

Voordrachtenreeks 4, 1962

De toekomstverwachtingen van de psychiatrische inrichtingen

door Prof. Dr. A. Poslavsky,
geneesheer-directeur van de
Willem Arntsz-Hoeve, Den Dolder

Het zou verleidelijk zijn gebruik te maken van de onbestemdheid van alle toekomst om de fantasie de vrije loop te laten en een uiteenzetting te geven van de schoonste toekomstverwachtingen, die de inrichtingsarts zich omtrent zijn werkterrein kan dromen. Het zou verleidelijk zijn, in het beste geval zou het ook nog amusant kunnen zijn: een soort futuristisch zelfportret van een inrichtingspsychiater. Het zou echter niet nuttig zijn, het zou geen bijdrage leveren tot het probleem, dat door het bestuur aan de orde is gesteld. Wij zullen daarom veeleer onze overwegingen moeten aanknopen aan bepaalde werkhypothesen, die wij vervolgens kunnen trachten uit te werken.

Als *eerste hypothese* zou ik willen stellen, dat de maatschappij de psychiatrische inrichtingen in stand zal houden, teneinde zich te verzekeren van bepaalde diensten, welke als noodzakelijk worden beschouwd. Op grond van deze hypothese zou men kunnen zeggen, dat de toekomst van de psychiatrische inrichtingen bepaald wordt door de taakontwikkeling van die inrichtingen in ons maatschappelijk bestel. De zaak wordt echter gecompliceerd, doordat diegenen, die verantwoordelijk zijn voor de vormgeving aan het maatschappelijk leven niet deskundig kunnen zijn ten aanzien van alle maatschappelijke organen, die zij in stand houden. Hieruit ontstaat een voorlichtende taak voor de deskundige specialisten, die enerzijds hun opvattingen ontleenen aan de vooruitgang en de wetenschap, doch anderzijds ook zelf gevormd worden door de maatschappelijke structuren, waar zij in leven. Aan de verplichting, die de specialisten hebben tot het geven van voorlichting aan de overheid, ontspringt de ongerustheid, die door vele deskundigen ten aanzien van de psychiatrische inrichting tot uitdrukking wordt gebracht. Als voorbeeld citeer ik Zijlstra: 'De hulp van de psychiatrische inrichting wordt meer en meer gezien als de allerlaatste hulp, die eerst in aanmerking komt als al het andere (vele adviezen van niet-artsen inbegrepen) zonder succes geprobeerd is en de last van de huisarts te zwaar wordt. De psychiatrische inrichting schijnt te degraderen tot opberginrichting van chronische zieken en maatschappelijke non-valeurs. Het aanzien van de psychiatrische inrichting als levend ziekenhuis en bron van hernieuwde gezondheid brokkelt voortdurend af'.

Indien wij mogen aannemen, dat de meningsuiting van deskundigen althans enige invloed heeft op de publieke opinie, in het bijzonder op de

opinie der gezagdragers, dan kunnen wij verwachten, dat de toekomst van de psychiatrische inrichtingen bepaald zal worden door de resultaten van de maatschappelijke ontwikkeling met betrekking tot de zaak der psychiatrische inrichtingen enerzijds en de inzichten van de psychiatrisch deskundigen anderzijds. Hieruit volgt, dat onze eerste werkhypothese voert tot het stellen van twee vragen:

1. zijn er in de huidige ontwikkeling van de psychiatrie tendenties zichtbaar, die pleiten voor een bepaalde ontwikkelingsrichting van de psychiatrische inrichting;
2. zijn er in het maatschappelijk leven in het bijzonder met betrekking tot de zorg om de mens, tendenties zichtbaar, die pleiten voor een bepaalde ontwikkelingsrichting van de psychiatrische inrichtingen.

Om deze vragen zoveel mogelijk te concretiseren, formuleren wij nog een *tweede werkhypothese* en wel deze, dat aan de taak van de psychiatrische inrichtingen voorlopig drie aspecten zullen worden onderscheiden, n.l.:

1. wetenschappelijk werk en research,
2. opleiding,
3. praktische geestelijke gezondheidszorg, waaronder allereerst te verstaan behandeling van zieken, daarnaast voorlichting en misschien preventie.

Wellicht ten overvloede zij opgemerkt, dat de volgorde zo gekozen is om het minst controversionele punt het eerst te kunnen bespreken en het moeilijkste voor het laatst te bewaren. Wij zijn het er immers allen over eens, dat de psychiatrische inrichtingen te weinig gelegenheid krijgen om *wetenschappelijk werk* te verrichten en ook, dat er vroeger een tijd is geweest – in ons land heeft die tijd tot in de 20ste eeuw geduurd – waarin dat anders was. Oorspronkelijk heeft de psychiatrie zich immers als inrichtingspsychiatrie ontwikkeld, doch in het eerste kwart van deze eeuw werd de psychiatrische wetenschapsbeoefening grotendeels verlegd naar de Universiteitsklinieken, terwijl van de psychiatrische inrichtingen veeleer werd verwacht, dat zij de universitaire wetenschap zouden toepassen, dan dat zij zelfstandig tot de ontwikkeling van die wetenschap zouden bijdragen. Bij mijn weten is dit door niemand scherper geformuleerd, dan door Jaspers (Gedenkboek pag. 66 kleine letter). Deze feitelijke inkrimping van de taak der psychiatrische inrichtingen schijnt merkwaardigerwijze weinig voelbaar te zijn geweest. Ze had aanvankelijk ook geen zichtbare gevolgen. Voor zover immers de psychiatrie werd beschouwd als toegepaste neuro-biologie, – standpunt, dat wij nog onlangs door Dr. Stenvers hebben horen verdedigen – lag het in de rede om als vanzelfsprekend aan te nemen, dat de bevindingen van de kliniek zonder meer van toepassing zouden zijn in de inrichting. De ontwikkeling van de Freudiaanse dieptepsychologie bracht daarin geen wijziging: Freud, Jung, Rank, Stårcke en anderen zochten immers naar psychische wetmatigheden, die algemeen – d.w.z. overal en altijd – geldig moesten zijn naar het model der natuurwetenschap. Ook de geesteswetenschappelijke benadering, zoals Jaspers die invoerde, bracht daarin geen wezenlijke verandering. Ook de fenomenologische doorlichting van het arts-patiënt contact – men denke aan het door Ruumke beschreven praecox gevoel – is niet gebonden aan enige omgeving of sociaal

milieu. Integendeel: persoonlijk heb ik mij er van kunnen overtuigen, dat b.v. in een inrichting in de tropen het preacox gevoel op analoge wijze optreedt en aanvoelt als ten onzent. Sinds de laatste wereldoorlog is er echter een nieuwe richting in de psychiatrie in sterke opkomst, die het universeel geldige in psychologicis betwijfelt, en daarmee de milieu bepaaldheid van het gedrag, dus ook van het ziekelijke gedrag, sterk accentueert. De opkomst van deze richting is aan verschillende factoren te danken. In de eerste plaats is daar de snelle ontwikkeling der sociale wetenschappen, waaronder in het bijzonder enerzijds de groepsdynamica en anderzijds de culturele antropologie, die een begrippenapparaat verschafte, waardoor onderscheidingen, die tevoren wel vagelijk werden aangevoeld, gebracht werden binnen de werkingssfeer van het wetenschappelijk onderzoek (ten aanzien van de psychiatrische inrichtingen herinner ik U aan Stanton, aan Schwartz, aan Caudill, aan Greenblatt en vele anderen). In de tweede plaats heeft een belangrijke rol gespeeld de ontwikkeling van de psychotherapie der psychose (Benedetti, Rosen, Séchéhaye, Withacker en anderen).

De intensieve bemoeienis met de psychotische patiënt bracht immers meer dan ooit aan het licht welke psychogene en sociogene componenten het ontstaan, maar vooral het beloop van de psychose mee bepalen en het gedrag van de psychose-lijder mee vormen. Bovendien viel daardoor sterk de nadruk op het tussenmenselijk karakter van alle psychiatrische zorg, dat trouwens ook door andere scholen centraal werd gesteld (ik noem slechts Binswanger en Buytendijk in Europa en Sullivan in Amerika).

In de derde plaats meen ik een belangrijke invloed te moeten toekennen aan de zeer pragmatische werkwijze van de Engelse en Amerikaanse legerpsychiatrie in de laatste wereldoorlog, welke na de oorlog in de civiele praktijk werd voortgezet. Deze benadering gaf een schok aan het vertrouwen in de scheiding tussen endogene en psychogene ziekten en vooral ook aan de voordien aanvaarde hiërarchie van etiologische factoren, zoals b.v. opgesteld door Birnbaum. Deze nieuwe richting, waarin verschillende stromingen samenvloeien, legt niet alleen een nieuw accent op de tussenmenselijke verhoudingen, waarin de patiënt wordt verpleegd en behandeld, en op de sociale structuur, waarin deze verhoudingen zijn ingebed, doch wijst ook de weg naar een nauwkeuriger wetenschappelijk onderzoek van deze verhoudingen en structuren. Waar de sociale structuren in een psychiatrische inrichting geheel verschillend zijn van die in de kliniek, in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (om van een poliklinische instelling maar te zwijgen), accentueert deze richting naar mijn gevoelen de noodzaak van eigen zelfstandig wetenschappelijk onderzoek voor de psychiatrische inrichtingen. Daarbij komt nog een andere factor, die in dezelfde richting werkt. In het zuiver praktische vlak bracht de snelle groei van de staven der Universiteitsklinieken met zich, dat aan die klinieken mogelijkheden werden geboden, die in geen enkele psychiatrische inrichting gerealiseerd kunnen worden. Ruw geschat is in onze inrichting overdag – dus tijdens de actieve behandelingsuren – de verhouding tussen de aantallen verplegenden en patiënten dezelfde als de verhouding tussen de aantallen artsen en patiënten in de universiteitskliniek. Deze stand van zaken laat m.i.

slechts twee mogelijkheden open. Ofwel de psychiatrische inrichting kan zo goed en zo kwaad als het gaat de werkwijze van de kliniek kopiëren, waarbij altijd een onbevredigend compromis gevonden zal moeten worden tussen het model, dat voor ogen zweeft en de beperkte mogelijkheden die de inrichting biedt, ofwel de psychiatrische inrichting zal geheel eigen wegen moeten zoeken om de sociale structuur van de inrichting als zodanig tot een maximaal therapeutisch rendement te brengen. Deze ontwikkelingen maken ons hand over hand duidelijker, dat de psychiatrische inrichtingen ongetwijfeld met vrucht gebruik zullen kunnen maken van het wetenschappelijk werk der Universiteitsklinieken, doch daarnaast eigen problematiek met eigen wetenschappelijk- en speurwerk tot oplossing moeten trachten te brengen.

Buitendien wordt duidelijker, dat de psychiatrische inrichtingen een eigen bijdrage moeten leveren tot ons inzicht in ziekelijke gedragingen. Men denke slechts aan het zo urgente probleem van hospitalisme. Het komt mij voor, dat de inrichtingen dat ook kunnen doen en wel te meer naarmate het psychiatrisch denken zich los gaat maken uit denkpatronen, die veeleer voor organische ziekten dan voor gedragsstoornissen zijn geknipt, om zich aan te passen aan de eigen geaardheid van zijn object, n.l. ziekelijk gedrag, liever nog gedrag in morbide situaties. Dat het medisch-biologische niet verworpen moet worden (b.v. door het naar de neurologie te verwijzen), maar wel geïntegreerd, spreekt vanzelf. Concluderend zou ik willen zeggen, dat er inderdaad een duidelijke tendentie in de psychiatrie is aan te wijzen in de richting van een eigen wetenschappelijke taak voor de psychiatrische inrichtingen. Wij zien trouwens in ons land de laatste jaren een aantal publicaties, ik noem slechts Van der Drift, Doff, Ploegsma, Zijlstra, die speciaal hierop zijn gericht, terwijl in Engeland en Amerika literatuur hierover verschijnt, die vermoedelijk nog veel omvangrijker is dan datgene wat tot ons doordringt omdat deze literatuur voor een deel in de verpleegkundige en sociale sectoren verschijnt (ter illustratie slechts noem ik Render en Weiss; Argyris). Het is dunkt mij zeer bemoedigend om te horen, dat ook de overheid (als exponent van de maatschappij) deze opvatting is toegegaan. Nog onlangs immers verklaarde de Minister ook voor wetenschappelijk onderzoek aan andere dan Universitaire ziekenhuizen ruimte te willen laten.

De opleiding is geen – misschien moeten wij zeggen nog geen – punt van grote controverse. Wat de verpleegstersopleiding betreft, het is mogelijk dat achter gesloten deuren strijd is gevoerd, doch ernstige repercussies zijn, voor zover ik weet, uitgebleven. Daartoe is tot dusverre ook nauwelijks aanleiding geweest. Ik verwacht wel, dat er meer leven in deze brouwerij zal komen, wanneer men er in zou slagen meer stringente aanwijzingen te geven omtrent de optimale opzet en inrichting van de opleiding in verband met de toekomstige taak van de verpleegster, in het bijzonder van de B-verpleegster, doch niets wijst erop dat dit op korte termijn mogelijk zal zijn. Ook wat de specialistenopleiding betreft zullen nog wel enkele harde noten gekraakt worden, maar het ziet er niet naar uit dat daarbij tegenstellingen zullen ontstaan van principiële betekenis voor de inrichting.

Richten wij thans onze aandacht op de praktische gezondheidszorg.

Welk aandeel in de *praktische geestelijke gezondheidszorg* mogen de psychiatrische inrichtingen verwachten toegemeten te zullen krijgen? Beginnen wij met deze vraag te concretiseren als volgt: vinden wij in de huidige psychiatrie tendenties die erop wijzen, dat voor een doelmatige behandeling van patiënten wenselijk is dat de inrichtingen ook extramurale activiteit ontplooiën?

Inderdaad wordt dit bepleit in een aantal rapporten van deskundige commissies van de Wereld Gezondheids Organisatie. In het derde rapport van bedoelde commissies wordt aanbevolen de staf van het psychiatrische ziekenhuis systematisch in te zetten in extramurale activiteiten van therapeutische maar ook van preventieve en opvoedende aard. In het vierde rapport wordt verklaard, dat het 'wenselijk is, dat hetzelfde medisch-sociale team verantwoordelijk zij voor alle geestelijk hygiënische problemen van de gemeenschap'. In het vijfde rapport staat, dat 'de scherpe differentiatie tussen psychiatrische ziekenhuizen aan de ene kant en poliklinische afdelingen e.d. aan de andere kant meer een begripsmatige dan een werkelijke is. Er is geen twijfel, dat, al was het maar om de continuïteit van de zorg te verzekeren, de inrichtingsstaf een rol moet spelen bij het werk buiten de inrichting. Het zou echter even waardevol zijn de staf van poliklinische afdeling en zelfs anderen, in het bijzonder praktiserende artsen, aan te moedigen zich te interesseren voor en te betrekken bij het dagelijks werk in de psychiatrische inrichting'.

Geheel in overeenstemming hiermee is de opvatting van Zijlstra: 'Teveel wat kan worden onderscheiden, wordt ook meteen scherp gescheiden. Er is een versnippering, waarbij teveel personen en instanties naast elkander werken en tegelijk elkanders werkterrein overlappen.

Daartegenover staat echter een andere mening. Ik citeer Ferguson: 'Zijlstra spreekt over een te grote versnippering van het werk. Het zou ook een versnippering zijn, wanneer de psychiatrische inrichting sociaal-psychiatrisch werk zou gaan doen.

Men kan nu eenmaal niet alles zelf doen. De gecompliceerdheid van onze maatschappij brengt met zich, dat men in bepaalde gevallen moet kunnen delegeren. Wanneer men degene, aan wie men delegeert, kent, bestaat er ook niet zo heel veel bezwaar tegen. Daarom ben ik het ook zo geheel eens met het pleidooi van de spreker voor een intensieve samenwerking tussen de inrichting en de sociaal psychiatrische dienst. Tegen een bepaalde vorm van detachering bestaat zeker geen bezwaar, wanneer de periode van de detachering maar niet te kort wordt genomen'.

In hetzelfde stuk zegt Ferguson nog: 'Inderdaad de sociaal-psychiatrische diensten zijn er nog niet.. Maar ze maken een ontwikkeling door en men moet ze tijd gunnen en helpen, waar dit kan. Dit helpen gebeurt beslist niet door bij de psychiatrische ziekenhuizen eigen sociale psychiatrische diensten of dienstjes op te richten. Wanneer men in bepaalde gevallen van mening is, dat men niet voldoende over de sociaal-psychiatrische achtergronden van een patiënt is geïnformeerd, dan ware dit met de desbetreffende diensten te bespreken en in gezamenlijk overleg is dan zeker een oplossing te vinden. Maar men moet er van uitgaan, dat het inwinnen van sociaalpsychiatrische informatie zoveel mogelijk over de S.P.D. moet lopen'.

De opvattingen van de collega's Zijlstra en Ferguson heb ik zo uitvoerig

geciteerd, omdat beiden heel duidelijk hun meningen kenbaar maken en bovendien uitstekende aanknopingspunten bieden voor een verder doordenken van deze zaak. Waar beiden immers in iets geheel anders een gevaar voor versnippering zien, dwingen beiden ons te zoeken naar een vergelijking hunner grondprincipes, die deze verschillen begrijpelijk kan maken. Het lijkt mij ook vruchtbaarder de discussies uit het onmiddellijk praktische vlak te trekken, al is het maar omdat men anders licht in detailkritiek blijft steken. De opvatting van Zijlstra schijnt mij te zijn gebouwd op een grondslag, die wellicht het meest benaderd wordt, waar hij zegt: 'Er is een gevaarlijke – en ontoelaatbare verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt (Boswijk)'. Dit groundbegrip begint te dagen in het 5e W.G.O. rapport, waar over 'continuïteit van de zorg' wordt gesproken en komt duidelijker uit in het zevende rapport (van de deskundige commissie van de W.G.O.), waar met betrekking tot de patiënt, die na langdurige opname de inrichting verlaat, gezegd wordt: 'Voor het ogenblik staat hij alleen. Zijn natuurlijke neiging zal zijn om dekking te zoeken – terug naar de psychiatrische inrichting'. Het groundbegrip, waar in dit verband op gezinspeeld wordt, schijnt mij te zijn het begrip van de *persoonlijke*, dus niet overdraagbare of 'delegeerbare' relatie.

Daarentegen schijnt het richtinggevende principe bij Ferguson te zijn: het *organisatorische*.

Bij Ferguson lezen wij de begrippen *delegatie* en *informatie*. Nog een relevant groundbegrip is in dit verband het begrip *communicatie*. Ter verheldering zij hier aan toegevoegd, dat onder dit laatste, communicatie, dus verstaan wordt het doorgeven van het mededeelbare in sociaal verband, onder relatie daarentegen de unieke ('eenmalige') verhouding van mens tot mens, in casu van arts tot patiënt, van verpleegster tot patiënt.

Ik moet toegeven, dat ik eerst getracht heb deze beide beginselen, het relationele en het organisatorische, in het licht van huidige psychiatrische inzichten tegen elkaar af te wegen. Dat ik daar niet in slaagde, is daaraan te wijten, dat deze beginselen onderling niet gelijkwaardig zijn. Het relationele beginsel houd ik voor een grondprincipe, het organisatorische verwijst vermoedelijk slechts naar een groundbeginsel, waar het mee verward wordt.

Dit meen ik pas goed begrepen te hebben na lezing van de openbare les van Speijer en ook na lezing van het stuk over administratieve psychiatrie van Doff. Organiseren betekent immers het structureren van sociale situaties: de grondslag, waar het organisatorische beginsel een uitvloeisel van is, zou ik graag om ingewikkelde woorden te vermijden, aanduiden als: het *situatieve*.¹

Terwille van de overzichtelijkheid moge ik het materiaal, waarover wij thans beschikken, hergroeperen. Wij vinden dan tendenties in de richting van het relationele:

¹ Hierbij wordt het woord 'situatief' in een wat afwijkende betekenis gebruikt: als terminus technicus omdat het begrip situatie meer is dan het hierbedoelde sociale aspect van de situatie.

1. de ontwikkeling van de psychotherapie;
2. de uitbouw van de antropologische en 'interpersonale' richtingen in de psychiatrie;
3. opvattingen, zoals neergelegd in W.G.O. rapporten.

Wij vonden echter ook tendenties in de richting van het situatieve:

1. de ontwikkeling van de sociaal-psychiatrische, de sociologische en de sociaal-psychologische benadering van de zieke;
2. de opkomst van administratieve psychiatrie;
3. en tenslotte moge ik nog wijzen op enkele pogingen om tot situatieve analyses van verschillende vormen van psychotherapie te komen.

Dit overzicht doet ons een zodanige taak voor de psychiatrische inrichting wensen, dat, zowel het relationele als het situatieve grondbeginsel ten volle tot hun recht kunnen komen.

Voor de psychiatrische inrichting betekent dat in dit verband m.i. bovenal, dat alle factoren, die een optimale ontwikkeling van de arts-patiënt en verpleegster-patiënt relatie in de weg staan, zouden moeten worden tegengegaan; met name denk ik aan de twee volgende factoren:

1. arts, verpleegster en patiënt weten op dit ogenblik allen, dat arts en verpleegster gedwongen worden patiënt in de steek te laten op het kritieke moment waarop hij teruggaat naar de maatschappij;
2. een factor van geheel andere aard is de volgende: 'Het feit, dat zelfs nu nog de inrichtingsarts vaak geen contact heeft met de leefwereld van de patiënt buiten het ziekenhuis, houdt vooroordeel en misvatting in de publieke opinie mede in stand' (7e rapport van de deskundige commissie over geestelijke hygiëne van de W.G.O.).

Dit wijst sterk op de wenselijkheid van extramurale activiteit voor de inrichting, of beter – en dat vind ik het onderscheid, waar het nu op aan komt – voor de inrichtingsartsen en verpleegsters (dit laatste overigens wellicht in een later stadium) en wel met *hun* patiënten, die, zolang zij nog als sociaal-reconvalcenten wankel in de maatschappij staan, moeten kunnen rekenen op *hun* dokter en *hun* zuster (i.t.t. een dokter en een zuster).

Voor de psychiatrisch-sociale diensten betekent het, naar het mij voorkomt, dat daar waar deze diensten inderdaad een verscheidenheid van structureringsmogelijkheden hebben opgebouwd, deze mogelijkheden als zodanig niet prijsgegeven moeten worden.

Het is op dit punt, dat wij, geloof ik, de vruchten kunnen plukken van ons zoeken naar grondbegrippen. Te zeer verliest zich de discussie naar mijn gevoelen in het praktisch-organisatorische, waardoor onvoldoende duidelijk wordt, *wat men precies wil organiseren*.

Mij dunkt, dat wij tot de conclusie komen, dat wij – op grond van ons materiaal – zouden moeten streven naar het behouden van relatie van arts-verpleegster met patiënt-gezin (dat laatste niet te vergeten!) over de muur van de inrichting heen *in alle structureringsmogelijkheden, die sociaal-psychiatrische dienst en inrichting samen te bieden hebben*.

Laat ik hetzelfde nog eens met iets andere woorden mogen zeggen: wat wij nodig hebben, is een verscheidenheid van sociale structureringsmogelijkheden, intramuraal, extramuraal, zelfs 'op de grens' zo men wil, waar binnen een door alle overgangen heen gecontinueerde arts-patiënt relatie tot optimale therapeutische ontplooiing kan komen.

Ik moet zeggen, dat ik inderdaad verwacht, dat een dergelijk streven tenminste door een aanzienlijk aantal deskundigen tot uitdrukking zal worden gebracht, omdat:

1. vele psychiaters in toenemende mate verontrust zijn door het probleem van het hospitalisme, terwijl er nauwelijks deskundigen te vinden zijn, die menen 'hospitalisme' binnen afzienbare tijd te kunnen bestrijden door het opheffen van iedere klinische behandelingsmogelijkheid;
2. een toenemend aantal patiënten wordt opgenomen bij wie voortzetting van het therapeutisch contact na ontslag als een imperatieve noodzaak wordt gevoeld.

Of ook de maatschappij geneigd zal zijn de taak van de psychiatrische inrichtingsstaf in deze richting te ontwikkelen? Misschien mag gezegd worden, dat hier wel enkele aanwijzingen voor zijn. In de eerste plaats krijgt men de indruk, dat de publieke opinie gevoeliger wordt voor de gewone menselijke behoefte, i.c. de contactbehoefte van de psychiatrische patiënt. Dat de patiënt bij het verlaten van de inrichting 'zo maar' naar een andere dokter wordt 'overgeheveld' gaat gelukkig bij 'het publiek' verwondering wekken. Laten wij, psychiaters, niet verzuimen hier iets te leren van het 'lekendom'. De geschiedenis van de K.Z. Wet van 1884 leert, dat het niet de eerste keer zou zijn, dat de leek in zijn onwetendheid soms bij intuïtie schouwt, wat de deskundige insider door 'bedrijfsblindheid' niet meer ziet! Daarnaast moge ik wijzen op toenemende belangstelling voor het *gezin* – in tegenstelling tot het individu – als centrum van maatschappelijke zorg, niet alleen op nationaal, maar ook op internationaal niveau.

Enkele punten wil ik tenslotte kort aanstippen. De verwachting, dat de psychiatrische inrichting kleiner en meer open zal worden, wordt door iedereen gedeeld. Allerwegen streeft men ook naar kleinere en onderling meer gedifferentieerde geledingen binnen de inrichtingen waardoor het therapeutische karakter beter tot zijn recht komt. Dat de psychiatrische inrichting een voorlichtende taak heeft, is bij mijn weten ook geen twistpunt; de ervaring leert bovendien, dat de inrichtingen hier wel degelijk oog voor krijgen; dat vooral op dit punt antagonismen tussen psychiatrische inrichtingen en sociale diensten verder gelijk zijn, behoeft geen betoog.

Daarentegen is een preventieve taak op een schaal van enige betekenis voor de inrichtingen m.i. nog zo weinig zichtbaar, dat hierover geen verwachtingen kunnen worden uitgesproken.

Mijnheer de Voorzitter, het is ons niet gegeven in de toekomst te zien, alle verwachting is onzeker. Ook de formuleringen, waarin wij vandaag onze wensen uitdrukken, kunnen morgen of overmorgen achterhaald zijn.

Toch is er nog één wens, die ik graag zou uitspreken, één verwachting, die dezer dagen niet ongerechtvaardigd schijnt, n.l. dat de psychiatrische patiënt steeds duidelijker in zijn volstrekt eigensoortige nood zal worden herkend en erkend. Immers hoe moeilijk het onder omstandigheden in praxi ook wezen moge – ten principale kan iedere lichamelijke functiestoornis, ja zelfs de ziekte van de gehele lichamelijkeheid gedepasseerd worden in de antropologische structuur van de instrumentalisering van

de lichamelijkheid. Doch de stoornis, die 'het Ik', die mijzelf desintegreert en mijzelf van mijzelf vervreemdt of voor mijzelf onherkenbaar maakt, belemmert mij niet in het depasseren van het ziekzijn. Hier is de mens volstrekt aangewezen op *de ander èn op de anderen*, op menselijke relatie èn op sociale situaties om zichzelf weer te kunnen vinden. Voor de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg betekent zulks, dat ook de best functionerende organisatievormen der lichamelijke gezondheidszorg niet zonder meer kunnen worden overgenomen, doch zorgvuldig op hun geëigendheid voor *onze* patiënten moeten worden getoetst.

Eerst dan, wanneer wij de problematiek van de mens, die in de meest eigenlijke zin van het woord als-mens-ziek-is, klaar en duidelijk hebben leren uiteen zetten – waar wij nog ver van verwijderd zijn – eerst dan zullen wij als psychiaters onze volle bijdrage kunnen leveren tot de opbouw der toekomstige geestelijke gezondheidszorg.