

# Het therapeuticum der kleinschaligheid: een onderzoek naar het effect van kleinschalig wonen op de identiteit van chronisch-psychiatrische patiënten

door H.J. Wennink

## Samenvatting

Onderzoek naar de effectiviteit van het 'Beschut-Wonen-model' voor chronisch-psychiatrische patiënten levert positieve resultaten op. In kleinschalige voorzieningen (woongroepen van maximaal 9 personen, eigen zit/slaapkamers, rechten en plichten zoals in een gewone gezinssituatie, één begeleider per groep) neemt identiteitsreductie af. Er wordt niet meer behandeld en de samenstelling van de groepen is willekeurig. In deze woonvoorziening blijkt dat de 'ik-sterkte' van de bewoners toeneemt. Het 'Beschut-Wonen'-model blijkt een therapeutisch effect te bezitten zonder dat dat expliciet wordt nagestreefd.

## Inleiding

Algemeen psychiatrische ziekenhuizen differentiëren tegenwoordig de zorg voor verblijfspatiënten naar zwakzinnigenzorg, psychogeriatric en beschut wonen. Ook neemt sinds de jaren vijftig het 'chronisch bestand' af ten gevolge van overplaatsing naar psychogeriatric verpleeghuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg (verg. b.v. Havenman 1982). De 'restcategorie' die we, ter onderscheiding van de twee migrerende groepen verblijfspatiënten, chronisch-psychiatrische patiënten zullen noemen, zal wellicht ook nog verhuizen. Intern, binnen de inrichting, verhuizen deze mensen vaak naar sociowoningen en extern wordt gedacht aan beschermende woonvormen. In de nieuwe woonvoorzieningen wordt resocialisatie niet altijd nagestreefd, de nadruk ligt er meer op 'permanent wonen'. In zekere zin is er sprake van 'ontpsychiatrisering' of zoals Schipper (1978) het met een soortgelijke term noemt: 'depatiëntisatie van de chronische patiënt'. Voor zover er naast het maatschappijvervangende karakter van beschutte woonvormen nog een doel te formuleren is, wordt dat gezocht in het tegengaan of bestrijden van hospitalisatie-effecten. Zeker gegeven de nieuwbouwplannen van verschillende algemeen psychiatrische ziekenhuizen dringt zich de vraag op of kleinschalige voorzieningen daaraan voldoen: lukt het hospitalisatie-effecten tegen te gaan?

Dit artikel doet verslag van een onderzoek naar die vraag. Dat onder-

zoek maakt deel uit van een longitudinaal evaluatieonderzoek in Beschut Wonen, de chronische sector van Sint Bavo in Noordwijkerhout (verg. Holman, Wennink 1981). Vooruitlopend op ons betoog beantwoorden we alvast bovenstaande vraag. Uit ons onderzoek blijkt dat het lukt hospitalisatie-effecten tegen te gaan.

In de navolgende paragraaf bepalen we eerst kort de begrippen 'chronisch-psychiatrische patiënt' en 'hospitalisatie-effecten'.

### De chronisch-psychiatrische patiënt en hospitalisatie-effecten

Wat betekent de term 'chronisch-psychiatrische patiënt'? Het gaat hier om de bespreking van het effect van kleinschalig wonen op lang opgenomen patiënten. Dit is onderzocht bij een populatie van  $\pm 350$  als 'chronisch-psychiatrisch' gelabelde patiënten. Dat wil zeggen dat de populatie bestond uit verblijfspatiënten met uitzondering van diegenen met een primaire diagnose 'oligofrenie' of psychogeriatrische problematiek. Deze patiënten verblijven sinds 1973 in afzonderlijke afdelingen voor zwakzinnigenzorg en geriatrie. Het gemeenschappelijke kenmerk van de onderzochte groep is het lange verblijf (249 van hen waren 10 jaar of langer achtereen opgenomen). Verder verschillen de patiënten onderling op eigenschappen als leeftijd, geslacht, sociaal-economische variabelen, diagnose e.d. We zullen daarom onder chronisch-psychiatrische patiënt verstaan: de patiënt die twee jaar of langer in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis verblijft, waarvan de overtuiging is gegroeid dat hij het algemeen psychiatrisch ziekenhuis niet meer zal verlaten en die anders dan om reden van zwakzinnigheid of psychogeriatrische problematiek in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis verblijft.

Met deze groep mensen is iets bijzonders aan de hand. Nog afgezien van het langdurig verblijf, kenmerken ze zich vaak door een 'defectachtig' toestandsbeeld. Ongeacht de specifiek psychiatrische diagnose worden initiatiefverlies, decorumverlies, autisme, waandenkbeelden en moeilijk toegankelijke affecten geconstateerd. De waterscheiding tussen een acuut en een chronisch beloop ligt erin dat men veronderstelt dat *chronische patiënten in een defecttoestand vastgehaakt blijven*.

Aan het eind van de jaren vijftig kwam er echter een publikatiestroom op gang waarin de oorzaak van het chronisch defect niet in het beloop, maar in de effecten van langdurige hospitalisatie werd gezocht. Men was het eens over het fenomeen in kwestie. Chronisch-psychiatrische patiënten kenmerkten zich dikwijls door (en meestal volgt er dan een opsomming): apathie, initiatiefverlies, identiteitsverlies, interesseverlies, onderdanigheid, decorumverlies. De meeste auteurs zochten de oorzaak bij langdurige hospitalisatie. De begrippen die ze voorstelden, suggereren dan ook dat milieueffect. Bij Wing en Brown (1970) heet het 'institutionalism'. Basaglia (1974) noemt het 'institu-

tionele regressie'. Barton (1959) gebruikt de term 'institutional neurosis'. Verder gebruikt men termen als 'social breakdown-syndroom' (Gruenberg 1967), 'inrichtingssyndroom' (Freudenberg 1962) e.d. In de Nederlandse literatuur ontstond de voorkeur het betreffende fenomeen 'hospitalisatie' te noemen (verg. Ten Have 1979; Hendrikse 1981; Van Eynde 1976).

Hiermee wordt het hospitaalmilieu als oorzaak opgevoerd van het defectachtige toestandsbeeld van veel chronisch-psihiatrische patiënten. Al in 1967 nuanceerde Wing deze stelling met de constatering dat negatieve effecten op het gedrag en de houding vooral optraden als dat gedrag al voor de opname 'in embryo' aanwezig was (verg. Wing 1967). Samen met Brown introduceerde hij vervolgens een indeling in drie handicaps, waarmee de problematiek van psihiatrische patiënten beschreven kan worden. Naast primaire handicaps (de psychopathologische problematiek) en de secundaire handicaps (hospitalisatie-effecten) onderscheiden ze premorbide handicaps. Daar verstaan ze kenmerken onder van de patiënt vóór het manifest worden van de psihiatrische problematiek, zoals bepaalde karaktertrekken, een geringe begaafdheid en een laag opleidingsniveau (Wing, Brown 1970). In deze terminologie liggen de secundaire handicaps in het verlengde van premorbide handicaps. Ook Nederlandse auteurs als Nuy (1982), Van Veen (1983), Sunier en Van Weerden-Dijkstra (1980) wijzen op de rol die premorbide handicaps spelen in het langdurig gehospitaliseerd blijven.

Opvattingen zoals die van Wing en Brown markeren de verschuiving van het medisch model naar een sociaal model van psihiatrisch denken. De verschuiving levert tegelijk winst en verlies op. De terminologie in termen van onderscheiden handicaps doet recht aan de beïnvloeding van het individu door zijn omringend milieu. De ziekteopvatting had daarentegen de charme van een eenvoudige causale verklaring voor het chronisch defect. De klassieke hospitalisatiethese, zoals bij voorbeeld door Barton (1969) geformuleerd, stipuleerde een directe relatie tussen hospitalisatie en secundaire handicaps en heeft dus dezelfde eenvoud. De daarop volgende nuanceringsen missen die aantrekkelijke economie.

Het verlaten van een monocausale verklaring voor het chronisch defect roept afzonderlijke, hoewel verwante vragen op. De eerste vraag betreft de oorzakelijkheid, namelijk: wat veroorzaakt het chronisch defect? Zijn het predisposities van de patiënt, is het een effect van hospitalisatie of beide? De tweede vraag luidt eenvoudigweg: wat is dan het chronisch defect, gaat het daarbij om gedragsveranderingen, houdingsveranderingen, identiteitsveranderingen of alledrie? Het lijkt onmiskenbaar, zowel klinische ervaring als onderzoek wijzen dat uit, dat chronisch-psihiatrische patiënten bepaalde gedragskenmerken, bepaalde karakteristieke houdingen en in veel gevallen identiteitsverlies hebben. Een poging om dit fenomeen te verklaren wordt typisch gefrustreerd door het probleem van de ex post facto-verklaring. Omdat

de loopbaan van deze patiënten niet van jongs af aan gevolgd werd, kan niet met zekerheid worden bepaald welke eigenschappen al voor de opname aanwezig waren en welke tijdens de hospitalisatie ontstonden.

De formuleringen van Wing en Brown en ook andere auteurs zijn een poging het chronisch defect uit meer oorzaken te verklaren. Wing schrijft bij voorbeeld dat houding en gedrag door hospitalisatie worden beïnvloed. Maar zegt dan verderop dat het effect vooral ontstaat als het gedrag al in 'embryo' aanwezig was voor de opname. Andere auteurs zijn niet preciezer over deze materie. We moeten kennelijk veronderstellen dat langdurige hospitalisatie identiteitsverandering, gedragsveranderingen en houdingsveranderingen teweeg brengt, terwijl dat vooral schijnt te gebeuren als al die eigenschappen al aanwezig waren vóór de eerste opname (sic). Op deze wijze lijken explanandum en explanans danig in elkaar verward.

Als onderzoekers dienen we pragmatisch te zijn. De ervaring leert dat de ingewikkelde werkelijkheid alleen sterk gereduceerd benaderd kan worden. Daarom gaan we ervan uit dat langdurige hospitalisatie mogelijk een effect zal hebben op zowel het gedrag, als de identiteit als op de houding. Vervolgens, hoe reïficerend dat ook moge zijn, ontwerpen we een onderzoeksopzet waarin gedrag, houding en identiteit los van elkaar worden onderzocht. We hanteren daarbij de hypothese dat ieder reversibel kenmerk een hospitalisatie-effect zal zijn.

Tot nu toe hebben we over twee deelprojecten in dit tijdschrift gerapporteerd. Het eerste artikel (Wennink, Zuilhof 1984) had betrekking op het gedragsaspect. De gedragsveranderingen hebben we beschreven als terugtrekgedrag. We konden laten zien dat in kleinschalige voorzieningen minder sprake is van terugtrekgedrag dan in groot-schalige paviljoens. In een volgend artikel (Holman, Wennink 1985) hebben we onze twijfel over de geldigheid van de hospitalisatiethese besproken. Ons inziens gaat terugtrekgedrag vaak gepaard met een soortgelijke apathische houding, die we anomie noemden. We schreven dat deze houding, veelal aanwezig vóór de eerste opname, een belangrijke zo niet cruciale rol zal spelen in de langdurige hospitalisatie. Anomie zien we in tegenstelling tot terugtrekgedrag dus als een 'premorbid handicap'. Deze opvatting zien we onder andere in onderzoek van Rosenberg (1970) bevestigd.

Dit artikel rondt de trilogie af met een verslag over ons onderzoek naar identiteitsreductie als mogelijk effect van hospitalisatie. Zoals zal blijken hanteren we een identiteitsbegrip dat een direct verband legt tussen de sociale ervaring en het zelfbeeld. We veronderstellen dat de identiteit zal veranderen, maar verwachten juist vanwege de anome houding geen spectaculaire resultaten.

Het spreekt dat we er met bovenstaande overwegingen, geen diepgaande theoretische pretenties op na houden. Het uiteenleggen van houdingen, gedragingen en identiteit is enkel bedoeld als poging om de

problematiek rond hospitalisatie-effecten in meer operationele termen te beschrijven.

De veronderstelling lijkt gewettigd dat hospitalisatie een sterk reducerend effect op de identiteit zal hebben. Dat de 'oorzaak-gevolg' relatie niet onproblematisch ligt valt te verwachten. Voorlopig houden we vast aan de strohalm van de eenvoud. Indien blijkt dat in kleinschalige voorzieningen minder sprake is van identiteitsreductie dan gaat het kennelijk om een hospitalisatie-effect.

### Identiteitsreductie

In de klassieke inrichting, Goffmans 'totale institutie', had de dag zijn vaste ritme, geregeld en gereguleerd door de staf. Het was, bij gebrek aan arbeid en sociale contacten, een prikkelarm milieu, waar iedere dag verwerd tot iedere andere dag. Het instituut selecteerde als het ware routinematig gedrag. De variatie aan sociale situaties die om een flexibel vertoon van meningen, houdingen, vaardigheden en kwaliteiten vraagt, ontbrak er volledig. Hospitalisatie leidde aldus tot activiteitsverlies en een proces van deculturatie, dat op zijn beurt veranderingen in de identiteit teweeg brengt. De relatie tussen deculturatie en identiteitsverlies wordt door Goffman (1966) omschreven als een proces waarin de vroegere beleving van identiteit 'versterft'. Eenmaal opgenomen en verstoken van de zekerheid en steun van de vroegere maatschappelijke positie en status ondergaat de patiënt een opeenvolging van vernederingen. Het verlies van de vroegere maatschappelijke positie betekent eenvoudigweg dat het onmogelijk wordt op dezelfde manier als vroeger over jezelf na te denken. De veronderstelling is dat de identiteit samenhangt met de maatschappelijke ervaring. Ook in andere situaties blijkt hoe sterk de relatie is tussen maatschappelijke ervaring en identiteit.

Mensen die bij voorbeeld ten gevolge van een hartinfarct hun manier van leven moeten veranderen, ervaren eenzelfde gevolg van identiteitsverlies. Chronisch lijden impliceert veelal dat het dagelijkse leven sterk verandert. De sociale contacten nemen af, het werk valt weg, de ziekte brengt afhankelijkheid van anderen met zich mee en de patiënt heeft vaak het gevoel anderen tot last te zijn. Volgens Charmaz zijn dit de factoren die ten slotte tot identiteitsverlies kunnen leiden. Zij beschrijft dat na langere tijd chronisch zieken niet alleen hun zelfrespect maar ook hun identiteit verliezen (verg. Charmaz 1983). Kortom, iemand die – om wat voor reden dan ook – buiten het samenleven terecht komt, gaat de variëteit aan interactie-ervaring missen. Die ervaring heeft hij nodig om zijn zelfbeeld in stand te houden.

Een onderzoek naar het effect van kleinschaligheid op de beleving van identiteit vraagt ons inziens naar een identiteitsbegrip dat een betekenisvolle relatie legt tussen het individu en zijn sociale omgeving. We definiëren het begrip identiteit daarom als: 'de houdingen, die

iemand ten opzichte van zichzelf heeft'. Een definitie die goed aansluit bij de formulering die Zijdeveld met superieure eenvoud neerzet: 'Onder identiteit versta ik hier eenvoudigweg alles wat antwoord geeft op de vraag: "Wie ben ik?"' (Zijdeveld 1981). De houdingen die iemand ten opzichte van zichzelf heeft, verwijzen namelijk als vanzelfsprekend naar de sociale context waarin hij zich beweegt. Voor Kuhn is de identiteit zelfs expliciet een substraat van de maatschappelijke positie. Het begrip identiteit verwijst voor hem naar de statussen die het individu in verschillende groepen bezit, de rollen die ermee samenhangen en de meer algemene sociale categorieën als sekse, ras, leeftijd en sociale klasse die op hem van toepassing zijn (verg. Kuhn 1964). Indien we de maatschappelijke positie van een individu vervolgens definiëren als: het knooppunt van zijn sociale betrekkingen en verhoudingen, dan verstaan we onder sociale integratie de omvang c.q. diversiteit daarvan.

De relatie tussen de begrippen sociale integratie, deculturatie en identiteit is dan als volgt te begrijpen: indien de sociale integratie van een individu afneemt, komt er een proces van deculturatie op gang, waardoor de identiteit wordt gereduceerd tot niet interactie gebonden houdingen. In het geval van inrichtingsbewoners is te verwachten dat zij zichzelf beschrijven in termen van gewoonten, voorkeuren en eigenaardigheden, die los staan van interactiesituaties en/of in termen van de patiëntstatus en de rollen die daarmee samenhangen.

Het gaat hier om het effect van kleinschaligheid op de identiteit. De veronderstelling is dat door het leven in een sociowoningachtig milieu, de sociale integratie groter wordt. We gaan ervan uit dat identiteitsreductie reversibel is. Dat wil zeggen: indien de sociale integratie toeneemt, zal de identiteitsreductie afnemen. Om dit te onderzoeken moeten we dus beschikken over een meetinstrument dat een dergelijke verandering zichtbaar maakt.

### **De twenty statements test: de TST**

Zoals gezegd moet een goed instrument de mate van identiteitsreductie zichtbaar maken. Er bestaat een overvloed aan valide en betrouwbare persoonlijkheidstests. De meest bekende zijn wel de ABV (Amsterdamse Biografische Vragenlijst) en de NVM (Nederlandse Verkorte MMPI). Deze tests lijken echter niet geschikt voor onze vraagstelling. We zijn niet in eerste instantie geïnteresseerd in persoonlijkheidseigenschappen, maar vragen naar identiteitsreductie. Onze vraag is niet wat is iemands persoonlijkheid, maar in welke mate verwijst deze naar het omringende sociale leven. Een dergelijk instrument vonden we in de twenty statements test van Kuhn en McPartland (1954).

Deze test vraagt de respondent twintig antwoorden (of zoveel hij kan) te geven op de vraag: 'Wie ben ik?' De test bestaat uit een formulier met 20 blanco regels, met als enige instructie: 'Er zijn hieronder twintig

regels open gelaten. Schrijf op die plaatsen twintig antwoorden op de simpele vraag "Wie ben ik?" Je hoeft alleen maar twintig verschillende antwoorden te geven. Beantwoord ze alsof je jezelf antwoord geeft en niet iemand anders. Schrijf ze op in de volgorde zoals die bij je opkomt. Maak je geen zorgen over de volgorde of belangrijkheid. Doe het behoorlijk snel, want de tijd is beperkt, maar probeer zo ver mogelijk te komen'.

De TST werd ontwikkeld in 1954, sindsdien is uitvoerig onderzoek gedaan naar de verschillende betrouwbaarheidsaspecten. Een overzicht van dit instrumentele onderzoek is te vinden in: 'The assesment of the self' (Spitzer, Cauch, Stratton 1970). We kunnen hier volstaan met de vaststelling dat de TST voldoet aan de gangbare betrouwbaarheidseisen. De vraag naar de validiteit van het instrument verdient een uitvoeriger antwoord. Ons inziens is de TST een van die zeldzame instrumenten, waarin het theoretische en het operationele begrip vrijwel samenvallen. Het instrument is namelijk zo ontworpen dat het meetresultaat (antwoorden op de vraag 'Wie ben ik?') overeenkomt met het theoretische begrip 'identiteit', althans binnen de stroming waarin het werd ontwikkeld, het symbolisch interactionisme. Het instrument is valide indien het onbeïnvloed aan de respondenten de houdingen ontlokt, die hij ten opzichte van zichzelf heeft. De openvraagstructuur en de basisinstructie maken het plausibel dat een spontane zelfbeschrijving op gang komt. Uit de talloze onderzoeken waarin de TST gebruikt werd en uit het specifieke instrumentele onderzoek blijkt, dat respondenten zonder veel moeite daartoe overgaan.

Voor dit onderzoek is het vooral van belang of het instrument een indicatie geeft van identiteitsreductie. Een van de centrale postulaten uit het symbolisch interactionisme is dat de identiteit een systeem van statussen, gedragsvoornemens, waarden, definities en eigenschappen is. Dat wil zeggen: dat de identiteit de symbolische weerspiegeling is van de positie die een individu inneemt in de samenleving. Met andere woorden, als iemand zichzelf beschrijft, kan dan uit die beschrijving afgeleid worden in welke mate hij zichzelf definieert met behulp van eigenschappen die hetzij direct, hetzij indirect verwijzen naar interactie?

De TST-protocollen worden daartoe geanalyseerd volgens de methode van McPartland en Cumming (1958) in vier typen uitspraken. Deze wijze van analyseren abstraheert van de specifieke inhoud van de uitspraak. Respondenten doen gewoonlijk in alle vier de categorieën uitspraken en vrijwel altijd in dezelfde volgorde. Men begint met uitspraken die de 'fysieke identiteit' betreffen (type A): naam, adres, paspoortgegevens, leeftijd, sekse, huidskleur e.d. Deze uitspraken definiëren de identiteit als een fysiek organisme zonder referentie aan sociale relaties. Vervolgens wordt de 'sociale identiteit' beschreven (type B): relaties, bezittingen, bezigheden, statussen, rollen. Daarmee wordt de identiteit gerelateerd aan de betrekkingen die de respondent

onderhoudt. Dan gaat men over op uitspraken die de 'ego-identiteit' beschrijven (type C): gewoonten, karaktereigenschappen, wensen en dergelijke. Men eindigt bij de 'filosofische identiteit' (type D): dromerijen, idiosyncrasieën, abstracte en moeilijk interpreteerbare uitspraken. In vrijwel alle gevallen doet een respondent in een van de vier typen verreweg de meeste uitspraken. De analyse wordt dan ook afgerond door de respondent te typeren met het type uitspraak dat hij het vaakst doet, de modale categorie.

Voor ons onderzoek naar hospitalisatie-effecten was vooral interessant dat in verschillende psychiatrische ziekenhuizen de relatie tussen gedrag en TST-type is onderzocht. McPartland en Cumming (1958, 1960) vonden een sterke samenhang tussen de mate van activiteit en het type. A-type patiënten bleken het minst actief, D-type patiënten het meest. Dit is schematisch weergegeven in figuur 1.

*Figuur 1*

Modale categorie	Activiteit
type A	weinig actief, teruggetrokken
type B	sociaal acceptabel, weinig eigen initiatief
type C	actief, veel sociale contacten
type D	overactief, bizar en extravagant

Met deze bevindingen worden de twee aspecten die gewoonlijk onder hospitalisatie-effecten begrepen zijn, te weten identiteitsreductie en terugtrekgedrag, elegant met elkaar verbonden. De B- en C-typen, waar de nadruk ligt op sociale of ego-identificaties, gedragen zich redelijk actief en sociaal geaccepteerd. De A- en D-typen, die niet naar het sociale verkeer verwijzen, gedragen zich hypo- dan wel hyperactief.

Formuleren we identiteitsreductie in de operationele termen van de TST dan verstaan we onder gereduceerde identiteit de A- en D-typen. Indien na langdurige hospitalisatie de sociale integratie afneemt, zal de identiteit met andere woorden reduceren tot het beperkte A-type of tot het abstracte D-type. Indien in kleinschalige voorzieningen de sociale integratie toeneemt, dan zal het aantal B- en C-typen toenemen.

We bespreken nu eerst het terrein van onderzoek en de problematiek rond de afname van de TST.

### Het onderzoeksterrein

De verblijfsafdelingen van Sint Bavo zijn enige jaren geleden 'gesectoriseerd'. Dat wil zeggen dat de zwakzinnige en psychogeriatrische patiënten grotendeels in eigen sectoren of afdelingen worden verpleegd. Het onderzoek werd in 1982 uitgevoerd in de derde sector van verblijfspatiënten, de sector Beschut Wonen. Er woonden toen 313 mannen en



31 vrouwen. Hun gemiddelde leeftijd was 54 jaar. De spreiding rond het gemiddelde is echter aanzienlijk, namelijk 14,4 jaar. Ook de variatiebreedte is groot, de jongste bewoner is 24 jaar, terwijl de oudste 85 jaar oud is. De leeftijdsopbouw vertoont gelijkenis met de rug van een kameel. Er is een bult rond de 30 jaar, een dal rond de 45 en een bult rond de 65. Ondanks de gevarieerde leeftijdsopbouw geldt dat ook de jongeren over het algemeen lang zijn opgenomen. Het opleidings- en beroepsniveau zijn over het algemeen laag. 282 bewoners hebben enkel lagere school en 178 verrichtten ten hoogste ongeschoolde arbeid. Van de totale populatie is eerst een steekproef van 275 personen samengesteld. Omdat het onderzoek vraagt naar de relatie tussen het woonmilieu en de identiteit lag het immers voor de hand alleen die bewoners te benaderen die in principe in de woonafdelingen verblijven. Dat wil zeggen dat de verzorgingsbehoefte patiënten en de permanente bewoners van het crisiscentrum van de chronische sector buiten beschouwing bleven. Het afnemen van de TST vraagt van de respondent dat hij de relatief abstracte vraag begrijpt en vervolgens in staat of bereid is tot zelfbeschrijving over te gaan. Zo bleek het bij 22 respondenten niet mogelijk de TST af te nemen, hetzij omdat zij de instructie niet begrepen, hetzij omdat hun respons onbegrijpelijk was. Twaalf respondenten weigerden resoluut mee te werken. Dan was er nog een groep van 34 respondenten die zich kennelijk aan het maken van een afspraak wist te onttrekken. Uiteindelijk is de TST bij 207 respondenten afgenomen.

Ten behoeve van een betrouwbare afname is ervoor gekozen de gesprekken buiten de woonsfeer te houden. Voor die gelegenheid werd gebruik gemaakt van een kantoorruimte waar de respondenten in een informele sfeer werden ontvangen. De interviewers waren bij de bewoners bekend van eerdere gesprekken en testsituaties. Omdat van een aantal respondenten werd verwacht dat ze onvoldoende ervaring met schrijven en/of lezen zouden hebben is ervoor gekozen de test mondeling af te nemen. De mondelinge afname had daarenboven het voordeel dat de interviewers vóór de aanvang van het testgedeelte zich ervan konden overtuigen dat de instructie voldoende werd begrepen. Ondanks de mondelinge afname bleek het mogelijk het TST-protocol aan te houden middels een aantal standaardinterventies. De afname nam gemiddeld 15 minuten in beslag.

Bij controle van de TST-protocollen op een mogelijk interviewers-effect bleek geen sprake van een verontrustend verschil in aantal of soort uitspraken. Deze uitkomst is overigens niet echt verrassend omdat de TST vraagt naar dermate abstracte zelfbeschrijvingen dat de omstandigheden van het interview (plaats, tijdstip, interviewer) geen grote invloed zullen uitoefenen. Bij de codering van de uitspraken in A-, B-, C- en D-type uitspraken, speelt vervolgens de 'couleur locale' die eventueel in de uitspraak doorklinkt, geen rol van betekenis. Ten slotte merken we op dat het coderen van de uitspraken, conform eerder onderzoek, geen noemenswaardige problemen opleverde. Bij meer dan

90 procent van de items leverde een eerste codering een gelijke typering op. De resterende verschillen konden bij hercodering bevredigend gescoord worden.

Het is natuurlijk van belang vast te stellen of de uiteindelijke onderzoeksgroep van 207 bewoners representatief geacht kan worden voor de hele populatie. Na controle bleek dat deze groep wat zijn relevante kenmerken betreft (diagnose, leeftijd, opnameduur, sekse, e.d.) niet betekenisvol afwijkt van de totale populatie. Op grond van deze overeenstemming is er een goede kans dat de onderzoeksresultaten niet door selectiviteit van de onderzoeksgroep wordt vertekend.

### Het verband tussen kleinschaligheid en TST-type

Kleinschaligheid is zo langzamerhand een standaardbegrip geworden in de intramurale psychiatrie. In het algemeen staat het voor de poging om de kenmerken van het 'totale instituut' om te vormen tot die van een gewone alledaagse leefsituatie. Het normaliseren van het inrichtingsmilieu heeft zowel betrekking op de gebouwde vorm als op de sfeer. De nadruk komt te liggen op 'gewoon wonen'. Voor de bewoners van kleinschalige voorzieningen gelden nauwelijks andere beperkingen dan voor willekeurige Nederlanders. De kenmerken: een normaal woonhuis, met normale huisregels, worden gewoonlijk in het begrip kleinschaligheid samengevat. Naast deze welhaast tastbare kenmerken is er in veel inrichtingen sprake van een vorm van begeleidingszorg die in eerste instantie gericht is op ondersteuning en stimulering van de bewoners bij het zelfstandig bewonen van het huis. Ten slotte wordt geprobeerd de invloed van het omringende hospitaal zo veel mogelijk uit de woonsfeer te verwijderen. De veronderstelling is kennelijk dat in de chronische psychiatrie de nadruk kan verschuiven van behandeling gericht op resocialisatie naar 'leren wonen', of zoals we dat elders noemden 'emancipatie van de bewoner', (Holman, Wennink 1984). Kleinschaligheid vat zowel de vorm van de voorzieningen als de vorm van de zorg handzaam samen. Uit deze verwevenheid van eigenschappen hebben we het bezit van een eigen kamer en de kleine woongroep gekozen als indicatoren van kleinschaligheid. Het zijn ons inziens voor het doel van ons onderzoek voldoende indicatoren omdat ze zowel de harde kern van het begrip uitmaken als er de noodzakelijke voorwaarde voor zijn. Onze onderzoeksgroep was, wat deze indicatoren betreft, gevarieerd gehuisvest. Het maximale verschil vormt de tegenstelling 'een woonhuis in het hart van de stad, met een eigen kamer' versus 'een paviljoen op het Sint Bavo-terrein, zonder eigen kamer'. Voor alle voorzieningen gold echter gemeenschappelijk dat de bewoners er vrijwillig zijn opgenomen, dat er in principe dezelfde leefregels gelden en dat de begeleiding zich richt op het stimuleren en ondersteunen van bewonersinitiatieven.

De gebouwen zijn verspreid over Noordwijkerhout (drie paviljoens

op het Sint Bavo-terrein, twee woonhuizen buiten het terrein, één groot gebouw buiten het terrein), Delft en Rotterdam (herenhuizen). Er is geen duidelijk verband tussen kamerbezit, groeps grootte en aantal inwoners per gebouw. Kleine groepen en eigen kamers komen zowel in de grote als in de kleine gebouwen voor. De omstandigheden van de onderzoeksgroep varieerden dus van zeer kleinschalig tot zeer grootchalig. De woonsituatie is schematisch weergegeven in figuur 2.

*Figuur 2:* De woonsituatie van de onderzochte groep chronisch-psychiatrische patiënten

Kleine groep (4-9), eigen kamer	22,2%
Kleine groep, geen eigen kamer	2,4%
Grote groep (10-30), eigen kamer	47,8%
Grote groep, geen eigen kamer	27,6%

Het spreekt voor zich dat het voor de uitkomst van het onderzoek van groot belang is dat er geen sprake mag zijn van selectieve verdeling over de verschillende woonsituaties. Er zou bij voorbeeld een zodanig selectief plaatsingsbeleid kunnen zijn dat oudere, inactieve patiënten met een sterk gereduceerde identiteit in de grootschalige paviljoens worden geplaatst. Hoewel het al jaren een expliciet uitgangspunt van het Beschut Wonen-beleid is dat er bij plaatsing niet wordt geselecteerd naar diagnose, leeftijd of zelfredzaamheid, kan er natuurlijk sprake zijn van een impliciete vorm van selectie. Selectie bij plaatsing is immers in de verschillende inrichtingen eerder regel dan uitzondering. Om die reden is voorafgaande aan verdere statistische verwerking nauwkeurig gecontroleerd op selectieve samenstelling van de woongroepen. De bewoners bleken onafhankelijk van opnameduur, leeftijd, diagnose, aantal opnames en vroeger maatschappelijk verleden over de woongroepen verdeeld. Er blijkt met andere woorden geen sprake te zijn van selectie.

We zijn dan ten slotte aangeland bij de resultaten van de TST. De verdeling van de TST-typen zag er als volgt uit (zie fig. 3).

*Figuur 3:* De verdeling van het TST-type van 207 chronisch-psychiatrische patiënten

Type	%
A	19,5
B	23,3
C	45,7
D	11,5
Totaal	100%

De verdeling wijkt af van de typeverdeling van niet-psychiatrische patiënten, maar komt daarentegen globaal overeen met de verdeling in de populatie psychiatrische patiënten over wie McPartland en Cumming rapporteerden (zie fig. 4).

*Figuur 4:* De verdeling van het TST-type bij drie populaties

Type	niet-psychiatrische patiënten*	psychiatrische patiënten <sup>1</sup>	Beschut Wonen
A	2,3%	20 %	19,5%
B	58,4%	20 %	23,3%
C	32,4%	31,6%	45,7%
D	6,9%	28,4%	11,5%

\* Bron: McPartland, Cumming 1958.

Conform de verwachting is de ondervertegenwoordiging van het B-type en de oververtegenwoordiging van het A- en D-type bij de populaties psychiatrische patiënten opvallend. Vergelijken we met een niet-psychiatrische populatie, dan stellen we dus een lage sociale integratie en hoge identiteitsreductie vast. Vervolgens is het de vraag of er verband bestaat tussen kleinschaligheid en TST-type. Dit is inderdaad het geval. De relatie tussen de TST-typen en de indicatoren van kleinschaligheid is weergegeven in figuur 5 en 6.

*Figuur 5:* Relatie tussen TST-type en groepsgrootte bij 207 chronisch-psychiatrische patiënten

Type	kleine groep	grote groep	totaal
A	3-	37+	40
B	16+	33-	49
C	28+	67-	95
D	4-	19+	23
Totaal	51	156	207

CHI-kwadraat = 9,87;  $p \leq 0,0197$ ; Kramers V = 0,22

*Figuur 6:* Relatie tussen TST-type en kamerbezit bij 207 chronisch-psychiatrische patiënten

Type	kamer	geen kamer	totaal
A	17-	23+	40
B	40+	9-	49
C	73+	22-	95
D	15-	8+	23
Totaal	145	62	207

CHI-kwadraat = 18,6;  $p \leq 0,0003$ ; Kramers V = 0,3

In beide gevallen zien we een significante oververtegenwoordiging van B en C in het kleinschalige milieu en een oververtegenwoordiging van A en D in het grootschalige milieu. De plus- en mintekens in iedere cel geven aan of de celinhouden groter of kleiner zijn dan volgens toeval verwacht kan worden. De relatie blijkt significant, terwijl de samenhang daarentegen, uitgedrukt in Kramers V, niet erg hoog is. Dat wil zeggen dat dit resultaat niet aan het toeval toegeschreven kan worden, zonder dat het evenwel voor een grote groep respondenten geldt.

De relatieve gewichten van het kamerbezit en de groepsgrootte worden zichtbaar wanneer we de twee indicatoren combineren (zie fig. 7).

*Figuur 7: Patroon van onder- en oververtegenwoordiging bij de relatie tussen TST-type en 2 indicatoren van kleinschaligheid*

Type	kleine groep eigen kamer	kleine groep geen kamer	grote groep eigen kamer	grote groep geen kamer	totaal
A	2-	1 o	15-	22+	40
B	15+	1 o	25+	8-	49
C	25+	3 o	48+	19-	95
D	4-	0 o	11-	8+	23
Totaal	46	5	99	57	207

CHI-kwadraat = 23,97;  $p \leq 0,0043$ ; Kramers V = 0,2

De cijfers suggereren dat vooral het kamerbezit discrimineert tussen A en D enerzijds en B en C anderzijds. Hiermee lijkt ondubbelzinnig aangetoond dat in kleinschalige voorzieningen sprake is van significant minder identiteitsreductie.

Het spreekt voor zich dat er sprake kan zijn van een schijnverband. Zo is het bij voorbeeld mogelijk dat vooral oudere en lang opgenomen patiënten in de grootschalige afdelingen woonden. In dat geval zou het verband tussen TST-type en kleinschaligheid verklaard worden doordat beide variabelen met leeftijd en opnameduur samenhangen. Om die reden is het verband tussen kleinschaligheid en identiteit gecontroleerd voor variabelen die op theoretische dan wel praktische gronden het verband kunnen verklaren. Deze variabelen zijn: opnameduur, het aantal heropnames, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, ouderschap, opleidingsniveau, beroepsniveau, psychiatrische diagnose en lichamelijke gezondheid.

De eerste analytische vraag is naar de onderlinge correlaties in de groep variabelen. Factoranalyse leverde echter geen factoren van betekenis op, zodat de variabelen als statistisch onafhankelijk beschouwd kunnen worden. Vervolgens werd het verband tussen TST-type en kleinschaligheid gecontroleerd. Omdat er geen afzonderlijk verband bleek tussen het TST-type en de controlevariabelen, maar wel tussen

het type en kleinschaligheid, moet het verband als reëel worden geaccepteerd.

Om het verband te controleren voor de invloed van de psychiatrische diagnose werd de onderzoeksgroep door de afdelingspsychiater van Beschut Wonen volgens de laatste versie van de DSM gediagnostiseerd. Verschillen in diagnose ten gevolge van temporele verschuivingen of de invloed van verschillende beoordelaars werden op die wijze voorkomen. Het bleek dat meer dan vijftig procent van de onderzochte groep door multiple handicaps werd gekenmerkt. Om de analyse te vereenvoudigen werden daarom de DSM-coderingen in zeven groepen samengevat, te weten: zwakzinnigheid, ontwikkelingsstoornissen, psychoorganische stoornissen, stoornissen door het gebruik van middelen, schizofrene stoornissen, overige psychosen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook hier bleek er geen afzonderlijk verband tussen woonmilieu en diagnose aan de ene kant en het TST-type en diagnose aan de andere kant. Dat wil dus zeggen dat het verband tussen woonmilieu en TST-type niet verklaard wordt door de diagnose.

Indien we controleren voor leeftijd, dan blijkt dat het verband verdwijnt, terwijl er geen afzonderlijke relatie bestaat tussen TST-type en leeftijd of tussen woongroep en leeftijd.

Samenvattend kunnen we stellen dat de relatie tussen het type identiteit en het milieu niet verworpen kan worden. De enige verklaring voor de oververtegenwoordiging van B- en C-typen in het kleinschalige milieu en de oververtegenwoordiging van A- en D-typen in het grootschalige milieu lijkt een 'oorzakelijke' verklaring. Sommige A- en D-type respondenten worden in het kleinschalige milieu B- of C-type. Wellicht ten overvloede merken we op dat de relatie tussen milieu en TST-type geen strikt causale maar een probabilistische is. Dat wil zeggen dat in de onderzochte situatie er een significant hogere kans bestaat op het voorkomen van B- en C-typen in het kleinschalige milieu en A- en D-typen in het grootschalige. Het verband impliceert niet dat alle individuen van typen zullen veranderen of zelfs niet dat er geen mensen zijn die in het kleinschalige milieu reduceren tot het A- en D-type. Dat laatste is echter minder waarschijnlijk. Zeker niet als we overwegen waarom kleinschaligheid identiteitsreductie tegengaat. Het begrip 'ik-sterkte' van White (1960) kan dit wellicht verhelderen.

## Slot

Het succes van kleinschalige voorzieningen lijkt te verklaren uit het versterken van de competentie of ik-sterkte van de bewoners. In de onderzochte kleinschalige voorzieningen gebeurt precies dat. De begeleiding is aanwezig als zesde groepslid, de bewoners bepalen zelf de huisregels. Allerlei alledaagse zaken die vroeger vanuit het instituut werden geregeld, behoren nu tot de competentie van de bewonersgroep, zelf de was doen, zelf het ontbijt klaarmaken, zelf geld en

medicatie beheren, zelf boodschappen doen en zelf de contacten met arts en psychiater onderhouden, buiten het woonhuis. Het is dus een milieu dat hoge eisen stelt zonder dwingend te zijn. Dat wil zeggen dat het een milieu is met een therapeutisch effect, zonder dat er gericht therapeutisch gewerkt wordt.

Bij de meeste bewoners is sprake van een lang therapeutisch verleden. Zoals Sunier en Van Weerden-Dijkstra (1980) schreven kenmerken chronische patiënten zich onder andere door een onvermogen therapie te benutten. Geringe 'ik-sterkte' of in hun termen 'gebrek aan coping-behaviour' wordt enkel versterkt in een veeleisend milieu. Voortdurend falen bevestigt immers het onvermogen de directe omgeving te beïnvloeden. Een milieu als dat van Beschut Wonen lijkt succesvol, omdat daar de nadruk ligt op eigen initiatief, hoe gering ook, en het achterwege blijven van eisen die de eigen competentie te boven gaan.

De grotere deelname in de dagelijkse activiteiten en de daarmee verhoogde sociale integratie lijken het gewenste resultaat te veroorzaken: de identiteitsreductie neemt af. In de kleinere woongroepen ontstaan weer opnieuw interpersoonlijke relaties. Het huis wordt beschouwd als eigen huis, in plaats van een instituut. Mét de kleine groep is er zowel ruimte voor een eigen inbreng als voor afzondering of privacy. Huishoudelijke activiteiten of gezelligheid die vroeger 'van-instituutswege-werden-verstrekt' komen weer binnen de eigen handlingscompetentie te liggen. De orde en regelmaat worden langzaam aan een groepsbelang, waardoor sociale controle de instituutscntrole vervangt. Een bewoner kan daar met recht zeggen: 'het maakt kennelijk uit wat ik zeg of doe'. Ook het effect van de eigen kamer is op die wijze bijna vanzelfsprekend. De eenvoudige mogelijkheid je in de privacy van de eigen kamer terug te trekken, maakt het contact met anderen weer een keuze, in plaats van iets onontkoombars. Daarbij voegt zich het eenvoudige identiteitsbevestigende feit dat de eigen kamer naar persoonlijke smaak en voorkeur ingericht kan worden. Het is alsof op de wanden van de kamer de tekenen van ontwikkelende ik-sterkte wordt geprojecteerd. En wel letterlijk, in de zin van posters, foto's en schilderijen. De bewoner kan met recht zeggen: 'kom eens op bezoek, hier woon ik'. De antwoorden op de TST laten dat ook zien. Veel respondenten in de grootschalige voorzieningen komen niet verder dan 'ik ben Piet, ik woon op Vincentius'. De bewoner van de kleinschalige voorziening typeert zich met de activiteiten die hij daar verricht. 'Ik ben Piet, ik doe de boodschappen van de groep, soms doe ik de afwas, ik draai cassettebandjes op mijn eigen kamer, ik ben graag onder de mensen'.

## Literatuur

- Barton, R. (1969), *Institutional neurosis*. John Wright & Sons, Bristol.  
 Basaglia, F. (1974), *Die Freiheit in der Gemeinschaft als Alternative zur institu-*

- tionellen Regression. In: F. Basaglia (red.), *Was ist Psychiatrie?* Edition Suhrkamp.
- Charmaz, K. (1983), Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol. Health Illness* 5, 2 (Jul.), 168-195.
- Delimon, J.A.C. (1980), Sociowoningen; een verslag na twee jaar praktijkervaring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22.
- Eynde, I.E.I.M. van (1976), Wonen en hospitalisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Freudenberg, R.K. (1962), Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung. *Nervenarzt*, 165.
- Goffman, E. (1966), *Asylums, essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday.
- Gruenberg, E.M. (1967), The social breakdown syndrome—some origins. *Am. J. Psychiatry*.
- Have, H. ten (1979), *Het Verpleeghuis; veld van onderzoek*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- 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.
- Holman, E.M.P., en H.J. Wennink (1981), *Zesendertig Woonhuizen: onderzoek naar de effecten van beleidsveranderingen in een psychiatrische inrichting*. Onderzoeksplan. Stichting Centrum Sint Bavo, Noordwijkerhout.
- Holman, E.M.P., en H.J. Wennink (1984), Patiënten worden bewoners: de emancipatie van de chronisch-psychiatrische patiënt. In: *Metamedica*, jaargang 63, no. 4.
- Holman, E.M.P., en H.J. Wennink (1985), De hospitalisatiethese, een dubieuze these. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jaargang 27, nr. 2.
- Kuhn, Manfred H. (1964), Self and self-conception. In: Julius Gould and William L. Kolb (eds.), *A dictionary of the social sciences*. The Free Press of Glencou, New York.
- Kuhn, Manfred H., en Thomas S. McPartland (1984), An empirical investigation of self attitudes. *American Sociological Review*, no. 19.
- Nuy, M. (1982), *Beschermde wonen, over leven en werken in een pensioentehuis en andere vormen van wonen*. Dekker & Van der Vegt, Nijmegen.
- Partland, Th.S.Mc., e.a. (1960), Self-conception and ward behavior in two psychiatric hospitals, *Sociometry*, 111-124.
- Partland, Th.S.Mc., en John H. Cumming (1958), Self-conception, social class and mental health. *Human Organization*, no. 17.
- Rosenberg, St.D. (1970), The disculturation hypothesis and the chronic patient syndrome. *Social Psychiatry*, vol. 5, 155-165.
- Schipper, J.A. (1978), De chronische patiënt: behandeling van een bejegening. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 20, 285-293.
- Spitzer, Stephan P., Carl J. Cauch en John R. Stratton. (1970), *The assessment of the self*. Sernoll Inc., Iowa City.
- Sunier, A., en J.R. van Weerden-Dijkstra (1980), *Dealing with problem people*. Van Gorcum, Assen.
- Veen, H. van der (1983), Een pleidooi voor actieve resocialisatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2.
- Wennink, H.J., en J.J. Zuilhof (1984), Kleinschaligheid werkt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 26, 4.



- White, R.W. (1967), Competence and the growth of personality. In: J. Masserman (ed.), *The ego*, New York.
- Wing, J.K. (1967), Institutionalism in mental hospitals. In: J. Scheff, *Mental illness and social processes*. Harper Row, New York.
- Wing, J.K., en G.W. Brown (1970), *Institutionalism and schizofrenia*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Zijderveld, A.C. (1981), 'Het ik van de gek'. *Tijdschrift Sociale Wetenschappen*, 25, nr, 2,.

---

Schrijver is werkzaam als wetenschappelijk medewerker aan de Universiteit van Amsterdam en bereidt een promotie voor bij prof. dr. A. de Swaan (Amsterdam) en prof. dr. B.P.R. Gersons (Utrecht). Correspondentieadres: Stichting Centrum St. Bavo, Langeveldeweg 27, 2211 AB Noordwijkerhout.