

GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID EN PSYCHOTHERAPIE

door Prof. Dr. C. J. B. J. TRIMBOS

(Afd. Preventieve en Sociale Psychiatrie, Medische Faculteit Rotterdam)

1 INLEIDING

Het is een aktuele zaak zich te bezinnen op de toekomstige positie van de psychotherapie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Een welvaartsmaatschappij waarin de primaire levensbehoeften (eten, warmte, wonen) voor vrijwel iedereen bevredigd zijn, vertoont een stijgende behoefte aan *welzijn*. Dit wil o.m. zeggen dat de behoefte aan gezondheid, zowel lichamelijke als geestelijke, stijgt en dat de eisen aan de gezondheidszorg steeds groter worden. Ook de geestelijke gezondheidszorg is steeds minder een luxevoorziening. Temeer daar er eerder een negatieve dan positieve correlatie is tussen stijgende welvaart en geestelijke volksgezondheid.

In de zorg voor de geestelijke gezondheid heeft de psychotherapie van den aanvang af een belangrijke plaats ingenomen. De ontwikkelingsgeschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg en die van de psychotherapie vertoont veel identieke kenmerken, zowel inhoudelijk, methodisch als structureel. Over de toekomstige ontwikkeling en structuur van de psychische gezondheidszorg is zowel in ons land als elders de laatste jaren veel gediskussieerd, veel gepland en veel gepubliceerd. Meestal vanuit een algemeen gevoel van onbehagen over de bestaande toestand. Mede op grond daarvan is zowel hier als in het buitenland langzaam-aan een nieuwe conceptie gegroeid is, die — in details mogelijk verschillend — in de kern grote overeenstemming vertoont.

2 TENDENSEN IN DE HUIDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De werkwijze van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, met name de toepassing van het team-work, is gebaseerd op de 'child guidance'-structuur, zoals die voor het eerst met succes is toegepast door Healy te Chicago. In zijn oorspronkelijke vorm is deze aanpak typisch 'patient-centered', zoals dat in de geneeskunde al zolang het geval was. Naarmate echter de gemeenschap in haar totaliteit meer in het blikveld van de mental-health-workers kwam, is men gaan zoeken naar psychische gezondheidsvoorzieningen, die meer de belangen van de totale gemeenschap zouden kunnen behartigen. Hieruit is een nieuwe conceptie over taak, opzet en werkwijze der psychische gezondheidszorg geresulteerd. Deze kan men in de volgende punten aangeven: a de psychische gezondheidszorg dient alles omvattend te zijn; in die zin dat gedifferentieerde zorg geboden kan worden aan alle

kategorieën hulpbehoevenden of bedreigden. De verschillende differentiaties in de zorg dienen in één geheel samen te werken; b de geestelijke gezondheidszorg dient (evenals de algemene gezondheidszorg) populatie-gericht te zijn en verder te gaan dan de zorg voor de zelf hulpzoekende individuele patiënt.

Dit betekent dat psychische gezondheidszorg eerst en vooral een preventief uitgangspunt moet hebben, ook waar het om behandeling van individuele gevallen gaat. Zo is de preventieve *attitude* in alle vormen van psychische gezondheidszorg terug te vinden in de bekende driedeling:

- a primaire preventie: het voorkomen van zoveel mogelijk psychische stoornissen binnen een populatie;
- b secundaire preventie: door vroege diagnose en een effectieve therapie de duur en ernst van zoveel mogelijk psychische stoornissen verkleinen;
- c tertiaire preventie: de gevolgen van de psychische gestoordheid (zoals b.v. de sociale invalidatie) zo vroeg mogelijk reduceren: vroege revalidatie, anti-hospitalisatie aanpak, zoveel mogelijk behandelen in de maatschappij, etc.

Een zodanig geconcipeerde psychische gezondheidszorg is dan te zien als onderdeel van een totaal aan beveiligingssystemen, die een gemeenschap tegen psychisch en sociaal afwijkend gedrag opricht. Psychopathologisch of sociaal pathologisch gedrag wordt dan — volgens een sociaal psychiatrische optiek — opgevat als een inadekwate of gestoorde reactie binnen het totale systeem van ekologische reacties of antwoorden, dat een populatie in interactie met haar omgeving voortbrengt. Het is dit interactie veld van een populatie in relatie tot haar macro- en microsociale milieu, dat dan als het primaire arbeidsterrein van de psychische gezondheidszorg gezien moet worden.

Een dergelijke psychische gezondheidszorg kent een tweetal soorten voorzieningen, met eigen objecten, methodes en eigen deskundigheid:

- a directe hulp en zorg aan psychisch gestoorde of bedreigde personen en hun directe milieu. Dit is de secundaire en tertiaire preventieve gezondheidszorg en richt zich op interventie en individuele processen. Het is het beeld, dat tegenwoordige psychische gezondheidszorg vertoont;
- b primaire preventie gezien op lange termijn. Hierbij gaat het om beïnvloeding en verandering van sociale structuren en sociale processen. Men beoogt de weerstand van een populatie op te voeren tegen bedreigingen, die men aanwezig weet of waarvan men de aanwezigheid in de toekomst kan vermoeden. Het helpen inrichten van een gemeenschap, die de geestelijke volksgezondheid zoveel mogelijk waarborgt, kan men aanduiden als interventie in sociale processen.

Vanuit deze korte schets over de thans heersende opvattingen bij de psychische gezondheidszorg ontstaan een aantal vragen, die slechts door middel van nader onderzoek beantwoord kunnen worden.

3 ONDERZOEKBEHOEFTE

(a) Een van de belangrijkste redenen waarom de vernieuwing in structuur en opzet der psychische gezondheidszorg zo lang op zich laat wachten, is het gebrek aan kwantitatieve gegevens over de omvang van de psychische ongezondheid binnen bepaalde populaties. De thans — gelukkig — opgang zijnde opname- en ontslagregistratie van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen kan slechts een uiterst deficiënte indruk geven over de omvang van de psychiatrische ziekten. Toch wijzen deze cijfers er reeds op hoe geweldig groot de omvang is. Als men bedenkt dat onze algemene ziekenhuizen beschikken over 63.000 bedden en men plaatst hiernaast het getal psychiatrische bedden in Nederland (ca. 65.000), dan blijkt wel dat het ernstig psychisch ziek zijn een geweldige belasting betekent voor het gezondheidszorgapparaat en onze hele gemeenschap.

Iets meer inzicht over de prevalentie van de psychische stoornissen geven de moderne epidemiologische onderzoeken van huisartsen-praktijken. *Oliemans* vond in de door hem onderzochte huisartsen-praktijken, dat minstens 20 pct van alle patiënten aandoeningen van psychiatrische aard vertoonden.

Mevr. *Zweens-Wiersema* vond zelfs, dat zowat de helft van de klachten waarmee patiënten de Groningse huisartsen bezoeken tot de categorie van psychische ziektes gerekend moet worden.

Cooper heeft de cijfers van dergelijke huisartsen surveys vergeleken met de cijfers uit psychiatrische inrichtingen en de cijfers van de psychiatrische polikliniek van het Royal Bethlem and Maudsley Hospital te Londen. Hij kwam tot de volgende vergelijking:

	eerste opname psychiatrische inrichting	psychiatrische polikliniek	huisarts
psychoses	72%	25%	4%
neuroses	18%	43%	63%

Uit dit overzichtje blijkt, dat de neurose een typische huisartsen-aangelegenheid is, hetgeen belangwekkende konsekventies zou moeten hebben voor diens opleiding.

Doch ook deze huisartsen onderzoeken geven nog geen volledig beeld van de prevalentie en incidentie van de psychiatrische ziekten. Juist vele psychische zieken ervaren weerstanden om zich ter behan-

deling binnen een medisch systeem te begeven. Epidemiologisch populatie-onderzoek in Zweden, Canada, de V.S. en Engeland heeft aangetoond, dat de omvang van psychische stoornissen in deze (zeer uiteenlopende) populaties enorm groot is. De cijfers variëren van 40—60 pct. van de totale volwassen populaties, die psychische stoornissen vertoont. Deze stoornissen zijn niet alleen van zodanige aard dat zij tot psychosociaal dysfunctioneren aanleiding geven. Daarom is het belangrijk, dat deze onderzoeken aantoonen, dat in $\frac{1}{4}$ tot $\frac{1}{5}$ van de onderzochte bevolking de stoornissen zo ernstig waren, dat men in een aantal levensgebieden niet normaal meer kon functioneren. Het behoeft geen betoog, dat het de hoogste tijd wordt dat wij ook voor Nederland over dit soort gegevens kunnen gaan beschikken.

Indien ook hier soortgelijke cijfers gevonden zouden worden, dan zou dit betekenen, dat 1 à 2 miljoen Nederlanders behoefte hebben aan psychiatrische hulp. Van alle Nederlanders vertoont reeds thans ongeveer een half procent in een psychiatrisch bed; 20-30 pct bezoekt voor psychische klachten de huisarts en 50 pct van de totale populatie vertoont psychische stoornissen waarvan de helft zo ernstig, dat men niet normaal functioneren kan.

Tegenover deze realiteit ziet de aanpak van de psychische gezondheidszorg zich geplaatst. Het is als het ware een ijsberg waarvan slechts het kleinste puntje enige aandacht krijgt. Op het totaal van de volksgezondheidszorg heeft het nauwelijks enig effect, omdat het allergrootste deel van de ijsberg, waarvan generatie op generatie neurotische en andere psychische stoornissen doorgegeven worden, zich aan iedere beïnvloeding onttrekt.

(b) Een preventief program voor de psychische volksgezondheid heeft behoefte aan wetenschappelijke bouwstenen. Wat zijn de correlaties tussen micro- en macro-sociale variabelen met de frekwentie van bepaalde psychische stoornissen? Een klassiek onderzoek uit deze sfeer is dat van *Durckheim* over de invloed van anomie (als macro-sociale variabele) op de suicide. Eveneens grote bekendheid heeft gekregen het onderzoek van *Faris & Dunham* over de samenhang tussen asocialeit en bewonen van slums met schizofrenie. Uit een grote reeks dergelijke onderzoeken kunnen nog genoemd worden het onderzoek over de correlatie tussen sociale klasse en psychose-frekwentie van *Hollingshead* en *Redlich*; het onderzoek van *Lindemann* naar de invloed van 'bereavement' op psychische crisistoestanden; het onderzoek over moederlijke deprivatie en ontwikkelingspsychopathie door *Bowlby* e.a. Door een toenemende kennis over sociale specificiteit wordt het mogelijk een betere en meer gerichte geestelijke gezondheidszorg te constitueren.

(c) Een derde wens om een moderne geestelijke gezondheidszorg tot ontwikkeling te brengen betreft de reorganisatie van de huidige structuren. Hierover zijn met name de laatste jaren nogal wat voor-

stellen gepubliceerd. De leidende gedachte daarbij is, dat thans veelal afzonderlijk werkende ambulante diensten tot een regionale dienst omgevormd moeten worden, waarbij tevens de regionale indeling van ons land een betere spreiding van de psychische gezondheidszorgvoorzieningen mogelijk zal maken.

Bij deze reorganisatie kan men een drietal wegen volgen:

(1) Men kan de thans bestaande voorzieningen en hun autonomie laten voortbestaan. De zelfstandige uitvoering van deze voorzieningen vindt in onderling overleg op bestuurlijk en uitvoerend niveau plaats. Men kan dan van een federatief samenwerken spreken.

(2) Men kan ook de vorm van een formele integratie kiezen en (zoals dat thans reeds in een aantal stichtingen voor geestelijke gezondheidszorg het geval is) een samengaan van M.O.B., S.P.D. enz. binnen één stichting kunnen tot stand brengen. Hier is dan één bestuur en één directie met een zwakke hiërarchie t.o.v. de afzonderlijke voorzieningen verantwoordelijk voor de regionale voorzieningen.

(3) De meest verregaande reorganisatie betreft een materiële integratie waarbij de grenzen tussen de afzonderlijke voorzieningen en bureaus vervagen ten gunste van vaste of ad hoc teams, die telkens naarmate de behoefte daartoe bij patiënten-aanbod of bij regionale activiteiten ontstaat, de geestelijke gezondheidszorg bevorderen. Een dergelijke geïntegreerde dienst zou een centraal spreekuur moeten hebben en door een interne goede structurering de verworvenheden van de methodiek uit de thans bestaande voorzieningen (M.O.B., L.G.M. Bureaus) moeten kunnen behouden. De afdeling preventie en voorlichting zou in een dergelijke samenwerking veel meer mogelijkheden krijgen. Voor verdere bestudering van deze opzet moge verwezen worden naar het rapport van het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg. ('Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg', Utrecht 1968).

4 PLAATS VAN DE PSYCHOTHERAPIE IN DE HUIDIGE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Over de plaats van de psychotherapie in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg zijn een aantal opmerkingen te maken, die hier puntsgewijs volgen:

(a) Gezien de totale omvang van de psychische stoornissen is het effect van het totaal aan psychotherapeutische inspanning uitermate gering. Zelfs als men iedere geslaagde individuele psychotherapie zou willen beschouwen als het opruimen van een bron van milieu ongezondheid, heeft dit voor de totale psychische volksgezondheid weinig belang. Ter voorkoming van misverstanden zij opgemerkt, dat deze opmerking niets zegt over het effect van psychotherapie in indi-

viduele gevallen. Deze inefficiëntie en ontoereikendheid van de psychotherapie is des te zorgwekkender omdat de psychotherapie als zodanig vooralsnog onvervangbaar is door welke andere methode dan ook en daarenboven omdat de behoefte aan psychotherapie stijgt en in de toekomst zal stijgen op grond van vele factoren.

(b) De psychotherapie is qua afkomst en instelling typisch individu gericht. De psychotherapeut werkt als de dokter, die op zijn spreekuur selekteert wie, wat en hoe hij behandelt volgens de inzichten, die hem welgevallig zijn. Hij mist veelal de populatiegerichtheid en de preventieve attitude, die hierboven reeds ter sprake kwamen.

(c) De huidige vormen van psychotherapie zijn over het algemeen zeer tijdrovend (lange wachttijden, lange diagnostische fase, tijdrovende selectie procedures) en kostbaar.

(d) Buiten de kleine wereld van de professionele psychiaters, heeft de psychotherapie zich nog nauwelijks waar kunnen maken. Dit blijkt o.m. uit de moeizame strijd met de ziekenfondsen inzake de honorering van psychotherapie. Ik meen dat dit primair te wijten is aan de psychotherapeuten zelf, die hun onderlinge ruzies en verkettering vaak uitgestreden hebben voor het forum van de medische en niet-medische wereld. Het niet kunnen overbrengen van onze eigen overtuiging over het nut en de noodzaak van de psychotherapie hangt niet zozeer samen met de wetenschappelijk-methodisch moeilijke zaak van de evaluatie van psychotherapie-resultaten, als wel met de te geringe sociale geïnvolveerdheid van de doorsnee psychiater-psychotherapeut.

(e) De meeste methodes van psychotherapie zijn gericht op patiënten uit de middle- en upper-classes. Slechts enkele lagen van de totale sociale stratificatie kunnen zoals uit talrijke onderzoeken van de laatste jaren gebleken is, profiteren van wat psychotherapie te bieden heeft. *Leighton* vond in het landelijk Nova Scottia (Canada) een opeenhoping van ernstige psychiatrische stoornissen in de onderste bevolkingslagen (50 pct). *Srole* vond in het New Yorkse Manhattan 47 pct ernstig psychisch gestoorde mensen. In Nova Scottia was vrijwel geen psychotherapeutische voorziening voorhanden. In New York uiteraard wel. Daar is zelfs de grootste dichtheid aan psychiaters ter wereld. In New York bleek uit de hogere lagen $\frac{1}{5}$ van de psychisch gestoorde zich van psychotherapeutische hulp te hebben verzekerd, terwijl in de onderste lagen slechts 1 pct bij de psychotherapeut belandde. Een soortgelijk onderzoek in New Haven van *Hollingshead* en *Redlich* bevestigde dat psychotherapeutische behandeling sterk correleerde met een hoge plaats in de sociale rangorde. De oorzaak hiervan ligt niet zozeer in financiële overwegingen, ook niet in een sociaal discriminatorische houding t.o.v. lower class mensen, maar hangt direkt samen met de vaak onoverbrugbare grote sociale afstand tussen therapeut en patiënt.

Een afstand die geaccentueerd wordt door de methodiek van psychotherapie en de grote verschillen in normering, waardering en praktische oplossing van levensproblemen in de diverse sociale lagen. In dit verband heeft Mitscherlich eens opgemerkt, dat wil psychotherapie in deze lagen vat krijgen, een ander waardesysteem en andere spelregels gehanteerd moeten worden, dan thans gebruikelijk zijn.

Sigmund Freud heeft 50 jaar geleden al opgemerkt: 'Wij moeten ons beperken tot de welgestelde bovenlaag van de gemeenschap. Voor brede volkslagen, die zeer zwaar onder neuroses lijden kunnen we momenteel niets doen'. Maar hij is optimistisch: 'Eens zal het sociale geweten ontwaken en zorgen dat ook de armen een zelfde recht op psychische hulp krijgen als ze thans reeds hebben op chirurgische hulp'. En verder: 'Wij zullen dan zeer waarschijnlijk verplicht zijn voor de massale toepassing van onze therapie het zuivere goud van de analyse rijkelijk te legeren met het koper van de directe suggesties'.

Interessant is in dit opzicht een onderzoek van *Ansbacher*. Deze ging de sociale gelaagdheid van de patiënten na, die Freud en Adler bezochten. Bij Freud's patiënten bleek 74 pct tot de bovenlaag te behoren en slechts 3 pct tot de arbeidersbevolking. Daarentegen vertoont het patiëntenmateriaal van Adler 25 pct bovenlaag en 40 pct arbeiders.

5 MOGELIJKHEDEN VOOR DE PSYCHOTHERAPIE IN DE TOEKOMST

Hieronder volgen een aantal willekeurige rangschikkingen, die bedoeld zijn om de discussie op gang te brengen over de plaats van de psychotherapie in de toekomstige psychische gezondheidszorg.

(a) De meest voor de hand liggende oplossing zou zijn het aantal psychotherapeuten zodanig op te voeren, dat meer dan thans mogelijkheden tot psychotherapeutische hulp ontstaan. Men zou dit kunnen doen door het bevorderen van betere opleidingsfaciliteiten, een betere werving, betere arbeidsvoorwaarden, enz. Hoewel deze activiteiten ongetwijfeld belangrijk zijn moet vastgesteld worden, dat hier vrij snel een grens zou zijn bereikt, omdat de eis die nu eenmaal aan de persoonlijkheidsstructuur, aan de motivatie en ambitie van de psychotherapeut gesteld wordt, zeer hoog is, waardoor het aantal geschikte psychotherapeuten bij voorbaat beperkt moet blijven.

(b) Men kan eveneens overwegen het arsenaal psychotherapeuten uit te breiden met een aantal hulp-professies. Hierbij kan gedacht worden aan maatschappelijk werkers e.d., die een speciale case work of counseling training zouden krijgen. Een psychotherapeut zou aldus zijn therapeutische activiteiten via een aantal p.s.w.'s in supervisie kunnen uitbreiden. Dit zelfde geldt voor wijkverpleegsters, personeels-

chefs, jeugdleiders, huisartsen, pastores e.d.. De moeilijkheid is, dat men hier één of andere vorm van psychotherapeutische training van primair niet-psychotherapeutisch werkzame figuren tot ontwikkeling zou moeten brengen en tevens dat men structuren zou moeten kunnen aanbrengen, waardoor een regelmatige supervisie-verhouding mogelijk is.

Misschien dat de hierboven genoemde grote regionale diensten voor psychische gezondheidszorg een dergelijke taak met redelijk succes zouden kunnen aanpakken.

(c) Overal waar de vraag veel groter is dan het aanbod, treedt een of andere vorm van selectie op. Ook bij de indicatiestelling voor psychotherapie zou men een of andere selectie van de cliënten kunnen overwegen, b.v. op grond van hun maatschappelijke relevantie (gezin-arbeid). Dergelijke selectie-procedures kent men b.v. thans bij een indicatie voor nierdialyse-behandeling. Het behoeft geen betoog, dat een dergelijke selectie uiterst moeilijk is en uit zal moeten gaan van een aantal principiële standpunten waarover men het onderling eens moet gaan worden.

(d) Reeds lang wordt vanuit de behoefte aan een grotere sociale effectiviteit van psychotherapie gewerkt aan methodiekwijzigingen: kortere therapieën, groepstherapieën, gezinstherapieën e.d.. Daar ieder van deze therapievormen tot andere resultaten voert, is onderlinge vergelijking en daardoor onderlinge vervanging uiterst moeilijk. Men zou kunnen overwegen, dat psychotherapieën gericht op een sociale readaptatie, die dus een herstel van het functionele evenwicht bedoelen, de voorkeur zouden moeten hebben boven psychotherapieën, die gericht zijn op een intrapsychische reorganisatie zoals de psychoanalyse beoogt. De vraag is of een consequent afschaffen van de wachtlijsten met een snelle directe behandeling op het moment dat psychotherapie gewenst is, op den duur soelaas kan bieden, omdat men in kortere tijd sneller tot resultaten kan komen. In dit verband moet nog gewezen worden op de huidige ontwikkeling van de crisis-interventie methodieken, die een belangrijke aanwinst voor het psychotherapeutisch arsenaal beloven te worden.

Volgens bovenstaande overwegingen zouden langere therapieën meer tot de 'keuken' van de psychotherapie moeten gaan behoren: hier zou het ervaringsmateriaal kunnen worden verzameld met het doel kortere therapieën te kunnen ontwikkelen, die meer effect hebben op de primaire en secundaire preventieve activiteiten van de psychische gezondheidszorg. In deze psychotherapeutische 'laboratoria' zou men kunnen overwegen te selekteren op grond van het belang voor het experiment, voor het leerproces en voor demonstratie-doel-einden.

(e) Als door research verkregen gegevens antwoord zouden kunnen geven op de volgende vragen, zou dit gevolgen hebben voor de plaats

van de psychotherapie in de structuur van de toekomstige gezondheidszorg: heeft behandeling van de gedragsstoornissen of neuroses van kinderen een preventief effect op stoornissen en neuroses van de volwassen leeftijd? Is de behandeling van crisistoestanden, zoals *Lindemann* en *Caplan* dit menen, identiek met de zeer vroege behandeling van psychische stoornissen en neuroses? Positieve beantwoording van deze vragen heeft invloed op het program van de psychotherapeutische voorzieningen. Men zou in het eerste geval meer kinderpsychiaters willen opleiden, in het tweede geval zou meer aandacht besteed moeten worden aan de psychotherapeutische opvang van sleutelfiguren, die in onze samenleving crisistoestanden plegen te behandelen.

(f) Er zijn een aantal nieuwe methodes in de psychische gezondheidszorg in ontwikkeling, waarbij de ervaring en de medewerking van de psychotherapeut onmisbaar zijn. Te denken valt hierbij aan de crisisinterventie, aan het werk van de Balintgroepen en aan voorlichtingsprogramma's in het kader van groepswork of gericht op grotere collectiviteiten via T.V. en radio. Tot op heden is de inbreng van psychotherapeuten op dit gebied vrij gering.

(g) Naar mijn overtuiging is de belangrijkste mogelijkheid voor een toekomstige integratie van de psychotherapie binnen het grotere geheel van de ambulante psychische gezondheidszorg de opname ervan in een regionaal instituut voor de geestelijke gezondheidszorg. Het huidige isolement van hen die psychotherapie bedrijven zou daarmee doorbroken worden, waardoor een reeks nieuwe mogelijkheden ontstaan. Men kan in dit verband denken aan de plaats, die de psychotherapie in een aantal moderne psychiatrische ziekenhuizen heeft ingenomen. Daar bestaat naast een grote reeks andere therapeutische mogelijkheden ook die van de psychotherapie, waarbij men per geval nagaat welke therapeutische methodieken men wil kiezen.

Ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg zou dit vele voordelen bieden, zoals het aanwezig zijn van meer hulpkrachten in een grotere regionale voorziening, de mogelijkheid tot verdergaande research arbeid, de mogelijkheid tot alternerende therapeutische indicaties en de grotere betrokkenheid bij de geestelijke gezondheid in de betreffende streek.

Deze punten kunnen nog met ettelijke andere aangevuld worden, maar zijn slechts bedoeld als bijdrage voor de thans bestaande discussie. De plaats van de psychotherapie in de toekomstige ontwikkeling van de voorzieningen voor de psychische gezondheidszorg hangt van talrijke factoren af. Zoals ter sprake kwam heeft de psychotherapie in de toekomst vele mogelijkheden. De mate van sociaal geëngageerd zijn van de psychotherapeuten zal in de toekomst mede de plaats van de psychotherapie gaan bepalen. Het is de visie op en de zorg voor de volksgezondheid in samenhang met onze snel veranderende

sociale en culturele verschuivingen, die in concreto de psychotherapievoorzieningen zal uitwerken.

SUMMARY

Mental health and psychotherapy. In this paper some modern conceptual trends in mental health care (population centredness, preventive attitude, etc.) are discussed. Available data suggest that the amount and impact of mental ill-health are much larger than mental health-professionals are aware of. If psychotherapy — as one of the best means a community has to offer its mentally disturbed members — really wants to contribute something to the mental health of that community, it will have to alter its methods, training, organisation and socio-cultural relatedness. Some suggestions are made to integrate psychotherapy-services in a community mental health centre.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Ansbacher, H. L. 'The significance of the socio-economic status of the patients of Freud and of Adler', *Am. J. Psychother.* 13: 376, 1959.
- Bowlby, J. *Maternal care and mental health*, W. H. O. Publ. Genève 1952.
- Caplan, G. *Principles of preventive psychiatry*, New York 1964.
- Cooper, B. 'Psychiatric disorder in hospital and general practice', *Soc. Psychiatry* 4: 1.5.1969.
- Durkheim, E. *Suicide: a study in sociology* (vert.) Glencoe 1951.
- Faris R. E. L. en N. W. Dunham *Mental disorders in urban areas*, Chicago 1939.
- Hollingshead A. B. en F. C. Redlich *Social class and mental illness*, New York 1958.
- Langner Th. en S. Michael *Life stress and mental health*, New York 1963.
- Leighton, A. H. *My name is legion* (Stirling County Study) New York 1959.
- Leighton, A. H. en D. *Mental Illness among the Yoruba*, New York 1966.
- Lindemann, E. 'Symptomatology and management of acute grief', *Am. J. Psychiat.* 101:141:1944.
- Oliemans, A. P. *Morbiditeit in de huisartsenpraktijk*, Diss. Leiden 1969.
- Rennie Th. en L. Srole *Mental health in the metropolis*, New York 1962.
- Zweens—Wiersema A. C. *Huisarts en Geestelijke gezondheid*, Diss. Meppel 1968.