

# Et amerikansk mental-helse-senter

Erfaringer fra Bernalillo County Mental Health Center.

Tom Andersen

Forsøk med "lokalsamfunns-psykiatri" (community mental health center service) har kjennetegnet amerikansk psykiatri de siste 10—15 år.

I denne artikkelen gis endel erfaringer fra og betraktninger omkring et slikt typisk mental-helse-senter, som er sammensatt slik:

- en avdeling for innlagte pasienter
- et daghospital
- service til befolkningen i deres hjemlige omgivelser
- 24 timers kriseintervensjonshjelp
- konsultasjons- og utdannelsesservice til de ansatte i den øvrige lokale helse og sosialtjeneste

Forfatteren understreker spesielt mulighetene for at de såkalte "para-profesjonelle" kan gjøre effektiv og selvstendig innsats i dette arbeidet. Med henvisning til den amerikanske psykiateren og sosial-antropologen A. Leighton peker han også på nødvendigheten av å forankre den psykiatriske virksomheten i "lokalsamfunns-tiltak" med forsøk på å styrke lokalsamfunnets egen funksjon som en stor gruppe.

Tom Andersen er psykiater og lærer ved den nye medisinske skolen i Tromsø, (ved institutt for samfunnsmedisin, seksjon for sosial-psykiatri).

1. hva denne organiseringsformen betyr for løsningen av de sammenhengende og totale oppgaver av både forebyggende og behandlingsmessig art,
2. om dette er noe godt alternativ til hospitalisering av den psykiatriske pasienten,
3. hva denne arbeidsformen betyr i forholdet til kriseintervensjoner,
4. hva bruken av de såkalte para-profesjonelle betyr for kvaliteten av arbeidet,
5. hvilken organiseringsform må utvikles, evt. legges om til. Hvilke konsekvenser vil det ha for de som arbeider i det nåværende system, særlig det hierarkiske hospitalssystem.

Tillat meg litt lokalpatriotisme før jeg begynner med redegjørelsen, nemlig ved å si at det i Nord-Norge har foregått mer på dette felt enn en kanskje vet. Allerede i 1967 startet psykologene Gerd Jacobsen og Kjell L. Svendsen en konsulent-service til lokalsamfunnene hvor de satset sterkt på å nyttiggjøre de ressurser som var tilstede på det lokale plan. Senere har Åsgård sykehus sammen med helse-personell i lokalsamfunnene mer og mer organisert den psykiatriske service nær pasientenes hjemsteder. Dette er ikke lett i en geografisk vanskelig landsdel, men det går an. Erfaringer fra dette arbeidet foreligger det skriftlige redegjørelser for (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

## Bernalillo County Mental Health Center

Mitt opphold i New Mexico som bør sees på denne bakgrunn, var planlagt for å få større forståelse for community mental health service' muligheter og forutsetninger. Under oppholdet var jeg formelt knyttet til universitetet i Albuquerque i det siste året av spesialistutdannelsen der, og

## Innledning

Denne presentasjonen bygger på ett års arbeid ved et community mental health center i Albuquerque, New Mexico. Orienteringen vil omfatte dette sentrets oppbygging, virkemåte og resultater. Dermed en diskusjon om:

BCMHC gir ytelser til 200 000 mennesker . . .  
har totalt ansatt 350, derav 200 med terapeu-  
tiske funksjoner.

gjorde mitt praktiske arbeid ved Bernalillo County Mental Health Center (BCMHC). Siden jeg var å betrakte som gjest, antok jeg at jeg ville få innpass hos de mest innflytelsesrike personer og komiteer for å studere systemet, hvilket stemte. For å få bredest mulig opplevelse av BCMHC, plasserte jeg meg derfor arbeidsmessig helt nederst i systemet på nivå med terapeutene på lokalplan, og arbeidet i grove trekk med de samme oppgavene under de samme forhold som dem.

New Mexico er den femte-største staten i USA i areal, og med en gjennomsnittlig inntekt pr. familie som er femte-laveste av alle statene. Det bor 1 mill. mennesker der, hvor 60 % er anglo-amerikanere, 30 % meksikansk-amerikanere (chicanos) og 10 % indianere (pueblo, apache og navajo). Albuquerque er universitetsbyen med 350 000 innbyggere. Byen topper USA's statistikk over kriminalitet, og det går ca. 2 000 heroin-addicts rundt på gatene: beløpene til hjelpeprogram for alkohol- og stoffmisbrukere overgikk de som ble brukt for det psykiatriske hjelpeapparat.

BCMHC er et typisk amerikansk mental health center, bygget opp om aktiviteter som kongressen forutsatte i sine vedtak i 1963 og 1965, nemlig; en avdeling for innlagte pasienter; et daghospital; service i lokalsamfunnene; en enhet for 24-timers krise-service; konsultasjons- og lærings-service til ansatte i den lokale helse- og sosialtjeneste.

Sentret som startet virksomheten i 1965 har et inneværende budsjett på \$2.5 mill., \$1.2 mill. kommer fra føderale kilder i Washington D.C., \$0.8 mill. fra statlige (New Mexico) kilder, \$0.1 mill. fra fylkets (Bernalillo County) kilder og \$0.4 mill. fra pasientene selv eller deres forsikringsselskaper, eller andre bidragsyttere (ofte welfare-kontor, som for det meste får føderal støtte).

BCMHC som gir ytelser til 200 000 mennesker i de aller fattigste bydelene av Albuquerque, har

totalt ansatt 350, derav 200 med terapeutiske funksjoner.

### Organisasjon

Systemet er organisert som skisse 1 viser. BCMHC er underlagt et lekmannsstyre som representerer Bernalillo Country, og som har kontroll- og bestemmelsesfunksjon på budsjettets oppsetting. University of New Mexico, School of Medicine, Dept. of Psychiatry kan kontrollere og influere den faglige virksomheten ved sentret, og alle er ansatt og lønnet gjennom universitetet. Det forekom ingen konfrontasjoner mellom sentret og de andre to instansene mens jeg var der, hvilket nok mye skyldtes klok ledelse fra sentrets direktør. Denne direktøren, som er psykiater, sitter på toppen av systemet og har rett å ta de endelige beslutninger på egen hånd. Umiddelbart under seg har han en administrator (tilsvarende våre forvaltere) og 4 assisterende direktører. Hver av disse 4 hadde ansvar for hver sin av sentrets 4 hovedfunksjoner; en for de 5 teamene som arbeidet ute i lokalsamfunnen; en for service til ungdom, med utdannelseprogrammet for de ansatte som tilleggsoppgave; en for barne-psykiatrisk service; en for avdeling for innlagte, for dag-hospital og 24-timers krise-service som ble gitt i samme bygning hvor avdeling og administrasjon er. Hver funksjonelle enhet, som f. eks. et av de lokale community-teams, har sin koordinator som er det administrative bindeledd mellom terapeutene på bunnen av systemet og folk oppover i administrasjonen.

Direktøren møter ukentlig administrator (forvalter) og de 4 assisterende direktører i eksekutive komite-møter, disse er egentlig bare rådgivende for direktøren, men den inneværende direktør tok aldri beslutninger på tvers av denne komiteens oppfatning. Koordinatorene møtte med eksekutiv komiteen en gang pr måned. Dette møtet hadde informasjonsfunksjon. Hvert halvår møttes alle ansatte ved sentret, også dette møtet hadde informasjonskarakter.

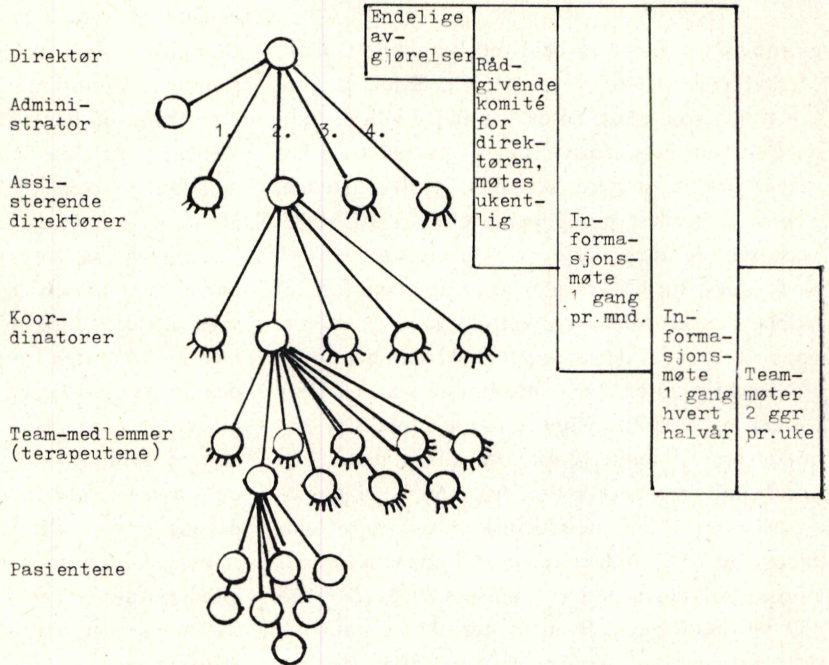
Ansatte nede i systemet er prisgitt de over mht. ansettelser, oppsigelser, hevning av lønn og forfremmelser. Det har aldri vært noen hemmelighet

Folkevalgt styre  
(innvirkning på  
budsjettet)

Univ. of NM,  
School of med.  
dept. of psych.  
(innvirkning på  
sentrets faglige  
utforming)

Fig. 1. Bernalillo County  
Mental Health Center. Or-  
ganisasjonsstruktur.

1. seksjon for innlagte pas., daghospital, enhet for kriseintervensjon
2. seksjon for teamene som arbeider i lokalsamfunnene
3. seksjon for barnepsykiatri
4. seksjon for ungdomspsykiatri, samt for in-service-training



at de øverst i systemet (eksekutiv komiteen) hadde den egentlige innflytelse på sentrets filosofi og prosedyrer.

Kommunikasjonen i systemet var forventet å gå rett oppover (evt. gjennom nødvendige ledd) og rett nedover, hvilket førte til stor avstand mellom bunn og topp. Dette resulterte igjen i at folk heller *trodde* hva sjefen på toppen stod for enn *visste* hva han stod for, hvilket induserte en ganske stor utrygghet hos terapeutene. Dette vil jeg komme tilbake til.

De 5 lokal-teamene var i hovedtrekkene like. De erfaringene jeg selv fikk ved å være medlem ved et av dem, kan derfor generaliseres. Hvert

Stor avstand mellom bunn og topp resulterte i at folk *trodde* hva sjefen på toppen stod for heller enn *visste* hva han stod for . . .

team hadde to møter pr. uke av ca. 90 minutters varighet. Ved disse møtene ble nye pasienter fordelt til terapeutene. Fra det øyeblikk denne fordelingen hadde funnet sted var all behandlingsplanlegging og faktisk ansvar overlatt denne terapeuten. Hvis terapeuten ønsket hjelp med sin oppgave tok han kontakt med den eller de av de øvrige team-medlemmene han selv mente kunne være til hjelp for han. Terapeutene tilhørte oftest den såkalte para-profesjonelle gruppen. I vårt team var 7 mental health worker (de har 2 års utdanning, og tilsvarer våre psyk. hjelpepleiere i stillingshierarkiet), 2 ikke-psykiatriske sykepleiere, 1 sosialarbeider, 1 seniorpsykiater (på deltid) og en psykiater i utdanning.

Innleggelsler som var en av terapeutenes beslutninger, foregikk ved at terapeuten som regel fulgte pasienten inn i avdelingen, overleverte kjennskap og forståelse for pasientens situasjon til avdelingspersonalet, og deltok i behandlings-

10 % av befolkningen ble møtt av teamet i løpet av 1973.

planleggingen. Mens pasienten enda var på avdelingen avla terapeuten visitter dit for å følge utviklingen samt være forberedt til å fortsette behandlingen etter at pasienten var utskrevet.

En krise-enhet i tilslutning til senge-avdelingen, som var åpen 24 timer i døgnet ga også kriseservice til legevaksrommet for det nærliggende generelle sykehus.

Sentret totalt sett vil i løpet av 1973 se ca. 16 200 nye ungdoms- og voksne pasienter. Disse vil gjøre ca. 42 000 visitter til sentret. Det vil si ca. 2.6 kontakter pr. pasient i løpet av året 1973.

Av de 16 200 pasientene sentret møter i 73 vil ca. 1 100 bli innlagt på en 42-sengers avdeling. Her vil de ha et opphold på gjennomsnittlig 9 dager, 50 % utskrevet etter 5 dager. De som legges inn har overveiende svære psykotiske adferstsymptomer som blir behandlet med enkel realitetsorientering og medikamenter, inntil symptomene har svunnet så mye at de kan gjenforenes med familiene. Ca. 75 pasienter vil i 1973 bli overflyttet til statshospitalet hvor gjennomsnittlig liggetid er 3 mndr.

Det lokal-teamet jeg selv arbeidet ved skulle dekke et område hvor 38 000 mennesker bodde. Dette var byens desidert fattigste strøk. I 1973 vil 3 780 mennesker bli sett og gitt ca. 11 800 kontakter. Med andre ord ble 10 % av befolkningen møtt av teamet i løpet av 1973, hvilket vil si 3.1 kontakt pr. klient (8).

Til sammenligning kan sies at en regner med at gjennomsnittlig 2 % av amerikansk befolkning får psykiatrisk service (9, 10).

I tillegg til det nevnte arbeidsområde hadde vårt team også tilsyn med 8 boarding-homes (en mellomting mellom pensjonærhjem og pleiehjem) i området, med fra 5 til 12 psykiatriske pasienter i hvert hjem.

For å summere opp hadde sentret totalt sett først og fremst funksjonen å intervensere i kriser. Hva dette egentlig betyr for pasientene vet vel

egentlig ingen, men mitt bestemte inntrykk var at de kom gjennom kriser og dukket opp igjen når neste krise oppstod.

### **Behandlingsideologier**

Det var naturlig å spørre om det forelå mange og motsettende behandlingsideologier i systemet og om disse motsetningene eventuelt reduserte utøvernes følelse av å være aktive og effektive i sitt arbeid. Sjefen for sentrets data-analyser og jeg selv gjorde en undersøkelse hvor vi vurderte ideologiene i de forskjellige hierarkiske lag og samholdt det med folks følelse av å være effektive og aktive i arbeidet. Vi regnet med at de som hadde svært ulik ideologi i forhold til det øverste hierarkiske nivå også mistrivdes på jobben. Funnene var langt fra bekreftende. Svært få mistrivdes, og det var slående lik ideologi i alle nivåer, nemlig den som går ut på at pasienten skal stimuleres til å se sin egenverdi og potensialer og oppfordres til å gjøre selvstendige beslutninger på grunnlag av det. Terapeuten skal ved siden av denne positive forsterkningsfunksjonen også se som sin oppgave å bidra til realitetstesting av pasientens beslutninger. Det er forøvrig interessant å se denne ideologien på bakgrunnen av sentrets kriseintervensjonsfunksjon.

### **Sentret sett fra terapeutenes side**

Det var også naturlig å ha mye oppmerksomhet på terapeutenes arbeidssituasjon, og spørre hvordan bør eller bør ikke sentret være organisert forat de kan bruke seg selv så effektivt som mulig. Selv følte de at de hadde mye ansvar på sine skuldre; være oppmerksom og interessert nok for å få forstå den hjelpesøkendes problem, være dyktig nok å gjøre de riktige ting overfor pasienten på det riktige tidspunkt samt hele tiden være sikker på at de beveget seg innenfor grensen av

*Terapeutene var stadig engstelig for å gå utover disse grensene fordi de var redd det kunne medføre mindre sjanser for forfremmelse eller høyere lønn, ja endog oppsigelse.*

akseptable arbeidsmåter. Særlig det siste skapte stor utrygghet. Terapeutene prøvde å orientere seg ut fra hva de trodde var akseptable arbeidsmåter, mer spesifikt hva de trodde de innflytelsesrike øverst i systemet definerte som akseptabelt. De var stadig engstelig for å gå utover disse grensene fordi de var redd det kunne medføre mindre sjanser for forfremmelse eller høyere lønn, ja endog oppsigelse. Resultatet ble at terapeutene ble forsiktige og brukte seg selv mindre enn de hadde potensialer for. Deres inntrykk av hvor grensene for akseptabel arbeidsmåte gikk var desverre mer løse forestillinger enn i overensstemmelse med de reelle oppfatningene hos de mektige på toppen av systemet. Denne uoverensstemmelsen i oppfatninger skyldes nok den store kommunikasjonsmessige avstanden i systemet. Terapeutenes egne tanker om hvordan organiseringen av sentret ville øke deres egen arbeidseffektivitet kan formuleres i tre punkter:

1. Likefullt som pasienten ble oppfordret til og forventet å være så selvstendig som mulig, måtte terapeutene gis eksplisitt mulighet for å arbeide i sin rytme på sin måte, definere arbeidsoppgaver og planer i henhold til deres egne evner og muligheter. En slik frihet ville de først tørre å tro på når den ble en formalisert rettighet.
2. De var svært opptatt av å lære mer, men anså det svært vesentlig at de selv definerte læreområder og læremåter. Det var nemlig bare de selv som visste hva de kom til kort overfor.
3. Det var også et uttalt ønske om muligheter for å bringe feed-back fra lokalsamfunnene og de behov som forelå der tilbake til systemet og vite at dette bidro til revidering av sentrets prioriteringer og prosedyrer.

Trekker en dette sammen er etter mitt skjønnet et dekkende uttrykk at de ønsket å være i mest mulig kontroll av sin arbeidssituasjon. Dette ville de kunne oppnå ved å være representert øverst i systemet i de mest betydningsfulle beslutningsorganer. Hvilket også ville etablere en nærere og mer direkte kommunikasjon mellom nivåene i systemet.

#### 4 modeller for psykiatrisk arbeid i lokalsamfunnet

Hva slags community mental health service? Det finnes flere måter å organisere dette arbeidet på. Jeg vil nevne fire. Den formen som BCMHC har er svært vanlig. Siden den forsøker å dekke alle behov, har den som siktemål å gi primær, sekundær og tertiær preventiv service (11). Den primære står for tiltak som forhindrer utvikling av psykiske plager, den sekundære reduserer varighet og implikasjon av nylig oppståtte psykiske plager og den tertiære forsøker å forhindre den forkrøplende effekten av potensiell kronisk psykisk sykdom. Hvis det blir lite innsats for de primære preventive tiltak kan utfallet lett bli at hjelpesystemet fjerner eller dekker over de symptomer som burde ryste og vekke samfunnet til å se inn i seg selv og forandre seg. Med andre ord indirekte bidra til økt produksjon av symptomer og plager.

Libo arbeidet etter prinsippet for folket, hos folket, av folket (12). I hans pionerarbeid dro en enkelt konsulent ut til et område og utviklet et hjelpeapparat av de eksisterende ressurser i lokalsamfunnet. Hvilket bl. a. førte med seg at lokalsamfunnet ble stående ansvarlig for løsningen av egne problemer. I et lokalsamfunn i Canada prøvde et psykiatrisk team (13) en annen måte å øke den mentale sunnhet, nemlig ved å gjennomføre et storstilet opplysningsarbeid som gikk ut på å forsøke å øke den alminnelige befolkningens toleranse for den psykisk syke. Målet ble langt fra nådd, og boken om prosjektet har betegnende nok fått tittelen "Closed Ranks".

En fjerde måte å arbeide i lokalsamfunnene lanserer Alex. Leighton som nylig besøkte Norge. Han har i flere arbeider påvist sammenhengen mellom psykisk sykkelighet og sosial disintegrasjon (14) og mener at det er viktigere å bevare eller gjenopprette lokalsamfunnets funksjon som en stor gruppe, hvor særlig alt som bidrar til å øke kommunikasjonen mellom individene er viktig. At det går an å gjennomføre slikt arbeid og at dette hadde effekt i retning av økt psykisk sunnhet i lokalsamfunnet har han også vist (15).

## Behandling i og utenfor institusjon

Med uforandrete ressurser vil økt innsats på det lokale plan nødvendigvis føre til redusert virksomhet i den sentrale behandlingsinstitusjonen. Hva betyr det? En rekke vitenskapelige arbeider måler behandlingseffekt i unngåelse av hospitalisering, uten at konsekvensen av denne unngåelsen er fullt forstått. I USA er en for tiden bekymret for at konsekvensen er at den kronisk syke blir gående ensom og forlatt ute i samfunnet eller havner i boarding homes hvor det er dårligere forhold enn i statshospitalene (16). Uansett disse mulighetene kan institusjonsoppholdet for pasienten være så vanskelig, ja noen ganger så destruktivt at det i seg selv skulle stimulere service i pasientens hjemmemiljø. Goffman's bok *Asylums* er en alvorlig pekepinn på hvordan institusjonslivet kan tære på pasientens på forhånd usikre identitetsfølelse (17). Likeledes kan kommunikasjonssystemet i institusjonen bli så komplisert at det svært misfungerer og øker pasientens problemer, slik Stanton og Schwartz omtaler i boken *The Mental Hospital* (18). En nylig undersøkelse hvor 9 friske mennesker utga seg for å ha psykotiske symptomer og henvendte seg til hvert sitt amerikanske statshospital, viste hvor tilfeldig diagnostiske og behandlingmessige tiltak gjøres (19). I det minste peker disse arbeidene på at det utfra pasientens behov ikke er lett, snarere svært vanskelig å oppnå en vellykket behandling i institusjonen. Hvis en godtar at unngåelse av hospitalisering er et godt mål i seg selv er de to engelske tiltakene i West Sussex i England overbevisende. Sterk opptrapping av den ambulante service reduserte innleggelsene i de to områdene med ca. 50 % over et år (20, 21).

Jeg har funnet ett arbeid som forsøker å sammenligne resultatene av det å bli behandlet i in-

.....  
*I USA er en for tiden bekymret for at konsekvensen (av unngåelse av hospitalisering) er at den kroniske syke blir gående ensom og forlatt ute i samfunnet.*

stitusjon kontra å bli behandlet i hjemmemiljøet. I et hospital i Kentucky ble 152 nyinnlagte pasienter med akutte psykotiske symptomer randomisert i tre like grupper. Den ene ble i sykehuset for behandling der, den andre gruppen fikk tilsyn av helsesøster en gang i uken samt medikamenter, den tredje fikk tilsyn av helsesøster en gang i uken pluss placebo. Helsesøster som stod i løpende kontakt med sosionom og psykiater hjalp til med å løse praktiske problemer for pasienten og hans familie, men var ellers generelt støttende. Gruppen som var hjemme med medikamenter hadde langt mindre reinnleggelses enn de to andre gruppene i løpet av de 2 1/2 år prosjektet løp over. Disse pasientene hadde også signifikant større evne til å greie seg i arbeid og bland folk i lokalsamfunnet, likeledes hadde disse pasientene lettere for å klare seg i samlivet med sine familier (22). Kanskje forklaringen på denne forskjellen kan være at behandlingen i hjemmemiljøet omfattet et enkelt kommunikasjonsforhold mellom pasient og hjelper, samt at det å være hjemme med muligheten for å opprettholde kontakt med de ting og de mennesker pasienten benyttet seg av i vanskelige situasjoner, også bidro til at pasienten beholdt sin identitetsfølelse.

Etablering av service på lokal-planer gjør at en når pasienten kort tid etter vanskelighetene oppstår, i geografisk nærhet til der vanskene oppstår samt nær de andre i pasientens omgivelser som er involvert i vanskene. Det er i løpet av de siste årene kommet en økende mengde litteratur som omtaler viktigheten av kriseintervensjonen. Betraktningene i denne sammenheng går ut på at pasienten i krise er maksimalt innstilt på forandringer og har særlige muligheter på å øke innsikt og forståelse for hvorfor vanskene oppstår med tilsvarende mulighet for valg og tiltak som kan bringe han ut av vanskene (23, 24, 25). Det er viktig å vite at kriser varer vanligvis fra 4—6 uker, og at en krise alltid ender med en forandring, enten til det gode eller til det dårlige. Hospitalisering gjennom disse viktige ukene kan gi et sluttresultat med økt emosjonell avstand mellom pasienten og de han er i konflikt med.

Det er uunngåelig å komme inn på spørsmålet

.....  
*Kanskje en kan slutte av dette at trenete  
para-profesjonelle ikke gjør dårligere arbeid  
enn de profesjonelle.*  
.....

om hva kvaliteten på denne service i lokalsamfunnet er når så mange para-profesjonelle utøvere benyttes. Overlege Jarl Jørstad er i sin rapport fra sitt USA-opphold i 68—69 spesielt skeptisk til dette (26). Jeg har funnet et arbeid som belyser dette problem. Det skriver seg fra et statshospital i California. Kronisk psykotiske pasienter ble tilfeldig delt i to grupper, den ene fulgt av psychiatric aides (psykiatriske hjelpepleiere) den andre av psykiatere, alle brukte samme samtaleteknikk. Behandlingseffekten som var målt i re-hospitalisering var den samme i begge grupper (27). Kanskje en kan slutte av dette at trenete paraprofesjonelle ikke gjør dårligere arbeid enn de profesjonelle.

Hvis en institusjon legger om fra institusjonstil lokalsamfunns-plassert service tror jeg det er klokt å være klar over at faggrupper som i institusjonene til nå har hatt liten innflytelse på sin arbeidssituasjon og tildels bare utfører ordre, må få langt større selvstendighet og større bestemmelsesrett over eget arbeid. Det vil bety at forskjellen i betydning mellom de ulike faggruppene blir mindre og at konkurransen mellom de ansatte i systemet øker, en konkurranse som vil dreie seg om prestisje, innflytelse og lønn. En bør absolutt ikke legge om fra institusjonstil community mental health system før en har nøye tenkt gjennom disse nevnte tingene.

#### LITTERATURLISTE

1. *Haaland, T., Rafter, Bj.*: Utvikling av et mentalhygienisk helseprogram i Nord-Norge. Foredrag ved den 17. Nordiske Psykiatriske Kongress. Reykjavik, aug. 1973.
2. *Reichelt, S.*: Er psykoanalytisk ego-modell, en modell som har mistet sin relevans i moderne barne- og ungdomspsykiatri. Nordisk Psykologi no. 2. 1972 (ss. 147—169).
3. Rapport om samarbeidet mellom de lokale helse/sosialinstitusjonene i Harstad og sentralinstitusjonen Åsgård sykehus, Tromsavdelingen. Stensil, Tromsø 1972.
4. Ekstramuralt arbeid ved Tromsavdelingen, Åsgård sykehus. Stensil, Tromsø 1972.
5. *Brekke, B., Andersen, T.*: Seminar for personell som arbeider med og for det psykiatriske klientell i Troms og Finnmark. Stensil, Tromsø 1969.
6. *Bakke, O., Haaland, T., Andersen T.*: The arctic Libo Seminar, Stensil, Tromsø 1970.
7. *Andersen, T.*: Psychiatric consultation in the local milieu, with an evaluation of the place of depot neuroleptics in this work. Acta psych. scand. Suppl. 246 pp 48—51.
8. *Alsop, S., Glazer, M., Quenk, A.*, Bernalillo County Mental Health Center. Program Analysis and Review Report. July 72—Aug. 73. Albuquerque, New Mexico, 1973.
9. *Ryan, W. J.*, "Distress in the City". Summary report of the Boston Mental Health Survey 60—62. Pamphlet.
10. *Gurin, G., Veroff, J. J., Feld, S.*: Americans view their mental health, 1960.
11. *Caplan, G.*, Principles of Preventive Psychiatry. N.Y. Basic Books 1964.
12. *Libo, L., Griffith Ch.*: Mental Health Consultants. Josey Bass, 1968.
13. *Cumming, J., Cummin, E.*: Closed Ranks: An experiment in mental education. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1957.
14. *Leighton, A. et al.*: Psychiatric findings of the Stirling County Study. The Am. J. Psych. vol. 119, no. 11, May 1963.
15. *Leighton, A.*: Poverty and social change. Scientific American, May 1965, vol. 212, no. 5.
16. Editorials. Am. J. Psychiatry 130: 9, sept. 1973.
17. *Goffman, E.*: Asylums. Doubleday 1961.
18. *Stanton, A. H. and Schwartz, M. S.*: The Mental Hospital 1954.
19. *Rosenhan, D. L.*: On being sane in insane places. Science, vol. 179, Jan. 1973, pp. 250—258.
20. *Carse J. A.*: A district mental health service: The Worthing experiment. Lancet 1958, 1, pp. 39—41.
21. *Sainsbury, P., and Grad, J.*: Evaluation of the Chichester and district psychiatric services. In E. M. Gruneberg (ed): Evaluating of the mental health services. NY, Milbank Mem. Fund 1966, pp. 231—278.
22. *Davis, Ann E.*: Dinitz, Simon: Pasamanick, Benjamin: The prevention of hospitalization in schizophrenia: Five years after an experimental program. Am. J. of Orthopsychiatry 42 (3),

- April 1972 pp. 375—388.
23. *Caplan, G.*: The theory and practice of mental health consultation. Grune and Stratton 1970.
24. *Darbonne, A.*: Crisis, A Review of Theory, Practice and Research. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, vol. 4 no. 2, May 1967 pp. 49—56.
25. *Bartolucci, G. and Drayer, C.*: An Overview of Crisis Intervention in the Emergency Rooms of General Hospitals. Am. J. Psychiatry 130: 9, Sept. 1973, pp. 953—960.
26. *Jørstad, Jarl*: Rapport fra en studiereise til USA. Stensil, Oslo, aug. 1969.
27. *Mendel, W. and Rapport, S.*: Outpatient treatment for cronic schizophrenic patients. Archives of gen. psychiatry, vol. 8, Feb. 1963.

Socialmedicinsk tidskrifts juninumner, 6/1975, är ett

## temanummer om narkomanvård

### Artiklar

Nils Bejerot: Frivillighet och tvång i behandlingen av alkoholister och narkomaner

Lars Bremberg: Narkomani — ett val som kan göras ogjort

Ulla Bergkwist: Narkotikaproblematiken inom kriminalvården

Clas Sjöberg: Vård och rehabilitering av narkotikamissbrukare

Dag Notini: Missbruk och frigörelse

Lars-Göran Öst, Lennart Melin, K Gunnar Göttestam: Beteendeterapeutiska avdelningsprogram i behandling av narkomaner

Ann Eriksson, Agneta Iwansson, Håkan Jenner: Utvärdering av terapeutiska samhällen

Kjerstin Hemmingsson: Föräldrar till unga narkomaner

Per Sâthe: Den gyllene triangeln.

Kan rekvireras från

### SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT

Fack, 104 01 Stockholm 60  
tel. exp. 87 34 01, red. 83 20 83

Pris kr 7: — + moms. Rabatter vid större beställningar.