

Wonen en hospitalisatie

door drs. I. E. I. M. van Eynde*

1 De wonende mens

Eén der functies van het psychiatrische ziekenhuis is het 'laten wonen' van patiënten, de zogenaamde woon- of gasthuisfunctie. Welke patiënten bewonen het ziekenhuis of leren het te bewonen? Het zijn óf patiënten die reeds jaren in grote paviljoenen verbleven, de chronische patiënten, óf patiënten die voor kortere of langere tijd nog niet in staat zijn buiten het psychiatrisch ziekenhuis te wonen. Het vervullen van deze opgave vraagt om antropologisch onderzoek naar het wezen van het menselijk wonen. Iedere methodisch-therapeutische benadering dient uiteindelijk gerelateerd aan het wezen van het menselijk wonen, namelijk de uitoefening van de totale menselijke existentie.

Bollnow heeft in zijn antropologische studie van de ruimte, *Mensch und Raum*, het authentieke wonen, de geborgenheid in de ruimte, beschreven als een 'open geborgenheid'. Twee ontfaardingen zijn hier mogelijk: bij een vervallen aan de openheid raakt de geborgenheid verloren; bij een vervallen aan de geborgenheid gaat de openheid teloor. De eerste vorm van niet-wonen uit zich in een heimatloze geworpenheid in een vreemde, vijandige omgeving. Hier wordt wonen tot een doelloos zwerven. In Goethes *Faust* heet de vluchteling de 'Unbehausten', de 'Unmensch ohne Zweck und Ruh'. De tweede ontfaarding van het wonen uit zich in een verstarrende beslotenheid. Bollnow citeert een Praags studentenlied uit de Romantiek waarin de spot wordt gedreven met de kleinburgerlijke huiselijkheid van de Biedermeier-époque:

*Beatus, ille homo,
qui sedet in sua domo
et sedet post fornacem
et habet bonam pacem.*

De antropologische structuur van het wonen wordt gekarakteriseerd

* Klinisch psycholoog, sociotherapeutisch centrum van het psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' te Wolfheze.

seerd door een polair spanningsveld tussen openheid en geborgenheid, binnen en buiten, thuis en uit, op reis gaan en thuiskomen. Men kan zich geborgen weten en toch zo lezen wij bij Schiller in het 'Lied von der Glocke': 'Der Mann musz hinaus ins feindliche Leben'.

Van der Kerken wijst evenals Bollnow op de polaire structuur van het wonen. Hij ontwikkelt zijn filosofie van het wonen vanuit een hegeliaanse visie op de dialectiek van de menselijke geest. De geestelijke mens heeft volgens Hegel de noodzaak 'die äuszere Umgebung zu gestalten'. De omgeving is voor de mens aanvankelijk 'innerlichkeitslos', een buiten en naar buiten zijn. In een dergelijke omgeving kan alleen een louter uitwendig bestaan plaats vinden, een bestaan dat zelf volkomen deel zou uitmaken van de uitwendigheid. Dit is echter niet het bestaan van de mens. De mens dient zich een ruimte te scheppen voor een zelfbewust, denkend, vrij en inwendig bestaan. De tegenstelling tussen uitwendigheid en inwendigheid is niet absoluut doch is wel aanwezig. De uitwendige wereld is de wereld van de geestelijke mens; deze behoort in al zijn geestzijn toch tot de wereld zelf waarin hij lichamenlijk verschijnt. Door de tegenstelling uitwendigheid-inwendigheid is de mens genoodzaakt om zich in de uitwendigheid een eigen bestaansruimte te scheppen, deze uitwendigheid tot concrete menselijke bewoonbaarheid te verheffen. De mens creëert uit de algemene en verwijderde potentialiteit der omgevende natuur zich de hem reëel aangepaste, concrete en onmiddellijke mogelijkheid van volkomen menselijk 'actief zich bevinden'. Hij creëert zich een bijzondere omgeving waarin, waaraan en waardoor hem een leven als volkomen, zowel inwendig bewuste en begrijpende, als uitwendig handelende mens mogelijk wordt.

In het huis en het huiselijk wonen krijgt deze dialectische positiona-
liteit van de mens als 'uitwendige naar-binnen-gekeerdheid' gestalte. Het huis is de bemiddeling van in- en uitwendigheid. De mens trekt zich uit de buitenwereld terug en vestigt zich in het huis, doch in de scheiding van de buitenwereld blijft hij intentioneel naar buiten gericht als naar een eindeloos ontwerp. Deze intentionaliteit doet de mens uittreden, in werk, in wandelen, in reizen, in trekken, en terugkeren. Deze dialectische structuur van het huis raakt het wezen zelf van het wonen en van zijn dynamiek.

2 Het Sociotherapeutische Centrum

Bij de voorbereiding der restauratie en reconstructie van het psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' werd door de geneesheer-directeur, dr. H. van der Drift, bij de aanvang der zestiger jaren het initiatief genomen tot het bouwen van een socio-therapeutisch wooncentrum voor psychiatrische patiënten. Een wijk van eengezinswoningen op het ziekenhuisterrein zou op een originele wijze huisvesting bieden aan die bewoners van het ziekenhuis die meestal jarenlang in grote paviljoenen verpleegd en behandeld werden. Traditioneel verbleven en verblijven patiënten in de psychiatrische

ziekenhuizen in grote kazerne-, klooster-, of ziekenhuisachtige gebouwen die over het algemeen wel een efficiënte verpleging, met een maximum aan controle en overzicht en een minimum aan risico toelieten, doch die terzelfdertijd op de bewoners een enorm hospitaliserende invloed uitoefenden. De bouw der traditionele psychiatrische ziekenhuizen weerspiegelt als het ware de toenmalige heersende waarden in de psychiatrische behandeling: maatschappelijk isolement, bewaking en controle, veiligheid en orde. Het laten wonen van patiënten in kleine eenheden, zes patiënten per woon-eenheid, zou de hospitaliserende en massificerende neveneffecten van de langdurige verpleging in paviljoenen doorbreken.

Van der Drift koos hierbij voor een gewoon woningtype dat zich verder in niets laat onderscheiden van de in de streek gebruikelijke woningbouw. In 1961 werden de eerste zes dubbele woningen en wijkgebouw gebouwd, in 1965 kwamen nog zes woningen klaar en in de loop van 1969-1970 werden de laatste twaalf woningen in gebruik genomen. Het centrum bestaat op dit ogenblik uit achtenveertig, twee aan twee gebouwde woningen die in totaal 288 patiënten, ongeveer éénderde van de totale ziekenhuispopulatie, huisvesten.

Niet alleen in het wooncentrum kwam het streven naar kleinere behandelingsunits tot uitdrukking, ook de bestaande paviljoenen werden vanuit deze gedachte gereconstrueerd. De meeste paviljoenen werden éénderde in capaciteit verminderd. Daarnaast werd ook met bungalowbouw geëxperimenteerd.

Het Socio-therapeutisch Centrum, een wijk van vierentwintig dubbele woningen en wijkgebouw, ligt als een stuk dorpsbouw aan de rand van het ziekenhuisterrein. Het was bij het concipiëren van de plannen niet mogelijk het wooncentrum rechtstreeks te laten aansluiten bij het dorp Wolfheze zelf, dat vlak bij het ziekenhuisterrein ligt. Eventueel zou men kunnen denken aan toekomstige uitbreidingsplannen van het dorp Wolfheze aansluitend bij deze wijk.

Stedebouwkundig heeft deze wijk het karakter van een soort 'tuindorp' met gemeenschappelijk open tuinlandschap tussen de woningen. De woningen zijn twee aan twee gebouwde eengezinswoningen. De keuken en de voordeur liggen aan de straatzijde. De bewoners, werkzaam in de keuken, hebben hierdoor zicht op wat zich op straat afspeelt: voorbijgangers, wandelaars, groenteboer, melkboer . . . Woon- en eetkamer liggen naar het zuiden. De brede ramen laten de woning als het ware met groen 'doorspoelen' zoals de moderne architectuur het noemt. Brede ramen, veel zon en licht en het terras bij de huiskamer, halen de tuin 'binnen'. Naast de voordeur zijn de lamp en de brievenbus en ook de naambordjes der bewoners aangebracht. Gelijkvloers bevindt zich de hal, de let, terras. Op de bovenverdieping liggen drie slaapkamers, een driepersoonskamer met balkon, een tweepersoons- en een eenpersoonskamer, een doucheruimte en toilet. Iedere woonhelft heeft een zolder.

Het wijkgebouw is het organisatorische knooppunt van de afdeling: werkruimtes voor het stafpersoneel, vergaderruimtes voor

personeel en patiënten, administratie, recreatieruimte voor patiënten (hobbykelder), televisiekamer, badkamer en kleine onderzoekkamer.

Het Sociotherapeutisch Centrum is naar bouwwijze duidelijk patiëntocentrisch. Centraal staan de bewoners en het huis. Personeeltechnisch is de opzet zeer inefficiënt: lange wandelgangen tussen de huizen, meer personeel noodzakelijk dan bij de gebruikelijke paviljoenbouw. Verder is architectonisch een brede risicomarge ingebouwd: weinig overzicht, controle is vrijwel onmogelijk, wel toezicht.

Is de veiligheid van bewoners niet absoluut gegarandeerd, het is een open afdeling, het gestichtsisolement is door deze meer maatschappelijke woonvorm op brede schaal doorbroken. Bij het ontwerp ging men uit van de gedachte dat deze meer op de menselijke persoon gerichte bouwwijze bij de nieuw ingekomen patiëntenbewoners de hospitalisatierituelen zou doorbreken. Na enkele jaren experimenteren werd deze hypothese door de feiten bevestigd. In het centrum werd een milieu gecreëerd waarin therapeutische persoonlijkheidsgroei duidelijk mogelijk werd gemaakt. Het nemen van verantwoord therapeutisch risico ondersteund door een fundamentele vertrouwensrelatie met de patiënt, deed wonderen.

3 Wonen en sociotherapie

Het wooncentrum van het psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' heet 'sociotherapeutisch'. Alhoewel de sociotherapeutische activiteiten binnen het ziekenhuis zich zeker niet tot het centrum beperken, wij denken hierbij aan de sociotherapeutische samenstelling van werkgroepen in de arbeidstherapie, clubvorming in de vrijetijdsector, een aanzet tot 'groepsverpleging' binnen enkele paviljoenen, zijn de woongroepen in de huizen toch het milieu waarin zich een sociotherapie par excellence kan ontplooiën. Hier kan zich op de meest natuurlijke wijze tonen wat Hans Trüb de 'Heilung aus der Begegnung' noemt. De sociotherapeutische aanpak in 'Wolfheze' gaat terug op de beginselen der 'actievere therapie' zoals door H. Simon in Gütersloh ontwikkeld. De grote betekenis van het werk van Van der Drift ligt in de antropologische duiding van de grondconcepten van de actievere therapie. Geïnspireerd door de inzichten van Heidegger en Binswanger heeft Van der Drift de biologische benadering van Simon overschreden en geënt op een ortho-agogiek en op een personalistisch georiënteerde antropologie. Voor Van der Drift betekent 'verantwoordelijkheid' meer dan, zoals voor Simon, dat milieu en individu 'sich verantwoordet sind', meer dan de 'biologische verantwoordelijkheid'. De mens is meer dan een louter biologisch reagerend wezen, dat alleen maar dat doet waar het egoïsme en luststreven bij zouden winnen. Zonder een andere dimensie blijft de mens in wezen onbeïnvloedbaar en kan hij alleen maar geremd of gedwongen worden. Verantwoordelijkheid is meer dan in een lust/onlustrelatie staan met het milieu,

het betekent ook dat de mens persoonlijk in staat is een besluit te nemen, er zich naar te richten, zich vrijwillig gevangen te geven aan zijn eigen woord met betrekking tot boven-individuele waarden.

'Wolfheze' geeft in zijn ontwikkelingen der laatste drie decennia duidelijk aan hoe de antropologische oriëntatie niet alleen een brede bezinning op de behandelingstechnieken en methodieken mogelijk maakt (o.a. arbeidstherapie, socio-, bewegings- en muziektherapie), doch ook het therapeutisch klimaat binnen een inrichting diepgaand kan beïnvloeden en zelfs in de architectuur van het ziekenhuis zijn neerslag kan vinden.

In een antropologisch georiënteerde sociotherapie realiseert de patiënt zijn vrijheid, zijn authentiek menselijk levensontwerp 'met' en 'voor' de medepatiënt. Boven alle dressaatvorming, alle aanpassing, alle resocialisatie en alle revalidatie uit, wordt de geesteszieke mens gebracht tot authentiek samenleven. Een samenleven dat zich, zoals Carp de sociotherapie omschrijft, voltrekt in een doen-met-elkaar en doen-voor-elkaar. In dit 'socius'-, gezelschap, zijn met elkaar ligt de kern van het therapeutisch gebeuren. Iedere vorm van therapeutisch handelen is een creatief gebeuren gericht op de toekomstige vrijheid en autonomie van de mens. Sociotherapie beoogt zoals iedere therapie ruimtevermeerdering, groeien naar zelfstandigheid, groeien in vrijheid. In iedere fundering der sociotherapie dient het accent te liggen op 'de roep van de ander' schrijft Carp. 'De ander is er voor mij en ik ben er voor de ander' stelt Gabriël Marcel. Slechts in de Ik-Gij-verhouding, het levend contact met de medemens kan ik 'disponibel' zijn. Slechts in de onderlinge verscheidenheid, nooit in gelijkheid, kan zich deze 'disponibiliteit' openbaren. De authentieke gemeenschap rust in verscheidenheid, nooit in gelijkheid, eenvormigheid. Woongroepen met een gemengde populatie, gemengd zowel naar sekse, leeftijd, sociale status, opleiding, ziektebeeld als toekomstperspectief, hebben de meeste sociotherapeutische mogelijkheid. De beperkingen van de ene bewoner doen appèl op de mogelijkheden van de ander, en omgekeerd. De meer afhankelijke doet beroep op de meer zelfstandige. Wie veel kan helpt wie weinig kan. Uit de verscheidenheid ontspringt de eis tot beschikbaarheid: ouderen tegenover jongeren, mannen tegenover vrouwen, actieven tegenover passieven, meer ziek tegenover minder ziek, enz. In dit spel van omgaan 'met elkaar' en 'voor elkaar' zijn patiënten zelf therapeutisch bezig. Patiënten 'behandelen' elkaar, zijn 'therapeut' voor elkaar! Wij staan hier ver van de exclusieve relatie patiënt-arts of patiënt-verpleegkundige waarbinnen zich dan de therapie zou voltrekken. Sociotherapeutisch speelt zich de therapie primair in de woongroepen zelf af. Het 'behandelend team' (verpleegkundigen, arts, psycholoog, enz.) is niet langer direct behandelend doch indirect begeleidend, sturend. De patiënt moet vooral in een groep leren 'wonen'. Dat wil zeggen leren participeren in het 'hier en nu', het presentische, van het huiselijk leven van de groep. Deze directe participatie aan het presentische van het woongebeuren is voor de

meeste nieuwe bewoners een therapeutisch zeer zware opgave. Participatie en presentie zijn twee sleutelbegrippen, zowel voor patiënten als personeel, in het sociotherapeutisch woongebeuren.

Het Sociotherapeutisch Centrum is naar architectuur en organisatiestructuur primair patiëntocentrisch gericht. Wij lieten ons hierbij leiden door de zogenaamde 'frontgedachte': centraal staat het huis, de bewoners en de sociotherapieleid(st)er. In de woongroep gebeurt het wezenlijke van de sociotherapie. De deskundigen, arts, verpleegkundigen, psycholoog e.a., zijn er ter ondersteuning van het front.

In de antropologisch georiënteerde sociotherapie staat de waarde van de menselijke persoon, los van alle maatschappelijke status en prestige, centraal. In de mate dat alle medewerkers ook direct participeren aan het 'veldwerk' wordt de afstand tussen patiënten en personeel niet alleen principieel doch ook praktisch doorbroken. Een en ander heeft repercussies op samenwerkingsverbanden tussen disciplines op de afdeling: medische, psychologische, verpleegkundige, enz. Als het ware spontaan ontwikkelt zich een relatieve deprofessionalisatie. De professie raakt ondergeschikt aan de menselijke communicatie. Niet langer geldt 'wie is wat', doch 'wie is wie'. De sociotherapeutische eis tot pluriformiteit geldt voor de samenstelling van de woongroepen en evenzeer voor de medewerkers en teamleden wat betreft hun disciplines en persoonlijke inbreng.

4 Hospitalisatie en hospitalisatiesyndroom

Herhaaldelijk valt in de literatuur over de verblijfspatiënt, de longstay patiënt, de chronische patiënt of de patiënt in de voortgezette behandelingssituatie, de term 'hospitalisatie' of 'hospitalisatiesyndroom'. Meestal verstaat men hieronder een aantal verschijnselen die optreden bij patiënten, of soms bij personeel, bij langdurig verblijf in een inrichting. Volgens de meeste auteurs ligt er een duidelijk verband tussen de ontwikkeling van het hospitalisatiesyndroom en de duur van het verblijf in de inrichting. J. Valk schrijft hierover dat het proces aanvangt op het ogenblik dat de 'gehospitaliseerde' persoon ophoudt zich zorgen te maken over of inspanning te getroosten voor het verwerven van zijn dagelijkse maaltijd, kleding, het handhaven van zijn sociale positie, de herovering van zijn zelfstandigheid. Het verschijnsel wordt soms ook aangeduid met termen als 'institutionele neurose' (Barton), gestichtsdementie, gestichtsziekte, gestichtssocialisatie, enz.

Valk vatte een aantal aspecten van het hospitalisatiesyndroom als volgt samen:

- atrofie van sociale functies door ontwenning;
- onbekendheid met recente ontwikkelingen;
- verlies van inzicht in eigen sociale rol;
- toenemende onzelfstandigheid;
- infantilisering door verblijf in grote groep met hiërarchische structuur;

Wonen en hospitalisatie

- verminderde sociale participatie;
- verminderde functie van het 'gezondheidsgeweten';
- verarming van interesse.

In zijn werk 'Het Psychiatrisch Centrum' geeft Jacobs een aantal oorzaken van het hospitalisatiesyndroom:

- 1 verlies aan contact met de buitenwereld (door gesloten deuren, gebrek aan bezoek, beperkte bezoektijden, gebrekkige verbindingen);
- 2 gedwongen niets doen (bij voorbeeld observatie op bed, verplegenden die alles uit handen nemen, gebrek aan therapiemogelijkheden);
- 3 een bepaalde bazige houding van medische staf en verplegenden: het 'jij- en jou-en', het commanderen, de gedachte: de patiënt heeft maar te doen wat de dokter en zuster goed voor hem vinden;
- 4 verlies van persoonlijke vrienden, persoonlijke bezittingen en persoonlijke gebeurtenissen (zoals ringen, horloges, verjaardagsvieringen, enz.);
- 5 medicijnen; hoe men ook over de moderne psychopharmaca denkt, zij veroorzaken in ieder geval initiatiefverlies;
- 6 het klimaat op de afdeling (kleur, fleur, verlichting, ruimte, meubilair, uitzicht naar buiten, lawaai, houding van personeel, houding en aanblik van medepatiënten);
- 7 gebrek aan perspectief om ver over de muren van het psychiatrisch centrum heen te kijken; niet alleen perspectief voor werk, maar ook perspectief om de eenzaamheid te doorbreken, is nodig.

Hebben bij de meeste auteurs de begrippen 'hospitalisatie' en 'hospitalisatiesyndroom' een negatieve klank, Oosterlee, Ploegsma, Garner, e.a. beschouwen de hospitalisatie primair als een positieve zaak: 'voor zover daardoor het zieker worden gestuit en een ontwikkeling van zieke tot persoon op gang gebracht wordt' (Oosterlee). In deze betekenis krijgt de term hospitalisatie toch een andere dan de gebruikelijke pejoratieve lading. Onder hospitalisatie verstaat men dan het als patiënt opgenomen worden in een milieu dat op adequate behandeling en verpleging is ingesteld.

Voor de negatieve neveneffecten van de behandeling, de verpleging en het verblijf wordt de term 'hospitalisatiesyndroom' gereserveerd. Oosterlee legt bij de bespreking van dit laatste fenomeen een, overigens nog weinig onderzochte doch interessante relatie tussen het hospitalisatiesyndroom, de sociale structuur van het psychiatrisch ziekenhuis en de sociale structuur buiten het ziekenhuis: de maatschappij. In iedere sociale structuur waarin uitoefening en ondergaan van macht als recht van de sterkste, discriminatie, een grote rol spelen, ontbreekt nooit tirannie en dwang. De ontdekking dat deze elementen in een sociale structuur als het psychiatrisch ziekenhuis tot hospitaliseringsverschijnselen leiden was volgens Oosterlee één der beweegredenen tot de ontwikkeling van bewaar- en bewaakplaatsen tot therapeutische gemeenschap. Toepassing van deze wetenschap op de maatschappij zou tot her-

kenning van de hospitalisatieverschijnselen in deze maatschappij kunnen leiden. Anderzijds bepaalt de lage plaats die het psychiatrisch ziekenhuis inneemt in de rangorde der plaatsen in een maatschappij waarin het recht van de sterkste en discriminatie een grote rol spelen, de geografische ligging, de beschikbare outillage, financiën en personeelsbezetting.

Hospitalisatiesyndroom, een ambiguë werkelijkheid

(1) Voor bovenstaande auteurs verschijnt het hospitalisatiesyndroom, afgezien van enkele nuances en accenten, vrijwel op dezelfde wijze. De oorzaken van het syndroom worden vooral aan intramurale factoren van sociologische, sociaal-psychologische, medisch-verpleegkundige of bedrijfsorganisatorische aard toegeschreven. Oosterlee legt de relatie met extramurale factoren. Opvallend is dat bij de beschrijvingen van het hospitalisatiesyndroom weinig wordt geattendeerd op de ambiguë relatie tussen de zogenaamde hospitaliserende factoren en de defecte vormen van geestesziekte.

Zonder te willen ontkennen dat door bovengenoemde factoren geen hospitaliserende neveneffecten zouden worden opgeroepen en eventueel ontwikkeld, kan men moeilijk over het hoofd zien dat de beperkingen, eigen aan de verschillende chronische ziektebeelden en vooral de defecte vormen van schizofrenie in de ontwikkeling van het syndroom een enorme rol spelen.

J. H. van den Berg onderzocht naar aanleiding van zijn studie over de 'autistische defectschizofrenie' van K. Leonhard, gevangenen die reeds meer dan tien jaar in hechtenis waren. Zelfs bij diegenen die de gevangenschap op de meest privatieve wijze ondergingen, viel hem niets op van wat deed denken aan de defectschizofrene en gehospitaliseerde mens. Het viel hem op dat de vorm van menszijn, de wijze van ontwerpen van tijd en ruimte door de gevangenschap niet veranderde. Hetzelfde kan gezegd worden van monniken die jarenlang in strenge afzondering en contemplatie doorbrengen.

Wij willen door deze voorbeelden de realiteit van het hospitalisatiesyndroom niet ignoreren, alleen wijzen op het ambiguë relatieveld tussen patiënt en milieu dat door dit begrip ons inziens ook wordt aangeduid. Er zal bij de preventie en eventueel bestrijding van de hospitalisatie rekening moeten worden gehouden met de zware beperkingen, gesteld door de verschillende psychiatrische syndromen ook en zeker in hun chronische vorm.

(2) Anderzijds komen de hospitaliserende factoren, of beter de factoren die de ontwikkeling van het hospitalisatiesyndroom bevorderen, te exclusief op rekening van het ziekenhuismilieu. Hospitalisatie in negatieve zin verwijst naar alle milieufactoren die het ziekteproces onderhouden of de groei naar gezondheid in de weg staan. Uitgaande van deze betekenis van het begrip 'hospitalisatie' worden ook buiten het ziekenhuis nogal wat 'hospitaliserende' factoren zichtbaar.

Beperken wij ons tot de relatie patiënt-familie: uitstoten van de

patiënt, overwaarderden van bepaalde mogelijkheden of kwaliteiten waardoor de patiënt een wezenlijke kans tot authentiek mens-zijn en mens-worden wordt ontnomen, verstrikt blijven in infantiliserende relaties (ouders bezoeken zoon van vijfendertig jaar sinds jaren twee keer per week), angst voor ontslag van patiënt, weerstand tegen reële revalidatie naar beschuttende werkplaats omwille van status en prestige (beter een familielid in de inrichting dan werkzaam in W.S.W.-verband).

(3) Bij de lijdens aan het hospitalisatiesyndroom wordt de wereld waarin zij leven en de sfeer die zij uitstralen gekenmerkt door een verminderde sociale participatie, onzelfstandigheid, interesse- en initiatiefloosheid, nivellering, amorfisering en passiviteit. Alhoewel dit beeld in al zijn leegheid vooral de verblijfspatiënt, de chronische lijder aan schizofrenie kenmerkt, lijkt het ons toch te eenzijdig dit beeld uitsluitend te relateren aan een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Van der Drift beschouwde het toestandsbeeld van de verblijfspatiënt antropologisch als een wijze waarop zich het 'Niets' binnen de existentie kan openbaren. De chronische patiënt getuigt, wat ook de oorzaken en conditionaliteiten mogen wezen, van de desintegrerende kracht van het overgeleverd zijn aan het 'Niets'. Verschillende existentiefilosofen, Heidegger, Sartre, Marcel, hebben deze vorm van menselijk bestaan nader beschreven: het bestaan stagneert, vervalt aan een eindeloze momentanisering. Het is de wereld van de grauwe verveling: 'la Nausée'.

De antropologische structuur van het hospitalisatiesyndroom wordt gekenmerkt door een vervallen van het zelf aan de facticiteit van het bestaan. Naar de psychopathologie toe zou men kunnen stellen dat hierdoor de symptomatologie van dit syndroom in hoge mate wordt bepaald door de situatie, de Umwelt, waarin de lijder zich bevindt.

(4) Wij zouden ook de wijze waarop het hospitalisatiesyndroom zich manifesteert kunnen duiden vanuit de antropologie van het wonen. Bij alle lijdens aan het hospitalisatiesyndroom, zowel binnen als buiten de inrichting, is de polaire structuur van het woongedrag, de open beslotenheid, gestoord. Liggen de stoornissen aan de zijde van de beslotenheid dan voelt men zich als het ware overgeleverd aan de omringende werkelijkheid, niet bij machte voor en bij zichzelf te wonen. Deze vorm van pathologisch woongedrag konden wij vaak bij chronische lijdens aan schizofrenie waarnemen. De te grote openheid wordt als het ware afgeschermd door een pseudo-geslotenheid: alle gordijnen en ramen dicht, zich opsluiten in een klein kamertje. Liggen de stoornissen aan de zijde van de openheid dan vervalt de beslotenheid tot geslotenheid. Psychopathologisch vinden wij in extreme mate deze verstarring terug in het woongedrag van de epilepticus. Het ontardt vaak in een tiranniek beheren en domineren van een micro-wereldje. Bij de psychopatische en psychopatische gedragpatronen liggen de stoornissen primair in de mogelijkheid het wonen als samenwonen te beleven.

(5) F. van Hest stelt in een artikel over vakantie-ervaringen met psychiatrische patiënten dat in het wonen ook gevaren voor de

patiënt schuilen. In negatieve zin zou het wonen 'afkerig, ja zelfs vijandig staan tegenover elke "beweging", elke nieuwigheid en het risico van de verandering niet aandurven. Kortom het wonen bevordert ook de ingekankerde gewoonte. De ingekankerde gewoonte neemt de vorm aan van hospitalisatie.'

Van Hest wijst in feite op de boven beschreven structuur waarin het wonen de openheid verliest en vervalt tot gefixeerde beslotenheid. Van Hest pleit voor een frequenter hanteren van milieuwijziging als therapeutisch middel. Op basis van cultuurhistorische en ethologische gegevens wijst hij op de existentiële behoefte van de mens om onderweg te zijn, om van milieu te veranderen. Zonder dit te willen ontkennen lijkt het ons vanuit de antropologische structuur van het wonen als 'open beslotenheid' zinvoller het reizen, trekken en blijvend wonen niet als tegenstellingen te zien. Zich ergens vestigen en reizen horen bij elkaar. Ook volkeren die zich niet definitief vestigen weten te 'wonen'. De tent in de woestijn is hun 'woonplaats'. Grote historische trektochten kregen hun uiteindelijke betekenis en zin uit een 'waar vandaan' en een 'waarheen'. Het 'heimwee naar nieuwe einders' is inherent aan de dialectische structuur van het menselijk wonen. Het is ook een 'heimwee' naar nieuwe einders.

5 Wonen en revalidatie

C. C. van den Heuvel heeft het effect van het wonen in het Sociotherapeutisch Centrum nader omschreven. Met behulp van psychologisch onderzoek werd de toestand van een aantal patiënten voor en tijdens hun verblijf in de huizen vergeleken. Na enkele jaren bleek:

- 1 verbetering en uitbreiding van contacten en contactmogelijkheden;
- 2 verbetering van de zelfwerkzaamheid, meer tonen van eigen initiatief;
- 3 toename van groepsgevoel;
- 4 toename van zelfstandigheid;
- 5 toegenomen interesse voor uiterlijk, kleding, etc.;
- 6 uitbreiding van de interessesfeer.

Sommige mutistische patiënten gingen weer spreken. Over het algemeen veranderden hallucinaties en waanideeën niet, wel traden ze minder op de voorgrond. Soms nam een zekere verzamelzucht toe. Uitingen van agressie verminderden. Het familiebezoek nam toe. Het meest viel na enkele jaren een toegenomen gevoel van eigenwaarde en toegenomen zelfbewustzijn op. De patiënt werd opnieuw een zelfstandig persoon.

Dat voor een grote groep patiënten het psychiatrisch ziekenhuis een thuis vormt, neemt echter niet weg dat voor vele chronische of long-stay patiënten een heroriëntatie op wonen buiten het ziekenhuis tot de mogelijke toekomstperspectieven behoort. Vanuit de dagelijkse sociotherapeutische praxis werd men zich ten aanzien van de zogenaamde 'revalidatie' van de long-stay patiënt, steeds

meer bewust van een ogenschijnlijk paradoxaal therapeutisch gegeven. De kansen op wonen buiten het ziekenhuis bleken voor een bepaalde groep patiënten namelijk toe te nemen, naarmate de patiënt zich binnen het wooncentrum meer thuis voelde. Wonen 'binnen' bleek voorwaarde voor wonen 'buiten'.

Een tweede brandpunt van de therapeutische ellips ligt in de wijze waarop door het behandelend team het therapeutisch-revaliderend effect wordt nagestreefd. Een revalidatie-therapie losgehaakt van een existentiële betrokkenheid en vastgelegd in te nauw omschreven behandelingsplannen bleek soms wel tijdelijk doch niet wezenlijk therapeutisch. Een te sterk geobjectiveerd plan kan de openheid van het therapeutisch gebeuren afsluiten en zelfs antitherapeutisch werken.

In de kleine wooneenheden wordt reeds door het milieu zelf een continu 'revaliderend' appèl gedaan op de groeimogelijkheden van de patiënt. Een stimulering van deze mogelijkheden door de woongroep zelf en door het begeleidend therapeutisch team schept een klimaat waarbinnen een soms langzame en moeizame rijping naar nieuwe perspectieven ook buiten de inrichting mogelijk wordt.

Een te sterk geprogrammeerde therapie kan wel gevoelens van onzekerheid en angst bij de therapeut onderdrukken, doch laat weinig ruimte voor het rijpingsgebeuren dat zich nooit buiten een sfeer van openheid, vrijheid en risico kan voltrekken. Gezien vanuit de klassieke pedagogische tegenstelling tussen 'führen' en 'wachsen lassen' liggen blijkbaar voor de sociotherapie de beste kansen in het laatste.

Bij de samenstelling van de woongroepen wordt in het Sociotherapeutisch Centrum niet rechtstreeks met het toekomstperspectief van de bewoners rekening gehouden. Er worden met andere woorden geen zogenaamde 'ontslaggroepen' gevormd. Door de gemengde groepsamenstelling wordt voor een grote groep patiënten mede het odium voorkomen 'verloren te zijn', 'nooit meer weg te kunnen', 'voor altijd in de inrichting te moeten blijven', enz. Wanneer regelmatig uit verschillende groepen patiënten met ontslag gaat blijft het klimaat levendig, langdurig verpleegden zien nieuwe patiënten, worden steeds opnieuw gestimuleerd voor zichzelf de vraag te stellen naar mogelijk ontslag. Het houdt ook op deze wijze veel bewoners in contact met de maatschappij. Jacobs heeft er op gewezen dat ook voor patiënten die kortere tijd in de inrichting moeten verblijven, het verblijf samen met langduriger verblijvende patiënten zinvol kan zijn.

Ook voor het personeel is door een wisseling van patiëntenbestand het werk aantrekkelijker, gevarieerder. Arbeidsmotivatieel stelt het werk met uitsluitend zogenaamde 'chronische' patiënten het personeel voor een te hoge opgave. Anderzijds blijft bij het personeel door het werk met 'gemengde' groepen de aandacht voor het maatschappelijk gebeuren buiten het ziekenhuis veel levendiger.

Patiënten met een long-stay-prognose blijken achteraf door het verblijf in de kleine groep toch veel vlugger voor ontslag in aanmerking te komen. Soms wagen bewoners na meer dan tien jaar

verblijf in de woningen de stap naar de maatschappij. De laatste jaren nam het aantal ontslagen patiënten vanuit het sociotherapeutisch centrum steeds toe (plm. 20 in 1972, 40 in 1974). Het aantal heropnames was zeer gering.

6 Samenvatting

Een der functies van het psychiatrisch ziekenhuis is de zogenaamde woon- of gasthuisfunctie. Iedere methodisch-therapeutische benadering dient uiteindelijk gerelateerd aan het wezen van het menselijk wonen. De antropologische structuur van het wonen wordt gekarakteriseerd door een polair spanningsveld tussen openheid en beslotenheid. Het psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' geeft o.a. in het 'Sociotherapeutisch Centrum' gestalte aan de woon- of gasthuisfunctie. Binnen dit centrum ligt de kern van het sociotherapeutisch gebeuren in het samenwonen van patiënten met-en-voor-elkaar. Het laten wonen van patiënten in kleinere eenheden doorbreekt de hospitaliserende en massificerende neveneffecten van de langdurige verpleging in grote paviljoenen.

Hospitalisatie wordt primair als een positieve zaak beschouwd.

De negatieve effecten van de behandeling vallen onder de term 'hospitalisatiesyndroom'. Wonen, hospitalisatie enerzijds en revalidatie anderzijds zijn geen tegenstellingen. De pluriformiteit van de woongroepen schept de beste kansen tot sociotherapie en revalidatie.

Literatuur

- Berg, J. H. van den, *De betekenis van de phaenomenologische of existentiële anthropologie in de psychiatrie*, Kemink en Zoon N.V., Utrecht, 1946.
- Carp, E. A. D. E., *Sociotherapie, actieve aanpassingstherapie*, De Tijdstroom, Lochem, 1954.
- Drift, H. van der, Iets over de therapeutische 'sfeer' en de betekenis hiervan voor de lijdens aan schizofrenie, in: *Soteria*, 1960.
- Drift, H. van der, Actieve gedragstherapie in meer strikte zin, *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1955, 8/9, p. 251.
- Eynde, I. E. I. M. van, Anthropologische overwegingen rond het thema wonen in het psychiatrisch ziekenhuis, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1973, pp. 311-316.
- Eynde, I. E. I. M. van, Een woongemeenschap voor psychiatrische patiënten: Het 'Sociotherapeutisch Centrum' te Wolfheze, *intern rapport*, Wolfheze, 1975.
- Hest, F. van, Vakantie-ervaringen met psychiatrische patiënten, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1975, pp. 343-444.
- Heuvel, C. C. van den, Praktische psychiatrische Erfahrungen der soziotherapeutischen Wohngemeinschaft, *Psychiat. Neurol. Neurochir.* 68: 175, 1965.
- Jacobs, D., *Het Psychiatrisch Centrum*, De Tijdstroom, Lochem, 1968.
- Kerken, L. van der, *Filosofie van het wonen*, De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen, 1965.
- Oosterlee, M., *Psychiatrische Dagbehandeling*, De Tijdstroom, Lochem, 1972.

Wonen en hospitalisatie

- Opening van het Socio-Therapeutisch Centrum in het psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze' te Wolfheze, *Tijdschrift voor Ziekenverpl.* 15-11-1961, pp. 735-737.
- Simon, H., Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, 1929, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, p. 287.
- Valk, J., Een sociotherapeutisch experiment in de Belgische Ardennen met chronische psychiatrische patiënten, *Tijdschr. v. Orthopedagogiek*, april 1969.