

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN DE VERENIGDE STATEN

(n.a.v. de voorstellen van de Joint Commission
en de reactie daarop)

door J. G. M. WELLEN, soc. drs.

(Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht)

In 1961 verscheen het eindrapport van de Amerikaanse Joint Commission on Mental Illness and Mental Health onder de uitdagende titel 'Action for Mental Health'. De joint commission dankte haar ontstaan aan de sinds de tweede wereldoorlog sterk toegenomen belangstelling voor geestelijke gezondheidsvraagstukken. De directe aanleiding tot de instelling van deze commissie was de 'mental health study act' die in 1955 unaniem door het congres was aangenomen. In deze wet erkende het congres dat er dringend behoefte is aan een objectieve en diepgaande analyse van de menselijke en economische problemen die door de geestelijke ongezondheid worden opgeroepen, evenals van de maatregelen die nodig zijn om deze problemen tot een oplossing te brengen. De wet beoogde uitgebreide en realistische voorstellen te stimuleren die het kader zouden moeten vormen voor curatieve en preventieve maatregelen.

Om aan deze behoefte van het congres tegemoet te komen werd de joint commission ingeschakeld, een studiegroep die eerder in 1955 door de American Psychiatric Association en de American Medical Association was opgericht. Hiertoe was sterk gestimuleerd o.a. door Kenneth E. Appel, Leo H. Bartemeier en andere psychiaters die het er over eens waren dat de voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg een fragmentarisch karakter hadden en op een onsystematische en toevallige wijze waren gegroeid. Psychologen, biologen, sociologen, verpleegsters en andere practici op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg traden tot de commissie toe, die uiteindelijk 45 leden, waaronder relatief veel psychiaters, omvatte. De commissie werkte met verschillende adviescommissies, waarvan een groot aantal voortreffelijke monografieën over de belangrijkste topics der psychohygiëne is verschenen of nog in voorbereiding is.

Een juiste beoordeling van het werk van de joint commission is alleen maar mogelijk als men op de hoogte is van de situatie van de geestelijke gezondheidszorg in Amerika. De commissie is immers uit deze situatie voortgekomen en wil zich er anderzijds tegen verzetten. De voorstellen passen daarom ook niet zonder meer in het in Nederland gegroeide kader. Toch is het van belang in een Neder-

lands tijdschrift aandacht te schenken aan het werk van de joint commission omdat 'action for mental health' in vogelvucht het hele gebied dat door de geestelijke gezondheidszorg wordt bestreken overziet en duidelijk doet uitkomen dat deze zorg een in elkaar grijpend geheel moet vormen. Het boek is een mijlpaal op de weg die de mental healthmovement heeft afgelegd, van de ideologisch gerichte beweging van Clifford Beers naar een zakelijke analyse en aanpak. Gezien de snelle sociale evolutie is het minder een programma voor de toekomst dan een balansopmaking van wat in de geestelijke gezondheidszorg in Amerika, maar evenzeer in Europa, al aan de gang is.

In het volgende wordt een korte samenvatting gegeven van de voorstellen van de joint commission; daarna wordt aan de hand van de officiële boodschap van Kennedy en Johnson aan het congres, resp. in 1963 en 1965, de verdere ontwikkeling besproken. Tenslotte enige kritiek op deze ontwikkeling, vooral van Amerikaanse zijde. De voorstellen van de joint commission worden in vier grote rubrieken ondergebracht: Wetenschappelijke kennis, De aanwezige kennis en ervaring, Publieke voorlichting en De kosten.

WETENSCHAPPELIJKE KENNIS

De federale overheid moet, aldus de joint commission, ervan uitgaan dat wetenschap en vorming hulpbronnen zijn die door financiële steun in stand moeten worden gehouden. Voor de geestelijke gezondheidsresearch houdt dit onder meer in dat relatief veel meer geld moet worden gestoken in het fundamentele, in tegenstelling tot het toegepaste, wetenschappelijke onderzoek. Alleen dan zullen oorzaken en kenmerken misschien nader bepaald kunnen worden, zodat eens de verschillende vormen van geestelijke ongezondheid of gestoorde gedragspatronen voorspelbaar zijn of kunnen worden voorkomen. Hiervoor is ook belangrijk dat de research op lange termijn, in tegenstelling tot specifieke researchprojecten op korte termijn — die momenteel in de Verenigde Staten de meeste opgang maken — wordt gestimuleerd. De huidige subsidiepolitiek — jaarlijkse subsidieaanvragen die gehonoreerd worden mede op grond van de voortgang die het project in het jaar daarvoor heeft gemaakt — heeft bezwaren voor het fundamentele wetenschappelijke onderzoek.

Het National Institute of Mental Health moet naar mogelijkheden zoeken om jonge wetenschappelijke onderzoekers aan zich te binden. De federale overheid moet daarom meer gelden beschikbaar stellen, zodat meer researchmensen fulltime voor een termijn van tien jaar of voor het leven kunnen worden aangesteld. Voor de opleiding van researchmensen is voorts van belang dat wetenschappe-

lijke instituten of opleidingsinstituten, waarvan de federale overheid de oprichting moet bevorderen, hun 'program research' aanzienlijk uitbreiden. Deze research heeft op 'project research' vóór dat zij flexibeler is; de te onderzoeken thema's zijn doorgaans zo ruim dat jonge onderzoekers onder ervaren leiding leren werken in teamverband.

Het subsidiebeleid van de federale overheid ten aanzien van het bovenstaande dient een zo groot mogelijke verscheidenheid te stimuleren. Dit is vooral van belang voor experimenten en research op het gebied van de geestelijke gezondheid, waar onderzoek wordt gedaan in verschillende richtingen, van verschillende topics en door verschillende wetenschappelijke disciplines. Om tot een uitgebalanceerd researchprogramma te komen bepleit de commissie de toekenning van extra gelden voor het fundamentele onderzoek op het gebied van psychologie, antropologie, sociologie en bepaalde takken van de biologie.

DE AANWEZIGE KENNIS EN ERVARING

Daar de oorzaken van geestelijke stoornissen in vele gevallen nog niet wetenschappelijk aantoonbaar zijn, moet het begrip 'behandeling' niet te disciplinair worden opgevat. In het verlengde hiervan ligt het advies om het aantal van degenen die in staat geacht kunnen worden mensen te behandelen, niet te zeer te beperken. Bepaalde medische, psychiatrische en neurologische onderzoeken evenals psychoanalytische behandelingen moeten echter door de betreffende specialisten of onder hun directe supervisie worden verricht. Niet-medici werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg moeten, als zij daartoe in staat blijken, in de gelegenheid worden gesteld algemene en korte therapieën te verrichten. Dergelijke therapieën, die bepaalde elementen van de psychiatrische behandeling, de counseling e.d. combineren, moeten worden uitgevoerd onder auspiciën van erkende diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Een nationaal programma voor de recrutering en opleiding van mankracht voor alle niveaus van de geestelijke gezondheidszorg, moet door een goede beeldvorming de belangstelling van de jeugd wekken voor een carrière in deze sector. Hetzelfde kan worden bereikt door vrijwilligers, bijv. studenten, in te schakelen bij het werk van de psychiatrische inrichtingen. Door haar beurzen- en belastingpolitiek moet de federale overheid het volgen van verder onderwijs mogelijk maken. Deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg dienen actief betrokken te worden bij de wetgeving op dit gebied zowel ten behoeve van de medische als andere opleidingen.

Psychisch gestoorden moeten zo spoedig mogelijk deskundige hulp ontvangen. Als speciaal opgeleide krachten niet beschikbaar zijn

dient deze secundaire preventie uit te gaan van personen met enige psychologisch inzicht en enige bekendheid met het werk der geestelijke gezondheidszorg. Deze moeten dan echter wel in de gelegenheid worden gesteld deskundigen te consulteren.

Mensen in psychische nood zijn zelden in staat deze nood psychologisch te herkennen. Zij zullen zich dan ook meestal niet uit eigen initiatief tot de bevoegde instanties wenden. Wel hebben ze doorgaans vertrouwen in hun huisarts, geestelijke verzorgers, reclasseringsambtenaren e.d., die met een korte aanvullende opleiding kunnen fungeren als mental health counselors. Deskundigen die volledig voor de geestelijke gezondheidszorg zijn opgeleid moeten door de mental health counselors geconsulteerd kunnen worden. Deze mental health consultants hebben een drievoudige taak: on-the-job training van de mental health counselors, de algemene supervisie over het werk van deze counselors en hun morele steun te verlenen. Vooral dit laatste is zeer belangrijk: het gestoorde gedragsspatroon kan immers heel gemakkelijk op de counselor overslaan.

Voor emotioneel gestoorde kinderen moeten volgens systematische planning scholen worden opgericht met een ander programma en een ander type personeel dan tot nu toe op deze scholen gebruikelijk was. De met zorg geselecteerde en opgeleide leerkrachten — 15 op een aantal van 40 kinderen — zouden moeten samenwerken met de mental health consultants. Deze internaten dienen niet ter vervanging van de psychiatrische zorg voor ernstig gestoorde kinderen, noch van speciale klassen van de gewone scholen, maar zij moeten het werk van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg e.d. ontlasten ten aanzien van die kinderen die weliswaar niet opgenomen hoeven te worden, maar die toch te gestoord zijn om ambulant te worden geholpen of om de gewone scholen te bezoeken.

Patiënten met een ernstige psychische inzinking moeten onmiddellijk door een deskundige worden geholpen en wel reeds in hun maatschappelijke milieu. De ervaring heeft uitgewezen dat opname dan vaak achterwege kan blijven. Ziekenhuizen en klinieken zouden over een eerste hulpdienst moeten beschikken die onmiddellijk in actie kan treden. De grote moeilijkheid om dergelijke diensten op te zetten is echter: het tekort aan personeel.

Voor de behandeling van deze patiënten moeten de volledig opgeleide krachten op de eerste plaats beschikbaar blijven. Zodra er voldoende therapeuten — van laag tot hoog — zijn, moet de behandeling via de community mental health clinics, algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen worden uitgebreid. De *community mental health clinics*, doorgaans ambulante afdelingen van algemene of psychiatrische ziekenhuizen, kunnen in belangrijke mate langdurige of herhaalde opname voorkomen. De commissie bepleit een

volledig bemande clinic op een bevolking van 50.000.

De belangrijkste taken van deze clinics voor volwassenen — de meeste zijn zowel voor kinderen als volwassenen — zijn: de behandeling door een basisteam (idealiter bestaande uit psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker) van acute patiënten, de nazorg van ontslagen patiënten en een ontmoetingspunt creëren tussen mental health consultants en counselors. Er zouden meer clinics moeten komen voor intensieve psychotherapie van kinderen. Vrij gevestigde zenuwartsen zouden gestimuleerd moeten worden een belangrijk deel van hun tijd aan de community mental health clinics te geven als consultant of therapeut. De gezondheidsvoorlichting en opvoeding dient volgens de commissie bij voorkeur aan andere instellingen te worden overgelaten.

Ieder algemeen ziekenhuis van 100 of meer bedden zou over een psychiatrische afdeling moeten beschikken. Het voordeel van opname op deze afdeling is dat de patiënt minder gemakkelijk van zijn milieu vervreemdt. Voor een intensieve psychiatrische behandeling kan hij daarna eventueel in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen. De kleine psychiatrische inrichtingen van 1000 (!) bedden of minder, moeten daarom zo spoedig mogelijk worden omgebouwd tot intensieve behandelingscentra voor patiënten in een acuut stadium of voor patiënten die lange tijd moeten worden opgenomen, evenwel met een gunstige prognose. Deze centra moeten een goed opgeleide en breed samengestelde staf hebben, minstens even groot als het aantal patiënten in behandeling. De bestaande inrichtingen voor meer dan 1000 patiënten moeten geleidelijk aan worden omgebouwd tot centra voor chronische patiënten met zowel psychische als somatische ziekten. Deze gecombineerde centra hoeven niet een medicus als directeur te hebben, terwijl bovendien de medische staf niet fulltime hoeft te zijn.

Het doel van de moderne behandeling is de patiënt te helpen zich in de gemeenschap te handhaven. Nazorg en resocialisatie zijn daarom essentiële elementen in de zorg voor psychisch gestoorde die in ieder onderdeel van het behandelingsprogramma ingebouwd moeten zijn. De nazorg dient te beschikken over een scala van voorzieningen zoals daghospitalen, nachthospitalen, nazorgklinieken, gastgezinnen, sociale werkplaatsen, ex-patiëntenclubs enz. Nog teveel patiënten worden uit de inrichtingen ontslagen zonder daar psychisch en sociaal voldoende op te zijn voorbereid. Anderzijds moet bij veel patiënten het tijdstip van ontslag worden uitgesteld omdat er te weinig deskundige krachten zijn voor de noodzakelijke voorbereidingen. Bijna overal, zo wordt in een deelrapport opgemerkt, verkeert de nazorg nog in een primitief stadium. Vaak wreekt zich ook hier dat het behandelingsprogramma niet een geïntegreerd geheel vormt,

maar dat de problematiek broksgewijs wordt benaderd. Het op elkaar aansluiten van de verschillende onderdelen van het behandelingsprogramma bepaalt in hoge mate het effect van de behandeling.

PUBLIEKE VOORLICHTING

De voorlichting mag geen valse verwachtingen wekken, maar dient die inlichtingen over geestelijke ongezondheid te verstrekken die het publiek nodig heeft om de psychologische vormen van de ziekte te herkennen en om zich een mening te kunnen vormen over zijn verantwoordelijkheid jegens geestelijk gestoorden. In de voorlichting wordt veelal verondersteld dat algemeen wordt ingezien dat geesteszieken ziek zijn, zoals men ook lichamelijk ziek kan zijn, en dat zij behandeld moeten worden als andere zieken. Een belangrijk onderscheid met de lichamelijk zieke is echter dat de geesteszieke gemakkelijk weerstand oproept, eerder dan dat hij sympathie wekt. In de voorlichting moet dan ook tot uiting komen waarin de psychische stoornis van de lichamelijke verschilt.

De voorlichting moet daarom minstens op de volgende punten zijn gericht: De algemene begripsverwarring over de herkenbaarheid van geesteszieken moet worden verhelderd. Zij moet de weerstand ten aanzien van geesteszieken doorbreken door duidelijk te maken waarom er, vooral op de ernstig gestoorden, zo weinig appèl wordt gedaan. In de voorlichting moet worden aangetoond wat geestelijke ongezondheid in zijn vele variaties is, hoe het publiek er in het algemeen tegenover staat en hoe hieraan in het contact met geestelijk gestoorden te ontkomen is. Het hardnekkig defaitisme, dat een doeltreffende behandeling in de weg staat, moet worden doorbroken door meer nadruk te leggen op gunstige vooruitzichten of verbetering, dank zij de huidige behandelingsmethoden en de resocialisatie. De verantwoordelijkheid voor de voorbereiding van deze voorlichting moet berusten bij deskundigen op het gebied van de voorlichting en de massacommunicatie. Zij moeten samenwerken met deskundigen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

DE KOSTEN

De uitgaven voor de geestelijke gezondheidszorg moeten in de komende vijf jaar worden verdubbeld en in de komende tien jaar verdrievoudigd. Alleen dan kunnen de ambulante voorzieningen en de nazorg voldoende in de gemeenschap, dus los van de inrichtingen tot ontwikkeling komen. Om de voorstellen te kunnen uitvoeren worden door de commissie bepaalde aanbevelingen gedaan. De federale overheid enerzijds en de staten en plaatselijke instellingen anderzijds moeten gezamenlijk de kosten dragen van de geestelijke gezondheidszorg. Het is het eerste voorstel in de Amerikaanse ge-

schiedenis, aldus de commissie, waarin een poging wordt gedaan het probleem van de overheidsbijdragen aan de geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel aan te pakken om daardoor een minimale zorg financieel mogelijk te maken.

De joint commission was een studiegroep die haar werkzaamheden beëindigde met het hierboven gerefereerde programma. Zij stelde zich als volgende stap voor het op gang brengen van de meningsvorming voor of tegen het voorgestelde programma, vervolgens de meningsvorming binnen het wetgevend apparaat en tenslotte drong zij er bij het congres op aan een commissie van adviseurs in het leven te roepen, die zich over de realisatie van het programma moet beraden en moet nagaan welke wetgevende arbeid hiervoor nodig is. De joint commission wil zelf niet aangeven welke van haar voorstellen prioriteit genieten, omdat zij van mening is dat zo snel mogelijk op alle fronten tegelijk moet worden gewerkt. Er is slechts één zaak die prioriteit geniet boven alle andere voorstellen, n.l. het verstrekken van de financiële middelen om het programma mogelijk te maken.

KENNEDY EN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De voorstellen van de joint commission hebben mede tot achtergrond gediend van de officiële boodschap die Kennedy in februari 1963 aan het congres heeft gericht. In deze boodschap vroeg Kennedy speciaal de aandacht voor de geestelijke gestoordheid en bovendien voor de zwakzinnigheid, een vraagstuk dat in action for mental health niet aan de orde komt. Beide zijn volgens de president de meest dringende van alle gezondheidsvraagstukken.

Sinds het begin van de moderne geschiedenis, aldus Kennedy, is de meningsvorming over en de behandeling en preventie van geestesstoornissen vergeleken met de andere gezondheidsvraagstukken achtergebleven. Om in deze situatie verbetering aan te brengen vestigt hij de aandacht op het onderzoek naar de oorzaken om de geestelijke stoornissen door preventieve maatregelen uit te kunnen schakelen. Op de tweede plaats moet voor de strijd tegen de geestelijke ongezondheid in de komende jaren niet alleen onze kennis worden uitgebreid maar moeten bovendien aanzienlijk meer deskundigen worden ingeschakeld. Daarvoor is nodig dat de huidige opleidingsprogramma's worden uitgebreid en nieuwe worden gelanceerd. Op de derde plaats moeten de voorzieningen voor de geestelijk gestoorde en zwakzinnigen worden uitgebreid, waarbij de nadruk gelegd moet worden op de vroegtijdige en uitgebreide diagnose, behandeling en (re)socialisering. Om dit mogelijk te maken stelt Kennedy een nieuwe aanpak voor, die er in grote

lijnen op neerkomt dat de federale overheid gelden beschikbaar stelt om de werkzaamheden van de lagere overheden en het particulier initiatief te stimuleren. De armzalige behandeling van miljoenen geestelijk gehandicapten in de inrichtingen en in de gemeenschap werd altijd geweten aan de ontoereikende financiële mogelijkheden. Het mental health program van Kennedy, dat zoveel mogelijk voorrang moet krijgen op andere overheidstaken, ligt in het verlengde van de nieuwste wetenschappelijke inzichten en de nieuwe geneesmiddelen, die het mogelijk maken dat de meeste psychisch gestoorden in hun eigen omgeving worden behandeld en daar hun functie blijven vervullen. Door deze ontwikkelingen zijn de traditionele behandelingsmethoden achterhaald. In dit verband wordt vermeld dat sommige inrichtingen soms gedwongen waren vijf, tien of zelfs vijftienduizend patiënten te herbergen zonder dat hiervoor voldoende personeel beschikbaar was, bijv. één of nog minder psychiaters op 360 patiënten. Kennedy verwacht met zijn programma het aantal patiënten dat nu wordt verpleegd binnen tien of twintig jaar minstens tot de helft te kunnen terugbrengen.

De kern van het nieuwe mental health program van Kennedy wordt gevormd door de *community mental health centers*, waarbij de gedifferentieerde vraag van de gemeenschap naar voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg centraal staat (*comprehensive community service*). Kennedy gaat hier aanzienlijk verder dan de voorstellen van de joint commission, die vooral zijn ontworpen vanuit de klinische sector, en er min of meer op zijn gericht deze sector te verbeteren en efficiënter in te bouwen in de gemeenschap. Misschien is de bredere aanpak van Kennedy vooral te danken aan Robert H. Felix, directeur van het National Institute of Mental Health en een groot voorstander van de community approach, die de presidentiële boodschap heeft voorbereid. Afzonderlijke onderdelen van deze community centra — diagnostische centra, dag- en nachtziekenhuizen, sluisinternaten enz. — treft men reeds op verscheidene plaatsen aan. De centra moeten deze verschillende voorzieningen bundelen, zodat binnen de gemeenschap de continuïteit in de zorg wordt bevorderd. Zowel preventie als behandeling behoren tot de taken van deze centra.

Kennedy ziet als ideaal dat dergelijke centra worden gevestigd in bestaande algemene ziekenhuizen met psychiatrische afdelingen, die dan vervolgens, met steun van de federale overheid in de aanvangfase, zo snel mogelijk uitgebreid moeten worden met andere voorzieningen om de verschillende onderdelen van het programma mogelijk te maken. Ondertussen moet de verzorging in de bestaande psychiatrische inrichtingen worden verbeterd, zodat zij een belangrijke overgangsfunctie kunnen vervullen. Huisartsen, psychiaters en andere medische specialisten zouden bij het werk van het centrum inge-

schakeld moeten worden. De nieuwe therapeutische benadering, waardoor de psychisch gestoorde vaak in betrekkelijk korte tijd met succes kan worden behandeld, maakt het mogelijk de diensten van de community mental health centers op dezelfde wijze te financieren als de andere medische voorzieningen.

Het bovenstaande programma mag geen afbreuk doen aan het fundamentele en toegepaste wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg. Er is vooral behoefte aan een 'vertaling' van de onderzoeksresultaten voor het praktische werk. Het beschikbaar zijn van deskundigen is een van de belangrijkste factoren die het tempo van het researchprogramma en de mogelijkheden van de community mental health centers bepalen. In bijna alle sectoren is er een tekort aan personeel van alle niveaus. Kennedy stelt daarom voor gelden beschikbaar te stellen ten behoeve van de opleiding van deskundigen.

In 'Advancing the nation's health', de boodschap die Johnson in januari 1965 aan het congres richtte, keren deze laatste problemen terug. Ook Johnson signaleert het grote tekort aan deskundigen — het tekort aan psychiaters wordt geschat op 10.000 — die de community mental health centers zouden moeten bemannen. Slechts weinig communities zijn in staat een adequaat programma te financieren of hiervoor centra te bouwen. Johnson stelt een vijfjarenplan voor betreffende de financiering van de personeelskosten in de beginfase van de community mental health centers.

DE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS HET LAATSTE WOORD?

Het vervolg op Kennedy's national program for mental health was de community mental health centers act van 1963. De teneur is na het voorgaande duidelijk: de oprichting over het hele land van community mental health centers met elk een comprehensive community program. Evenzeer van belang is de gedachtenwisseling over het wetsvoorstel en de visie die daaruit spreekt over de plaats van de psychohygiëne in de samenleving. Dit laatste wordt ons enigszins duidelijk uit het commentaar dat Dr. Nicholas Hobbs, psycholoog en lid van de joint commission, op dit wetsvoorstel heeft gegeven tijdens een hearing voor het Subcommittee on Health of the Senate Committee on Labor and Public Welfare. De visie van Hobbs is belangrijk, daar hij mede namens de American Psychological Association spreekt. Ook in Nederland, vooral door niet-medici, worden vaak soortgelijke meningen verkondigd.

Hobbs heeft veel lof voor Kennedy's boodschap; de community mental health centers act zou volgens hem wel eens het belangrijkste stuk wetgeving op dit gebied kunnen zijn sinds de mental health act van 1946. Kennedy plaatst het vraagstuk van de psychische

gestoordheid immers weer midden in de gemeenschap, waar het mede zijn oorsprong vindt en waar ook naar zijn oplossing gezocht moet worden. De bouw van grote psychiatrische inrichtingen min of meer geïsoleerd van de bewoonde wereld — een vorm van behandeling vermengd met relictten uit de tijd dat psychisch gestoorden nog werden gestraft — was eens het laatste woord in de zorg voor psychisch gestoorden. Zullen nu op het gebied van preventie en behandeling van psychische stoornissen de community mental health centers het laatste woord blijken te zijn?

Met Hobbs c.s. kan men hieraan twijfelen. Hij is van mening dat een effectief programma voor behandeling en preventie niet een variatie of combinatie moet zijn van allerlei medische voorzieningen. De huidige 'behandelingsmodellen' zijn noodzakelijk, doch vormen een te smalle basis voor de ontwikkeling van een comprehensive community mental health program. Zij zijn daarvoor te eenzijdig geënt op de medische traditie. De psycho-hygiëne, vooral de primaire preventie en de positieve gezondheidszorg, laat zich niet opbouwen vanuit het werk met psychisch gestoorden. Ziekte is een medisch begrip, gezondheid daarentegen een normatief begrip, waarvan de inhoud mede door de samenleving en de cultuur wordt bepaald. Ook uit Kennedy's boodschap blijkt een medische opvatting over de geestelijke gezondheidszorg, hetgeen al wordt geïllustreerd door het feit dat hij het algemeen ziekenhuis ziet als de ideale plaats voor de vestiging van het community mental health center. De geestelijke gezondheidszorg kan echter geen aanspraak maken op het predicaat 'comprehensive community care' alleen op grond van het feit dat zij midden in de gemeenschap is gevestigd. Wil zij daartoe uitgroeien en vooral ook preventief en gezondheidsbevorderend werken, dan zal zij buiten het haar toebedeelde sociale kader — in casu de community mental health centers — moeten treden. Daarvoor is nodig een programma van sociale actie — hoe uitgebreid dit programma moet zijn is thans nog niet te overzien — waarbij die veranderingen in de gemeenschap worden gestimuleerd die de geestelijke gezondheid van de totale bevolking ten goede komen. Psychohygiënistten moeten worden ingeschakeld wanneer problemen van wonen, onderwijs, vrijetijdsbesteding enz. enz. aan de orde zijn. De voorposten van de geestelijke gezondheidszorg komen dan steeds verder verwijderd te liggen van het concrete ziektegeval. De preventie en de positieve geestelijke gezondheidszorg is het meest effectief wanneer de psychohygiëne impliciet een gezichtspunt wordt waaronder de zorg, in ruime zin, voor de mens wordt bekeken.

Vooralsnog doet dit erg academisch aan gezien de te geringe personeelsbezetting en het relatief nog geringere aantal vertegenwoordigers van andere disciplines dan de medische in de geestelijke gezondheidszorg. Maar wat nú voor ideaal doorgaat, de community mental

health centers, mag deze gewenste ontwikkeling niet afremmen, zoals eens het vroegere ideaal, de psychiatrische inrichting, een belemmering is geweest voor het mee evolueren van de geestelijke gezondheidszorg met de maatschappelijke ontwikkeling.

SUMMARY

Based on Action for Mental Health, the final report of the joint commission on mental illness and health, this article outlines some developments in mental health care in the U.S.A. Because of the rapid social and cultural change of our era Action for Mental Health is more inclined to give a birds eye view on what is already going on in the U.S.A. — and in Europe — than a program for the future.

In his message Mental Illness and Mental Retardation (Febr. '63) Kennedy goes further than the recommendations of the joint commission, which are particularly based on the clinical point of view and which aim at improving this sector. The bill introduced into the House of Representatives ('Community Mental Health Centers Act of 1963') aimed at setting up a country-wide system of mental health centers offering a comprehensive community care. Will the community mental health centers, however, remain the last word on the prevention and treatment of mental disorders? This is doubted in the U.S.A. (e.g. Dr. Nicholas Hobbs); it is also a dubious question in the Netherlands, especially among non-medical mental health workers. An effective program for the prevention and treatment cannot be a variation or combination of current treatment models, which are predominantly based on the medical tradition. Psychohygiene, especially primary prevention and positive mental health, cannot be solely based on the work with the mentally disturbed.

LITERATUUR

Action for Mental Health, New York 1961.

Advancing the Nation's Health, Message from the president of the United States, January 7, 1965.

Canada's Mental Health, special issue *Community Mental Health*, Vol. XII, nov.-dec. 1965, no. 6.

Caplan, Gerald — *Principles of Preventive Psychiatry*, Tavistock Publications, 1964.

Hobbs, Nicholas — Statement on mental Illness and Retardation, *American Psychologist*, Vol. 18, 1963, pp. 295-299.

Humphrey, Hubert H. — The Behavioral Sciences and Survival, *American Psychologist*, Vol. 18, 1963, pp. 290-294.

Mentall Illness and Mental Retardation, Message from the president of the United States, February 5, 1963, o.a. opgenomen in *American Psychologist*, Vol. 18, 1963, pp. 280-289.