

# Vakantie-ervaringen met psychiatrische patiënten

door Drs F. van Hest\*

## 1 Inleiding

Dat psychiatrische patiënten groepsgewijs met elkaar op vakantie gaan, is sinds enige tijd al geen bijzonderheid meer. Door de buitenwacht worden deze vakanties toch nog als iets bijzonders gezien, wat bijvoorbeeld blijkt uit de krantenberichtjes die men hiervoor in de verschillende dagbladen wel aantreft.

Op de achtergrond hoor je haast de gedachte 'ze hebben het toch maar goed daar in die ziekenhuizen' en 'kan dat nou wel van onze centen? ze zijn toch ziek'. In de ziekenhuizen zelf, wordt het met vakantiegaan daarentegen ervaren als een recht, dat óók de psychiatrische patiënt heeft, en waarvan de kosten eigenlijk in de verpleegprijs opgenomen zouden moeten worden.

Het ziekenhuis 'Wolfheze' biedt haar patiënten een volwaardig vakantie-programma aan, waarvan de organisatie bij de afdeling rekreatie berust. Het programma voor 1974 voorzag in een aantal keuzemogelijkheden. Men kon een week naar een vakantieboerderij in Dwingelo, die enkele maanden tot onze beschikking stond, verder naar Schoorl of een week met een boot mee over de Nederlandse rivieren (speciaal voor patiënten die zich moeilijk konden bewegen). Voor de lichamelijk en geestelijk fitste mensen, was er een vakantie zeilkamp in Woudsend en twee 10-daagse reizen naar Zwitserland. Een groepje oligofrenen ging naar een huis in het nabije Bennekom.

De keuze van het reisdoel door de patiënten was in principe zo 'maatschappelijk' mogelijk, d.w.z. dat iedere patiënt zijn eigen reisdoel mocht uitkiezen en zoveel mogelijk ook de kosten van de reis moest dragen.

Natuurlijk was niet elk reisdoel geschikt voor elke patiënt; niet iedereen kan een reis naar Zwitserland betalen en niet alle patiënten hebben de psychische of fysieke mogelijkheden om mee te doen aan een zeilkamp. Maar omdat het programma 'Elk wat wils' bood, kon bijna iedereen van onze patiënten een voor hem ple-

\* Werkzaam in het Psychiatrisch ziekenhuis 'Wolfheze'. Geneesheer-Directeur Dr H. Oosterlee.

zierige vakantie meemaken. Van de 815 patiënten gingen er dit jaar  $\pm$  600 op stap.

## **2 Omgeving, materiaal en mensen**

Voor het zeilkamp waren er 34 deelnemers, mannen en vrouwen. De meeste deelnemers hadden een leeftijd tussen de 20 en 35 jaar, sommige deelnemers waren ouder dan 50. Uit de verschillende paviljoens hadden zich bewoners aangemeld. In het gezelschap bevonden zich dames en heren van de observatie-afdeling en van het sociotherapeutisch long stay behandelcentrum.

De verblijfsduur binnen ons ziekenhuis varieerde tussen enkele weken en vele jaren. In de groep waren de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden vertegenwoordigd.

Verschillende patiënten kenden het vakantieoord waar we naar toe gingen nog van een vorig jaar. Door hun verhalen kwamen we daar al met grote verwachtingen aan. In Woudsend verbleef de groep in het vakantiecentrum 'Het Molenhuis'. Het plaatsje is een leuk beknopt dorpje met alles erop en eraan, winkeltjes, cafeetjes, kerkje en niet te vergeten de bewoners die vaak op een vriendelijke en spontane wijze contact met ons hadden.

Het Molenhuis zelf werd helemaal door onze groep bezet. We hadden er dezelfde rechten en plichten als elke andere groep, dus eigen bed opmaken en afwassen, maar verder geen corvee.

Om te zeilen hadden we de beschikking over 4 B.M.'s met aan boord van elke boot een schipper/instructeur, die het instructeurswerk in hun vakantie deden en verder niets met de psychiatrie te maken hadden. De enige informatie die ze over de groep hadden gekregen was dat het een groep psychiatrische patiënten betrof, die al vaker in het Molenhuis een vakantie had doorgebracht. Met de patiënten en het personeel werd de afspraak gemaakt, dat de schippers aan boord de baas zouden zijn.

## **3 De activiteiten**

Het programma van de dag was steeds druk bezet, zonder overgeorganiseerd te zijn. In principe waren er elke dag twee zeiltochten, een keer 's morgens en een keer 's middags, om iedereen de gelegenheid te geven op zijn minst eens per dag met een boot mee te gaan. Er was dus steeds een groep zeilers en een groep thuisblijvers. Voor de groep thuisblijvers werd niets speciaals georganiseerd, maar er waren voldoende sportartikelen, roeiboten, hengels etc., om zich te amuseren, of anders kocht men het een en ander zelf. Voor de liefhebbers stonden er een tweetal excursies op het programma; zo was er een tocht met een rondvaartboot over de Friese meren en een middagtripje per plaatselijke autobus naar Sneek.

Alle maaltijden werden gezamenlijk gebruikt, maar na de maaltijden en vooral na de avondmaaltijd bleef er dan nog voldoende tijd over, om op eigen initiatief het dorp in te gaan. Op sommige

avonden was er iets georganiseerd: roeiwedstrijden, t.v.-kijken naar een voetbalwedstrijd voor de wereldcup. En dan was er natuurlijk op de laatste dag de zeer geslaagde bonte-avond! Een hoogtepunt van de dag was steeds weer het voorlezen van de krant, die door de patiënten en personeel gezamenlijk in elkaar werd gezet.

#### **4 De individuele patiënt**

Bij de individuele patiënt deden zich tijdens de vakantie een aantal verschijnselen voor, die je grofweg zou kunnen verdelen in subjectieve ervaringen die door hen werden medegedeeld en in meer objectief waarneembare gedragsveranderingen.

Subjectief hadden bijna alle patiënten het gevoel dat ze een fijne tijd hadden meegemaakt. Achteraf gereconstrueerd speelden o.a. de volgende factoren een rol:

- Het ondergedompeld zijn in een voortdurende stroom van activiteiten, die niet als opgelegd, maar als natuurlijk werden ervaren. Bij veel patiënten/vakantiegeers bestond een ware activiteiten-honger, die zich bijvoorbeeld manifesteerde in de gretigheid waarmee de thuisblijvers de avonturen van de zeilers aanhoorden. Als een groep had deelgenomen aan een passievere vorm van recreatie, zoals een autobustocht of een rondvaarttocht, dan spraken velen achteraf toch hun voorkeur uit voor het actievere zeilen.
- De mogelijkheid om nu zelf eens initiatieven te ontplooiën en op eigen kracht de omgeving en de sociale relaties te verkennen.
- Het verdwijnen van de sociale afstand tussen patiënten en personeel en het gevoel van gelijkwaardig te zijn aan ieder ander.
- Het gevoel van saamhorigheid.

Van evenveel belang als de subjectieve gevoelens van psychisch welbevinden waren de objectief waarneembare gedragsverbeteringen die zich voordeden, welke zich manifesteerden in het verdwijnen of verminderen van allerlei symptomen van ziekzijn:

- de inactieven werden actief;
- dysfore mensen zag je lachen en plezier hebben;
- teruggetrokken mensen zag je tot 's avonds laat in de groep;
- mensen met een psychopathiform gedrag kwamen tot een sociale aanpassing;
- angstigen durfden mee te gaan op de zeilboten.

Merkwaardig was het om te zien, hoe allerlei ziek gedrag terugkwam, op het ogenblik dat de bus na aankomst in het ziekenhuis werd verlaten.

#### **5 Processen binnen de groep**

De structuur van de groep vakantiegeers maakte in deze ene week duidelijk een proces door. Op de eerste dag, toen de mensen nog niet aan elkaar gewend waren, was er weinig interactie tussen de groepsleden; de mensen spraken weinig met elkaar, men bleef over het algemeen zitten of staan op de plaats waar men

zich nu eenmaal bevond, en er werden weinig initiatieven genomen om in contact te komen met iemand buiten zijn naaste buurman om. De gehele groep kenmerkte zich door het geringe aantal bewegingen dat je kon waarnemen, een immobilisme in de trant van: blijf zitten waar je zit en verroer je niet. Toch was de sfeer goed en er heerste een verwachtingsvolle stemming: 'Wat zal er allemaal gaan gebeuren'?

Men vertrouwde aan het begin van de vakantie erg op het vertrouwde: de leiding, de bekende mede-patiënt, het eigen geslacht en de vertrouwde eet- en slaaptijden. In deze eerste fase bleef de groep voornamelijk als een gesloten front bijeen.

Het ijs werd pas 's avonds gebroken met een gemeenschappelijk spel. Dat werd aanvankelijk niet met enthousiasme begroet. Zo hier en daar hoorde je schampere opmerkingen als: 'hè in Wolfheze doen we dat ook altijd' etc. Maar het spel werd leuk, omdat het dé uitgezochte gelegenheid bleek te zijn om de oude rollen af te leggen. Patiënten en personeel gingen nu amicaal met elkaar om, noemden elkaar bij de voornaam, plaagden elkaar een beetje en lachten elkaar uit.

Voortaan bestond er tussen patiënten en personeel een grote rol-integratie; het personeel deed aan alles mee waaraan de patiënten meededen en omgekeerd. De roldifferentiatie die overbleef, bestond o.a. uit het uitdelen van medikatie, aanwijzingen geven voor het programma van de dag etc. aan de kant van het personeel, en het vragen om hulp en aanwijzingen aan de kant van de patiënten (patiënten vroegen bijvoorbeeld om slaappillen, 'wat gaan we doen?', verbinden van kleine verwondingen etc.). Meestal geschiedde dit op gezette tijden als het begin of eind van de maaltijden, bij het opstaan en bij het naar bed gaan. Iets eigens behielden we ons als personeel voor: in het slapen – personeel en patiënten sliepen niet bij elkaar – en door 's avonds nog even samen een borreltje te drinken op een van onze kamers.

Door de ijsbreker van het spel en door de grote mate van rol-integratie kwamen er in de groep veel meer interacties op gang en veel meer bewegingen binnen de groep. Steeds meer mensen durfden van hun plaats op te staan om midden door de rekreatiezolder, die als gemeenschappelijk trefpunt fungeerde, te lopen om iets te halen of om met iemand aan de overkant een praatje te gaan maken.

Een derde en laatste fase bestond in het voorzichtig uitproberen in hoeverre men onafhankelijk en vrij was van de totale groep. De afbakening van de zelfstandigheid gebeurde in de ruimte en in de tijd, dus in hoeverre hebben we bewegingsvrijheid? hoeven we niet de hele dag bij het totale groepsgebeuren te zijn? hoe laat moeten we naar bed? etc. Het resultaat van deze derde fase was, dat er zich spontaan een aantal subgroepjes en individuen uit de grote groep losmaakten. Zo zag je verschillende subgroepjes ontstaan, waarvan de leden elkaar vaak opzochten.

De subgroepjes ontstonden op basis van verschillende sociologische en psychologische criteria, waarvan gelijke leeftijd, gelijk ge-

slacht, wonen op dezelfde afdeling (sociologisch), (psychologische) attractiviteit of gelijkgerichte interesse, de belangrijkste samenvallende factoren vormden. Zo zag je heel vaak een groepje van jongere jongens bij elkaar, terwijl er daarnaast ook een groepje jongere dames was, die met elkaar een hechte band aangingen. De psychologische criteria zorgden voor een groepje van uitgaanders, die 's avonds met elkaar het dorp introkken, of die elkaar 's avonds in een van de plaatselijke café's troffen. Dan was er een lang-opblijf-groepje, dat het heerlijk vond om zo lang mogelijk op te blijven en pas tegelijk met het personeel de rekreatiezolder te verlaten.

De cohesie van de verschillende subgroepjes was niet voor elk subgroepje even groot. Er waren er enkele zeer hechte bij, met name die, waar de sociologische en psychologische criteria accumuleerden. Maar vaak wisselden eenieder van groep al naar gelang de situatie. Ook niet iedereen had zich bij een van de subgroepjes aangesloten; sommige individualisten vermaakten zich kostelijk op hun eentje – maar dan vaak wel in de buurt van de anderen!

Slechts een enkeling zonderde zich zo nu en dan van de groep af, maar die werd dan vaak al gauw door een ander uitgenodigd om samen iets te gaan doen. Weigeringen op zo'n verzoek kwamen eigenlijk zelden voor. Toch werd de groep nergens tot een massa! Ook het personeel werd in deze subgroepjes geïntegreerd en dan niet als leidinggevende of bindende faktor, maar gewoon als elk ander groepslid. Zo gebeurde het vaak dat een patiënt je spontaan uitnodigde om mee te gaan vissen, winkelen of iets dergelijks.

Het resultaat van de derde fase in de groepsvorming was dus, dat de totale groep eigenlijk uiteen viel in verschillende kleine clubjes en individuën. Tot het eind van de vakantie bleef dit zo en achteraf was het voor de patiënten waarschijnlijk een van de prettigste ervaringen om met de zekerheid van de totale groep op de achtergrond, nu anders dan in het ziekenhuis, steeds met zelf gekozen clubjes vrijelijk en op eigen initiatief de tijd en de ruimte te verkennen. Er ontstond nooit het gevoel van 'hè bah, daar zitten we weer met z'n allen bij elkaar', iedereen kwam zelfs graag naar de gezamenlijke activiteiten.

Veel van de tot nu toe beschreven processen komen voor binnen groepen van 'normalen'. Toch waren er ook verschillen tussen de groep van patiënten/vakantiegers en anderen.

Een belangrijk verschil was o.a. dat de groep patiënten/vakantiegers in nieuwe situaties, bijvoorbeeld bezoek aan een onbekende stad, restaurant etc. sterk de neiging had om zich afhankelijk te maken en af te wachten wat de leiding deed. In zo'n situatie bleef men als een kluitje op elkaar, het werd stil en de sociale contacten verminderden. De groep hield zich, meer dan andere groepen dat zouden doen, strikt aan de regels en afspraken die met elkaar gemaakt waren. Samenvattend zou men kunnen zeggen dat de groep patiënten/vakantiegers sneller conditioneerbaar

was dan andere groepen. Ze hanteerden meer gedragsregels in de trant van: als dit gebeurt . . . dan moeten we dat doen. In onbekende situaties ontstaat er dan al gauw afhankelijkheid van de leiding.

Een tweede opmerkelijk verschil met de groep van 'normalen' was wel, dat het contact tussen mannen en vrouwen veel moeilijker op gang kwam en veel minder plaats vond. Slechts een enkeling waagde zich aan een langer persoonlijk contact met het andere geslacht. Aan tafel, in de gemeenschappelijke recreatiezaal en wanneer men 's avonds uitging, was er een grotere scheiding van geslachten dan in normale groepen. Ten derde viel het op, hoe patiënten vaak het gezelschap van de niet-patiënten binnen de groep – therapeuten, instructeurs – prefereerden boven andere patiënten. Omdat al deze verschijnselen tegen het eind van de vakantie minder werden, zou men kunnen vermoeden dat ze voor een deel ook tot een gewoonte zijn geworden, die door conditionering in de hospitaal-situatie is verworven.

Het hele proces van de groepsvorming, zoals hier beschreven, met zijn effecten op het individuele welbevinden van de patiënt, is een pleidooi voor een vorm van verpleging waarbij de sociale afstand tussen patiënt en therapeut klein is, en waarbij het groepsgebeuren een belangrijke plaats inneemt. En wat is de vijfdaagse werkweek met achturige werkdagen een onding in de psychiatrie!

## **6 Vergelijking met vroegere ervaringen**

Valk (1969), rapporteerde indertijd over een aantal ervaringen met een groep patiënten vakantiegangers uit Wolfheze. Bij een vergelijking van de ervaringen die toendertijd werden opgedaan met die van nu, springen er een aantal belangrijke overeenkomsten en verschillen in het oog.

Als overeenkomsten:

1 – Het belangrijkste punt van overeenkomst tussen de beide vakanties is wel dat bijna alle deelnemers, patiënten en personeel, zo enthousiast waren. Subjectief was er het gevoel een fijne tijd te hebben meegemaakt. Objectief de waarneming dat de patiënten individueel en als groep op een beter niveau funktioneerden dan in het ziekenhuis.

2 – Patiënten en personeel vormden veel meer een geheel dan in het ziekenhuis. De sociale afstand tussen beide groeperingen was erg klein, toen zowel als nu.

3 – Hiermee samenhangend, was ook nu het personeel voortdurend beschikbaar, zonder wisseling van diensten, vrije dagen.

4 – Ook nu werd zoveel mogelijk een 'normale' situatie nagestreefd, in de keuze van het vakantie-doel, de activiteiten, de kontakten met de omgeving.

Als belangrijke verschilpunten:

1 – Minder dan in 1965 werden de vakanties in 1974 opgezet als een sociotherapeutisch experiment. Het experimentele karakter

kwam pas, om zo te zeggen, later naar voren. Daarbij werden aanknopingspunten gevonden met eerdere bevindingen betreffende de invloed van het milieu op het neurofysiologisch gebeuren en het gedrag bij de patiënt (van der Drift, Valk).

2 – Meer dan in 1965 leek onze vakantie op een maatschappelijke vakantie, dus recreatie na een jaar werken.

3 – De vakanties zijn nu minder massaal; de groepen zijn kleiner, de vakantiedoelen gedifferentieerder, het programma minder georganiseerd.

4 – De vakanties zijn nu in principe voor iedereen bestemd die daartoe fysiek en psychisch in staat is.

## **7 Besluit en theoretische beschouwingen**

De socio-therapie beschouwt het leren en kunnen wonen van de psychiatrische patiënt als een therapeutisch element van bijzondere waarde. Wonen wordt gezien als een oorspronkelijk en wezenlijke structuur van het menselijk bestaan en als uitoefening van de totale menselijke existentie (van Eynde). Ervaringen die in Wolfheze binnen het sociotherapeutisch centrum met het wonen als therapeuticum werden opgedaan hadden opmerkelijke verbeteringen in het gedrag van de patiënt, in de relatie patiënt-personeel en in de houding van familie en vrienden jegens 'hun' patiënt als gevolg (van den Heuvel). Van der Drift maakt middels neurologische, ethologische en antropologische argumenten aannemelijk, dat de therapeutische waarde van het wonen vooral gezocht moet worden in de structurerende 'sluitende' krachten die in het wonen huizen: het wonen behoort tot de externe milieufactoren die het zenuwstelsel mede beïnvloeden en die zodanig gemodificeerd kunnen worden dat ze het zieke (en met name het te open) zenuwstelsel gunstig beïnvloeden: het wonen schept een begrensde ruimte, een territorium waarin de bewoner zich door de ordening van zijn wereld thuis voelt, terwijl er tegelijkertijd een begrenzing van de sociale ruimte ontstaat, door dat de bewoners van hetzelfde huis binnen hun gemeenschap op natuurlijke wijze een rangorde vormen.

Ruimtelijke en sociale begrenzing geven het leven diepte en differentiatie.

Zonder aan het gewicht van het leren en kunnen wonen afbreuk te willen doen, is het van belang zich te realiseren dat er in het wonen ook bepaalde gevaren voor de patiënt schuilen.

Van nature is het wonen conservatief; in de goede zin van het woord betekent dat, dat het wonen behoedzaam is voor zijn omgeving en zijn bewoners, ze met zorg omringt en laat groeien en gedijen. Het wonen geeft veiligheid, overzichtelijkheid en structureert zowel de ruimte als de sociale verhoudingen. In de slechte zin is het wonen conservatief in zoverre het wonen afkerig ja zelfs vijandig kan staan tegenover elke 'beweging', elke nieuwheid en nieuwkomeling en het risico van de verandering niet aan-

durft. Kortom het wonen bevordert ook de ingekankerde gewoonte.

De ingekankerde gewoonte neemt bij de psychiatrische patiënt de vorm aan van de hospitalisatie. De psychiatrische patiënt die binnen een instituut woont loopt de kans om voortdurend gedemoraliseerd te worden in het nemen van eigen initiatieven. Mede door de situatie waarin hij verkeert geeft hij het op om in vrijheid nieuwe kontakten te zoeken, om informatie in te winnen over de wereld buiten het ziekenhuis en om zelfstandig en in verantwoordelijkheid te handelen. De gehospitaliseerde patiënt verliest zijn natuurlijke behoefte aan exploratie van zijn omgeving en vertrouwt steeds meer op het vertrouwde (van Hest).

Ogenschijnlijk stuiten we hier op een vicieuze cirkel: Veel patiënten hebben het wonen met de structurerende werking die er van uitgaat, nodig. Tegelijkertijd echter bevordert het wonen de hospitalisatie en doet het initiatief verdwijnen. Ervaringen met een actieve vakantie kunnen hier een uitweg geven. Actieve vakanties werken structurerend, zonder hospitaliserend te worden; ze zijn initiatiefbevorderend zonder chaotiserend te werken. Konkreet bestaan de structurerende initiatiefbevorderende elementen in z'n vakantie uit de continuë stroom van steeds weer nieuwe gebeurtenissen waar de patiënt/vakantieganger zich tegenover ziet gesteld en waar hij zelf of samen met anderen een antwoord op moet geven. Er is verschil met de actievare therapieën, die ook gebaseerd zijn op de structurerende werking van aangeboden activiteiten. De natuurlijke gebeurtenissen in een actieve vakantie zijn steeds onvoorspelbaar, afwisselend en als het ware door de natuur op het lijf van patiënten/vakantiegangers geschreven, dit in tegenstelling tot gebeurtenissen binnen actievare therapieën. In de 'eisende' vorm van actievare therapie volgens Simon (om met de terminologie van Valk te spreken) krijgen de gebeurtenissen al gauw het karakter van het bekende, het mechanische en de sleur, terwijl in de 'appellerende' no-restraint therapieën van Conolly de activiteiten vlug iets gewilds, kunstmatigs of flauws krijgen. De patiënt reageert op deze therapieën op den duur met verveling, verzet, schijnaanpassing, hospitalisatie, vervreemding etc. Het blijkt dat de natuur veel creatiever is dan elke arbeids- en creatieve therapie! Door de continuë afwisseling van lotgevallen die de natuur aanbiedt, heeft de patiënt niet meer de mogelijkheid om te leren hospitaliseren. Het mechanisme van de klassieke conditionering kan niet op gang komen, want er bestaat geen vaste stimulussituatie die tot een vaste response leidt. (Hoe groot de bereidheid van de patiënt is om zich te laten conditioneren/hospitaliseren bleek ook tijdens de vakantie weer bij alle activiteiten die een sterk geprogrammeerd karakter hadden: vaste tijden voor de maaltijd → lang van te voren aan tafel gaan, etc. Het zou in dit verband interessant zijn om na te gaan in hoeverre er een relatie bestaat tussen gemakkelijke conditioneerbaarheid en bepaalde psychiatrische ziektebeelden.).

Evenmin heeft de patiënt de kans om niet in te gaan op het appèl



dat de natuur op hem doet wil hij tenminste niet voor aan den lijve voelbare konsekventies komen te staan. De natuur is nooit kunstmatig, gewild of flauw, maar altijd oorspronkelijk, onvoor- zien en om een direkt antwoord vragend. En hoewel ze meer auto- ritair is dan de meest autoritaire inrichting maakt ze de mens vrij wanneer hij zijn krachten met haar meet. (Windkracht 6 aan lager wal laat geen discussie toe of windkracht 4 niet beter geweest was: het is pompen of verzuipen! Daarna de bevrijding van 'het is ge- lukt', we hebben het samen geklaard en de afgunst van de thuis- blijvers die niet dezelfde wederwaardigheden hebben meege- maakt.).

Een wederwaardigheden- of lotgevallentherapie ontleent haar the- rapeutische werking aan de natuurlijke wijze waarop de tijd wordt gestructureerd. Het humane senso-motoricum heeft zich geduren- de het proces van de evolutie ontwikkeld tot een apparaat dat door de bemiddeling van ons neurologisch systeem vraagt om op optimale wijze te interreageren met het natuurlijke milieu. Door zijn aard is dit systeem er op gebouwd, om regelmatig blootge- steld te worden aan nieuwe prikkels. Het wonen en werken in een hoog-industriële maatschappij bewerkt het natuurlijke milieu ech- ter tot een éénvormige, ééndimensionele prikkelarme omgeving (zie hiervoor Marcuse).

Van huis uit erop gebouwd om te interreageren met de buitenwe- reld, geeft het zich blootstellen van het senso-motorische apparaat aan het natuurlijke milieu een gevoel van geluk, vrijheid, welbe- vinden. De huidige vormen van wonen en werken, zoals wij die voor onszelf hebben gemaakt in een hoog-industriële maatschap- pij, bieden hiertoe weinig mogelijkheden.

Het gevaar bestaat nu, dat binnen de socio-therapie dezelfde één- dimensionaliteit wordt nagebootst als in de hoog-industriële maatschappij. Een goede interreactie tussen natuurlijk milieu en het senso-motorische apparaat was nog wel gewaarborgd in de oude vormen van wonen, waar wonen en werken onderling met elkaar, en te samen met de omringende natuur waren verbonden, in het ontginnen van de aarde en in het ambachtelijk bezig zijn. Ondanks de primitieve maatschappelijke verhoudingen hadden wonen en werken toen een meer esthetisch karakter in de zin van Marcuse.

De cultuurgeschiedenis en de ethologie leren ons, dat het animale en humane bestaan zich steeds beweegt tussen de beide polen wonen/trekken. Beide polen werken structurerend, de ene vooral in de ruimte, de andere in de tijd.

Het juiste evenwicht tussen milieu-constantie/milieu-wijziging lijkt dan ook, mede gezien de met patiënten/vakanties opgedane erva- ringen, een nog te weinig gebruikt therapeutisch instrument.

De volgende losse observaties uit de ethologie en de cultuurge- schiedenis zijn, tot slot, bedoeld als illustratiemateriaal.

– voor verschillende diersoorten heeft het wonen slechts tijdelijke of secundaire betekenis. Voor vele soorten is het wonen pas dan werkelijk van belang als het in functie staat van het broeden en

verzorgen van de jongen. Buiten de daarvoor geëigende periode ziet men vaak trek- of zwerfgedrag. Trekvogels, vele vissen en bepaalde kuddedieren ondernemen soms lange tochten – kuddedieren gaan dan zelfs vergezeld van hun jongen.

– in de menselijke cultuurgeschiedenis heeft het wonen niet altijd de betekenis gehad, die het voor ons heeft. Er zijn ook nu nog nomadevolken, zigeuners, jagers, die zich niet willen vestigen. De oude pelgrimstochten, ontdekkingsreizen (en vele krijgstochten!) die vroeger werden ondernomen, zijn alleen mogelijk omdat de mensen een oorspronkelijke behoefte hebben om er op uit te gaan.

– er zijn aanwijzingen dat het trekken in de toekomst voor de mensen weer een grotere rol gaat spelen dan voor kort. Internationaal toerisme, overwinteringsvakanties in verre landen, cruises, etc.

– er zijn veel meer heldendichten geschreven over tochten die mensen ondernamen, dan over het bouwen en wonen. Denk bijvoorbeeld aan de Odysee en Xenophon. Een gezamenlijke tocht speelt in de geschiedenis vaak een belangrijke vormende rol: Pelgrimfathers, de trek naar het Westen, Voortrekkers, de tocht van het Oude Volk en in onze tijd de lange mars van Mao-tse-toeng en zijn metgezellen.

Vaak kwamen die tochten op gang onder de druk van de omstandigheden. Maar de romantiek en de mythologie waarmee ze later werden omweven doen een zeker heimwee vermoeden naar nieuwe einders.

Blijkbaar is de behoefte om onderweg te zijn en om van milieu te veranderen een even existentiële behoefte van de mens als het wonen!

### **Samenvatting**

Een actieve vakantie had op een gemengde groep psychiatrische patiënten – voornamelijk jongere mannen en vrouwen met uiteenlopende opnameduur en diagnose – twee belangrijke effecten. Op subjectief niveau was er de ervaring (voor patiënten en personeel) een prettige tijd meegemaakt te hebben; objectief manifesteerden zich een aantal gedragsverbeteringen. Een tweetal factoren leverden aan deze gunstige effecten een bijdrage. Op de eerste plaats ontstond er een open groepssituatie met een grote mate van integratie tussen de rollen van patiënt en personeel, dit in tegenstelling tot de situatie in het ziekenhuis, waar de rollen van patiënt en personeel relatief ver uit elkaar liggen. De openheid van de groep strekte zich uit naar het maatschappelijk gebeuren, doordat de groepsleden zich vrijelijk in hun omgeving konden bewegen. Ook in tegenstelling tot de ziekenhuissituatie werd de groep slechts zelden tot een massa. Met de zekerheid van de totale groep op de achtergrond, splitsten de patiënten, vaak gezamenlijk met het personeel, zich op in verschillende subgroepjes, die ieder hun eigen gang gingen. Voor individu en groep(jes) ontstond er zodoende de mogelijkheid om op eigen initiatief de sociale en ruimtelijke omgeving te verkennen. Door het hospitaal

geconditioneerd gedrag, maakte plaats voor keuzegedrag. Subjektivief welbevinden en gedragsverbeteringen werden daarnaast nog verstrekt door de continuë stroom van natuurlijke activiteiten waaraan de groep vakantiegangers zich blootstelde.

Anders dan het wonen, dat hospitalisatie en stereotype gewoontevorming met zich mee kan brengen, vraagt het zich blootstellen aan het natuurlijke milieu van de patiënt om voortdurend inventief en actief te zijn. Deze vorm van activiteit werkt structurerend voor het gedrag, zonder dat ze als autoritair/opgelegd of als nutteloos/flauw wordt ervaren. Bij wijze van hypothese werd gesteld dat het senso-motorische apparaat van de mens er op is gebouwd om regelmatig te interreageren met nieuwe prikkels, iets waarvoor in het psychiatrisch ziekenhuis vaak te weinig mogelijkheden bestaan.

De ervaringen met patiënten laten de volgende konklusies toe:

a – een open vorm van groepsverpleging met een geringe sociale afstand tussen de patiënten en personeel lijkt in vele gevallen de meest geschikte vorm van verpleging voor psychiatrische patiënten. In deze vorm van verpleging is de achturige werkdag en de vijfdaagse werkweek eigenlijk een uit het bedrijfsleven overgenomen onding.

b – waar het accent in de socio-therapie vaak ligt op milieu-constantie, is het gewenst om frequenter dan tot nog toe milieu-wijziging als therapeutisch instituut te hanteren, met name wanneer dit geschiedt in de vorm van het aanbieden van mogelijkheden aan de patiënt om zich te konfronteren met een stroom van door de natuur gegeven activiteiten, zoals die zich bijvoorbeeld voordoen tijdens een actieve vakantie.

## Literatuur

- Van der Drift, H., *Algemeine Betrachtungen über eine therapeutische 'Wohngemeinschaft'*.
- Van Eynde, I., *Antropologische overwegingen rond het thema 'Wonen in het Psychiatrisch Ziekenhuis'*. *Nederlands tijdschrift voor Psychiatrie*. Jaargang 15, juli-augustus 1973.
- Van Hest, F., *Het mentale klimaat binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis*. *Nederlands tijdschrift voor Psychiatrie*. Jaargang 14, juni 1972.
- Van den Heuvel, C., *Praktische Psychiatrische Erfahrungen der soziotherapeutische Wohngemeinschaft*. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia*. Volume 68, mei/juni 1965.
- Marcuse, H., *De dimensionele mens*. Paul Brand, 1970.
- Marcuse, H., *Eros en cultuur*. Paul Brand, 1971.
- Valk, J., *Chronische psychiatrische patiënten in het buitenland. Een experiment met geïntendeerde sterke milieuwijziging*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1966, jrg. 15, no. 9.
- Valk, J., *Een sociotherapeutisch experiment in de Belgische Ardennen met chronische psychiatrische patiënten*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*. 1969, april, no. 4.