

PSYCHIATRIE IN DE U.S.A.

Verslag van een groepsstudiereis*

Onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, op uitnodiging van de American Psychiatric Association, werd van 30 april tot 15 mei 1969 een studiereis naar de U.S.A. gemaakt door een groep van 35 psychiaters, waarvan 10 vergezeld waren van hun echtgenotes. De belangrijkste gebeurtenis, die centraal op het programma stond, was de deelneming aan het 122e congres van de A.P.A. ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan van deze vereniging. Aan dit lustrumcongres werd medegewerkt door een tiental Nederlanders die over uiteenlopende onderwerpen een voordracht hielden. Het werd gehouden in het subtropische klimaat van Miami, dat van de groepsleden wel enige adaptatie vereiste. Uit het vele, dat bij de opening van het congres gezegd werd, is ons vooral bijgebleven het appel van de president van de A.P.A., Dr. L. C. Kolb, in zijn 'Call to Order' deed op de psychiaters, niet alleen op de duizenden, die hem aanhoorden, maar op allen. 'Enerzijds hebben wij', zo zei hij, 'de enorme materiële en technische vooruitgang, die de afstanden korter maakt en de communicatie verbetert, anderzijds hebben wij nog steeds het isolement van de geestesgestoorde. Nog te weinig psychiaters zijn betrokken bij de research en bij de preventie van psychiatrische ziekten. De psychiater zal een steeds grotere rol in sociale problemen moeten gaan spelen. De psychiatrie van de sociale onrust, van de criminele activiteiten, vooral waar het kinderen betreft, zal onze belangstelling dienen te hebben. De psychiater moet mede helpen in de strijd tegen de dehumanisering van de samenleving en zich inzetten voor het behoud van de individuele aspecten van het menszijn'.

De secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Dr. N. W. de Smit, sprak ter 'Opening of Joint Session' een geestig, grote bijval en respect oogstend woord. Op het congres kon een keuze gemaakt worden uit 250 voordrachten, 20 Evening Panels en 30 Breakfast Seminars (van 7.30 tot 8.45 uur), alsmede uit een aantal filmvoorstellingen. Bovendien kon een belangwekkende tentoonstelling worden bezocht, waar niet alleen farmaceutische en andere industrieën hun medicamenten en instrumenten aan de man trachten te brengen, maar waar ook artsen en geneeskundige instellingen hun behandelingsmethoden aanprezen. Over het congres zou nog veel te vertellen zijn: over de magistrale organisatie ervan, over de talrijke ontmoetingen en gesprekken met psychiaters uit allerlei delen van de Verenigde Staten (waaronder verschillende geëmigreerde Nederlanders), over de protestactie van studenten bij de opening van het congres, over het interessante concert dat ons werd aangeboden in het kader van de 'Arts and Humanities Section' van de Annual Meeting en dat tot onderwerp had 'The development of music in contemporary America from its root sources'. Referenties van enkele voordrachten treft men verspreid over dit verslag aan. Terwille van de overzichtelijkheid leek het ons beter het verslag op te bouwen geordend naar onderwerpen, dan door het reisprogramma in zijn chronologische rangschikking te volgen. Ordening naar onderwerpen en chronologische rangschikking ontmoeten elkaar evenwel in de

American Psychiatric Association

Ons eerste bezoek na aankomst gold het hoofdkantoor van de A.P.A., gevestigd in een fraaie villa op 1700 18th Street, Washington D.C. De medical director van

* Dit verslag is een bundeling van gegevens uit de reisverslagen van Dr. C. Buis, Dr. Th. B. Kraft en Dr. J. A. de Wilde. Eerstgenoemde is verantwoordelijk voor de redactie van deze bundeling.

deze organisatie, Walter E. Barton M.D., gaf ons een uiteenzetting over de geschiedenis, de taken en de activiteiten van de APA, waarna wij gelegenheid kregen het gebouw alsmede het ernaast gelegen museum en de bibliotheek te bezichtigen. De bibliotheek bevat ongeveer 10.000 boeken over psychiatrie, waaronder $\pm$ 2000 gesigneerde exemplaren van boeken die door leden van de APA geschreven werden. De bibliothecarissen zijn de leden van de APA behulpzaam bij literatuurstudies, leveren fotocopieën van benodigde publicaties enz. In het museum vindt men tal van interessante herinneringen aan Adolf Meyer (1866—1950) en andere coryfeeën van de Amerikaanse psychiatrie, alsmede een soort permanente tentoonstelling betreffende de geschiedenis der psychiatrie, ingedeeld in het

tijdperk van het optimisme (1818—1848)

tijdperk van de institutionalisering (1848—1878)

tijdperk van het pessimisme (1878—1908)

tijdperk van de nieuwe ontdekkingen (1908—1938)

tijdperk van het nieuwe optimisme? (1938—1968)

Alleen reeds om deze intrigerende indeling de moeite waard om te zien!

De APA werd opgericht in 1844 door 13 gestichtsdirecteuren onder de naam *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*. In 1892 werd de naam veranderd in *American Medico-Psychological Association* en in 1921 ontstond de tegenwoordige naam: *American Psychiatric Association*. In het vignet van de APA is een afbeelding opgenomen van Benjamin Rush (1745—1813), die geëerd wordt als de grondvester van de Amerikaanse psychiatrie. Hij was in 1776 een van de ondertekenaars van de Declaration of Independence en was tevens de schrijver van de eerste verhandeling over psychiatrie in de Verenigde Staten.

De A.P.A. is een machige organisatie die onze grote bewondering verdient. Van de ongeveer 19.000 psychiaters en assistenten in opleiding voor psychiatrie zijn ongeveer 15.000 (dat is 80%) aangesloten.

15% der leden is *associate member*; dit zijn assistenten met tenminste 1 jaar opleiding in de psychiatrie in een erkend opleidingsinstituut en die gunstig beoordeeld zijn voor wat betreft hun capaciteiten.

50% is *general member*. Dit zijn opgeleide psychiaters, die blijk gegeven hebben van voldoende bekwaamheid in de psychiatrie.

25% is *fellow*. Algemene leden die blijk gegeven hebben gedurende een periode van tenminste zeven jaar van een constructieve invloed in de APA en in hun werk, kunnen in aanmerking komen voor de status van fellow. De vaardigheid in klinisch werk, organisatorisch beleid, onderwijs en research worden zeer zorgvuldig nagegaan alvorens het fellowship wordt verleend.

Er zijn dan nog Life Members en Life Fellows, die 30 jaar of langer lid zijn en geen contributie meer behoeven te betalen; Inactive Members or Fellows, die door ziekte of anderszins niet in staat zijn hun contributie te betalen; Distinguished Fellows, die uitzonderlijk belangrijke bijdragen tot de ontwikkeling der psychiatrie hebben geleverd en Honorary Fellows, die geen arts zijn maar bijdragen hebben geleverd tot de bevordering der geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie.

De APA dient niet alleen de belangen van de leden, maar draagt ook veel bij tot de ontwikkeling van het wetenschappelijk werk. Elk jaar wordt een 'Annual Meeting' gehouden in de maand mei, tot bijwoning waarvan dus dit jaar onze Nederlandse groep was uitgenodigd.

Aan de inhoud en methodiek van de psychiatrische opleiding wordt veel bijgedragen. In de artsenopleiding aan de meeste medical schools wordt thans door toedoen van de A.P.A. de psychiatrie als examenvak gedoceerd. (In ons land geschiedt dat al ongeveer 70 jaar, maar in Engeland en Amerika kwam dit pas na de Tweede Wereldoorlog aan de orde).

Een enkele opmerking over de organisatie van het onderwijs in de Verenigde Staten is hier op zijn plaats om hetgeen nog volgt in het juiste verband te zien. Er bestaat leerplicht tot 16 jaar. Na de lagere school volgt praktisch iedereen een highschool en ongeveer 70% van de 17-jarigen behaalt een highschool-diploma. Na de highschool (waarvan er in de Verenigde Staten ongeveer 25.000 zijn) gaat degene, die medicijnen wil studeren naar een 'college'. Voor de oorlog kon dat waar men wilde, maar thans moet men aan allerlei criteria voldoen om op een van de 20 voornaamste colleges te worden toegelaten. Dit hangt af van de highschool die men bezocht heeft, de rangorde in de klas, de cijfers van een vergelijkend examen, enz. Er zijn ruim 1600 colleges in de Verenigde Staten, die ten dele zelfstandig zijn, ten dele verbonden met universiteiten.

De medische opleiding valt thans uiteen in een *premedical school*, die 3 à 4 jaar duurt en waar Engels, natuurkunde, biologie en chemie onderwezen worden. De student haalt aan het eind van deze periode zijn 'bachelors degree' en is dan ongeveer 21 jaar oud. Daarna volgt hij de *medical school*, die een numerus fixus kent en ongeveer 100 studenten per school per jaar toelaat. De selectie is vaak zeer streng. Voor Harvard University Medical School bijvoorbeeld vindt een selectie plaats waarbij de kandidaat een interview van een half uur met twee hoogleraren heeft te ondergaan; zijn schoolprestaties, de aanbevelingen van sportorganisaties en de inlichtingen van vakantiewerkgevers worden in de beoordeling betrokken en een medical school admission test wordt afgenomen. Wie toegelaten wordt, moet daarna vier jaar lang zeer intensief leren met korte vakantieperiodes en zwaar beladen studieprogramma's en als hij op 25- of 26-jarige leeftijd de school verlaat, is hij medical doctor (M.D.).

Daarna volgt naar keuze een *rotating* of een *straight internship*, het laatste in één specialisme, het eerste in interne, chirurgie, gynaecologie en verloskunde, kindergeneeskunde en de kleine specialismen tegelijk. Na het internship kan men de algemene praktijk in of via een assistentschap in opleiding voor een specialisme gaan. Voor de algemene praktijk bestaat weinig belangstelling.

Door het selectiesysteem ontstaan enorme kwalitatieve verschillen in de medische voorzieningen tussen de ziekenhuizen onderling. De hoogst gekwalificeerde ziekenhuizen zuigen de (naar Amerikaanse maatstaven) allerbesten uit de gehele wereld aan; de minder hoog aangeschreven ziekenhuizen moeten zich tevreden stellen met wat overblijft.

De specialisatie in de psychiatrie duurt officieel vijf jaar, maar kan meestal wel wat worden ingekort. Ook een stage in de neurologie, zij het van slechts zes weken duur, behoort tot het opleidingsprogramma. Wie na die periode slaagt voor het specialistenexamen gaat meestal in de particuliere praktijk of zoekt zich een plaats bij een researchinstituut of een opleidingscentrum. Daardoor ziet men enorme plaatselijke ophopingen van psychiaters naast gebieden zo groot als Frankrijk of Engeland waarin vrijwel geen enkele psychiater voorkomt. Ziet men als buitenlander naar de research- en onderwijscentra dan moet men met enige moeite gevoelens van jaloezie onderdrukken over zoveel armslag en mogelijkheden. Komt men echter op het spoor van de laatstgenoemde gebieden dan gaat men neigen tot een actie voor ontwikkelingshulp (bijv. in Delaware en Rhode Island).

Anders dan in ons land, waar reeds in 1841 het staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten wettelijk werd geregeld, is in Amerika iedere ondernemer vrij een psychiatrisch instituut te beginnen. Er zijn dan ook talloze particuliere inrichtingen, die soms op non-profit-basis werken en soms commercieel gedreven worden. Vroeger oefende de A.P.A. de 'inspectie' uit over de 'private mental hospitals'. Deze taak werd overgenomen door de 'Joint Commission on Accreditation of Hospitals'. 'The process of achieving Accreditation' is een boekje waarin 65 'key points' staan waaraan een particulier psychiatrisch ziekenhuis, dat zichzelf en zijn patiënten respecteert, moet voldoen.

Collega Burton vertelde ons iets over de wijze, waarop getracht wordt het tekort aan psychiaters te verminderen. Er wordt van uitgegaan, dat gemiddeld een 10% van de studenten van die medical schools waar psychiatrie gedoceerd wordt, zich in deze richting gaat specialiseren. Blijft het aantal onder die 10%, dan analyseert een 'manpower' commissie van de A.P.A. de omstandigheden op die school om achter de oorzaken van dit achterblijven te komen: hoeveel collegegeld wordt er aan de psychiatrie besteed? begint men er reeds mede in het eerste studiejaar als de student het meest ontvankelijk is voor al het nieuwe dat hij leert? enz. enz. zijn enkele van de vragen die dan gesteld worden.

Vermeldenswaard is ook de manier waarop de A.P.A. behulpzaam is bij de opvoering van de deskundigheid van onze collegae in de U.S.A. Op basis van vrijwilligheid kan een psychiater zich laten testen op zijn huidige bekwaamheid in het werk. In deze 'Programmed Testing for Self-Assesment of Clinical Competence in Psychiatry' legt de psychiater zich een door de A.P.A. opgestelde vragenlijst voor. Uit het gehalte van de antwoorden wordt afgeleid op welk gebied van de psychiatrie de psychiater zich enige nascholing dient te verschaffen om weer 'competent' te zijn.

De A.P.A. neemt niet alleen maatregelen ter verbetering van de 'state-hospitals', waar het opbergsysteem nog overheerst, maar bevordert ook alle methoden om opnemng in deze inrichtingen onnodig te maken.

Dit maakt begrijpelijk dat de A.P.A. het tot stand komen van psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (in samenwerking met de American Hospital Association) bevordert. Van de duizenden ziekenhuizen in de Verenigde Staten hebben nu ongeveer 500 een psychiatrische afdeling met tenminste tien bedden. Er bestaat een neiging tot stijging van dit aantal.

Een aparte reden om het tot stand komen van zulke afdelingen te bevorderen is, dat meer dan 50% van de Amerikaanse psychiaters voor zichzelf werkt en dat niet — als in ons land — als zenuwarts met een belangrijke neurologische praktijk, doch als psychiater zonder meer. 10% is analyticus. Slechts een kleine minderheid werkt in mental hospitals. Door psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen te openen, wordt de inzet van de vrij gevestigde psychiaters voor de institutionele hulpverlening bevorderd; een betere bezigheid dan het populaire geld verdienen met de bestrijding van wat in de States wel genoemd wordt het 'Yavis-syndroom': het in psychotherapie nemen van vrouwelijke patiënten die Young, Attractive, Verbally fluent, Intelligent and Successfull zijn en dezelfde sociale achtergrond en aspiraties hebben als de therapeut.

Een voorbeeld van de inzet van vrij gevestigde psychiaters zag een onzer in Philadelphia in de week die hij na de officiële reis in de U.S.A. verbleef. In het psychiatrische 'Institute of the Pennsylvania Hospital', dat 250 bedden telt, kunnen in totaal 125 psychiaters uit Philadelphia hun patiënten behandelen. Aan dit open ziekenhuis is tevens nog een staf verbonden, terwijl er 25 assistenten in opleiding zijn.

Een andere manier om de nood te lenigen zoekt de A.P.A. in de bevordering van de geheel nieuwe benadering van de geesteszieke in het zogenaamde *Community mental health Center model*, de sociaal-psychiatrische tegenhanger van wat zich in ons land ontwikkelt als het zogenaamde psychiatrisch centrum. In 1955 nam de A.P.A. het initiatief tot de oprichting van een *Joint Commission on Mental Illness and Health*, welke een rapport opstelde, waaruit de community-psychiatry-beweging voortkwam, die tot het oprichten van genoemde centra stimuleert.

De Research

De stimulering van de research en de subsidiëring ervan gaat uit van het 'National Institute of Health' in Washington. Het omvat vele en imposante gebouwen. Een

paar jaar geleden werd 'The National Institute of Mental Health' afgesplitst. De research gebeurt nog wel in het oorspronkelijke Institute of Health, maar de administratie is reeds elders gevestigd. Het instituut gaat uit van het U.S. Department of Health, Education and Welfare. De financiering van het werk is mede afhankelijk van de politieke constellatie in den lande. Kort voor wij kwamen was op de financiële middelen besnoeid, zodat de sfeer wat gedrukt was. Van de \$ 400.000.000 waarover het instituut het vorig jaar kon beschikken kwam \$ 360.000.000 uit belastinggelden, de rest uit particuliere bronnen. Het grootste deel van dit bedrag wordt uitgegeven ter ondersteuning van researchprojecten elders. Als een universiteit of ander researchcentrum een onderzoek wil gaan instellen en geld daartoe behoeft, dient zij een aanvraag in. Het onderzoek wordt beoordeeld op zijn prioriteit, zijn opzet, etc. Het instituut oefent geen supervisie uit; zij treedt slechts subsidiërend en adviserend op en controleert het verloop van het onderzoek aan de hand van 'Annual progress reports'.

In 1947 is het National Institute of Mental Health met dit werk begonnen. Het bestrijkt de gehele U.S.A. De start begon met 10 man, nu werken er 2510 mensen. Een der directeuren, collega J. Everhard, en een aantal medewerkers vertelden ons uitvoerig over de onderzoekingen die in de laboratoria van het instituut zelf worden verricht en over het werk dat gestimuleerd wordt, onder te verdelen in:

- 1 research op velerlei gebied;
- 2 'Advices to standards of training programs' voor psychiaters, psychologen, p.s.w.'s enz., volgens richtlijnen van de A.P.A.;
- 3 'Social programs' ter bestrijding van alcoholisme en andere verslavingsziekten, van sexuele en agressieve misdragingen, e.a. stoornissen voor zover deze een maatschappelijk probleem vormen.

Aan het instituut is een ziekenhuis verbonden. De patiënten worden aan velerlei onderzoekingen onderworpen, zoals op noradrenaline, serotonine, dopamine, lithium. Naast de psychiatrische afdeling is een afdeling waar controle-personen zijn ondergebracht, die zich hier vrijwillig drie maanden aan proeven onderwerpen, o.a. zijn dit principiële dienstweigeraars.

Aan de 'division of extra-mural research' zijn medewerkers van verschillende disciplines verbonden. Enkele punten in het programma zijn: social problems, behavior science, epidemiology, suicide, urban problems, crime and delinquency. De 'division of drug abuses' functioneert sinds $\pm$ 10 jaar. Het probleem van de verslaving is zorgwekkend: naar schatting roken 15.000.000 mensen in de U.S.A. marihuana. L.S.D. heeft zich de laatste vier jaar snel verbreid. Heroïne is nu ook doorgedrongen tot de middenstand en de hogere klassen. Onderzoek wordt verricht naar de preventie, terwijl op de gevaren gewezen wordt middels film, radio, televisie en folders. In het instituut durfde men, in antwoord op een desbetreffende vraag, geen uitspraak te doen over wat gevaarlijker is: alcoholverslaving of het gebruik van marihuana. Van marihuana gaat men over op andere drugs, wat in de hand wordt gewerkt, doordat de zwarte handelaars marihuana vermengden met heroïne, dat in tegenstelling tot marihuana abstinetieverschijnselen geeft.

Een ander researchcentrum dat wij bezochten was het *New York State Psychiatric Institute* te New York (directeur Dr. L. C. Kolb), tevens psychiatrische afdeling van de Columbia University. Het is een gebouw van 15 verdiepingen, met 150 bedden.

Het inschakelen van computers in de research had hier het 'personal interview' vervangen door een 'structured interview approach', wat ons, Nederlanders, een verarming toescheen. Op het congres in Miami waren talrijke mededelingen over het gebruik van computers en ook op de tentoonstelling was hierover veel informatie te verkrijgen. Men krijgt niet de indruk, dat men daar in de laatste drie jaar erg veel verder mee gekomen is. Veel strouwurenthousiasme van het eerste uur is inmiddels uitgebrand. Er beginnen zich nu wel enkele mogelijkheden af te

tekenen, maar slechts op beperkte schaal. Zoals begrijpelijk liggen de ver-
diensten van de computer niet op het gebied van de persoonlijke bejegening van
de zieke, maar meer op het administratieve gebied van massale patiëntengegevens-
verwerking, zoals die in ons land ook reeds plaatsvinden.

De 'medical sociology' wordt in dit research instituut naarstig bestudeerd. Naar
ons verteld werd omvat dit gebied:

- 1 'social etiologies' van psychiatrische ziekten;
- 2 'sociology of the community family care';
- 3 'sociology of patient logistics';
- 4 'sociology of treatment services'.

De symptoomvorming in een bepaalde populatie van het verzorgingsgebied,
suicidefrequentie en -preventie, hoe patiënten veranderen als zij in pleeggezinnen
met andere sociaal-economische omstandigheden komen, zijn enkele van de onder-
werpen, waarvan de bestudering de wetenschappelijke basis van het sociaal-
psychiatrisch handelen kan verstevigen.

Het chromosomenonderzoek en het onderzoek van het effect van lithium op de-
pressieve patiënten (met dieetcontrole en gedragsbeschrijving tot in kleine details)
hebben eveneens de belangstelling van de staf van dit instituut. Het enthousiasme
waarmede men ons alles liet zien en erover vertelde verried hun interesse in
deze onderwerpen. Onder de uiteenzettingen en demonstraties die een vijftal
medewerkers over hun werk gaven was evenwel één onderwerp dat meer onze
verbazing, dat zoets in dit land nog mogelijk was, dan onze bewondering wekte.
Dr. S. Abdullah vertelde ons over 'The challenge of communication with the
deaf patient'. We hoorden, dat in het welvarende New York met ongeveer 15.000
doofstommen de dove kinderen meestal niet of nauwelijks de school bezoeken en
niet leren spreken of lippen. Sommigen leren een vinger- of handalfabet. Daar-
door zijn de doven in de Verenigde Staten (buiten New York is het niet anders!)
zeer geïsoleerd met alle consequenties van dien voor hun psychische en sociale
aanpassing.

Het 'New York State Department of Mental Hygiene' riep enige jaren geleden de
'New York Mental Services for the Deaf' in het leven, die de problemen pro-
beren aan te pakken. Deze organisatie heeft een afdeling met 30 bedden in het
Rockland State Hospital en een polikliniek in het Psychiatric Institute om de
doofstommen, die in psychiatrische zin vastlopen, te behandelen.

Dr. Abdullah gaf een demonstratie van een gesprek met een dove vrouw van
een jaar of 40 in vingertaal. Er worden onder meer in deze taal groepstherapieën
met groepen van doven gedaan.

Sociologische problematiek

De 'medical sociology' heeft in de U.S.A. met zijn diversiteit van sociale groeperin-
gen en cultuurpatronen, wellicht een nog belangrijker taak te vervullen dan in
Nederland. Hoe groot de problemen zijn op dit gebied kwam in een aantal
lezingen op het congres naar voren. Een der lezingen had tot onderwerp *de*
rassenhaat van de blanke tegenover de zwarte. Volgens spreker, een neger, was dit
een erfenis van de houding van de Europeaan, eeuwen geleden reeds, tegenover
de Afrikaan. In Amerika werd deze houding slechts anders gemotiveerd. Omdat
men de negers nodig had als slaven, 'bewees' men, dat negers geen waardigheid
hadden en minder waren dan menselijke wezens. Zij waren door de blanken uit
de Afrikaanse jungle gered en moesten in dienstbaarheid worden opgevoed. De
blanken in Amerika behielden het steunende contact met hun moederland, de
Afrikanen waren ervan afgesneden. (Hoeveel waarde door de blanken aan dit
contact werd gehecht, blijkt wel uit de aankoop door Rothschild van een Franse
abdij, de 'Cloisters', en overbrenging ervan naar New York). Bij de negers, die
aan traumatiserende sociale omstandigheden blootstonden, en nog staan, ont-

wikkelden zich psychologische trekken, die voor de blanke een 'bewijs' waren van de laagheid in de neger. Generatie na generatie is ernstige psychologische en sociale schade toegebracht aan de negers en nu wordt van hen verwacht, dat zij in korte tijd de gevolgen hiervan teniet zullen doen.

In een andere lezing, eveneens door een neger voor overwegend negers gehouden, werd een der mythen, die de blanke over de zwarte verspreidt, bestreden: de status van de neger zou niet te verbeteren zijn door de matriarchale structuur van zijn gezinsleven. Het zwarte kind, bijvoorbeeld, zou tengevolge van deze structuur minder goed kunnen leren op school. De structuur van het gezin van de blanke is echter in feite matriarchaal door de afwezigheid van de vader overdag, die bovendien op gelijke voet staat met zijn vrouw.

De *transculturele psychiatrie* bestudeert o.a. de levenswijze van de indianen. De stam, waaraan een lezing gewijd was, was die der Tarahumara indianen, levend in de Sierra Madre, een woest hoogland. Bij deze indianen kwamen geen psychiatrische ziektebeelden voor en geen ernstige karakterstoornissen. Vóór het zesde levensjaar sterft 80% van de kinderen, er is dus wel een 'survival of the fittest' selectie. De waarde van het kind wordt als gevolg hiervan hoog aangeslagen en de bindingen tussen ouders en kinderen zijn doorgaans zodanig, dat indien zij bij blanken voorkwamen, men er een bron van latere moeilijkheden voor het kind in zou zien. Zouden deze indianen psychotherapie behoeven, dan zou hun opvatting van de droom, waarin de ziel wandelt, de techniek van de psychotherapie beïnvloeden.

Waar grote verschillen bestaan tussen *stad en platteland*, ontstaan weer andere sociologische problemen. Hierover werd verteld in een lezing over depressies onder de plattelandsjeugd. Aan de wortel van deze depressies, die helaas maar al te goed reageren op alcohol en marihuana, liggen de hogere eisen die heden ten dage aan de Amerikaanse jeugd gesteld worden. Als iemand nu de high-school zonder diploma verlaat is hij niets, terwijl het hem vroeger altijd nog wel gelukte ergens onder dak te komen. De behandeling is voornamelijk medicamenteus, volgens het kookboek, zoals de term luidde. Gezinsbehandeling zou hier aangewezen zijn, maar is niet mogelijk door de grote afstand waarop deze gezinnen doorgaans van de stad af wonen. De stad en het gezin liggen ver uit elkaar ook wat de levensstijl betreft en dit verschil te overbruggen en bovendien nog te studeren gelukt vele jongeren niet.

Voor de *suicide preventie* bestaat in de U.S.A. veel belangstelling sinds de impuls daartoe enige jaren geleden uit Europa overwaaid. Allerwegen worden 'Suicide prevention services' opgericht. Een kritisch geluid liet John Hitchcock (Pittsburgh) daarover horen in zijn voordracht 'The Suicide Prevention Service — Who is served?' Hij betoogde, dat het allerminst waarschijnlijk is, dat degenen die werkelijk suïcidaal zijn van deze diensten gebruik maken. Met onze huidige stand van kennis moet, aldus zijn betoog, een rationelere benadering van het suïcidevraagstuk kunnen worden gevonden, waarbij een bredere opzet noodzakelijk is. Dit tendert naar het crisiscentrum waarover De Smit een 'paper' las.

Over het *marihuana-gebruik* als sociologisch probleem is al veel gezegd. Toch is het misschien nog wel aardig een voordracht te refereren, die tot onderwerp had het onder experimentele omstandigheden gebruiken van marihuana en het effect daarvan op waarneming en begripsvorming bij chronische gebruikers. Wat waargenomen werd was, o.a., een versterking van de sensorische perceptie, een overschatting van het tijdsverloop (bij alcoholisten heeft een onderschatting plaats), een verandering van het ruimtelijk beleven en van het lichaamsschema en een vermindering van de aandachtsconcentratie. Het E.E.G. liet een toeneming van lage voltages en een geringe vermindering van alpha-activiteiten zien.

Het vraagstuk van de *abortus artificialis* is in Amerika al even actueel als in Europa. De wetgeving op dit punt is van staat tot staat verschillend en de mate van 'liberalisatie' van deze wetten loopt plaatselijk ook nogal uiteen. Opheffing

van de bestaande wetten en invoering van nieuwe gaat niet erg vlot.

L. Marder vertelde onder de titel 'Psychiatric Experience with a 'liberal' Therapeutic Abortion Law', dat in Californië het Therapeutic Abortion Committee tot november 1967 gemiddeld tweemaal per jaar de indicatie voor een legale abortus aanwezig achtte en dat er nu onder de nieuwe wet minstens vier vrouwen per week voor zwangerschaps-beëindiging worden toegelaten. Dit schept weer allereerste nieuwe problemen. Andere sprekers haalden statistieken aan, waaruit bleek dat in de Verenigde Staten en Zweden 24% van de vrouwen bij wie een aanvraag voor abortus werd afgewezen psychische stoornissen vertonen in een 7- tot 11-jarige follow-up, tegenover 0 tot 2% van de vrouwen waarbij een therapeutische abortus wel werd uitgevoerd.

Het samenwerkingsverband van intra- en extramurale voorzieningen

Wat op het congres een Amerikaan zei: 'At the present time, we have a diversity of health systems which confuse the consumer and make continuity of care almost impossible' zou met het volste recht in Nederland door een Nederlander in het Nederlands gezegd kunnen zijn. Maar in beide landen streeft men ernaar hierin verbetering aan te brengen. Over 'continuity of care' werd op het congres veel gesproken, maar ook werden ons voorbeelden getoond waarin dit ideaal vrij dicht is benaderd en waarin een flexibel geheel van voorzieningen is opgebouwd, zodat een patiënt daar geplaatst kan worden waar hij behoort te zijn.

Onder 'Patterns of care and outcome' werd een dergelijk voorbeeld beschreven. De psychiatrische afdeling van het *Roosevelt ziekenhuis in New York* heeft $\pm$ 40 bedden voor een dag en nacht behandeling van patiënten; daarnaast een unit voor gedeeltelijke hospitalisering, een polikliniek, mobiele behandelings teams en een 'emergency unit'. Deze diensten werken alle nauw samen en patiënten kunnen vlot van de ene dienst naar de andere overgaan. Een patiënt wordt, bijvoorbeeld, eerst thuis gezien door het mobiele behandelings team, dan een paar dagen opgenomen, daarop overgeplaatst naar het dagziekenhuis om vervolgens ontslagen te worden met nazorg van het mobiele team. De resultaten waren kortere opnemingsduur en minder verwijzingen (na de door het ziekenfonds toegestane 90 dagen) naar een state-hospital.

In het *'Mount Sinai Hospital'*, dat wij in New York bezochten, wordt dit flexibele systeem van doorschuiving en overplaatsing eveneens nagestreefd en ook verwirklijkt. Dit 'private voluntary mental hospital' met zijn 130 bedden is verbonden aan een algemeen ziekenhuis van 1560 bedden. Het heeft een day-centre, een night-centre en een in- en outpatient service. Elke psychiater heeft een afdeling met $\pm$ 25 patiënten, waaronder enkele 'adolescenten' van 14 tot 17 jaar. Er is ook een kinderafdeling met een eigen school, waar onderwijs gegeven wordt door onderwijzers uit de stad, die erin getraind worden om tezamen met de psychiaters het gedrag van het gestoorde kind in de school te observeren.

Voor zwakzinnige kinderen is in deze opzet geen plaats. De zorg voor deze categorie is eerst na de stoot die president Kennedy eraan gegeven heeft van de grond gekomen. Voordien werden zij, indien hun gedrag te storend was, opgeborgen in de state-hospitals. Overal verrijzen nu instituten voor zwakzinnigen.

De patiënten lopen overdag rond in nachtkleding, om hen het idee te geven, dat zij patiënten zijn als in een algemeen ziekenhuis (en om het weglopen wat moeilijker te maken). Voor alle afdelingen tezamen is er één ruimte voor arbeidstherapie, maar elke afdeling heeft zijn eigen arbeidstherapeut en creatieve therapeut. Omdat elke groep op zijn beurt gebruik maakt van de zaal voor arbeidstherapie, kan deze vorm van therapie niet druk beoefend worden. Anders zou het staan met de psychotherapie. Met iedere patiënt wordt dagelijks een half of een heel uur gesproken. Daarnaast zijn er 'continual verbal interchanges' niet

alleen met patiënten, maar ook tussen de stafleden onderling. De psychotherapie is een psycho-analytisch georiënteerde. De 90 dagen die het ziekenfonds toestaat zijn te kort voor een orthodoxe analyse. Ongeveer een 10% van de patiënten krijgt bovendien nog een E.S.-behandeling. De staf omvat drie full-time psychiaters, 30 half-time en 20 part-time. Daarnaast zijn er 39 artsen in opleiding voor psychiater. Verder behoren tot de staf: 14 psychologen, 100 verpleegsters, 14 sociaal werksters, acht occupational-therapists en tien recreation-workers. Medische sociologen treft men ook hier aan. De verpleegprijs is 117 dollar per dag.

Hier worden de adolescenten dus tussen de volwassenen verpleegd. Anders doet men het in het '*St. Vincent Hospital*', eveneens in New York gelegen. Dit particuliere ziekenhuis telt 750 bedden, waarvan de psychiatrische afdeling er 96 heeft. Sinds drie jaar worden op een aparte unit ook adolescenten opgenomen. Zij komen meestal in een acute fase, na een suicide poging, etc. Omdat aanpassingsproblemen veelal op de voorgrond staan, moet de behandeling verschillen van die van de oudere patiënten. De staf onderhoudt het contact met de familie om de patiënten te helpen buiten de kliniek te functioneren. Statistisch onderzoek heeft aangetoond, dat de resultaten hetzelfde zijn, of de adolescenten tussen ouderen of op een eigen afdeling verpleegd worden. Desondanks geeft men in het *St. Vincent Hospital* de voorkeur aan een eigen afdeling i.v.m. het eigensoortige behandelingsschema en de noodzakelijk grotere bezetting met verpleegsters. Er zijn relatief meer verpleegsters nodig voor adolescenten, omdat het de meer 'acting-out' patiënten betreft. Vanuit de kliniek bezoeken ze hun scholen. In het bijzonder voor deze categorie is de termijn van 90 dagen te kort. Het gezin is binnen deze tijd niet aangepast aan de problematiek van de patiënt.

De vier units die de psychiatrische afdeling vormen hebben elk een staf van twee senior-psychiatrists, twee junior-dito, drie sociale werksters, een psycholoog met assistent, een recreational-therapist en de nodige verpleegsters. Mannelijke en vrouwelijke patiënten worden op twee units door elkaar verpleegd. Het aantal opnemingen per jaar is ± 700 . De gemiddelde verpleegduur is 45 dagen. Bij overschrijding van de 90 dagen gaat een ziekenfondspatiënt naar een state-hospital, wat in veel gevallen nog tot een spoedige 'genezing' leidt. 95% van de patiënten hebben deze overplaatsing echter niet van node. Over de diagnoses waaronder de patiënten werden opgenomen was het moeilijk iets te weten te komen. Er werd gesproken over 60% schizofrenen (?) en 35% personality disorders. De kliniek selecteert. Wordt een patiënt aangeboden, dan beoordeelt een psychiater die aan de kliniek verbonden is, of een patiënt zal passen in het regiem en of hij een goede kans maakt binnen de 90 dagen ontslagen te worden. Deze termijn van 90 dagen betekent, dat is ons wel duidelijk geworden, een verslechtering van de psychiatrische hulp juist voor wat betreft de ernstig zieken. Er wordt veel aan groepstherapie en aan individuele therapieën gedaan. Over een dieptepsychologische behandeling werd opgemerkt, dat er geen tijd voor is en dat bovendien de problemen van het hier en nu, de actuele aanpassingsproblemen dus, belangrijker geacht worden dan wat in de kinderjaren gebeurd zou kunnen zijn. Ongeveer 30% wordt met E.S. behandeld.

Een bijzonder goed in elkaar grijpende reeks van intra- en extramurale voorzieningen leerden wij kennen in het '*Albert Einstein Medical Hospital and Community Centre*' gelegen in Bronx, een voorstad van New York. Op de psychiatrische afdeling van 100 bedden verbleven de patiënten maar kort, hoogstens drie weken. Een klein gedeelte ging daarna naar het nabij gelegen '*Bronx State Mental Hospital*' of naar het dagziekenhuis, dat om praktische redenen verdeeld was in een day-hospital en een day-clinic. Het verschil tussen beide was, dat een day-hospital de voorzieningen en het klimaat van een ziekenhuis heeft, terwijl een day-clinic bedoeld is voor degenen die slechts steun behoeven gedurende een enkele dag of langer per week en doorgaans maar een

paar uur per dag. Op de day-clinic moeten de maaltijden door de patiënten apart betaald worden. De verpleegprijs in het hospital is 600 dollar per week. De day-clinic kost 86 dollar per dag. Zonodig wordt dit laatstgenoemde bedrag betaald door de city of New York. Tot de 'mental health service' behoort ook een 'rehabilitation centre met beschutte werkplaatsen, residential, social en vocational after-care en half-way-houses'. De 'community service' onderhoudt het contact met de bevolking, omvat een dienst voor community development en een dienst voor geriatrische patiënten. Een consultatie-bureau lag in een groot winkelcentrum. Voor de jeugd waren er speciale adviesbureaus. Op de 'emergency unit' van het ziekenhuis, waar dag en nacht een psychiater aanwezig was voor noodgevallen, kwamen ongeveer 35 acute patiënten per etmaal.

Enkele leden van het reisgezelschap brachten buiten het programma van de studiereis om — ongeveer de helft van de leden bleef na de 14-daagse tocht nog een week in de U.S.A. — een bezoek aan een 'private rehabilitation centre', het 'Fountain House', dat niet als dat van het 'A. Einstein Hospital' aan een psychiatrisch instituut is verbonden.

Van de inkomsten komt 60% uit particuliere bronnen, 40% is subsidie van de overheid. De zorg strekt zich uit over ongeveer 300 leden (het woord patiënt werd vermeden). Zij slapen in groepjes van twee en drie bij particulieren. Hun logies wordt betaald door het 'Fountain House'. Al naar hun toestand het veroorlooft, werken de leden voor een aantal uren per dag of voor de gehele dag in het particuliere bedrijf. In het hoofdgebouw, waar ook de administratie gevestigd is, is voor de leden gelegenheid tot ontspanning, muziekbeoefening, arbeidsomscholing, het volgen van aanpassingscursussen, enz. Het 'Fountain House' exploiteert een restaurant in de stad, waar de leden bedienen en niet-leden komen eten. De leden eten doorgaans in het 'Fountain House'. Tot de staf behoren consulente-psychiaters, maar het merendeel van de staf bestaat uit p.s.w.'s en s.w.'s die hier ook een stage kunnen lopen.

In het geheel van voorzieningen is het state-hospital nog altijd een schakel, zij het de slechtste. Wij bezochten een kleine, het 'Brooklyn State Hospital' te New York met slechts 3000 patiënten. In hetzelfde New York is nog een state-hospital met 18.000, het 'Pilgrim State Hospital', een met 16.000 en een met 11.000 bedden. De 'catchment area' van het Brooklyn State Hospital omvat een bevolking van 200.000 zielen (ongeveer de bevolking van Haarlem), waaruit 250 opnemingen per maand worden gedaan door 46 artsen, waaronder zich een enkele psychiater bevindt, die full-time aan de inrichting zijn verbonden. In dit Hospital was dus een bezetting van een arts op 65 patiënten. In andere is de bezetting een arts op 1000 patiënten.

De ruimten in het Brooklyn State Hospital waren ongezeellig, geen bloemen op de zalen, geen gordijnen voor de ramen, geen verf waar die behoorde te zijn. Zalen vol met bedden, vier rijen naast elkaar. De verplegers, waarvan de meesten niet voldoende geschoold, leken ons slechts oppassers en onderdrukkers van agressie. Voor 30% van de patiënten is er plaats in de arbeidstherapie. Buiten wandelen wordt zelden toegestaan. De patiënten staan en staren maar. De onderdirecteur zag de problemen goed in, maar zijn plannen stuitten af op gebrek aan geld! De kostprijs van de huidige verpleging is 150 dollar per maand. De patiënten betalen tot een maximum van 30 dollar per maand. Sommigen in het geheel niets. Men moet echter niet denken, dat in de state-hospitals niet gemoderniseerd wordt. De kleine opname-afdeling van het Brooklyn State Hospital was reeds een vooruitgang. Er bestond privacy en er heerste een zekere mate van activiteit.

In de onofficiële derde week van de reis brachten enkele deelnemers een bezoek aan het state-hospital 'Byberry' in Philadelphia. Dr. Blain, oud-president van de A.P.A. is er geneesheer-directeur. Vóór de komst van Dr. Blain, zes jaar geleden, telde deze inrichting 6200 patiënten. Dr. Blain bracht het aantal terug tot 3800. De paviljoens maakten een wat frissere indruk dan in Brooklyn, maar ook

hier was nog geen sprake van een stelselmatige arbeidstherapie. Het grootste deel van de patiënten liep rond in omheinde tuinen naast de gebouwen of zaten op de zalen in de paviljoens. Bijgewoond werd een 'remotivation'-zitting met een groep chronische patiënten. Doel hiervan is de patiënten weer te richten op de maatschappij buiten de inrichting en hen te laten bedenken wat zij bij allerlei handelingen zoals het doen van inkopen, bezoeken van kennissen, reizen per trein, enz. moeten doen en laten. Uiteraard heeft dit alleen zin bij patiënten die na lange internering binnen afzienbare tijd met ontslag kunnen gaan.

Hoe behandeld wordt

Ofschoon het onmogelijk is alles te refereren wat ons in deze ter ore is gekomen en wat wij er op het congres van hebben gezien, mag er toch wel iets meer van gezegd worden dan wat er in het voorgaande terloops over werd opgemerkt. In een voordracht op het congres werd een behandelingsschema aan de toehoorders voorgelegd zoals dat wordt toegepast in de Mayo-day-clinic waar 25 neurotische en psycho-somatische patiënten worden verpleegd. Behandeld wordt er gedurende vijf dagen per week over een periode van twee tot drie weken.

De dagindeling was als volgt:

- 8.00— 9.00 uur staff-meeting
- 9.00—10.00 uur groepspsychotherapie
- 10.00—12.00 uur occupational therapy en, voor enkelen, individuele psychotherapie
- 12.00—13.00 uur lunchpauze
- 13.00—14.00 uur groepspsychotherapie
- 14.00—15.00 uur als van 10.00—12.00 uur
- 15.00—16.00 uur summary-group-meeting
- 16.15—17.15 uur staff-meeting.

Indicaties voor deze vorm van intensieve kortdurende behandeling waren o.a. depressie-neurosen, al of niet met lichamelijke klachten gepaard gaande, en conversieneurosen. In elk geval werden strenge selectie-criteria toegepast om na te gaan of een patiënt wel geschikt was voor zo'n '*intensive short-term treatment*'. Desondanks kwamen er nog 'failures' voor bij de opname. Niet alle patiënten konden binnen die tijd de kliniek verlaten, terwijl anderen eerder weg moesten, omdat hun gedrag te storend bleek. De hieronder volgende statistische gegevens moet men in dit licht bezien.

Van de 70 neurotische patiënten waren na zes maanden 56 nog vrijwel klachtenvrij. Van de 34 psychosomatische patiënten verbeterden 22, waarvan er na zes maanden nog 18 klachtenvrij waren. Belangrijk was ook, dat bereikt werd dat met behulp van paramedisch personeel een therapeutisch milieu tot stand gebracht werd. Het is de combinatie van groeps- en individuele psychotherapie die volgens de spreker een zo kortdurende en succesvolle psychotherapie mogelijk maakt.

Een weerstand tegen deze intensieve, kortdurende behandelingen konden wij openlijk uitgesproken beluisteren in het Children-Hospital te Washington D.C. Het is een kinderpsychiatrische afdeling van het algemeen kinderziekenhuis aldaar, gevestigd in een afzonderlijk gebouw. In de U.S.A. zijn 116 van deze '*residential-treatment-centre*' voor kinderen. (Naar verhouding heeft Nederland er dus net zo veel). Opgenomen worden:

- 1 kinderen voor wie hun milieu te bedreigend is;
- 2 probleemkinderen.

Voor psychotische en extreem agressieve kinderen is er in de U.S.A. nog niet veel van de grond gekomen. Het milieu wordt in de behandeling betrokken. De ouders komen eenmaal per week naar de kliniek. Nagegaan wordt hoe het kind op zijn dagschema reageert: Hoe komt het tot de realiteit als het gewekt wordt? Wat betekent zijn ontbijt voor hem, maakt het onderscheid tussen zijn thee, zijn brood

en zijn ei of mengt het alles door elkaar? enz. Deze aanpak vereist een lange behandelingsduur en dit past niet in de levensbeschouwing van de Amerikaan, die snel zichtbare resultaten wil hebben voor zijn dollars. Door consulentschappen wordt voorzien in de psychiatrische behoefte van het algemeen kinderziekenhuis. De helpsters, de groepsleidsters, kunnen voordien van alles gedaan hebben. Zij moeten echter enig niveau hebben. Met een 'education course' worden zij in het ziekenhuis voor hun taak opgeleid. Het 'day-hospital' heeft een flexibele relatie met de 'residential care'. Het M.O.B. is ingeschakeld in de 'day-treatment-program', maar er is een 'mental health consultation' in de scholen vanuit de kliniek.

Voor de 28 opgenomen patiënten is er een overdekt zwembad. Aan 'remedial teaching' wordt gedaan in kleine kamertjes voor een leerling met zijn onderwijzer. Elk kind heeft zijn eigen zit-slaapkamertje. De verpleegprijs is slechts 40 dollar per dag. Ouders betalen van 0 tot 14.600 dollar per jaar. Voor de dag-verpleging van 0 tot 6000 dollar per jaar.

De 'behaviortherapy' geniet in Amerika nog veel belangstelling, hoewel de piek daarin al weer een jaar of twee achter ons lijkt te liggen. Op het congres was er een ochtendzitting met vier voordrachten aan gewijd en op de tentoonstelling waren enkele stands ingericht waarin bepaalde artsen en ziekenhuizen hun behandelingsmethode aanprezen.

Vanuit het Stimulus-Response schema van het behaviorisme, waarin het causale en determinerende karakter van de prikkelwerking op de aanpassing (adjustment or maladjustment) van een persoon aan zijn omgeving wordt beklemtoond, zijn in de laboratoria van de leerspsychologen (Thorndike, Skinner, Hull, Tolman e.a.) verschillende leertheorieën ontwikkeld, die weer ten grondslag zijn gelegd aan therapeutische benaderingen van zieke mensen met de meest uiteenlopende kwalen, variërend van enuresis nocturna tot schizofrenie.

Terwijl enerzijds de indicatiestellingen nog zeer onduidelijk zijn, liggen anderzijds vaak sterk uiteenlopende leertheorieën aan de verschillende gedragstherapieën ten grondslag. Er wordt op het gevaar gewezen dat het met de gedragstherapie net zo zal gaan als met vroegere therapeutische stromingen in de psychiatrie als de hypnose, de klassieke psycho-analyse, de psychochirurgie (leucotomie) en bepaalde overschattingen van de psychofarmacotherapie.

In hoofdzaak zijn er drie vormen van behaviortherapy:

- 1 de aansporende vorm (instigation), waarbij de behandeling plaats vindt in het kader van een gesprek waarin de patiënt geconfronteerd wordt met bepaalde afwijkende elementen in zijn gedrag en aangespoord wordt, die te corrigeren door middel van voorgeschreven leefregels die de patiënt zelf kan inoefenen;
- 2 de omconditionerende vorm, waarbij belangrijke elementen van de leefsituatie van de patiënt in de aanwezigheid van de therapeut worden gesimuleerd of nagebootst (replication), via bepaalde technieken worden vervolgens in een aantal zittingen de reactiewijzen van de patiënt op deze situatieve prikkels omgeconditioneerd;
- 3 de ingrijpende vorm (intervention), waarbij een aanwijsbaar symptoom (bijv. een fobie) direct wordt aangepakt door het symptoom in de therapeutische situatie op te wekken en met een bepaalde techniek de frequentie van het optreden ervan te veranderen.

De gebruikte technieken bij deze verschillende vormen vallen uiteen in twee groepen:

- a technieken die berusten op een getrapte extinctie van angstreacties die bij de patiënt aan aanwijsbare externe prikkelsituaties gebonden zijn en
- b technieken die berusten op een analyse van het onaangepaste gedrag en de daarop ter correctie afgepaste interventie.

Tot de eerste soort behoren de door WOLPE op basis van de leertheorie van Hull experimenteel en klinisch uitgewerkte technieken van de reciproke inhibitie, onder

andere de systematische desensibilisering (systematic desensitization); tot de tweede soort behoren de klassieke conditionering in de zin van PAVLOV en de door SKINNER geïntroduceerde operante conditionering, waarbij het gewenste gedrag wordt bekrachtigd (reinforcing) en het ongewenste gedrag gekoppeld wordt aan een negatief effect (punishing).

Behaviortherapy is onwerkzaam bij depressies, acute psychoses, identiteitscrises bij adolescenten en syndromen waarin schuldgevoelens en toornacten domineren. Bij diverse vormen van onaangepast gedrag, verslavingsziekten, seksuele gedragsanomalieën, angstneurotische en angsthysterische toestanden en bepaalde vormen van hinderlijke gedragsstoornissen bij defectschizofrenie zijn onder meer gunstige resultaten beschreven. Wel is duidelijk dat een fundamentele theorie van het menselijk gedrag, waaruit de talrijke methoden van gedragstherapie zouden kunnen worden gededuceerd, nog ontbreekt en dat het selecteren van de desensibilisatie-hierarchieën, het vinden van effectieve provocaties en het kiezen van de juiste gedrags-elementen om de therapie op te richten niet alleen technische bekwaamheid maar ook grote mensenkennis en ervaring met modaliteiten van afwijkend menselijk gedrag vereisen.

Over het *Clinton Prison Diagnostic and Treatment Center*, opgericht in oktober 1966 te New York, rapporteerde de directeur Dr. Ludwig FINK. Het therapeutische programma wordt uitgevoerd door een staf met een psychiater, enkele psychologen en enkele sociale werkers, alsmede een aantal speciaal opgeleide 'correction officers'.

De deelnemers aan het programma worden uit de moeilijkste en hardnekkigste misdadigers geselecteerd. Ze worden zoveel mogelijk in de gelegenheid gesteld de verantwoordelijkheid voor hun eigen gedrag te dragen. Door groepen bestaande uit delinquenten, officers en staf en door dagelijkse gemeenschappelijke bijeenkomsten wordt iedere man de gelegenheid gegeven om zich te uiten en om deel te nemen in de beslissingen die zijn leven in de therapeutische gemeenschap bepalen. Bij aankomst in het centrum en op gezette tijden daarna wordt de delinquent psychologisch onderzocht. De resultaten worden vergeleken met een controlegroep van delinquenten in gewone gevangenissen. Er blijken statistisch significante positieve veranderingen in de persoonlijkheidskenmerken van de delinquenten in het Center te ontstaan. In de controlegroep gaat de enige significante verandering in de richting van een verarming van het zelfontwerp en een geringere integratie van de gedragsbeheersing.

Het psychiatrisch denken

'Uses and abuses of concepts in psychiatry' was de titel van een lezing die werd gehouden door de Deen Erik Strömberg. De psychiatrische wetenschap, zo zei Erik Strömberg, is meer onderhevig aan 'wishful thinking' dan de somatische. Ook in de recente geschiedenis van de psychiatrie nog zijn een aantal voorbeelden te noemen van het domineren van ideeën boven feiten en van het overwicht, dat bepaalde opvattingen hebben op de waarneming en waardering van feiten. De aankomende psychiaters houden vaak vast aan bepaalde richtingen in de psychiatrie zonder kennis te nemen van andere gedachtengangen. Een voorbeeld van een begrip dat door de mogelijkheid van meervoudige interpretatie en door het kiezen van de verkeerde interpretatie tot een onjuiste behandeling geleid heeft, is het begrip 'involutie'. Een reactieve depressie op basis van involutieproblematiek is, tengevolge van de misvatting van het begrip involutie in dit verband, met hormonen behandeld geworden. Het begrip 'ambivalentie' is een voorbeeld van een begrip, dat een geheel andere betekenis heeft gekregen dan het oorspronkelijk had, waardoor het aan scherpte heeft ingeboet. Zo verging het ook het begrip 'autisme'. Bleuler bedoelde met autisme een subjectief bepaald, onrealistisch denken. Nu is autisme een vrijwel specifiek schizofreen symptoom.

'Het onbewuste' als zelfstandig naamwoord geplaatst naast het adjectief 'bewust' heeft tot onduidelijkheid in het wetenschappelijk denken geleid. Dit waren slechts enkele voorbeelden uit de boeiende lezing van Erik Strömrgren.

Ook anderen trachtten te komen tot een zuivering van psychiatrische begrippen. Een fraaie 'cultuurhistorische' uiteenzetting over begripsvorming rondom een gemakkelijk in de mond liggend woord was, in de session over diagnostiek, de voordracht van J. CHATEL en R. PEELE over 'A centennial review of neurasthenia'. In 1869 schreef de Amerikaanse arts GEORGE MILLER BEARD voor het eerst over neurasthenie. Delen van Beard's oorspronkelijke conceptie zijn later afgesplitst als angstneurose, psychasthenie, depressie en psychosomatische aandoeningen. In 1952 was de term 'neurasthenie' geheel uit de Amerikaanse diagnostische taal verdwenen. In 1968 kwam de term terug in de diagnoselijst van de A.P.A., gedefinieerd als een neurose met verschijnselen van chronische vermoeidheid en zwakte.

In de afgelopen 100 jaar zijn er drie verklaringen voor de neurasthenie geweest. De *genogene* verklaring (onder andere door Beard zelf aangehangen) ging er van uit dat de neurasthenie familiair voorkomt en door erfelijke factoren wordt bepaald. De *chemogene* of neurofysiologische verklaringen nemen ontstekingen, voedingsstoornissen, hormonale afwijkingen en klimaatinvloeden als mogelijke oorzaken aan. Recentere publicaties noemen stoornissen van het zuur-base-evenwicht, leverafwijkingen, stofwisselingsstoornissen en stoornissen van de hypofysair-hypothalamische servo-mechanismen.

De *psychogene* verklaringen zoeken het in de gevolgen van opvoedingsfouten en als een reactiewijze op afhankelijkheidsbehoefte, eenzaamheidsgevoelens en seksuele conflicten.

De behandeling bestond vroeger uit versterkende middelen (tonica), elektriseren en rust, later uit slaapkuren, insulinetoediening en hydrotherapie. Ook vitaminen, wekaminen en antidepressiva zijn geprobeerd. De psychotherapeutische behandeling liep van suggestieve therapie, hypnose en persuasie naar psychoanalytische behandeling en tegenwoordig diverse vormen van behaviortherapie.

Met het refereren van deze lezing moet het verslag besloten worden, ofschoon er nog veel te verslaan zou zijn. Wij hebben de grote tegenstellingen leren kennen die er in de U.S.A. bestaan, ook op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De durf en het elan waarmee pionierswerk wordt verricht, dat nergens ter wereld zijn weerga kent, imponeerde ons, terwijl wij niet blind waren voor het feit, dat nog veel problemen zijn blijven liggen, die in Europa reeds lang zijn opgelost.

Dat in dit verslag zo weinig aandacht geschonken is aan de affectieve sfeer waarin de reis heeft plaatsgehad, wil niet zeggen dat wij de vriendschappelijke toenadering en de geïnteresseerdheid in onze reis, die wij allen steeds weer bij onze gastheren aantreffen, vergeten zijn. Integendeel, misschien zullen juist deze 'imponderabilia' nog het langst in onze herinnering bewaard blijven.