

meeste patiënten weinig effectief en voor de fysiotherapeut op den duur een te grote psychische belasting.

Een volgend aspect is de behandeling „aan huis”. Indien enigszins mogelijk dient de behandeling in de inrichting van de fysiotherapeut te geschieden. De gehele inrichting is er immers op gebaseerd dat de patiënt zo goed mogelijk wordt geholpen. Bij de patiënt thuis is de behandeling dikwijls minder effectief door gebrek aan ruimte en aan outillage. Een niet onbelangrijke factor is de psychische invloed die uitgaat van een goed ingerichte behandelruimte. Om deze redenen is het dan ook beter om bij het ziekenfonds vervoer naar de inrichting van de fysiotherapeut aan te vragen. De overweging, dat behandeling ten huize van de patiënt „goedkoper” is dan vervoer plus behandeling bij de fysiotherapeut, mag mijns inziens niet de doorslag geven indien het gaat om hetgeen voor de patiënt als optimaal moet worden beschouwd.

In sommige gevallen is een punt van veel verdriet voor de patiënt en van ergeris voor arts en fysiotherapeut de tijd, die verloopt tussen de aanvraag van de verwijzende arts en de afgifte van

een machtiging tot behandeling door de controleinstantie. Er dient om administratieve redenen geen tijd verloren te gaan tussen aanvraag en het in behandeling nemen. Niet alleen gaat belangrijke tijd verloren met wachten op de behandeling, doch tevens kostbare tijd in economisch opzicht. De patiënt kan immers pas later zijn werk hervatten. Neemt de fysiotherapeut de verwezen patiënt in afwachting van de officiële toestemming „vast” in behandeling, dan is de kans groot dat het fonds zijn werk niet honoreert. Neemt hij de patiënt niet in behandeling terwijl dit in bepaalde gevallen dringend nodig is, dan voelt hij zich ethisch gefrustreerd.

Met het bovenstaande werd, naar schrijver dezes mag hopen, enig inzicht gegeven in de problemen waarmee de fysiotherapeut heeft te maken en in de wensen, welke hij heeft op het gebied van de communicatie met de verwijzende arts. Moge een en ander dienen tot het verruimen van het inzicht van de huisarts in de mogelijkheden van de fysiotherapie in het algemeen en tot verbetering van het begrip voor zijn medewerker, de fysiotherapeut, in het bijzonder.

*De psychiater als adviseur van de huisarts bij de geboorteregeling**

DOOR PROF. DR. J. BASTIAANS TE LEIDEN

In de laatste twintig jaren heeft vooral in Nederland de psychiater in toenemende mate een adviserende functie gekregen ten aanzien van de arbeid van zijn niet-psychiatrische vakgenoten. Zo heeft hij een taak niet alleen bij de arbeid van de huisartsen, doch ook bij de arbeid van specialisten en controlerende geneesheren, kortom bij de arbeid in het medische vlak waarbij de arts zich regelmatig ziet gesteld voor de problematiek van het regelen, het hanteren of bijsturen van conflicten en daarmee verbonden intermenselijke relaties. Was de psychiater bij zijn arbeid aanvankelijk meer „patient-centered” georiënteerd, naarmate duidelijk werd hoeveel ziekten of syndromen ook in het psychische en in het sociale vlak kunnen zijn gedetermineerd, werd het eveneens duidelijk dat van de nieuwe inzichten slechts dan in therapeutische zin een nuttig gebruik zou kunnen worden gemaakt wanneer de vakgenoten tot op zekere hoogte in dezelfde ontdekkingstechniek zouden worden getraind welke de psychiater zich — vaak via „trial and error” — in zijn opleiding had eigengemaakt.

In deze dagen is de trainingsproblematiek reeds minder problematisch dan tien of twintig jaren geleden. De opkomst van de medisch-psychologische

arbeid van de huisarts is nog kort geleden bij het tienjarig bestaan van het Nederlands Huisartsen Genootschap in het centrum van de belangstelling geplaatst. Sneller dan de psychiaters en de voorstanders van een integrale of socio-psychosomatische geneeskunde hadden durven hopen, is vooral van de zijde van de huisartsen de vraag naar een medisch-psychologische training gekomen. Zelfs zo snel dat aan de vraag naar training nog niet voldoende kon worden voldaan, misschien ook omdat de vertegenwoordigers van psychiatrie en psychologie er nog nauwelijks aan toe waren om de overdracht van hun techniek op vertegenwoordigers van andere medische disciplines efficiënt te doen verlopen.

Het is bekend hoe in Nederland reeds vele huisartsen trainingsservaring hebben kunnen opdoen in de zogenaamde medisch-psychologische Balintgroepen. Als psychiatrisch adviseur zijn daarbij tot nu toe ongeveer vijftig zenuwartsen betrokken geweest. Duidelijk is gebleken dat deze groepen ook van variaties op de Balinttechniek hebben gebruik gemaakt, variaties waarvan nog niet vaststaat welke op den duur de voorkeur zullen verdienen. Wat het effect van deze training ook zal mogen zijn, tot nu toe is duidelijk geworden dat de meeste huisartsen en specialisten die medisch-psychologisch zijn getraind, zich bij de uitoefening van de prak-

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Huisarts en Geboorteregeling, mei 1967.

tijk zekerder en gelukkiger zijn gaan voelen dan voordien het geval was.

Het moge als een vooruitgang van de geneeskunde worden beschouwd dat de artsen een meer kritische houding hebben aangenomen ten aanzien van de mogelijkheid om op basis van onvoldoende training en slechts op basis van gezond verstand adviezen te geven ten aanzien van de therapeutische beïnvloeding van menselijke relatie-problematiek. Evenzeer is er het inzicht gekomen dat men ook niet zonder meer zijn vertrouwen mag schenken aan de uitkomst van bepaalde psychologische tests die regelmatig door klinische psychologen en andere psychologische adviseurs worden gebruikt. De psychologen hebben ons geleerd dat slechts weinig tests werkelijk de toets van betrouwbaarheid kunnen doorstaan. Dit houdt in dat de medicus in vele gevallen op zijn persoonlijke training zal moeten terugvallen. Uiteraard is daarbij een gelukkige omstandigheid dat er nog altijd artsen en medische studenten zijn, die van huis uit een grote begaafdheid hebben ten aanzien van de evaluatie van psychische problematiek en die ook met behulp van een voldoende ontwikkeld introspectief vermogen in staat zijn vele relatieproblemen verstandig te regelen. Toch dienen gesprekstechniek, psychotherapeutische techniek en adviseurstechniek zowel in theorie als praktijk te worden geleerd. De psychiaters zijn hierbij nodig en men heeft leren inzien dat de medische psychologie het beste in groepsverband met vakgenoten kan worden getraind. De psychologie van de huisarts kan het beste in groepsbesprekingen worden ontdekt waarbij huisarts en psychiater gelijkelijk als mede-planmakers en mede-regelaars fungeren.

* * *

Het moge duidelijk zijn dat vraagstukken van geboorteregeling en gezins„planning” bij uitstek vraagstukken zijn die tot thema van bespreking in de trainingsgroepen kunnen worden. Ten aanzien van deze vraagstukken bestaan er vele opvattingen waarvan sommige wel en sommige niet onder invloed van medisch-psychologische training kunnen worden gewijzigd. Tijdens de Boerhaave-cursus over de geboorteregeling zijn tot nu toe ook vele vraagstukken van medisch-psychologische aard aan de orde geweest. Zo is er gesproken over normen. Men heeft gevraagd of men iets aan normen heeft en of normen altijd werken. Men heeft leren inzien dat zeker ten aanzien van de gestelde problematiek normen altijd een rol spelen en dat dit nog niet betekent dat men zich van de koersbepalende normen altijd bewust is. Juist bij de problematiek van de geboorteregeling, waarbij zo vaak aan de arts adviezen worden gevraagd, is het van groot belang dat deze zich heeft kunnen losmaken van al te persoonlijke normen, eenzijdigheden of vooroordelen die een efficiënte „planning” zouden kunnen belemmeren.

Wie zich enigszins heeft vertrouwd gemaakt met

de adviseurstaak van de arts bij de geboorteregeling en gezins„planning”, weet maar al te goed hoezeer de bedoelde problemen meervoudig kunnen zijn gedetermineerd. Soms komen de patiënten met vragen en problemen die schijnbaar eenvoudig zijn te beantwoorden, doch die bij nadere analyse vaak een meer ingewikkelde problematiek camoufleren. Het kan ook zijn dat een bepaald gezinsprobleem in het geheel niet kan worden beantwoord of in ideale zin kan worden opgelost. Ponsioen stelde tijdens het congres over „De mens in dichte packing”: „Het is best mogelijk dat het voor de ontplooiing van seksualiteit tot liefde in een bepaald gezin wenselijk is dat er zes kinderen kunnen komen, dat voor de optimale condities voor de kinderen er in het gezin slechts vier zouden moeten zijn, terwijl de algemeen maatschappelijke toestanden, ondanks alle internationale samenwerking, er maar twee zouden velen, om alle geborenen, en niet alleen die van een geprivilegieerde klasse, goede bestaanskansen te bieden”. Hier — aldus Ponsioen — faalt bij de integratie van deze niet contradictoire maar complementaire standpunten de ethiek. En hier, zo zou men thans mogen stellen, faalt ook de medische ethiek in zoverre men daarvan een direct normerend antwoord verwacht met betrekking tot de actuele en toekomstige problematiek van het gezin dat als geheel of via een van zijn leden bij de medicus voor advies komt.

In feite wordt de medicus en in het bijzonder de huisarts van vandaag voortdurend met al dan niet contradictoire standpunten, rollen en posities in het denken en doen van zijn patiënten geconfronteerd. Hij is er zich soms pijnlijk van bewust dat het advies dat goed is voor de een, nog niet goed behoort te zijn voor de ander in het gezin of in welke microsociologische eenheid dan ook. Wellicht heeft het zelfs in de complexiteit van de relatieproblematiek gelegen dat de medici er zich jarenlang eerder van afwendden dan dat zij zich er daadwerkelijk mee bezighielden. Daarmede wordt opnieuw aandacht gevraagd voor het fenomeen van het zich afwenden van, eventueel van het loochenen of ontkennen van een bestaande relatieproblematiek. In deze Boerhaave-cursus heeft in het bijzonder Van Emde Boas het afwenden in verband gebracht met bestaande verboden of taboes. Uit zijn woorden kon worden afgeleid dat het een socio-cultureel probleem is dat men, ook op het niveau van medisch denken, kan constateren dat bepaalde objecten of themata niet kunnen worden aangeraakt omdat zij in feite zijn geassocieerd met objecten of zaken die in de jeugd niet mochten worden aangeraakt. Dit geldt dan vele vormen van aanraken, althans van het aanraken zoals dat zich normaliter via zien en tasten ontwikkelt. Dat de medisch-psychologische training in groepsverband zoveel veruiming van opvatting en verheldering van inzicht heeft tot stand gebracht, is misschien ook wel bepaald geweest door de omstandigheid dat men in de groepsactiviteit als het ware meer de toestemming en ook de gelegenheid krijgt om te tasten, te

zien en aan te pakken in plaats van bepaalde objecten of situaties te ontwijken.

* * *

Ten aanzien van het groepsproces, waarover tijdens de Boerhaave-cursus Medische Psychologie in 1963 werd gesproken, moge het volgende worden vermeld. Wanneer de groepsbesprekingen op gang komen en de eerste kennismaking, ook met de psychiatrische adviseur, tot stand is gekomen, verloopt de discussie in het teken van een vertoon van eigen zekerheden. Men brengt een probleemgeval uit de praktijk dat op zichzelf zeer interessant kan zijn maar dat ook in het teken staat van de indruk te wekken dat het zo beslist goed of zo beslist fout was. Men etaleert daarmee iets van de eigen normstructuur en van eigen vaak wat eenzijdige zekerheden. De groepsdiscussie kan dan slechts tot gevolg hebben dat door de confrontatie met verschillende opvattingen en andere vormen van aanpakken en zien de groepsleden in hun zekerheden worden aangetast. De zogenaamde „apostolic beliefs” worden gerelativeerd. Dit is voor de groep geen gemakkelijke fase, in het bijzonder omdat een eerste verwarring en een eerste tot stand brengen van onzekerheden ook ontmoediging of vlucht in de hand kan werken. Men krijgt tevens het gevoel van onbelangrijk te zijn en men heeft tijd nodig om te ontdekken dat de belangrijkheid in de groepsituatie niet is gelegen in het eigen vertoon, maar in de uitwerking die de presentatie van een bepaald geval op de groep kan hebben wordt iets op gang gebracht. Soms is het nodig dat de psychiater als trainer en adviseur de groep confronteert met deze essentie van het groepsproces. Hoewel het mogelijk is dat de presentatie van een bepaald geval de kennis van de groep of van sommige groepsleden kan verrijken, is het belangrijker dat eenzijdigheden in aanpak en beschouwing aan het licht worden gebracht.

Balint heeft de eerste fase van onzekerheid in de groep wel eens de fase van psychische impotentie genoemd. De psychiater heeft tot taak ervoor te zorgen dat de groep niet op de vlucht gaat, niet uitwijkt naar een andere vorm van groepsactiviteit. Degenen die de groepsdynamiek uit eigen trainingservaring kennen, weten ook hoe na die eerste, welhaast traumatiserende ervaring, er spoedig een periode van revalidatie van de groep en van de meningen en opvattingen kan tot stand komen. Daarvoor is echter nodig dat de groepsleden tijd en gelegenheid krijgen om ook met andere aspecten van het psychische manipuleren vertrouwd te raken. Het revalidatieproces laat zich haast vergelijken met de revalidatie na een psychische schrik, een psychische traumatisering leidend tot een traumatisch neurotische toestand. In de eerste pogingen tot het vinden van een nieuwe aanpassing of een nieuw aanpassingsniveau schiet men vaak over het doel heen. Zo ziet men hoe het ene groepslid soms te actief gaat worden, zowel in denken als in

doen, met als gevolg dat hij voor de overige groepsleden of voor zichzelf irritant kan worden. Een ander groepslid ziet men daarentegen op grond van de habituele verwerkingsstructuur een aanpassing zoeken naar de zijde van te grote voorzichtigheid of te uitgesproken medische passiviteit. Uiteraard kunnen beide oplossingen na enige tijd van werken in de groep in hun overmaat als onjuist of inefficiënt worden herkend. Men leert dat, bij het vinden van een nieuwe oplossing, deze fase van gespannen of overspannen aanpassing niet is te vermijden en dat tot aan het einde van het groepsproces overmatige aanpassing zich telkens weer voordoet wanneer een nieuw probleem zich in volle omvang aan de groepsleden kenbaar maakt.

Tot de belangrijke aspecten van individuele en groepsaanpassingsstrategie rekent men ook die van het vinden van oplossingen voor geactiveerde agressie. Tussen destructieve en constructieve oplossingen in liggen halve oplossingen, oplossingen die voor arts en patiënt als kwellend, ook moreel kwellend, kunnen worden aangeduid. Daarnaast zijn er oplossingen die teveel staan in het teken van het wedijveren: men kiest juist deze omdat de rivaal een andere oplossing koos. Er zijn ook oplossingen waarbij het kwantitatieve belangrijker wordt dan het kwalitatieve. Van al deze oplossingen weet de psychiater-adviseur dat deze kunnen zijn bepaald door de ontwikkelingsniveaus van de agressieregulatie die door de groepsleden en door de groep in eigen ontwikkeling werden bereikt. Hoe het inzicht in dergelijke processen van betekenis kan zijn voor het leren kennen van de eigen motieven die bij attitude en besluit inzake vraagstukken van geboorteregeling en gezinsplanning van doorslaggevend betekenis kunnen zijn moge met het volgende worden toegelicht.

Het kan zijn dat in een bepaalde groepsfase een ziektegeschiedenis wordt gepresenteerd waarbij de discussie zich vooral centreert rondom een aanwezige abortusproblematiek. Het kan zijn dat er op goede gronden een indicatie bestaat voor medische abortus. Maar het kan ook zijn dat het groepslid of dat de groep als zodanig juist doende is in eigen leven of eigen ontwikkeling een bepaald probleem onder de tafel te werken. Zolang dat niet wordt herkend bestaat de kans dat deze „aborterende attitude” zich in de praktijk zal manifesteren in een overhaast besluit tot abortus. Men kan dit ook waarnemen in een houding van: nu moet er maar direct een besluit worden genomen of in een: nu moet er maar direct worden ingegrepen. Het moge duidelijk zijn dat een dergelijke houding slechts als aangepast kan worden beschouwd indien deze niet tot stand komt op basis van frustratie of onopgeloste eigen problematiek, maar wanneer deze werkelijk is gebouwd op een redelijke integratie van verschillende motieven. De psychiater die wel eens meer dan anderen de gelegenheid heeft om een te uitgesproken aborterende attitude van zijn vakgenoten te onderzoeken, weet maar al te goed hoezeer onverwerkte onbewuste problematiek zo-

genaamde redelijke besluiten kan beïnvloeden. Bij de groepsdiscussies over het voor en tegen van een medisch of sociaal geïndiceerde abortus moeten adviseur en leden in feite weten hoe ver de groep in eigen ontwikkeling is gevorderd wanneer het tot oordelen komt.

Naast fasen van soms te destructieve en welhaast aborterende mentaliteit kunnen er ook tijdens de groepstraining fasen worden geconstateerd waarbij juist produktiviteit in het centrum van de belangstelling komt te staan. Dan heeft men de fase van psychische impotentie verlaten, men heeft ontdekt dat men, gewapend met nieuwe inzichten, tot nieuwe actie en produktie kan komen. Als eertijds in de kindertijd, bij het ontdekken van eigen producerende functies, staat nu voorop dat wat er gebeurt groot en machtig moet zijn, hetzij voor de eigen persoon, hetzij voor de omgeving. Een steken blijven in deze attitude kan ertoe leiden dat bijvoorbeeld bij de gezins„planning” alle adviezen in het teken van het grote, het vele en het machtige komen te staan. Bij een dergelijke mentaliteit van overmoed of overproduktie zal het door Ponsioen gestelde vraagstuk van zes, vier of twee kinderen mogelijk worden beantwoord met een advies dat vijftien kinderen het optimale kinderaantal ook voor de psychische gezondheid zal betekenen. Moge dit wat karikaturaal zijn gesteld, de bedoeling is slechts om aan te geven hoe een advies ten aanzien van meer of minder kinderen, gesteld al dat het zou worden opgevolgd, vanuit de arts niet door eigen tendensen tot overproduktie moet zijn bepaald.

* * *

Geenszins moge worden onderschat hoe ook een onverwerkte problematiek met betrekking tot het man-zijn of het vrouw-zijn van invloed kan zijn op adviezen en besluitvorming. Dat de man in bepaalde opzichten bij de problematiek van de geboorteregeling anders reageert dan de vrouw komt ook in de sociologische literatuur telkens aan de orde. Diels en Groenman (1957) vermeldten hoe het steeds weer de man is die een kleiner gezin wenst dan de vrouw. Flügel (1947) beschreef hoe de sublimatie van onbewuste wensen tot kindermoord volwassenen soms tot fanatieke geboorteregelaars kan maken. Dat betekent, dat de betrokkenen hun kinderlijke rivaliteitsproblematiek niet op de juiste wijze onder controle hebben gekregen en dat bijvoorbeeld de man het de vrouw niet gunt om kinderen te krijgen omdat hij het als kind niet heeft kunnen verdragen dat meisjes wel en jongens geen kinderen konden krijgen. De mannen spreken niet zelden met een zekere voorliefde over de „penisnijd” van de vrouw en alle daarmee verbonden vormen van jalouzie op de man, die remmend of deprimerend of tenminste kwellend in de dagelijkse relatie kunnen werken. Zij vergeten echter te vaak hoe hun eigen remmingen of hun eigen vormen van agressie of van inproductiviteit juist een gevolg kunnen zijn van jaloezie op de vrouw, een

gevolg van hun kinderlijke „baarnijd” welke zij in hun latere ontwikkeling niet die plaats wisten te geven welke de gezonde man meestal wel verkiest in de vorm van het creëren van geesteskinderen.

Het milieu van de medisch-psychologische groepstraining is bij uitstek een milieu dat het mogelijk maakt om ook de werking van onbewuste processen, bijvoorbeeld die van niet erkende jaloezie, te leren kennen. Loopt het groepsproces goed dan wordt men zich bewust van de jaloezie in de onderlinge verhoudingen. Omdat er dan in feite een beschermende werkplaats bestaat waarin deze kan worden getraind, bestaat er ook de mogelijkheid om op den duur de jaloezie in de menselijke verhoudingen een normale plaats te geven.

Tijdens het Congres over de mens in dichte pakking heeft Diepenhorst erop gewezen, hoezeer bevolkingspolitiek en gezinsproblematiek problematieken van „Menge und Enge” zijn. Socioloog, psycholoog en psychiater worden vanuit hun disciplines telkens weer met het probleem van socio-psychische of socio-psychosomatische tolerantie voor „Menge und Enge” geconfronteerd. Dan rijst de vraag: hoe groot is het aantal kinderen dat in feite kan worden geaccepteerd of dat als optimum mag worden beschouwd. De psychiater weet maar al te goed hoe vaak dat aantal wordt bepaald door het voorbeeld van de ouders of door een reactie op de ouders in de zin van: wij zullen het anders doen. Vaak blijft de tolerantie voor „Menge und Enge” ook bepaald door de mate waarin de kinderen, niet zozeer als toekomstige medewerkers, maar meer als toekomstige concurrenten of tegenwerkers worden gezien. Dit kan nauw samenhangen met het niet hebben verwerkt van gevoelens van kinderlijke agressie, jaloezie of rivaliteit. Daarnaast kunnen ook vroeg-kinderlijke conditioneringen aan bepaalde vormen van ruimte of veelheid of aan bepaalde vormen van beperking en engte de latere tolerantie voor „Menge und Enge” determineren.

In feite komen de dimensies van „Menge und Enge” telkens weer aan de orde. Het is dan ook een zaak van medisch-psychologische training dat de arts leert ervaren hoe hijzelf met deze grootheden pleegt om te gaan en hoe anderen zulks doen. Het moge welhaast vanzelf spreken dat er daarbij voor iedere situatie voorschriften van „Menge und Enge” zijn te geven. Het gaat er slechts om dat zowel overmatige fixatie in de dimensie „Menge” als overmatige fixatie in de dimensie „Enge” een wordingsgeschiedenis kan hebben die vooral langs medisch-psychologische weg kan worden onthuld.

Indien de Boerhaave-cursus over geboorteregeling en gezins„planning” zou zijn gevolgd door discussies in kleine groepen, zouden tal van facetten van groepsproblematiek en groepstraining naar voren zijn gekomen. Ook zou men zich wellicht hebben gerealiseerd waarom het zo vaak de mannen zijn die de problematiek bespreken en waarom zij zo vaak vergeten hun vrouwelijke collegae uit

te nodigen de problematiek te belichten. Ook de organisatoren van de Boerhaave-cursus hebben zich dit eerst laat gerealiseerd, doch zij hebben ervoor zorg gedragen dat in de paneldiscussie de stem van een vrouw zal worden gehoord.

Het voorafgaande betoog heeft vooral ten doel nog eens de aandacht te vestigen op de grote betekenis van al te persoonlijke opvattingen van de adviseur bij de gezinsproblematiek. Het verruimen en het verdiepen van de opvattingen, verbonden met de adviserende functie, vraagt voortdurend bezinning op de wijze waarop en de mate waarin de arts in de relatie tot zijn patiënten kan zijn betrokken. Bewuste overdenking kan worden geleerd en kan worden bevorderd. Dat de groepstraining daartoe mogelijkheden biedt is uiteengezet en uit het bovenstaande moge duidelijk zijn dat veelal die arts een goed adviseur zal zijn die de problematiek van de gezinsplanning als onderdeel van zijn kennis en ervaring inzake menselijke relatiestructuren zo in zich heeft geassimileerd dat hij er boven kan staan zonder zich ervan af te wenden.

Dagelijks worden met de beste bedoelingen adviezen voor gezinsproblematiek gegeven. Dagelijks worden adviezen aanvaard. Dit houdt nog geenszins in dat de beste bedoelingen van de adviseur het eindgedrag van zijn cliënten zal bepalen. Er zijn slechts weinig mensen die zich uitsluitend door bewuste adviezen of door bewuste besluiten laten leiden. De onbewuste wensen, de onbewuste adviezen of besluiten kunnen zeer misleidend zijn. Er zijn patiënten en er zijn gezinnen die regelmatig

hulp bij de gezinsproblematiek vragen zonder ooit de gegeven adviezen op te volgen. In dergelijke situaties gaat het meestal niet om dat ene advies, maar veel meer om een algemeen verlangen naar aandacht, zorg en verzorging. Voor deze mensen moet het „verzorgingspakket” steeds groter worden en juist bij deze mensen moet de medicus in staat zijn zich van adviserende activiteit te onthouden. Dat zal hij echter eerst dan met zekerheid kunnen doen, wanneer hij ook de wegen kent waarlangs de patiënt of de cliënt kan uitstijgen boven het psychische niveau van afhankelijkheid, passiviteit en verwenning. Uiteraard houdt dit in dat een en ander ook kennis en ervaring vraagt van de krachten die kunnen leiden naar het niveau van zelfregulatie, een niveau waaraan de volwassen mens zo veel zekerheid en vertrouwen ontleent.

De psychiater als adviseur heeft krachtens zijn opleiding de mogelijkheden om juist zijn niet-psychiatrische collegae te leren hoe de zelfregulatie kan worden bevorderd. Dit geldt niet alleen de kleine conflicten van alledag, maar juist ook die levensbesluiten die over kwaliteit en kwantiteit van het gezin en zijn toekomst beschikken. Het bijdragen tot de besluitvorming vraagt van de arts redelijkheid en neutraliteit naast kennis van zaken. Het beschreven groepsklimaat vormt hiervoor een leer-schou. De psychiater is daarbij niet zelden in denken en doen een stille leermeester wiens vermogen tot luisteren het groepsproces bevordert en wel zo, dat de groepsleden het later niet meer kunnen laten hun taak van gezinsadviseur met luisteren te be-ginnen.

Structuur en werkwijze van het blindenwezen in Nederland

DOOR J. VERHEULE

Wie een goed inzicht wil krijgen in de structuur van het blindenwezen in Nederland dient daartoe de historie te volgen, daar hij anders voor een doolhof komt te staan, waarvan hij meent het centrum nimmer te kunnen bereiken, laat staan de opzet begrijpen. Het blindenwezen of om de negentiende eeuwse uitdrukking te gebruiken, de blindenzorg, is immers een der oudste vormen van „gehandicaptenbemoeiing” welke ons land kent; dit is overigens ook in de overige westerse landen het geval. Onze oudste instelling op het gebied van het blindenwezen dateert van 1808; daarvoor bestond slechts het Koninklijk Instituut voor Doofstommen te Groningen, dat van 1790 dagtekent. In 1808, toen ons land als „Koningrijk Holland” door Louis Bonaparte werd geregeerd, kwam te Amsterdam het „Instituut tot Onderwijs van Blinden” tot stand. Aanvankelijk bestond de bezetting uit drie leerlingen, van wie één vanwege wat wij nu bijko-

mende handicaps zouden noemen, na een half jaar reeds van school werd verwijderd. Thans bezoeken ongeveer 700 visueel gehandicapte kinderen in de schoolleeftijd tien instituten van diverse richtingen en disciplines; één gebouw in een dezer instituten ontving de naam van het destijds niet-gehandhaafde kind, namelijk het Elisabeth Kalis-huis. Wie het bovenstaande op zich laat inwerken krijgt in principe een overzicht van de huidige situatie van het blindenwezen in Nederland. Evenmin als elders heerst hier steeds een ideale toestand; wij zijn echter trots op wat in nauwelijks anderhalve eeuw materieel en mentaal werd bereikt en wij hebben moed en vertrouwen voor de toekomst.

In 1808 bestond er dus één instituut. In de negentiende eeuw ontstond een rijke opbloei van particuliere instellingen die zich met liefdadigheid ten opzichte van de blinde medemens op een voor