

De hospitalisatiethese: een dubieuze these

door B. Holman en J. Wennink

Inleiding

In 1966 verscheen het inmiddels beroemde boek 'Asylums' van de onlangs overleden Erving Goffman. Het boek verdient met recht een prominente plaats in de lange reeks publikaties over de klassieke inrichting. De teneur van 'Asylums' is duidelijk: er heersten mensonterende toestanden; de patiënt deформeerde er tot een afhankelijke en apathische schaduw van zijn vroegere zelf. In de afgelopen periode gaf de kritiek van Goffman en andere auteurs aanleiding tot grote veranderingen in de intramurale psychiatrie. Als laatste is nu de chronische psychiatrie aan de beurt. Zo wordt er sinds kort druk gedebatteerd over beschermende woonvormen. Men is het oneens over de plek waar ze moeten komen (intra-, semi- of extramuraal), maar twijfelt er nauwelijks aan dat ze er moeten komen. De argumenten, vaak een vermenig van humanitaire en theoretische overwegingen, benadrukken kleinschalige woonhuizen, veel privacy, een grote mate van vrijheid en een zo gering mogelijke instituutinvloed. Auteurs en beleidmakers pleiten voor deze voorzieningen, omdat daar, naar hun idee, met succes 'hospitalisatie' – de doodzonde van het afgelopen decennium – wordt tegengegaan. Dat daarover niemand twijfelt is opvallend omdat de hospitalisatiethese een dubieuze these lijkt.

In dit artikel zoeken we naar een alternatieve verklaring voor het gedrag en de houding van chronisch psychiatrische patiënten. Als ons betoog klopt, dan zullen overspannen verwachtingen over het effect van kleinschalige voorzieningen bijgesteld moeten worden.

Schrijvers zijn beiden socioloog; zij werken sinds 1980 in opdracht van de Stichting Centrum St. Bavo te Noordwijkerhout aan een onderzoek naar de effecten van beleidsveranderingen in een psychiatrische inrichting. De eindrapportage van dit onderzoek verschijnt eind 1985.

Hospitalisatie-effecten

We beperken ons in dit artikel tot de invloed van het hospitaalmilieu op chronische patiënten. Het begrip 'chronische patiënt' is overigens een van die begrippen die meer verwarring dan verheldering brengen. Sommige auteurs verstaan er een patiënt onder die langdurig verblijft, anderen beschrijven er telkens terugkerende problematiek mee. Een definitie in termen van opnameduur brengt het gevaar met zich mee, zoals Haveman (1980) terecht opmerkt, dat de begrippen 'chronische patiënt' en 'langdurig opgenomen patiënt' als synoniemen worden gebruikt. Toch kiezen we ervoor de chronische patiënt te definiëren als de langdurig opgenomen patiënt. In het kader van dit artikel, dat betrekking heeft op de effecten van langdurige hospitalisatie, gaat het juist om die groep.

Voor zover we in dit artikel de term 'chronisch psychiatrische patiënt' gebruiken, bedoelen we daarmee dus patiënten die twee jaar of meer achtereen in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen zijn. Deze groep komt overeen met de groep die Van Weerden-Dijkstra (1976) het 'chronisch bestand' noemt. Chronische patiënten, ongeacht hun specifieke problematiek, is de groep inrichtingsbewoners, die lang genoeg gehospitaliseerd bleef om de eventuele gevolgen ervan te kunnen ondervinden.

Chronische patiënten worden meestal beschreven als inactieve, apathische mensen. Barton veronderstelt dat langdurige hospitalisatie een zogenaamde 'institutionele neurose' veroorzaakt. Hieronder verstaat hij: 'a disease characterised by apathy, lack of initiative, loss of interest more marked in things and events not immediately personal or present, submissiveness, and sometimes no expression of feelings or resentment at harsh or unfair orders. There is also a lack of interest in the future and an apparent inability to make practical plans for it, a deterioration in personal habits, toilet and standards generally, a loss of individuality, and a resigned acceptance that things will go on as they are—unchangingly, inevitably and indefinitely' (Barton, 1959, blz. 14).

Het is opvallend dat Barton spreekt over ziekte. Andere auteurs doen dit niet, desalniettemin noemen ze gelijksoortige eigenschappen: interesseverlies; intellectuele verslechtering; verlies van initiatief; afhankelijkheid; onderdanigheid; onzelfstandigheid; onvermogen tot het maken van toekomstplannen; verlies van enthousiasme; verlies van spontaniteit; apathie; gelatenheid; onveranderlijkheid; negatief zelfbeeld; verlies van individualiteit; achteruitgang van persoonlijke verzorging; verminderde energie; depressiviteit; ontstaan van karakteristieke houdingen; atrofie van sociale functies; infantilisering; (Van Eynde, 1976; Foudraine, 1973; Hendrikse, 1981; Ten Have, 1979; Valk, 1969). Voor deze verschijnselen worden verschillende begrippen voorgesteld. Barton spreekt van 'institutionele neurose'; Wing gebruikt de term 'institutionalism'; Van Eynde wisselt 'hospitalisatie' af met 'hos-

pitalisatiesyndroom'. Een terminologische verduidelijking lijkt op zijn plaats. Als we de term hospitalisatie letterlijk nemen dan betekent het 'opgenomen-zijn-in-een-hospitaal'. Voor zover de term gelijkgesteld wordt aan de gedragsveranderingen, die er het gevolg van zijn, is ze wat ongelukkig gekozen. Hetzelfde bezwaar kleeft de Engelse term 'institutionalism' aan. Het is daarom beter consequent te praten over hospitalisatie-effecten.

De hospitalisatiethese

In de voorgestelde begrippen komt natuurlijk niet bij toeval het woord 'hospitaal' voor. Dit gebeurt op grond van de vrijwel algemeen aanvaarde these, dat langdurige hospitalisatie de beschreven effecten veroorzaakt; de hospitalisatiethese dus. Het tweede rapport van de Visiecommissie Sint Bavo is daar een extreem voorbeeld van. De inrichting wordt gekenschetst als 'totale institutie'. Een dergelijk instituut heeft een schadelijk effect op de bewoners en wel zo dat er na verloop van tijd kenmerkende veranderingen in hun gedrag optreden. Dit proces noemt het tweede Visierapport 'hospitalisatie': 'een proces dat zich voordoet in plaatsen waar een groot aantal individuen, afgesneden van de maatschappij, wonen en werken en waar zij een lange tijd een beperkt leven leiden, en waar de regels van bovenaf opgelegd worden. Dit proces leidt tot gedragsveranderingen bij de bewoners, die namelijk hun interesse, enthousiasme en initiatief verliezen en die berusten in een volslagen afhankelijkheid van het instituut in het algemeen en het personeel in het bijzonder' (tweede Visierapport, 1973, blz. 120). Met andere woorden: het milieu van het klassieke hospitaal wordt verantwoordelijk gesteld voor het sinds jaar en dag, uit klinische ervaring bekende gedrag van veel chronische patiënten. Onder chronische patiënt verstaan zij: 'een patiënt, die een half jaar of langer, achtereenvolgens opgenomen is in een psychiatrische inrichting (ibid, blz. 184). De half-jaargrens is gebaseerd op een dramatische daling van de ontslagkans na die periode. Men stelt dus dat chronische patiënten zodanig de invloed van het milieu ondergaan dat kenmerkende veranderingen verwacht kunnen worden. Indien hospitalisatie-effecten het gevolg zijn van het restrictieve milieu, dan mag je dergelijke effecten in alle totale instituties verwachten. Voorlopig is alleen zeker dat die effecten aanwezig zijn bij veel chronische patiënten, in een hospitaalmilieu dus. In andere totale instituties als gevangenissen, kloosters of zeeschepen, lijkt dat niet het geval te zijn. Zonder gericht onderzoek durven we nog wel te beweren dat gevangenen of zeelui in dat opzicht nogal verschillen van chronisch psychiatrische patiënten. Een vermoeden dat wat gevangenen betreft wordt ondersteund in een studie van Van den Berg uit 1946. Daar komt bij dat soortgelijke effecten ook buiten de muren van de inrichting gesignaleerd worden. Van Londen schrijft hierover: 'Veel psychiatrische patiënten, die nog nimmer in een psychiatrisch zieken-

huis zijn opgenomen, lijden aan activiteitsverlies, interesseverval en affectvervlakking, gelatenheid, afhankelijkheid en apathie. Alleen: deze mensen kent de klinisch psychiater niet; wel de huisarts, het maatschappelijk werk en de sociaal-psychiatrische diensten' (Van Londen, 1974, blz. 38). Een oorzaak-gevolgrelatie moet met andere woorden verworpen worden omdat kennelijk het gevolg (hospitalisatie-effecten) ook voorkomt zonder de kenmerkende oorzaak (een restrictief milieu); terwijl het gevolg achterwege blijft bij overeenkomstig oorzaak. Laten we het nog eens scherp stellen. Bepaalde kenmerken van chronisch psychiatrische patiënten werden waargenomen in het milieu van het klassieke hospitaal, het is dubieus of er sprake is van een oorzakelijke relatie. Van Eynde plaatst overigens soortgelijke kanttekeningen bij de, zoals hij dat noemt, 'ambigue werkelijkheid van het hospitalisatiesyndroom' (1976).

Het is natuurlijk denkbaar dat de effecten na langdurige hospitalisatie ontstaan juist omdat het gaat om psychiatrische patiënten. In dat geval zou de redenering zijn dat kenmerken van chronisch psychiatrische patiënten niet zozeer uit milieufactoren, maar uit het ziektebeeld begrepen moet worden. Zo schrijft Freyhan: 'In what I regard as a dark chapter in the annals of the National Institute of Mental Health (NIMH), its architects of Community Mental Health (CMHC) programs dispensed with clinical evidence. They surrendered to two fallacies: (1) there is no such thing as chronic schizophrenic illness—there is only hospitalism, a social but not a medical phenomenon; (2) what the future CMHC needs the least are beds. Each bed was seen as a threat to treatment and prognosis of future generations of patients' (Freyhan, 1980, blz. 406). Een pleidooi voor bedden en het herstellen van een psychiatrische optiek.

Door hospitalisatie-effecten op het conto van psychiatrische ziekten te schrijven, wordt echter verduisterd wat deze fenomenen nu juist indiceren, namelijk een onvermogen in het sociale leven te participeren. Het is wellicht niet aan ons te bepalen of een dergelijk onvermogen al dan niet als psychopathologie gezien moet worden, wel is het zo dat we denken dat er een betere verklaring te geven is.

Hospitalisatie-effecten: terugtrekgedrag

Hospitalisatie-effecten, het zijn er nogal wat. Gedragskenmerken staan naast houdingsaspecten, naast veronderstelde intrapsychische eigenschappen. Bovendien kunnen ze in willekeurige 'oorzaak-gevolg' relaties worden geplaatst: apathie als oorzaak van onveranderlijkheid of apathie als gevolg van depressiviteit? Begrippen als institutionalisme of hospitalisatie-effecten zijn daarom eigenlijk niet zo bruikbaar. Te veel theoretische veronderstellingen in een definitie tasten de bruikbaarheid ervan aan.

Het is daarentegen niet moeilijk, wat het gedragsaspect betreft, de

begrippen onder een gemeenschappelijke noemer te brengen. De gemeenschappelijke noemer lijkt 'isolement'. Dat wil zeggen het lijkt te gaan om mensen die sociaal geïsoleerd zijn. Zij hebben zich – bewust of onbewust – teruggetrokken uit het sociale verkeer. We gebruiken hiervoor de term 'terugtrekgedrag', een vertaling van de betere term 'social withdrawal', die in de Engelstalige literatuur wel wordt gebruikt (verg. bijv. Liberakis, 1981, Wing en Brown, 1970). Terugtrekgedrag indiceert dus een afname van het repertoire van sociale rollen en een verminderde participatie in interpersoonlijke betrekkingen.

Naast dit terugtrekgedrag worden houdingen beschreven als apathie, berusting en afhankelijkheid. Het houdingsaspect is wellicht belangrijker dan het gedrag. Gedrag is weliswaar ondubbelzinniger waar te nemen dan houdingsaspecten, maar is moeilijker te interpreteren. Terugtrekgedrag kan een bewuste of onbewuste reactie zijn. Het kan bijvoorbeeld een bewust gekozen aanpassing aan een beperkend hospitaalmilieu inhouden. Anders gezegd, als een patiënt terugtrekgedrag laat zien, dan weten we daarmee nog niet wat de betekenis van dat gedrag is. Gedrag kan niet zonder meer gereduceerd worden tot actors 'allerindividueelste-uiting', kan niet onbemiddeld gezien worden als uiting van wat hij van binnen voelt of denkt.

Gedrag is in zekere zin, zoals Garfinkel (1967) het uitdrukt 'the artful management' gegeven een bepaalde situatie. De beschrijvingen van hospitalisatie-effecten wijzen echter een geheel andere kant op. Het gedrag van chronische patiënten wordt door veel auteurs gezien als indicatie van hun 'zijnstoestand'. Het meest sprekende voorbeeld is Barton, die onomwonden spreekt van 'institutional neurosis, a disease characterised by ...'. Vóór het tegendeel is aangetoond, lijkt het onvoorzichtig terugtrekgedrag te reduceren tot een ziektebeeld en gaan we ervan uit dat terugtrekgedrag een kunstzinnige aanpassing zou kunnen zijn aan een beperkend milieu. Pas wanneer terugtrekgedrag ook als houding bekrachtigd wordt, wanneer 'niet-meer-doen' samengaat met 'niet-meer-willen' ontstaat het beeld van de klassieke chronische patiënt.

Hiermee wordt de invloed van het hospitaalmilieu op het gedrag van chronisch psychiatrische patiënten niet volledig ontkend. Dat milieu bestaat uit een gebouwde omgeving; een medisch regiem, waaronder ziekenhuisbedden en therapieën; leefregels; rechten en plichten; verplegers, artsen, huishoudelijke en technische mensen; veel medepatiënten en meestal omgeven door muren en hekken. Natuurlijk heeft zo'n milieu invloed op het gedrag van de mensen die er verblijven. Maar – en dat is op dit moment in ons betoog nog een gecompliceerde stelling – het gaat niet in eerste instantie om gedrag, maar om houdingsaspecten en we betwijfelen de hospitalisatiethese juist als het om die aspecten gaat. Indien zowel gedrag als houdingsaspecten van chronisch psychiatrische patiënten worden opgevoerd als hospitalisatie-effecten, wordt de these dubieus. De houdingsaspecten (apathie, verlies van

spontaniteit, depressiviteit, interesseverlies, onderdanigheid, afhankelijkheid, verlies van enthousiasme) indiceren een zodanige afwezigheid van betrokkenheid in en bij de sociale omgeving dat ze verwijzen naar een vorm van deviantie, 'anomie', die wellicht al voor de opname aanwezig was.

In de volgende paragraaf zullen we eerst deze stelling toelichten, om in de laatste paragraaf terug te komen op de eventuele relatie 'hospitaal – hospitalisatie-effecten'.

Anomie

Hoewel deviantie een abstract begrip is, wordt het direct een praktisch fenomeen 'oog-in-oog-met-de-deviant'. Het opmerkelijke van deviantie is namelijk de uiterlijkheid ervan. Hier geldt in nog sterkere mate wat voor alle mensen al zo is, namelijk dat ieder individu op de een of andere manier zijn identiteit 'vertoont'. Voor zover we het idee hebben iemand te kennen, berust dat grotendeels op wat wij van zijn uiterlijkheid ervaren. Dat wil zeggen: we nemen zijn publieke identiteit waar en veronderstellen, dat ze verwijst naar wat die ander 'echt-en-van-binnen' is. In contact met anderen interesseren ons andermans plannen, bedoelingen, socio-economische status, betrouwbaarheid, competentie, vriendelijkheid, etcetera. Die informatie hebben we nodig om er de situatie mee te definiëren: wat kunnen we verwachten, hoe moeten we ons gedragen? Omdat we er maar zelden over beschikken moeten we wel afgaan op de expressiviteit van de ander. In die zin bepalen uiterlijk, kleding, manier van praten of gebaren, de gezichtsuitdrukking, hoe we een situatie definiëren. Om de betekenis van een mededeling te begrijpen, kan het belangrijker zijn na te gaan hoe het werd gezegd, dan wat er gezegd werd.

Goffman beschrijft het wederzijdse aftasten, informatie verzamelen, als een strijd om de definitie van de situatie, die in veel gevallen uitmondt in een soort 'werkafpraak': zo en zo zit de situatie in elkaar. Het zal bijvoorbeeld min of meer duidelijk zijn wie de macht heeft of wat de agenda is. Hier is het vooral van belang te zien dat de wijze waarop iemand zich presenteert (zijn publieke identiteit) een claim legt op de ander. Wanneer iemand zich op een bepaalde wijze aan anderen presenteert, verwacht hij conform die presentatie benaderd te worden. Dat geldt heel duidelijk voor hoogwaardigheidsbekleders of uniformdragers, die zich nadrukkelijk tooien met de tekenen van hun ambt. Maar het zal duidelijk zijn dat vrijwel iedereen zich kleedt naar zijn positie, status, rol en de situatie waarin hij verkeert. De uiterlijke presentatie gaat natuurlijk verder dan de kleding. Dat mensen met hun presentatie een bepaalde status claimen is overigens zo vanzelfsprekend dat we er nauwelijks bij stilstaan. We worden er ons pas pijnlijk van bewust op het moment dat anderen ons confronteren met iets dat we als afwijkend ervaren.

Laten we nu eens kijken hoe veel chronisch psychiatrische patiënten zich presenteren. De manier waarop ze praten is bijna nooit 'normaal'. Ze praten lusteloos, hikkelig, opgewonden, met wonderlijke intonaties. Het lijkt er soms op alsof ze alle 'normale' conversatieregels aan hun laars lappen, door op willekeurige momenten ergens over te beginnen of te stoppen. Alleen afgaande op de manier van praten, kan je maar tot één conclusie komen: 'iemand-die-zo-praat-is-niet-normaal'. De tweede informatiebron is het uiterlijk. Generaliserend kun je zeggen dat ze er vaak vreemd uitzien: niet bij elkaar passende kleren, vuile kleren, vreemde houdingen, onverzorgd uiterlijk. Alleen afgaande op het uiterlijk kan je maar tot één conclusie komen: 'iemand-die-er-zo-uitziet-is-niet-normaal'.

Veel chronisch psychiatrische patiënten vertonen met andere woorden een bijzondere deviantie. Hun publieke identiteit signaleert het feit dat ze zich niet lijken te bekommeren om wat anderen van hen denken. Ze claimt een staat van amoraliteit, die overeenkomt met die van vagebonden, zwervers en Leger-des-Heilsklanten. De overeenkomst ligt niet zozeer in immoreel gedrag, in het overtreden van regels, maar in het negeren van regels, of zoals de Van Dale zo prachtig definieert: 'buiten zedelijke overwegingen om handelend'.

Nu is het zo dat individuen die de heersende normen en waarden afwijzen, bijna altijd deel uitmaken van subculturen. Een crimineel, kraker of punk wijst weliswaar de heersende levensstijl af, maar conformeert aan de normen en waarden van zijn groep. Dat wil zeggen dat er zelden sprake is van deviantie pur sang, maar meestal van een combinatie van deviantie en aanpassing. Anders gezegd, de meeste vormen van deviantie impliceren niet het negeren van regels, maar het refereren aan een andere moraal. Een uitzondering hierop vormen die individuen wier gedrag naar geen enkele herkenbare subcultuur verwijst. Merton noemt dit – in zijn befaamde typologie van afwijkend gedrag – 'retreatism': 'People who adapt (or maladapt) in this fashion are, strictly speaking, in the society but not of it. Sociologically these constitute the true aliens. Not sharing the common frame of values, they can be included as members of the society (in distinction from the population) only in a fictional sense. In this category fall some of the adaptive activities of psychotics, autists, pariahs, outcasts, vagrants, vagabonds, tramps, chronic drunkards and drug-addicts' (Merton, 1968, blz. 207).

Verderop komt Merton uit bij een formulering die al erg lijkt op de omschrijving van de houding van chronisch psychiatrische patiënten: 'There results a twofold conflict: the interiorized moral obligation for adopting institutional means conflicts with pressures to resort to illicit means (which may attain the goal) and the individual is shut off from means which are both legitimate and affective. The competitive order is maintained but the frustrated and handicapped individual who cannot cope with this order drops out. Defeatism, quietism, and resig-

nation are manifested in escape mechanisms which ultimately lead him to "escape" from the requirements of the society' (ibid, blz. 207). Deze vorm van deviantie verwijst niet meer naar een gedeelde cultuur, maar naar een houding van desoriëntatie, desinteresse of tewel anomie. Van deze mensen kan met recht gezegd worden dat ze wel deel uit maken van de samenleving, maar er niet meer bij horen. Ze manifesteren zich niet meer als competente medeburger. Ze bekommeren zich niet meer om wat anderen van hen denken, ze doen niet meer mee. We vermoeden dat deze vorm van anomie – zo typerend voor chronische patiënten – niet zozeer het effect is van langdurige hospitalisatie, maar al aanwezig is voor de opname. Een eigenschap die ongetwijfeld ook tot het langdurige verblijf heeft bijgedragen.

Anomie en hospitalisatie

De vraag die we willen beantwoorden kunnen we nu in zijn definitieve versie formuleren: is anomie het gevolg van langdurige hospitalisatie? Die vraag kan eigenlijk alleen beantwoord worden als bekend is of mensen vóór de eerste opname al zo'n houding hadden. Bovendien moet bekend zijn op welke punten chronische patiënten verschillen van de mensen die met succes geresocialiseerd zijn. Laten we eerst proberen al redenerend tot een antwoord te komen, daarna komen we uit bij een onderzoek van Sunier en Van Weerden-Dijkstra, dat aan bovenstaande voorwaarden voldoet. Als het zo is, dat anomie het gevolg is van het hospitaalmilieu, dan mag verwacht worden dat na een periode van hospitalisatie die effecten zullen optreden. We schreven al dat terugtrekgedrag in een beperkend milieu bijna onontkoombaar is. Op deze wijze geredeneerd zou van iedere patiënt na een bepaalde periode de ontslagkans afnemen. Dit is natuurlijk niet zo, niet iedereen wordt chronisch. Wat bepaalt nu de ontslagkans? Schudel schrijft daarover: 'Zoals Chien en Sharaf (1971) aan hebben gegeven, zijn de factoren die het ontslag van chronische patiënten beïnvloeden, in vele opzichten verschillend van die bij de "acute" patiënt. Zij vonden geen significante verschillen in de psychiatrische symptomen, het gedrag op de afdeling en de ernst van de ziekte tussen de chronische patiënten die werden ontslagen en degenen die achterbleven' (Schudel, 1976, blz. 25). Schudel schrijft dus, dat noch de soort psychiatrische 'ziekte', noch de zwaarte ervan noch het afdelingsgedrag de groep resociabelen discrimineert van de niet-resociabelen. Waarin zou dat verschil wel kunnen zitten? Wingschrijft: 'The essence of the concept of institutionalism as so far discussed, is that exposure to the social pressures of the institution has brought about a change in the individual's behaviour and attitudes: but the limiting case occurs where such behaviour is already present in embryo before admission' (Wing, 1967, blz. 223). Met andere woorden, niet iedereen gaat ten onder aan het restrictieve hospitaalmilieu. De risicogroep (met een parafrase op de term 'accident-prone' te

omschrijven als 'hospital-prone') heeft voor de opname al die eigenschappen en we denken dan vooral aan houdingsaspecten die de ontslagkans klein maken.

Er is echter ook onderzoeksmateriaal voorhanden dat de hospitalisatiethese ondergraaft. Sunier en Van Weerden-Dijkstra (na een onderzoek, waarin ze 90 patiënten 10 jaar volgen, dat met andere woorden voldoet aan de strenge eisen die we net formuleerden) onderscheiden twee groepen psychiatrische patiënten: een groep 'passanten', mensen die hun weg naar de maatschappij weer terug vinden en een groep 'blijvers'. Over de eerste groep schrijven ze: 'These people can cope with the average hardships and perturbations of life and with their handicaps, their inner crises or diagnosticable illness. Sometimes they pass difficult periods and fail but they restore their way, they prefer to function in interaction with others, or in conditional interaction as for example in a certain human isolation, but still functioning socially. Frequently there is a lasting gain or growth after their sick periods. They could profit from psychotherapy' (Sunier, Van Weerden-Dijkstra, 1980, blz. 56).

Over de tweede groep merken ze op (in hetzelfde wonderlijke Engels): 'They stay for long and very long periods in hospital; once discharged from hospital they relapse frequently in spite of all efforts of re-integration to any (positively conditioned) position. They fail constantly to cope with inner and environmental loads as illness with their handicaps, phases of life, senescence, shifts in the social contexts. It is frequently impossible for them to follow or use therapeutic advices' (ibid, blz. 56). Het kernbegrip uit hun omschrijving is: 'They fail constantly to cope with inner and environmental loads'. Ze suggereren dat het fundamentele probleem van de groep 'blijvers' een gebrek aan 'coping behaviour' is. De twee groepen verschillen namelijk niet in psychiatrische diagnose. Het gaat kennelijk niet om de aard of de zwaarte van de problematiek, maar om de manier waarop ze de problematiek hanteren. Wellicht ten overvloede merken we op dat de besproken eigenschappen aan de opname vooraf gingen.

Op grond van deze overwegingen concluderen we dat er reden is om aan te nemen dat de anomie van chronische patiënten al aanwezig was voor de opname. De houding zal belangrijk hebben bijgedragen tot langdurige hospitalisatie. Dat wil niet zeggen dat de hospitalisatiethese volledig verworpen moet worden. Hoe restrictiever een milieu is, des te sterker zal het terugtrekgedrag zijn, dat schrijven we dus wel op het conto van het milieu. Pas wanneer aan het terugtrekgedrag een daarop lijkende houding voorafgaat ontstaat het beeld van de chronisch psychiatrische patiënt, die 30 jaar of langer gehospitaliseerd bleef.

Slot

De kritiek op het klassieke hospitaal was in de Verenigde Staten

aanleiding tot een massale deinstitutionalisering. De resultaten bleken desastreus, grote groepen ex-patiënten leiden nu een armzalig bestaan in de achterbuurten van grote steden. De ontvolking van de staatsinrichting heeft een nieuwe categorie kansloze paupers toegevoegd aan de stedelijke bevolking (verg. Haveman, 1982; Freyhan, 1980; Strayer, Keith, 1979). De situatie wordt nog zorgwekkender als we overwegen wat Whitmer – niet zonder bitterheid – schrijft over het lot van ex-patiënten. De massale deinstitutionalisering heeft onder andere tot gevolg gehad, dat deze mensen overgeheveld worden van het GGZ-circuit naar het justitiële. Zijn artikel draagt dan ook de veelzeggende titel: 'From hospital to jails' (Whitmer, 1980). In ons land, op grond van dezelfde kritische geluiden, heeft men – 's lands wijs' – voorzichtiger gereageerd. Er werd en wordt mondigesmaat geëxperimenteerd met sociowoningen. Als ons betoog serieus te nemen is mogen van de nieuwe experimenten geen wonderen verwacht worden. Een kleinschalig of genormaliseerd milieu zal ongetwijfeld minder terugtrekgedrag veroorzaken dan de klassieke hospitalen. Daarentegen verwachten we in kleinschalige voorzieningen nog onverminderd anomie of zo u wilt het scala aan houdingsaspecten als: 'apathie, weinig spontaniteit, interesse en enthousiasme; afhankelijkheid en depressiviteit'. Als dat zo is, dan heeft dat twee consequenties: de nieuwe voorzieningen mogen niet geëvalueerd worden met een te zwaar criterium, gebaseerd op de dubieuze hospitalisatiethese en in die voorzieningen zal veel aandacht moeten worden besteed aan begeleidingen ondersteuning. Wellicht zullen nieuwe begeleidingsmethodieken gericht op het omgaan met anomie, nog het meest belangrijke element worden, het meest belangrijke en meest moeilijk te realiseren.

Literatuur

- Barton, R. (1959), *Institutional neurosis*. John Wright & Sons, Bristol.
- Berg, J. H. van den (1946), *De betekenis van de phaenomenologische of existentiële anthropologie in de psychiatrie*. Kemink en Zoon NV, Utrecht.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976), Wonen en hospitalisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 18, 87-99.
- Foudraïne, J. (1973), *Wie is van hout!, een gang door de psychiatrie*. Ambo, Balthoven.
- Freyhan, F. A. (1980), The history of recent developments in psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 21, no. 6.
- Garfinkel, H. (1967), *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Goffman, E. (1966), *Asylums, essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday.
- Have, H. ten (1979), *Het Verpleeghuis; veld van onderzoek*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Haveman, M. J. (1980), Nieuwe langverblijvers in psychiatrische ziekenhuizen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, no. 8.

- Haveman, M. J. (1982), De ontvolking van psychiatrische staatsziekenhuizen in de Verenigde Staten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, no. 3.
- Hendrikse, R. (1981), *Hospitalisatie; een werkboek voor groepsleid(st)ers en verzorgenden*. Nelissen, Bloemendaal.
- Liberakis e.a. (1981), Factors predisposing to institutionalism. *Acta Psychiatr. Scand.* no. 63.
- Londen, J. van (1974), Van Beschut Wonen naar Woonrevalidatie. *Medisch Contact*, 29.
- Merton, R. K. (1968), *Social theory and social structure*. The Free Press, New York.
- Schudel, W. J. (1976), *Opgenomen ... opgegeven?* Van Loghum Slaterus Deventer.
- Strayer, R. G. en R. A. Keith (1979), An ecological study of the recently discharged chronic psychiatric patient. *Journal of Community Psychology*, 7.
- Sunier, A. en Van Weerden-Dijkstra (1980), *Dealing with problem people*. Van Gorcum, Assen.
- Tweede Rapport Visiecommissie Sint Bavo (1973), *De chronische patiënt*, Noordwijkerhout.
- Valk, J. (1969), Een sociotherapeutisch experiment in de Belgische Ardennen met chronisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, april.
- Weerden-Dijkstra, J. R. van (1976), Mededelingen uit het centrale Patiëntenregister voor Psychiatrische Ziekenhuizen en universiteitsklinieken (8). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 120-132.
- Whitmer, G. E. (1980), From hospital to jails: the fate of California's deinstitutionalized Mentally Ill. *Amer. J. Orthopsychiat.* 60 (1).
- Wing, J. K. (1967), Institutionalism in Mental Hospitals, in: Scheff, J., *Mental illness and social processes*, Harper, Row, New York.
- Wing, J. K. en G. W. Brown (1970), *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge.