unter drei diagnostischen Aspekten

1. Herkömmliche Diagnose
  2. Wirklicher Grund, warum der Patient zu diesem Zeitpunkt den Arzt aufgesucht hat
  3. Gesamtdiagnose
- 

### Zusammenfassung

Der Autor, ein Landarzt, berichtet über seinen Praxisalltag, in dem psychiatrische Kriseninterventionen neben durchschnittlich 50 Konsultationen pro Tag Platz finden müssen. Die bereits bestehenden Kontakte mit dem Patienten und seiner Familie erleichtern die in der Krisensituation erforderliche therapeutische Beziehung. Teils geht es darum, eine psychiatrische Behandlung unnötig zu machen, teils, bereits den Weg für eine Fortsetzung der hausärztlichen Betreuung nach einem Klinikaufenthalt vorzubereiten. Zwei Fallbeispiele zeigen, dass dies teils gelingt, teils aber auch nicht.

### Résumé

#### L'intervention en cas de crise dans la pratique médicale

L'auteur, médecin de campagne, présente sa pratique quotidienne dans laquelle les interventions en cas de crise doivent trouver leur place parmi une moyenne de cinquante consultations par jour. Dans une situation de crise, la relation thérapeutique est facilitée par les contacts sporadiques qui se sont auparavant développés entre le médecin et la famille du patient. Parfois, le but de l'intervention est d'éviter un traitement psychiatrique, tandis que, d'autres fois, on se contente d'aménager le terrain pour pouvoir reprendre le patient à la suite d'un séjour à la clinique psychiatrique. Deux exemples démontrent le succès variable de ces efforts.

**Summary****Crisis Intervention in Medical Practice**

The author, a rural general practitioner, tells about everyday life in his practice, where psychiatric crisis intervention should find a place beside an average of fifty consultations per day. Preexisting contacts with the patient and his family facilitate the establishment of a therapeutic relationship in the crisis situation. Sometimes the goal is to avoid psychiatric treatment, but at other times, a more modest goal is to prepare for a continuation of care when the patient returns from a psychiatric hospital stay. Two case histories show that whereas these efforts sometimes succeed, they may also fail.

**Literatur**

- [1] *Bangerter, Ch., Klein, P., Ciompi, L.*, Zur Versorgung chronisch psychotischer Patienten durch den Hausarzt aus sozialpsychiatrischer Sicht, Schweiz. Ärztezeitung Nr. 14, 1981.
- [2] *Böni, R.*, Aus dem Tagebuch eines Hausarztes, Sprechstunde Nr. 3, 1978.
- [3] *Greco, R. S., Pittenger, R. A.*, Ein Hausarzt und seine Praxis, Verlag Huber/Klett, 1968.
- [4] *Imiger, W.*, in Pödlinger, W., und Stoll, M., Krisenintervention auf interdisziplinärer Basis, Verlag Hans Huber, Bern, 1980.

## Le dépistage précoce du cancer utérin<sup>1</sup>

G. Riotton, Genève<sup>2</sup>

«Le dépistage systématique de masse est largement reconnu comme un moyen efficace de lutte contre le cancer de l'utérus, mais il exige un laboratoire de cytodagnostic de haute qualité. En effet, une cytologie de mauvaise qualité risque d'être plus nuisible qu'utile; un cancer existant peut être méconnu, cette erreur sécurisant à tort la patiente, ou un cancer diagnostiqué sur des cellules bénignes» [1].

Ce bref paragraphe, écrit il y a dix ans, résume de façon succincte un aspect critique du dépistage par la cytologie. Il ne s'adresse qu'à la *qualité des actes techniques* de laboratoire qui ne permettront un diagnostic crédible que si le prélèvement du matériel a été adéquat. En outre, il ne comprend pas les autres critères d'évaluation (épidémiologiques) qui mesurent l'efficacité d'un programme de dépistage. Parmi ces derniers, les données démographiques et l'identification exacte des patientes sont capitales.

Les programmes de dépistage basés sur la cytologie sont des entreprises complexes et il faut de nombreuses années avant que l'on puisse former, puis intégrer tous les éléments essentiels: clinicien, gynécologue, cytotechnicien, cytopathologue, services hospitaliers, services d'histopathologie, services de collection des données et de leur traitement, etc., et en faire une activité efficace comme service de santé publique pour la population. Une bonne organisation et une gestion permanente et de qualité sont indispensables à l'efficacité de tout programme de dépistage. Sans eux, les coûts seraient disproportionnés par rapport aux autres programmes de santé publique.

Un «test de diagnostic», dans sa définition classique de santé publique, doit être capable d'identifier deux

groupes parmi la population dépistée: les individus qui ne sont probablement pas atteints de la maladie recherchée, et ceux qui en sont probablement atteints. Le concept du dépistage comprend l'établissement d'un diagnostic de confirmation par une méthode reconnue. Dans le cas du frottis de Papanicolaou, ce dernier remplit bien les conditions d'un test de dépistage, mais en outre il fait plus que simplement identifier la maladie en tant que telle; dans des conditions adéquates, il est capable d'identifier exactement le «type de lésion».

La «maladie» – cancer du col – est en général précédée par des lésions présentant des degrés de sévérité variés (dysplasies: légère, modérée, sévère; carcinome in situ, carcinome in situ avec invasion minime, microcarcinome) qui pourront évoluer en une lésion franchement invasive. C'est la possibilité d'identifier d'une façon précise ces lésions précoces qui rend la cytologie si précieuse. Le frottis de Papanicolaou est à la fois un examen de dépistage (identification d'une femme pouvant être atteinte de la maladie) et un test de diagnostic lorsqu'il s'agit d'une lésion maligne ou d'un de ses «précurseurs». La cytologie est une discipline de l'histopathologie et il est évident qu'un diagnostic cytologique doit être rédigé de façon à correspondre à la lésion histologique attendue. La classification cytologique numérique de Papanicolaou appartient au passé, aux jours de l'enfance de la méthode et n'a plus sa place aujourd'hui.

Il est important que le praticien comprenne bien la dualité de la technique de Papanicolaou, qui peut être à la fois un test de dépistage et un examen de diagnostic. Par exemple, un rapport cytologique de dysplasie, ou même de carcinome in situ, chez une jeune femme est «positif» en ce sens qu'il existe des atypies cellulaires; il ne la place cependant pas automatiquement dans la catégorie des femmes qui sont «probablement atteintes de la maladie», c'est-à-dire d'un cancer invasif du col de l'utérus. Il est essentiel

<sup>1</sup> Basé sur une présentation lors des Journées de perfectionnement sur «La prévention dans le cabinet médical» de la Société suisse de médecine sociale et préventive, Berne, 24/25 mars 1983.

<sup>2</sup> Professeur G. Riotton, Centre de cytologie et de dépistage du cancer, boulevard de la Cluse 51, CH-1205 Genève.