

mag aandoen en wat niet, inzichten over hoe de mens is opgebouwd en welke plaats toegekend dient te worden aan zijn ontwikkeling; aan zijn kindertijd, — al deze vragen zullen de psychiatrie diepgaand beïnvloeden. Omgekeerd hoopt dr. Amir dat de psychiatrie het werk buiten de inrichtingen zal helpen vergemakkelijken. Op dit punt kunnen we niet bescheiden genoeg zijn. Volgens prof. dr. Rümke loopt elke psychiatrie 50 jaar achter en kan ze nooit meer doen, dan SPIEGELEN WAT ER OM HAAR HEEN IN DE MAATSCHAPPIJ AAN DE GANG IS.

R.—St.

DE CADEAU BOEKENBON VAN DE IN 1964 KLAARGEKOMEN CURSISTEN

Het heeft lang geduurd en duurt nog, maar er komt iets goeds uit voort. Een paar buitenlandse boeken laten zich moeilijk te pakken krijgen. Nog even geduld dus. Twee andere werden reeds aangeschaft:

1. De Psychologie van het Sociale Leven door prof. dr. A. Oldendorff.
2. The Human Group door George C. Homans.

ADRESWIJZIGINGEN:

Mevr. M.A. Heyligers—v.d. Sijp naar „De Lichtenberg Rusthuis”,
Utrechtseweg 299 Amersfoort, telefoon 19804.
Zr. W.A. v. Wijk naar Rembrandtlaan 62 Bilthoven.

GEMEENSCHAPSGEVOEL:

Wo die Nächstenliebe nur darin besteht, nichts Böses zu tun, ist sie von der Faulheit kaum zu unterscheiden.

Hans Kasper.

Menschen, die sich unverstanden Fühlen, haben meistens keinen Versuch unternommen, andere Menschen zu verstehen.

John Steinbeck.

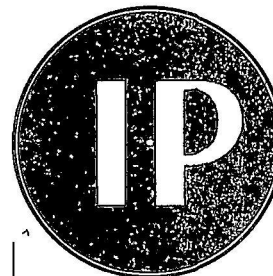
ENTWERTUNGSTENDENZ:

Der Mensch, die seine Fehler bei anderen entdeckt, kennt kein Erbarmen.

Hans Arndt.

Ein Zyniker ist ein Mensch, der von allem den Preis und von nichts den Wert kennt.

Oscar Wilde.



MEDEDELINGENBLAD

van de

NEDERLANDSE WERKGEMEENSCHAP VOOR
INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

14e JAARGANG

juni 1965

Redactie: J.A. Delbez, Oosterbeek;
J. Vinkenborg, Bilthoven.

Redactieadres: Mevrouw L. M. C. Richard—Stuurman,
Pippelingstraat 60, Den Haag,
Telefoon 683422.

Zürich, 7 Mai 1965.

Liebe Freunde!

Ich danke Ihnen für Ihren sehr freundlichen Brief (gezeichnet von der wissenschaftlichen Kommission) und ich kann Ihnen versichern, dass ich die Jahre in Ihrem Kreise ebenfalls nicht vergessen habe und viel an Sie Alle denke.

Bitte wenn möglich ist im nächsten Mitteilungsblatt mitzuteilen, dass ich herzlich Allen danke die mir geschrieben haben.

Vielen Dank für den generösen Bücherbon.

In alter Freundschaft,

Ihr Dr. A. Müller.

LEVEN MET EEN ONZEKERHEID

Voordracht van dr. J.M. v.d. Valk, medisch adjunct-directeur van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, gehouden op 23 januari 1965.

Hoewel dr. v.d. Valk het onderwerp zal behandelen vanuit het medisch gezichtspunt en dan nog speciaal gericht op hartpatiënten meent hij toch te kunnen zeggen, dat „leven met onzekerheid” ons allen aangaat. Het moet natuurlijk vreselijk zijn een hartkwaal te hebben en daardoor voortdurend in onzekerheid omtrent z'n leven te verkeren. Maar zijn wij zo zeker? De zekerheid over onze lichamelijke en maatschappelijke situatie en over onze levenskansen is immers ook maar betrekkelijk. Wij zijn er aan gewend en bovendien willen we nooit spreken over alle onzekerheden, die het leven biedt. Er bestaat een algemene neiging om de onzekerheid weg te drukken, te verdringen of op de achtergrond te plaatsen. En dit zal wel een mechanisme zijn, waarover we ons niet druk behoeven te maken. We zouden ons echter af kunnen vragen of het dan wel zo goed is om met patiënten over die onzekerheid te spreken en of we moeten aannemen, dat zij altijd met hun onzekerheid bezig zijn. „Zou je dat wel doen?” en „Je weet toch nooit, je bent toch hartpatiënt” enz. enz. zijn gezegden, waarmee de patiënt gedwongen wordt aan de onzekerheid te denken. En waarom? Waarom moeten zij er steeds mee bezig zijn? 't Is al erg genoeg, dat zij er vaker mee bezig zijn dan een ander. Tenslotte neemt het hart een bijzondere plaats in. Het is solitair aangelegd en niet zoals de meeste andere organen, dubbel (bv. twee nieren). Het kan ook niet zoals andere organen eventueel een stukje van de functie missen. Het is ook merkwaardig, dat wij van de werking van het hart onder normale omstandigheden bewust niets waarnemen. Van de functie van het hart merken we pas iets als de grootte of het rythme van de hartcontractie gaan veranderen, wat de indruk kan wekken, dat er iets fout gaat. Meer dan bij andere organen leveren hartaandoeningen onzekerheid op. Daarbij komt dat, bij een aantal hartaandoeningen, de patiënten meer door de achtergrond der ziekte dan door de aandoening zelf, een rede tot onzekerheid hebben. Vooral nerveuze hartkloppingen, die, zelfs als ze gepaard gaan met duizeligheid of andere onaangename sensaties, verdwijnen zodra het hart zijn rythme weer hervonden heeft, zou men geen angst behoeven te hebben. Zij treden echter juist op bij mensen, die in bepaalde situaties onzeker en angstig zijn, en bij hen versterken ze de onzekerheid. Een voorbeeld: Een vrouw vreesde ontroof bij haar man en in de onzekerheid, waarin ze verkeerde, kreeg ze hartkloppingen. Met haar man op bezoek gaan durfde ze niet, ze zou mogelijk te zien krijgen dat hij attent voor een andere vrouwelijke gast was. Tijdens een operette, waarin een officier een meisje omarmde, beschermd achter zijn opengeslagen jas, moest zij de zaal verlaten. Haar angst nam zo toe dat ze niet meer op straat durfde te gaan, uit vrees daar plotseling te zullen sterven (haar vader was aan een hartkwaal overleden). Dagenlang bleef ze in pyama rondlopen, of kwam zelfs het bed niet uit.

Veel van de oude zekerheid is aan de kant gezet en wat er voor terug kwam is nog sumier, doch geeft de prikkel om zich op nieuwe doelen te specialiseren. In het gehele veld der volksgezondheid tekenen zich volgens dr. A. drie stromingen af:

1. *de sociale psychiatrie*, welke, jonger dan de arbeidstherapie en opgekomen in de 50er jaren, zich bezig houdt met het begeleiden van patiënten, hetzij naar binnen of naar buiten toe. Door maatsch. werk(st)ers of zusters van de psychiatrie wordt het huisgezin bekeken, waarna de opname wordt besproken. Omgekeerd, wanneer patiënten de inrichting gaan verlaten worden er maatschappelijke voorzieningen getroffen en krijgt de patiënt door „buiten werkers” regelmatige controle. Ook hierbij worstelt men met de grenzen.
2. *De psychiatrie van de delinquent.* (Forensische psychiatrie) Ook hier weer een kwestie van grenzen. Wie moet beslist vastgehouden worden en wie mag het eens buiten proberen. De publieke opinie, de rechtbank en de med. instanties zouden niet nauwgezet contact met elkaar kunnen houden. In de praktijk is het echter anders, want alle drie voelen zich bedreigd, door inmenging van de andere disciplines.
3. *De echte psychotherapie*, de persoonlijke relatie van mens tot mens. Van oudsher is de geneeskunde en iedere relatie waarbij mensen worden veranderd, gebouwd op *de persoonlijke relatie*, en het is boeiend te bedenken dat juist in onze tijd van massa communicatie, waarbij grotere groepen als één lichaam gaan functioneren, de roep naar het streng persoonlijke toeneemt. De plaats van de huisarts bv. is een zeer bedreigde plaats *geweest*. Het persoonlijk element was er uit verloren, maar steeds sterker wordt de roep momenteel naar artsen, die het gezin kennen en daar op heel bepaalde vrienden basis mee om kunnen gaan. Het is dan ook de vaste mening van dr. A. dat de echte psychotherapie, de relatie tussen een arts en zijn patiënt, in de komende jaren zal toenemen. Een kleine indicatie hiervoor zijn de opgerichte instituten voor psychotherapie (in Amsterdam en Utrecht) waar de wachtlijst steeds groter wordt maar het gebrek aan therapeuten evenzeer. Vele mensen worden door zenuw- of huisartsen aangeraden om in hun vrije tijd daar een persoonlijke behandeling te ondergaan. Nauwgekoppeld aan dit alles is uiteraard de vraag: **WAT ZIJN MENSEN? WAT IS DE MENS EIGENLIJK?** Een vraag die zo oud is als de mensheid en nooit iets zal verliezen van zijn actualiteit. Inzichten over wat mag en wat niet mag – over wat de ene mens de ander

In die tijd achtte men de patiënten niet in staat gereedschappen te hanteren. Zij werden als gevaarlijk gezien, wat ze ook waren, want zonder te willen overdrijven meent dr. Amir dat *alle mensen beantwoorden aan wat er van hen verwacht wordt.*

Sinds '46 hebben de werkplaatsen in de inrichtingen zich ontwikkeld tot ware opleidingsinstituten en fabriekscomplexen. De patiënten gaan daar met alle mogelijke gereedschappen om, waaronder zeer scherpe. Men verwacht eenvoudig niet, dat daarvan misbruik gemaakt zal worden, uitgezonderd in enkele gevallen, welke dan ook nog niet in de werkplaatsen kunnen worden toegelaten. Met deze arbeidstherapie haalt men echter een andere moeilijkheid aan, want waar is *de scheiding tussen therapie en betaald werk?*

1952. Een nieuwe omwenteling heeft plaats met de intrede van geneesmiddelen, die de patiënt niet alleen suffig maken, maar hen ook fundamenteel zouden kunnen veranderen, zoals de fabrikanten beweerden.

Op een in '56 gehouden congres is men tot de ietwat grappige conclusie gekomen, dat de geweldige resultaten voornamelijk werden veroorzaakt door het therap. optimisme, dat de artsen en verplegers werd ingeblazen. Door deze geneesmiddelen is het verwachtingspatroon van de behandelende arts zo veranderd, dat ook nu weer de patiënt erin is meegegaan.

De zeer gevaarlijke en onrustige patiënt van vroeger is grotendeels van de afdelingen verdwenen. Zelfs is men naar de andere kant doorgeschooten en wordt in vele ziekenhuizen een onrustige patiënt als ongewenst verklaard. Wie niet mee kan doen aan de heersende rust wordt „platgespoten“. En dat noemt men thans geneeskunde, dat is geoorloofd. De ouderwetse lichamelijke stress (vastbinden, inwikkelen, dwangjak e.a.) daarentegen wordt geen geneeskunde meer genoemd, als zijnde in strijd met de menselijke waardigheid. In het Willem Arntsz Huis te Utrecht maakt men bezwaar tegen het „platspuiten“, waarbij *elke menselijke relatie onmogelijk is*, in tegenstelling met de ouderwetse methoden, waar men steeds met de zieke in contact blijft. Toch hebben de geneesmiddelen sinds 1952 het werk gemakkelijker gemaakt. De mogelijkheden der psychiatrie zijn er door vergroot. Twee stromingen kunnen thans onderscheiden worden:

1. Een gedeelte der problematiek is naar de maatschappij verlegd.

Men gaat eerder met proefverlof, waardoor bijvoorbeeld suicidale patiënten meer dan vroeger de kans krijgen, de daad jegens zichzelf buiten te volvoeren. (Iets wat ook uit de statistieken blijkt.)

2. De maatschappij is binnen de inrichting gekomen, met het gevolg dat de inrichting thans problemen kent als geldbesteding, vrije tijd en sexe. Hierdoor is de huidige psychiatrie *een grensbepalende* geworden. Het is een steeds zich afvragende: waar staan we nu? Wat is onze taak en wat niet?

Zulke mensen moeten de artsen proberen zeker te maken en steun geven. Dat is niet zo eenvoudig. Geruststellende uitdrukkingen baten niet. De patiënt meent dan dat de arts toch nooit de waarheid zal zeggen. Laat hij hen ter geruststelling, nogmaals onderzoeken, dan menen zij „Ze zouden je toch niet onderzoeken als er niets was?“ Op deze wijze is *de basisangst* dus niet te overwinnen.

Een andere med. vraag betreft *de patiënten met een aangeboren hartafwijking.*

Moet men een zuigeling met een minimale hartafwijking onder geregelde controle houden?

Vanuit med. standpunt wel, doch werkt men dan niet een zelfde soort mechanisme in de hand, als bij bovengenoemde patiënten, maar nu bij de ouders?

Laat men de controle achterwege en kan het kind vrij opgroeien, dan doen zich de moeilijkheden later voor (bv. bij een sportkeuring). Het verwijt treft dan de vroegere artsen, die toch maar nooit iets hebben ontdekt. Weten de ouders wel van de afwijking af, dan hebben de kinderen vaak een moeilijk leven (er wordt altijd op hen gelet en zij mogen niet veel meedoen.) Een nog ongunstiger omstandigheid komt voor bij ouders, die hun kind vanwege de afwijking niet accepteren en het daardoor geen warmte en belangstelling kunnen geven. Zo'n kind moet het zelf maar uitzoeken en weet niet waarom. Het kan ook niet begrijpen, dat de ouders alleen maar bang zijn om zich met hem te bemoeien.

Een andere groep patiënten geldt het hartinfarct d.i. een afsluiting van een bloedvat van het hart, waardoor afsterving van een hartgedeelte optreedt. Samen met de hoge bloeddruk, rekt men deze ziekte tot de z.g. manager ziekten, vooral voorkomende bij vooraanstaande en leidinggevende personen, in alle lagen der maatschappij, en vaker bij mannen dan bij vrouwen. Opmerkelijk is de samenhang met de voeding, de levensloop en de karakterstructuur van de patiënt en het feit dat onder hen veel zware rokers voorkomen.

Dit wil echter nog niet zeggen, dat roken een oorzaak is.

En de ziekte en het roken zouden beide gevolg kunnen zijn van een voortdurende nerveuze spanning.

Waarschijnlijk betreft het wel mensen, die gespannen leven en actief, zelfs over-actief zijn en deze activiteit minder in lichamelijke actie dan wel in andere richtingen uitleven. Een zittende levenswijze is voor hen dus eigenlijk ongunstig en dat zou wel eens kunnen verklaren waarom de ziekte meer gezien wordt bij zittende beroepen. Zo komt bv. de ziekte meer voor bij de Londense buschauffeurs, dan bij de conducteurs, terwijl deze

laatsten toch vele malen trapklimmen in de dubbeldeksbussen. Het blijkt bij deze patiënten dat zij in hun jeugd doorlopend hebben moeten vechten tegen een gevoel van minderwaardigheid of onzekerheid. Soms bekennen ze: „Ach, ik heb helemaal verkeerd geleefd, altijd maar gejakkerd. Aan twee prachtzaken had ik niet genoeg. Ik moest er 15 hebben. Mijn gezin verwaarloosd en wat heb ik nu? Nee, dat moet anders worden”. Maar twee weken later is het weer: „Maar dokter, mag ik er nog niet uit! U moet goed begrijpen, ik heb 15 zaken en dat is niet niks!” Doorvechten, doorvechten en niet opgeven. En men ziet eigenlijk dramatisch de aandoening uitbreken, waar deze mensen met de rug tegen de muur doorvechten en toch de nederlaag leiden.

Tegelijkertijd spelen dikwijls spanningen in het huwelijk een rol. De tendenz is: Hoe ben ik in deze maatschappij een flinke vent? Een grotere zaak, een auto, een mooier huis, of men z'n vrouw financieel meer kan geven, z'n kinderen meer kan laten bereiken, en dan „wil die zoon niet”. Kortom het zijn mensen die moeten vechten en blijkbaar de onzekerheid moeilijk kunnen verdragen. Zij voelen zich een vod als zij op rust gezet worden. Liever nemen ze een voorbeeld aan de Amerikaanse presidenten, die na een hartinfarct nog aan een verkiezingscampagne deelnamen. Vele medici hebben wel is waar het hoofd geschud over het advies van dr. White, Eisenhouters lijfarts, die hem niet heeft verboden zich weer kandidaat te laten stellen. W. had gelijk, Eisenhouwer leeft nog. Dus, ook *artsen kennen de onzekerheid*. Deze onzekerheid wentelt zich, evenals bij de ouders, af op waarschuwingen en verboden en dient om eventueel latere schuldgevoelens te voorkomen. Daarbij komt nog de angst voor een mogelijk verlies van een, die ons dierbaar is en dit alles legt een druk op in de vorm van waarschuwingen als: „Pas op hoor! Dat mag je nooit doen. Beloof je dat je dat nooit zal doen?”

Als arts en ook als ouder moet men oppassen, dat men de onzekerheid van de patient nooit versterkt door eigen onzekerheid. Want geven zij niet met al hun taboes aan de patient tevens de last van de onzekerheid?

Hoe nu de onzekerheid bij patiënten en bij onszelf te bestrijden? De algemene neiging om onzekerheid te bestrijden is reeds bekend. Ook bekend is de reactie om angst en onrust af te weren door „iets te gaan doen”, ongericht bv. ijsberen, routine handelingen enz.

Voorgescreven rust moet het dus blijkbaar niet zijn, al is dit in ernstige stadia noodgedwongen niet te vermijden.

Het is de activiteit die de spanningen moet afleiden, al heeft deze met het geval zelf niets te maken.

Doch ook doeltreffende sociale maatregelen kunnen een belangrijk be-

De mensen moesten gevoed en gekleed worden, er moesten bedden op- gemaakt en vloeren gereinigd worden. Bovendien moesten de mensen niet te veel lawaai maken. Dat was dan op vele plaatsen ongeveer de inhoud van de behandeling omstreeks 1910/1920. Wie in die tijd geestesziek werd, kon er op rekenen dat het een langdurige, zo niet hopeloze geschiedenis werd. De behandeling is veranderd, maar de omringende maatschappij misschien wel in diezelfde mate.

„De dood is uit ons midden verdwenen, we zien hem niet graag”, schrijft Huizinga in z'n „Herfsttij der Middeleeuwen”.

Onze ziekenhuizen vluchten steeds verder van de stadscentra, de gevels worden hoger en witter en er moeten veel bomen omheen. Ook de kerkhoven zijn uit de stadskernen verdwenen.

Al wat ziek en mismaakt is, zien we het liefst met een groot wit verband er omheen, gedeeltelijk uit zindelijkheid en genezingsdrang, maar tegelijk misschien ook wel als uiting van het geen plaats te willen geven. Deze tendenz kennen we ook in de psychiatrie.

Doch thans kunnen we zeggen dat we ons in een kentering bevinden. Het is verbazingwekkend hoe groot de tolerantie is bv. betreffende het bejaardenprobleem. Hoe lang probeert men het niet met een onrustige grootvader of moeder voordat men om een plaatsing elders verzoekt.

De ziekenhuizen zijn doorgangshuizen geworden, en men stelt er thans een eer in, de patiënten zo snel mogelijk te kunnen laten vertrekken. Ze komen daardoor vaak even snel weer terug. Van deze „draaideur-psychiatrie” ziet men dan ook weer af. Thans geldt: „hoe kort moet iemand blijven voor een zo goed mogelijk resultaat”.

Enkele mijlpalen uit de geschiedenis der psychiatrie:

1827: De bekende *Schröder v.d. Kolk* komt met een humanere behandeling der geestelijk gestoorde, een voortgezette lijn van de Franse Pinel, die de geesteszieken uit de kluisters haalde en hen zoveel mogelijk als gewone mensen benaderde. Dit laatste heeft steeds onenigheid opgeleverd tussen de buitenwereld en de vakmensen, die met de zieken moesten werken en zich verantwoordelijk voelden. Bovendien kenden zij een zekere vrees. Vrees dat de ander hem letterlijk en figuurlijk zou ontsnappen, dat de zieke aan de omgeving of aan zichzelf schade zou berokkenen. Dit laatste is tevens in het kort de inhoud van de wet op de krankzinnigheid, die op deze gronden opname kan bevelen.

In 1946 ontstaat de arbeidstherapie, zoals wij die thans kennen, uit de gedachte dat ledigheid des duivels oorkussen is. Aanvankelijk bestond deze „arbeid” in het Willem Arntsz Huis slechts uit ondoelmatige bezigheden, bv. het gladschuren van tegels die daarna weggegooid werden.

De chaos rond het emotionele astmatisch reageren is verdwenen door een objectiviteit t.o. vermeende gevaren.

R.—St.

MODERNE PSYCHIATRISCHE BEHANDELINGSWIJZEN

Voordracht van de heer A.P. Amir, psychiater, afdelingsgeneesheer van het Willem Arntshuis te Utrecht, gehouden op 27 maart 1965.

Om te beginnen wijst dr. Amir erop dat alles wat vandaag nieuw heet, meestal maar zeer kort meegaat.

Al datgene wat wij „modern” noemen, bevat een stuk toekomst, wensdromen, waarvan een gedeelte bijna, maar net nog niet, vervuld is. Dit moeten wij in gedachten houden, wanneer er sprake is dat iedere psychiatrische behandeling zou ontstaan zijn **UIT EEN MENSELIJK TEKORT**.

Dit menselijk tekort kennen we eveneens bij de rechtspleging. Daar heeft men *de wetboeken*, die eeuwen van wijsheid weerspiegelen, *de rechtszitting*, een weerspiegeling van cultuur en maatschappij op het huidige moment en *het rijp overwogen oordeel* (vonnis). En tenslotte gaat de delinquent naar de kale cel van 4 muren, een ton en een weinig voedsel drie maal daags. Dat is eigenlijk een anti climax, die men thans probeert op te heffen, doch waar nog alles aan mankeert.

Bij de psychiatrie is het evenzo gegaan. Ze werd vooral beoefend in de Universiteitsklinieken en gedoceerd door de hoogleraren. Er werden boeken over diagnostiek en behandeling geschreven en evenals bij de rechtspleging bestond deze laatste uit een cel, zij het dan zo groot als een ziekenzaal. Men deed wat men kon, maar de discrepantie tussen de behandeling en wat daaraan vooraf ging is toch wel zeer groot. En dit kon ook eigenlijk niet anders. De leerboeken bevatten nl. veel van wat men *zou willen*, een groot deel toekomst, een ideaalstelling a.h.w. Het dagelijks leven is echter niet zo ideaal. De te nemen maatregelen waren, en zijn voor een groot deel nog, uitermate primitief.

Wat de psychiaters thans de zieke medemens aan te bieden hebben is, *hoewel het nog zeer weinig is*, toch verheugend.

De inzichten zijn veranderd. De tijd is voorbij waarin de ziekenzalen tot het uiterste gevuld waren en er van het verplegend personeel niet anders verwacht werd, dan dat zij de patiënten de baas konden, m.a.w. dat zij de orde bewaarden.

strijdingsmiddel van de onzekerheid zijn, bv. voor oudere alleenstaanden, die moeten weten, dat zij in noodgevallen niet hulpeloos alleen zijn. Verder is er nog de vraag: „*Waar ben ik eigenlijk aan toe?*”

Sommigen kunnen hun situatie heel nuchter onder ogen zien en er gewoon rekening mee houden, anderen echter blijven doorzoeken in boeken en tijdschriften naar meer kennis. Een half woord gehoord of begrepen doet de onrust weer stijgen. Deze mensen zijn haast niet te helpen, daar ze niet in gewone waarheid geloven.

Men kan zich ook afvragen of het mogelijk is om op deze vraag antwoord te geven. Geeft het bv. zekerheid als men weet dat 60% de ziekte te boven komt, want hoort men zelf tot die 60% of tot die 40%. Niemand weet hoe lang men te leven heeft, ook de arts niet. En is dat niet gelukkig? Voor iedereen blijft de toekomst onzeker en ook de arts is maar een toeschouwer bij leven en dood, al menen sommigen dat hij beslist.

Bevestigt de arts bv. dat de patiënt er slecht aan toe is, en mogelijk nog maar 3 mnd. heeft te leven, dan kan het zijn, dat men zich a.h.w. verplicht voelt op dat tijdstip te sterven, terwijl anderen het als een uitdaging opvatten en later triompheren.

Een en ander maakt duidelijk, hoe moeilijk het is de patiënt naar beste weten te zeggen, wat men weet of meent te weten.

Voor alle partijen, ook voor de omgeving, is het daarom het beste om op de positieve kanten te werken, waarbij de arts dan maar iets van de onzekerheid moet nemen.

Een ander belangrijk onrustdrijvend middel is *het luisteren* naar wat de patiënt zorg baart, wat meestal een bijkomstigheid betreft en niet de ziekte zelf. Luisteren kan bevrijdend werken.

Ook zijn er patiënten die de onzekerheid niet kunnen verdragen. Zij zetten haar om in zekerheid vaak tot eigen schade.

Zij gaan bv. niet naar de arts uit vrees een bevestiging te horen van de eigen sombere vermoedens. Een uiterste vorm van vlucht uit de onzekerheid is de zelfmoord, waarbij men zelf de beslissing neemt om uit de onzekerheid verlost te zijn.

Tot slot wil dr. v.d. Valk wijzen op de algemeenheid van de onzekerheid en hoe die het sterkst werkt bij hen, die in de jeugd niet zonder enig voorbehoud geaccepteerd werden.

Mogelijk is dit zelfs een probleem van onze Westerse maatschappij die de nadruk legt op de prestatie.

„Je bent een lieve jongen als . . . je eerst je handen wast . . . een goed rapport thuis brengt . . . niet zo lelijk tegen moeder doet . . . enz.”

We moeten eerst wat doen, voordat we geaccepteerd worden.

We moeten in het leven eerst presteren om mee te tellen.

Dr. v.d. Valk wijst i.d.v. op het verhaal van „de verloren zoon” waarbij eigenlijk nooit het licht valt op die vader, die de zoon *hoe dan ook*, accepteert. Waar zijn in onze maatschappij die vaders? „Natuurlijk, mijn zoon is een flinke jongen, maar hij doet dan ook erg z'n best, en ik kan ook trots op hem zijn . . . ik heb er ook flink achterheen gezeten . . .” enz. En dan al die moeders, die het eten er maar in zitten te proppen!

Al deze ouders zitten bij hun kinderen de onzekerheid te stimuleren. Voor velen is de basis van zekerheid (gevonden in „het kind-zijn”, een andere relatie, in de godsdienst e.a.) *het geaccepteerd zijn*, en het weten, dat het er niet toe doet, wat je uiteindelijk van het leven maakt, maar wel, hoe je het leven accepteert.

In dit opzicht kan ook de arts vaak een steun zijn, wanneer hij als autoriteits („vader”) figuur blijkt geeft, de patiënt met zijn gebreken, angsten, eenzaamheid en moeilijkheden, zonder reserve te accepteren.

R.-St.

STOREND GEDRAG IN DE WERKSITUATIE

Voordracht van dr. J.A. Weijel, zenuwarts te Amsterdam, gehouden op 27 februari 1965 te Amsterdam.

De leer van het storend oppositioneel gedrag valt onder de psychologie, die de leer is van het gedrag in het algemeen. De karakterologie kent wel verschillende karaktertypen, maar bij de bekende indelingen (Galenus, Heymans of Jung e.a.) komt de opposant als zodanig niet voor. Het is geen omschreven type en de karakterkunde laat ons in de steek.

Dr. Weijel heeft via een andere wetenschap nl. de sterrenkunde een mogelijkheid gevonden om het oppositie-begrip te benaderen.

De onafwendbare gang der hemellichamen op hun banen brengt hen in situaties, waarbij zij tot elkaar in oppositie-stand komen. (planeten staan t.o.v. de aarde ieder aan een andere kant van de zon). De loop van het lot heeft hen tot elkaar in oppositie gebracht. De meest voorkomende vorm van oppositie is die, welke door een bepaalde situatie ontstaat. Dr. W. noemt deze de **SITUATIEVE OPPOSITIE**. Voorbeelden daarvan zijn:

de jongere t.o.v. de oudere generatie
de nieuwkomer versus de langer aanwezige,
de deskundige t.o.v. de leek.
de adviseur t.o.v. de geadviseerde

Angst om anders te zijn of te lijken en angst voor spot. (het rode haar). Gespr. l. noemde enige andere kinderen op en vroeg K. iets omtrent hun haarkleur en wijze van gekapt zijn te vertellen. Het bleek dat hij slechts van één aanduidingen kon geven.

„Zo is het nu ook, als ik andere kinderen iets over jouw haar zou vragen. Het is voor kinderen helemaal niet van belang welk soort haar anderen hebben. Wel als je ze gaat pesten, dan valt het hen plots in het oog. Dan gaan ze je een merk geven en gebruiken ze het als „wapen”.” K. lacht.

De wekelijkse gesprekken maakten na een jaar van K. een andere jongen. Het astmatisch reageren verdween langzaam aan, ook op nieuwe situaties reageerde hij niet meer. De ideale trainingsmogelijkheid op het Centrum speelde daarbij evenzeer een rol.

Een zwak punt blijft bij hem de emotionaliteit waarom het nodig is dat hij in een bepaald milieu verblijft om hem gezond te houden. Gegroepeerd naar de 5 Wexb. factoren zien we:

1. de organische situatie is enorm verbeterd. K. is uitgegroeid tot een gezonde sterke vitale jongen. Hij heeft leren zien en het ook zelf ervaren dat hij niet als een willoos slachtoffer aan het astma is overgeleverd.
2. Door regelmatige beïnvloeding van de moeder is veel in de paed. situatie thuis veranderd (evenwel nog ongunstig). Voor K. blijft de emotionele stress thuis als een groot gevaar voor terugval op de loer liggen.
3. De verwrongen sexualiteit is tot klaarheid gebracht.
4. De plaats in de kinderrij, voorheen een plaats van overheersing en terreur, biedt hem nu een normaal ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel voor zijn jongere zusje. Hij is een prettig gezinslid geworden en heeft een leuke puberale, wat grootpratende en zich half schamende bezorgdheid voor het wel en wee van het gezin.
5. K. is tevreden met wat hij thuis krijgt. Hij stelt geen eisen meer zoals vroeger. De domheid van moeder blijft ook hier een gevaar. Opgemerkt is een spontaner beamen van de levensopgaven:
 - Arbeid, — uitstekende prestaties en cijfers op school.
 - Gemeenschap, — meer coöperatie t.o.v. thuis en groepsleden.
 - Liefde, — los gekomen van de ziekelijke binding aan moeder.
 Het minderwaardigheidsgevoel drijft het „ik” niet meer tot geldingsdrang en overheersing.

en dan. Wees hierover niet ontmoedigd. AAN TERUGVALLEN KUN JE CONSTATEREN DAT JE VOORUIT BENT GEGAAN.

In de volgende zittingen weer een paar jeugdherinneringen. Er is overeenkomst met de andere, maar de woordkeus is vrijer, lossier van beleving en zelfs agressief.

Aan K. werd nu gevraagd wat alle herinneringen gemeen hadden. Na enig nadenken: „Dat ik me steeds verkeerd behandeld voel”.

Gespreksl. voert nu voorzichtig de term „verongelijkt” in. Nu komt de relatie moeder – kind aan de beurt, maar niet toegespitst op zijn geval, doch meer in het algemeen.

Uitgelegd wordt dat hoe meer een kind verzorging behoeft, hoe meer de liefde van de moeder stijgt. Daarna wordt het losgroeien bekeken van de kant van het kind en van de kant van de moeder.

En tot slot wordt de levensopgave gesteld: LOS KOMEN NAAR EEN EIGEN PLAATS IN HET LEVEN. We behoeven ons dus niets te verwijten nu we zien dat we ons langzaam loswikkelen. K. is tijdens dit gesprek opgewekt. Door deze kwestie in de gewone sfeer te trekken werd ze ontdaan van haar emotionele inhoud.

Dit bleek ook toen K. benauwd werd uit angst om benauwd te worden.

Gespr.l.: „Geloof me echt en probeer nu eens op m'n woord te vertrouwen. Als je de benauwdheid gewoon maar eens over je heen durft laten komen, zul je merken, dat ze vanzelf wegzakt”.

Hieraan werden enige zittingen besteed en K. was erg gelukkig dat hij steeds minder last van astma kreeg.

De masturbatie gaf K. ook veel angsten. Het bleek dat hier vele verkeerde meningen waren bijgebracht zoals: hersenziekten, dode kindjes krijgen, krankzinnig worden enz. De angst dreef hem tot grote praes-occupatie met het geslachtelijke. Vervolgens werd hij panisch-angstig voor verdoemenis visioenen.

Gespr.l. pleegde overleg met de geestelijke, die hem zou geruststellen omtrent morele consequenties van de masturbatie terwijl hijzelf de foutieve meningen in correctieve zin zou beïnvloeden. In deze weldadige leefsfeer raakte K.'s belevingen op sexueel gebied naar de achtergrond van zijn leven. Het vruchteloos en ontmoedigend doodstaren op sexuele mislukkingen maakte langzaam plaats voor een blijde levensstijl. Nu en dan werd ook even de zin van de sexuele beheersing naast andere vormen van beheersing op de juiste wijze naar voren gebracht.

de man versus de vrouw.

Karl Mannheim heeft op twee elementen gewezen, die onze maatschappij in beweging houden nl. de OPVOLGING DER GENERATIES en DE COMPETITIE. Vooral de eerste is een opgelegde situatie, welke ons dwingt tot een ongewilde standpuntelijkheid, waarbij de oudere argumenteert met *ervaring* en de jongere met *visie*.

Hoezeer wij ook in het algemeen menen objectief en neutraal te zijn, toch geraken wij altijd in een situatie, waarbij wij vanuit ons niet geheel bewuste standpunt stelling moeten nemen. *De situatieve oppositie* is deels aan de tijd, deels aan de plaats in de maatschappij gebonden.

We moeten de rol, die we door de situatie toegespeeld krijgen, ook inderdaad spelen, het kan over futiliteiten of over verstrekkende beslissingen gaan, in het dagelijks leven hebben we steeds te maken met een reeks kleine beslissingen, die volledig onze werksituatie bepalen.

Het zowel passief accepteren als het actief hanteren van de situatie behoort tot de levenskunst en de praktische psychologie.

Met als basis, dat wij allen in een situatieve oppositie gebracht worden, kunnen we ons afvragen:

WAT MAAKT DE EEN TOT EEN OPVALLENDE OPPOSANT EN WAAROM BEPERKT HET OPPOSITIONELE GEDRAG VAN DE ANDER ZICH TOT DUIDELIJK OMSCHREVEN SITUATIES?

Datgene wat de persoon zelf aan de situatie toevoegt, dus dat wat van hem uitgaat en dus niet aan de situatie zelf ligt, maakt iemand tot opposant.

Het is datgene wat typisch voor de persoon zelf is, waardoor deze situatie een kleur gaat vertonen. Vandaar dat dr. W. naast de situatieve oppositie een tweede dimensie wil aanbrengen: de KARAKTEROGENE OPPOSITIE. Deze vorm is het gemeenlijk, waar men het over heeft als het over de opposant gaat.

Uitgaande van een glijdende schaal kan een reeks opposantentypen onderscheiden worden (afgezien van de beide uitersten, die in de ambtelijke sfeer en het bedrijfsleven vroeg of laat verwijderd worden).

DE QUERULANT, de actieve, negativistische opposant, die alles aangrijpt om te bewijzen, hoe onrechtvaardig de mensen zijn, hoe ze liegen en bedriegen en zich niet aan hun woord houden.

Eigen onzekerheid en onvermogen om iets van zichzelf te realiseren, projecteert hij naar buiten. Hij is slachtoffer van een vooroordeel, dat hem volledig fascineert. Goede trouw kan hij niet veronderstellen, daar hij deze niet kent. Hij is wantrouwend omdat hij nooit iemand heeft kunnen vertrouwen.

Deze paranoid-querulante typen worden vaak gevonden onder degenen die

een gevoelsmatig verwaarloosde jeugd hadden.

DE NEGATIVISTEN. Zij zijn minder agerend dan de querulanten. Zij zien steeds het negatieve en willen altijd bedenkingen naar voren brengen. Een van de vele variaties daarop is de CONSERVATIEVE NEGATIVIST, die opziet tegen veranderingen, waarin hij een mogelijkheid tot mislukken ziet. De onmacht om eigen groothedsideeën te verwerkelijken wordt naar het verleden geprojecteerd, actuele kleinheid wordt als verval getypeerd. Zijn grootheid ligt in zijn verzet tegen de afbraak van een gefantaseerd verleden.

Een spectaculaire opposant is de REVOLUTIONAIRE NEGATIVIST, de man die alles en liefst alles tegelijk veranderen wil en zich teweer gaat stellen tegen de krachten, die hem in zijn ambitieuze groothedsdromen tegenhouden. Hij komt er toe zijn chefs en medewerkers te verwijten dat ze niet progressief genoeg denken. Is hij daarenboven door innerlijke onzekerheid wat wantrouwig, dan komt hij er gauw toe te zeggen dat „ze” hem tegenwerken al of niet uit onedele motieven. Als de boel misgaat, heeft het niet aan hem gelegen, hij heeft altijd gewaarschuwd.

Hier komen we aan de onbegrepene, de miskende, de tekortgekome, de „Schlecht-hinweg-gekommene” van Nietzsche.

DE INTRIGANT. Deze kent met een grote begaafdheid en vindingrijkheid, vaak geheel intuïtief, de zwakke plekken van de mensen in zijn omgeving, die hij tegen hen en tegen anderen uitbuit. Door kleine, soms virtuoze accentverschuivingen, niet geheel ware of onware interpretaties, weet hij iedereen tegen iedereen op te zetten. Zo bewerkt hij een sfeer van onzekerheid, waarin hij door een diep uit de ziel opwellende behoefte aan macht, de draden in handen kan houden. Juist aan de intrigerende opposant neemt men goed waar, hoe hij een situatie uitbuit, en zelfs zo, dat hij niet ophouden kan, ook al heeft hij het doel bereikt.

De echte intrigant is een karaktertype, een voorbeeld van een venijnig opposant, die een, hem zelf vaak onbewust, doel nastreeft.

De indeling tussen KARAKTEROGENE en SITUATIEVE oppositie is zinvol, omdat er duidelijke verschillen zijn. De situatieve loopt af, hetzij in een succes, een falen of een compromis. Gemeenlijk ontstaat er een leefbaar evenwicht in de krachtverhoudingen, waarbij bevredigend samengaan mogelijk is.

De karakterogene oppositie kent echter géén bevrediging, althans niet een, die door het bedrijfsleven of door het werksmilieu te verschaffen valt. Daarom is niet de situatieve oppositie storend maar de karakterogene. Deze ligt niet in het kader van de werksomstandigheden, niet in het reële vlak en kan dan ook niet in het reële vlak beantwoord worden.

Dit wordt op de eerstvolgende zitting besproken.

K.: „Ik was bang dat m'n haar niet goed geknipt zou worden”. Spontaan vertelt hij dan huilende: „Vroeger scholden ze me uit voor rooie duivel en rooie stier”.

Hierna begint hij, aanvankelijk schuchter, steeds meer te spreken over zijn angsten, hierbij steeds de woorden „angst” en „benauwd” verwarrende.

Samen worden dan 4 soorten, bij alle mensen voorkomende, angsten bestudeerd.

1. oversteken als snelverkeer nadert; 2. in donker, omdat je je niet kunt oriënteren en de vertrouwde steunpunten kwijt bent. 3. om uitgescholden te worden, omdat ze je niet mogen, een soort angst dus om buiten de gemeenschap geplaatst te worden. 4. voor ziekte, oorlog, rampen, dood, dus aan buiten zich liggende oorzaken.

Er wordt nu bekeken hoe angst zelfs een functie kan hebben, maar ook hoe ze buitensporig groot kan worden door bepaalde oorzaken en dan zelfs de persoon kunnen bedreigen.

Daarbij worden oorzaken van reeds eerder genoemde foute meningen onderzocht en K. vertelde dat moeder eens had gezegd, dat het eczeem zo erg was geweest, dat ze haar vinger door z'n schedel heen kon steken. Ook had moeder hem naar Heilo gebracht waar hij door onderdompeling van het eczeem was genezen maar astma er voor in de plaats was gekomen. De gespreksl. vertelde hier rustig over het alternerend patroon eczeem-astma, eczeem-astma.

Ook de kant van het „wonder” werd bekeken, want hoe kan iemand heerlijk van eczeem genezen maar tegelijkertijd een ernstig astma ontvangen? K. moest hierom bevrijdend lachen.

Vlak voor de vakantie heeft K. een paar dromen, die op twijfel duiden. Na de vakantie: „Hoe is het gegaan?” – Ik had buikpijn toen ik wegging, ben drie dagen ziek geweest. – Wat bedoel je met ziek? – Benauwd. – Er is toch geen verband tussen buikpijn en benauwd? – Ik was bang dat de hele vakantie bedorven zou worden en dat ik van moeder naar bed moest (vroeger mocht ik ook niets, werd dan kwaad. De zussen bemoeiden zich er mee en ik vernielde hun spullen enz.) – En de verdere vacantedagen? – Heel best, veel buiten gespeeld, gezwommen ook, maar wel af en toe piepen.

Winstpunten worden nu opgespoord en vervolgens de verwachtingen op korte termijn wat getemperd: „Je zult nog wel wat terugvallen nu

jongens terug, doet bijna niet mee, spaart zichzelf, sport niet, is angstig en bang voor alles en is heel gauw benauwd.

Hij is op één na de jongste van 4 zusjes, wordt boven de zusjes voorgetrokken en heeft duidelijk de plaats van „enige” zoon gekregen. Hij had bronchitis vanaf 3 maanden en van 7 maanden tot 5 jaar ernstig eczeem dat dan plaats maakt voor hevig astmatisch reageren. Hij heeft rood'haar.

Moeder is een overbezorgde, nerveuze, domme, onevenwichtige vrouw, vader, grondwerker, een onbehouden grootschreeuwer, die ontevreden met het leven is. Hij sterft als K. 13 jaar is.

Er zijn veel en altijd durende geldzorgen, doch K. krijgt veel wat voor de andere kinderen niet mogelijk blijkt. Hij stak goed in de kleren en kreeg veel speelgoed. Hij is erg verwend.

Toen K. 4 maanden in het astma-centrum was, begonnen de wekelijkse individual psychologische gesprekken, ieder van drie kwartier, en die een jaar voortgang hadden.

Aanvankelijk lag het accent op een zekere geruststelling en het kweken van een vertrouwelijke relatie.

K. vertelde veel, waaruit kon worden opgemaakt dat hij meende: dat zijn longen ziek waren – dat je kon stikken bij een aanval – dat het astma sterker werd naar gelang je ouder werd – dat hij bang was voor die „rare zenuwangsten”.

De herkomst van deze meningen werden samen met de gespreksleider onderzocht. Deze kon a.h.w. het astmatisch-reageren bepalen.

Leidde het gesprek bv. naar beleving in emotionele sfeer, dan werd het „piepen” hevig, doch elk spoor van astma verdween wanneer er klaarheid in een probleem-situatie kwam.

Uit de jeugdherinneringen en dromen bleek:

1. anderen doen – 2. ik ben machteloos – 3. ik krijg de schuld – 4. ik ben onrechtvaardig behandeld – 5. ik moet voor anderen de straf dragen. Samengevat: Ik ben steeds het arme slachtoffer.

Enige weken lang werden herinneringen en dromen besproken, waarbij K. verrast lachend tot enige „aha-erlebnissen” kwam en vertelde: „Vroeger durfde ik niet naar school. Ik was bang dat de jongens me zouden uitlachen”.

De hieropvolgende week schopte K. een enorme rel en weigert permanent zich door de internaats-kapper te laten knippen.

De karakterogene opposant moet zijn eigenwaarde aan de wereld en zichzelf bewijzen. Hij is te kort gedaan en nu moet hij het of agressief eisend veroveren of even agressief permanent verwijten of drenzend om erkenning blijven zeuren.

De actieve opposant moet steeds successen boeken om zijn gevoel op niveau te houden. De passieve opposant moet steeds opnieuw schouderklopjes ontvangen, merken dat hij gewaardeerd wordt.

De situatieve en de karakterogene oppositie zijn beide vormen van tussenmenselijke relatie. Er is echter nog een onderscheid te maken. De eerste is steeds gericht op de situatie in de steeds wisselende buitenwereld. Naarmate deze verandert, wijzigt de stellingname van de opposant. De karakterogene opposant daarentegen opponeert tegen een imaginaire figuur in de binnenwereld, althans een figuur, die een doorslaggevende rol gespeeld heeft in zijn levensgeschiedenis. Deze opposant draagt zijn woede, teleurstelling, verwijten, vanuit zijn binnenwereld over op een toevallig aanwezige.

De discrepantie tussen het feitelijke probleem en de hoeveelheid emotie, die erbij geventileerd wordt, is het signaal, dat er iets mis is. Het abnormale van het storend gedrag van opposant is af te lezen aan de emotionele storm, die bij hem woedt. Dit is een zeer algemene regel, die we op opposanten mogen toepassen.

Nadrukkelijk wil dr. W. betogen dat oppositionele mensen niet altijd mislukkelingen zijn. Het emotionele surplus kan bv. heel goed de motor zijn voor de ontplooiing van een grote activiteit in het werk. Maar ook hier blijft de regel gelden, dat een overmaat van activiteit, ja, een werkbezetenheid, wijst op een dieper liggend mechanisme. Er zijn talloze mogelijkheden, die zich verbergen achter de oppositionele mens (jeugdervaringen, huwelijksverhoudingen enz. enz.) maar het zou en voor de medewerkers en voor de persoon zelf fout zijn als er te veel rekening wordt gehouden met deze achtergrond. Wanneer de opposant zijn hebben en houden op tafel zou leggen voor degenen die hij dagelijks in de werksfeer ontmoet, dan is deze verhouding verstoord, terwijl hij niet, althans niet door de baas, geholpen kan worden.

De baas blijve baas en worde geen dokter, de medewerker blijve medewerker en worde geen patiënt. Principieel moeten de rolverhoudingen gehandhaafd blijven, anders vervaagt het kader waarin gewerkt wordt. Natuurlijk is het goed, dat mensen, die met elkaar werken, enigszins afweten van elkaars gevoeligheden en achtergronden, ja, het is zelfs een eis die men stellen mag.

We leven niet om te werken, we werken om te leven en het bevorderen van

het levensgeluk, voorzover dit met de actuele situatie in het werk verenigbaar is, is zeker mede een taak van het modern bedrijf. De oneffenheden van onze karakters zijn de oorzaak van veel nutteloze wrijving in de werksfeer.

Men moet de karakterogene storende oppositie terugbrengen tot dat wat onvermijdelijk is, tot de situatieve. Getracht zal worden om van een emotionele oppositie een situatieve te maken, waarbij dan weer niet vergeten moet worden, dat de emotionaliteit nooit geheel uit te schakelen zal zijn.

De opposant moet gezien worden in het dynamische kader van het geheel. De *verborgen* oppositie, die zich uit in overmatig hard werken, zal uiteindelijk niet het bedrijf storen, maar de man zelf.

De *openlijke* oppositie kan voor het bedrijf zowel gunstig als ongunstig zijn. Voor beide, individu en bedrijf, is het verreweg het beste als men tijdig maatregelen treft en het niet zover laat komen, dat oppositie storend wordt. Hierna besprak dr. Weijel nog enkele voorbeelden, waaraan het besprokene goed tot zijn recht kwam.

R.-St.

PSYCHOTHERAPIE MET ASTMATISCHE KINDEREN

Voordracht van de heer J.B.A.M. Buschman, voorheen paed. leider aan een Astma-Centrum, gehouden op 28 november 1964 te Amsterdam.

In de werkhypothese op het Astma Centrum wordt uitgegaan van de gedachte dat lichamelijke en geestelijke weerbaarheidstraining een gunstig effect sorteert t.o.v. het astma.

Bij de kinderen in het Astma-Centrum is geconstateerd, dat de geestelijke weerbaarheid zeer klein is.

Daar tegenover is gebleken dat bijna de meesten op het vlak van de lichamelijke weerbaarheid een grote taaiheid met veel uithoudingsvermogen hebben, hetgeen de kinderen zelf aanvankelijk niet durven te aanvaarden.

Karakterologisch gezien hebben we te maken met een zeer karakterslap kind, waarbij alle eigenschappen van het verweerde kind in sterke mate aanwezig zijn. Het is een narcistisch, chaotisch „ik“ dat steeds verder uit wil dienen in bevrediging van eigen wensen en verlangens enz. Deze kinderen komen niet tot een doorleefd contact, echte gemeenschap en ontmoeting.

Het aanknopingspunt voor de pedagogische beïnvloeding is de *inflatie van het „ik“*.

Het belangrijkste paed. hulpmiddel is de eigen persoonlijkheid van de opvoeder.

Een opvoeder met „bindingsbehoefte“ is hier niet op z'n plaats want in deze sfeer zit te veel zachtheid en weekheid en deze opvoeder zal ten slotte bezwijken onder de ik-zuchtige druk van egocentrisch eigenbelang van het kind.

Ook de harde opvoeder, ogenschijnlijk geschikt voor weerbaarheidstraining is niet de juiste man.

Nodig is een opvoeder, waarvan rust, zekerheid en stabiliteit uitgaat. Hij moet van kinderen houden, zonder daarbij tot sentimentaliteit of flauwheid te vervallen.

In een gezonde wij-verhouding, waar de juiste gemeenschapszin heerst, zal het kind leren zich om de zakelijke motiveringen (Künkel) te richten naar het gemeenschapsbelang.

Bemoediging speelt hierbij een grote rol. Deze kinderen voelen zich vaak op veel gebieden onmachtig en zijn dat ook dikwijls.

Het juiste draagvermogen van het kind te kennen en dienovereenkomstig het kind tot een taak uit te nodigen, is de opgave van de opvoeder.

Het horizontale groepssysteem biedt mogelijkheid tot gezonde rivaliteit. De groepsleider mag en kan echter niet al te hoge eisen stellen, waar bij velen de gemeenschapszin nog onvoldoende ontwikkeld is.

In het Astma-Centrum worden alleen maar gewone dingen gedaan en gevraagd. Alle normale dagelijkse eisen, wel soepel gehanteerd en steeds met geduld door de opvoeder beoordeeld, moeten worden vervuld.

Hieraan heeft het chaotisch-ik de mogelijkheid een houvast te krijgen om langzaam aan een gevoel van zelfbepaling te verwerven.

Ook het gewoon meedoen aan sport en spel komen niet alleen de lichamelijke weerbaarheid ten goede, maar verhoogt eveneens het zelfgevoel.

Begrippen als sportiviteit en samenspel kunnen hierbij worden ervaren en beleefd.

Het kind gaat een nieuwe vorm van blijdschap ontdekken, de blijdschap van tevredenheid met alle mogelijkheden, die er in een kinderleven zijn. Behalve deze dagelijkse training in werk, sport en spel worden groeps gesprekken gehouden.

Bovendien zijn er de individual heil-paedag. gesprekken met een afzonderlijk kind.

Na deze korte inleiding geeft de heer Buschman een uitvoerig verslag over een jongen, K, welk verslag wij hier graag, hoewel enigszins verkort laten volgen:

K, 14 jaar, een wilszwakke, onzekere jongen. Hij trekt zich van andere