



Universiteit Antwerpen

FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN
Academiejaar 2009 - 2010

**SOCIOLOGISCHE DOORLICHTING VAN AFDELING X1 EN DE PAAZ
VAN HET ZNA PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS STUIVENBERG
IN HET LICHT VAN GOFFMANS TOTALE INSTITUTIE**

Masterproef voorgelegd met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Sociologie

door

Caroline MASQUILLIER

Promotor: Prof. dr. Herman MEULEMANS
Medebeoordelaar: Prof. dr. Walter WEYNS

Mei 2010

INHOUD

ABSTRACT	3
INLEIDING	4
HOOFDSTUK 1: KRITISCHE ANALYSE VAN GOFFMANS ‘ASYLUMS’	5
1. INVLOED VAN ‘ASYLUMS’	5
2. DE CONTEXT VAN ‘ASYLUMS’	5
3. DE THEORIE VAN ERVING GOFFMAN MET BETREKKING TOT DE TOTALE INSTITUTIES	6
3.1 Kenmerken van de totale institutie	7
3.2 De wereld van de bewoners	7
3.2.1 Proces van mortificatie	8
3.2.2 Het privilege-systeem.....	9
3.2.3 Aanpassingswijzen van de bewoners	10
3.2.4 De bewoners-subcultuur	11
3.2.5 De terugkeer in de maatschappij	11
3.3 De relatie tussen stafmedewerkers en bewoners	12
3.3.1 Werken met mensen.....	13
3.3.2 Institutionele doeleinden	13
3.3.3 Institutionele ceremonies	14
3.3.4 Institutionele verschillen	15
3.4 De psychiatrische inrichting als totale institutie	15
4. KRITIEKEN OP ‘ASYLUMS’	17
HOOFDSTUK 2: SOCIOLOGISCHE DOORLICHTING VAN DE PAAZ EN AFDELING X1 VAN HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS STUIVENBERG	20
1. ONDERZOEKSPLAN	20
1.1 Onderzoeksontwerp	20
1.2 Onderzoeksmethode	21
1.2.1 PAAZ	21
1.2.2 Afdeling X1	22
2. HET PSYCHIATRISCH LANDSCHAP	22
3. RESULTATEN	23
3.1 De psychiatrische inrichting volgens Goffman	23
3.2 De algemene kenmerken van de totale institutie getoetst aan de PAAZ en afdeling X1	25
3.3 De wereld van de patiënten.....	26
3.3.1 Proces van mortificatie	26
3.3.2 Het privilege-systeem.....	29
3.3.3 Specifieke gedragspatronen van de patiënt.....	30
3.3.4 De patiënten-subcultuur	31
3.3.5 De terugkeer in de maatschappij	31
3.4 Relatie tussen het multidisciplinaire team en de patiënten	32
3.4.1 Werken met mensen.....	33
3.4.2 Institutionele doeleinden	34
3.4.3 Institutionele ceremonieën.....	34
3.4.4 Institutionele verschillen	35
DISCUSSIE	36
1. SYNTHESE VAN DE RESULTATEN	36
2. KRITISCHE REFLECTIE	38
3. BLIK OP DE TOEKOMST	39
DANKWOORD	41
BIBLIOGRAFIE	42

ABSTRACT

Goffmans theorie met betrekking tot de totale instituties, daterend uit de jaren 60 en heden ten dage nog veel vermeld, wordt in deze masterproef getoetst aan een psychiatrische inrichting anno 2010. Meer specifiek wordt volgende centrale onderzoeksvraag beantwoord: *Is Goffmans theorie omtrent de totale instituties nog van toepassing op de actuele situatie van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg?* Uit Goffmans theorie werden honderd kenmerken en indicatoren gedistilleerd. Deze dienden als basis van de observaties, semigestructureerde interviews en analyse, om Goffmans theorie te toetsen aan de actuele situatie van de Psychiatrische Afdeling in een Algemene Ziekenhuis (PAAZ) en afdeling X1 van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. Uit dit kwalitatieve onderzoek kunnen we met betrekking tot de PAAZ, de meest open afdeling, besluiten dat een opname vandaag op alle punten erg verschillend is van Goffmans beschrijving. Een opname op afdeling X1, de meest gesloten afdeling, is in sommige gevallen volledig gelijkaardig aan een opname zoals beschreven door Goffman. Toch stellen we vast dat ook op deze afdeling de evolutie naar meer openheid voelbaar is.

Sleutelwoorden: Erving Goffman, Totale institutie, Psychiatrisch ziekenhuis, Case-study, ZNA Stuivenberg

INLEIDING

Erving Goffmans 'Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates' blijft vier decennia na de eerste publicatie een erg belangrijk werk in de sociologie. Doorheen de jaren zijn uittreksels en hoofdstukken vaak herdrukt in readers en tekstboeken. Zowaar elke inleiding tot de sociologie bevat verwijzingen naar 'Asylums'. Daarenboven reikt het succes van dit werk verder dan de academische sfeer. Zo heeft het boek, ondanks de afwezigheid van beleidsaanbevelingen, ook een opmerkelijk publieke invloed gekend. In de jaren '60 en '70 werd 'Asylums' door de voorstanders van de deinstitutionalisatie gehanteerd om hun standpunt kracht bij te zetten, er heerste op dat moment een tendens van antipsychiatrie. Zo werd Goffmans studie geciteerd in juridische teksten en gerechtelijke uitspraken (Petry, 1997: 20; Dehue, 2008: 55; Weinstein, 2000: 281; Gronfein, 2000: 261).

Het academische en publieke aanzien van 'Asylums' neemt niet weg dat van in het begin de accuraatheid en veralgemeenbaarheid van het totale institutiemodel van Goffman in vraag werd gesteld. Er verscheen sociologische literatuur die een andere psychiatrische benadering in de behandeling van psychische problemen in kaart bracht (Quirk et al., 2006: 2114). Zelfs Goffman merkte op nadat een nauwe verwant psychische problemen had gekend, dat zijn boek er erg anders zou uit gezien hebben (Weinstein, 2000: 282). Professor J.A.A van Doorn schrijft in het voorwoord van de vertaling van 'Total Institutions' de volgende veelzeggende stelling:

Sommige sociologische begrippen worden zo bekend dat men doorgaans verzuimt zich te verdiepen in de theorie die er achter steekt. Hiertoe behoort ook Erving Goffmans begrip *total institution*. Het werd in 1957 in een uitvoerig gedocumenteerde studie gelanceerd, is sindsdien algemeen bekend geworden, veel vermeld maar weinig bestudeerd en uitgewerkt. (J.A.A van Doorn in het voorwoord van 'Totale Instituties')

Geprikkeld door dit citaat wordt in deze masterproef de theorie van Goffman met betrekking tot het concept *totale institutie* herbekeken in het licht van de huidige institutionele en sociale context. Zo wordt inzicht verworven over de huidige plaats van het ZNA Psychiatrische Ziekenhuis Stuivenberg ten aanzien van deze theorie: *Is Goffmans theorie omtrent de totale instituties nog van toepassing op de actuele situatie van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg?* Deze onderzoeksvraag kan opgedeeld worden in enkele subvragen, namelijk: *welke kenmerken van het ideaaltipe van de totale institutie van Goffman zijn aanwezig in het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg en welke niet? Waarom zijn deze kenmerken al of niet aanwezig?*

In het eerste deel van deze masterproef wordt Goffmans theorie met betrekking tot de totale instituties bekeken. In het tweede deel toetsen we deze theorie aan het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. We voleindigen de masterproef met een conclusie, waarin naast een synthese van de resultaten ook aandacht is voor een kritische reflectie en een blik op de toekomst.

HOOFDSTUK 1: KRITISCHE ANALYSE VAN GOFFMANS 'ASYLUMS'

Erving Goffman is een vertegenwoordiger van het symbolisch interactionisme. Zijn naam werd gevestigd met de studie 'The presentation of self in every day life', en bevestigd in een reeks publicaties over onder meer identiteit en stigma. Enigszins terzijde dit oeuvre van Goffman, staat zijn analyse van *total institutions*, in een beknopte versie gepubliceerd in 1957 en in 1961 uitgewerkt tot een omvangrijk werk 'Asylums'. Hierin schenkt hij, net als in zijn andere werken, aandacht aan processen van identiteitsverwerving en identiteitsbeschadiging en het demaskeren van interacties tussen mensen (Goffman, 1975: 1-2; Williams, 2000: 213; Manning, 2008: 679; Strong, 1983: 345; Macionis & Plummer, 2005: 170). Het ahistorische karakter dat zijn werk kenmerkt, komt in de analyse van de *total institutions* eveneens aan bod. Hoewel de toonzetting sterk in de lijn van zijn overig werk ligt, zijn er niettemin verschillen. Deze zijn mogelijks te wijten aan het feit dat zijn sociologie, die vaste sociale structuren ontbindt in signalen en gebaren tussen mensen, destijds nog niet volledig ontwikkeld was (Goffman, 1975: 1-2; Sedgwick, 2000: 200).

De vertaling van Goffmans concepten in deze masterproef vergt enige verduidelijking. Zo hanteren we de term *totale instituties* en *mortificatie* om Goffmans terminologie te respecteren. De term *inmate* wordt bij gebrek aan een accuratere term vertaald als *bewoner* (Goffman, 1975: vi).

Voordat we Goffmans theorie m.b.t. totale instituties onder de loep nemen, bekijken we eerst de invloed van dit werk en schetsen we de context waarin 'Asylums' tot stand is gekomen. Aan het einde van dit eerste deel bekijken we de reacties die zijn werk heeft teweeggebracht in de wetenschappelijke wereld.

1. Invloed van 'Asylums'

Hoewel de 'Social Sciences Citation Index (SSCI)' geen gewag maakt of de citaties naar 'Asylums' positief of negatief zijn, geeft deze index een idee van het belang van het werk. Zo werd dit werk van Goffman tot 1983 twee keer zoveel geciteerd als klassieke werken, zoals 'Le Suicide' van Durkheim en Webers 'Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus'. Ook enkele decennia na publicatie wordt het veel frequenter geciteerd in vergelijking met de gemiddelde wetenschappelijke studie (Weinstein, 2000: 286-287). In de peer reviews van het publicatiejaar van 'Asylums' werd doorgaans positief gereageerd op Goffmans werk. Men erkende het werk voor zijn bijdrage tot zowel de sociologische als psychiatrische literatuur, voor zijn belang in het onderzoek naar organisaties en hun therapeutische effectiviteit. Toch meenden sommige peers dat hij een te negatief beeld ophing van de psychiatrische inrichting en de situatie van de patiënten volledig verkeerd inschatte (Weinstein, 2000: 284-285). Ook de verwijzingen in rechtszaken geven een idee van het belang van Goffmans werk. Zo werd 'Asylums' in zeven rechtszaken op het federale niveau geciteerd als bewijs voor de schadelijke invloed van de institutionalisering op gevangen of psychiatrische patiënten. Vijf van deze rechtszaken werden beslecht in het voordeel van de bewoner van de gevangenis of psychiatrische inrichting (Weinstein, 2000: 287-288).

2. De context van 'Asylums'

De staatsziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld de onderzoekssetting van 'Asylums', dateren van de 19^e eeuw. Ze boden een antwoord op een stijging van het aantal personen met deviant gedrag ten gevolge van de immigratie, urbanisatie en economische depressie. Gaandeweg ontstond de nood om de psychiatrische inrichtingen te veranderen, wat een belangrijke evolutie was op zowel het publieke als het professionele domein. Door de opkomst van de burgerbeweging en in een klimaat tegen segregatie en tegen uitsluiting, was deze oproep tot verandering eerder een oproep tot het afschaffen van de staatsziekenhuizen, dan van ze te verbeteren (De Rick et al., 2003: 1; Weinstein, 2000: 298;

McHugh, 1992: 498; Peele et al., 2000: 185; Gronfein, 1999: 85; Rose, 1986: 54). Goffmans boek 'Asylums' werd gepolitiseerd door hervormers en voorstanders van de deïstitutionalisering, hoewel hij niet de bedoeling had oplossingen te bieden. Ook werd Goffman als auteur gelinkt aan de opkomst van de antipsychiatrie, hoewel zijn kritiek niet zo zeer een persoonlijke stellingname was, maar eerder voortvloeide uit zijn analyse en hij persoonlijk niet geassocieerd kon worden met propagandistische activiteiten of activisten (McHugh, 1992: 498; Miller, 1986: 28; Schnabel, s.d.: 33; Peele et al., 2000: 185; Gronfein, 2000: 261; Weinstein, 2000: 281; Goodwin, 1997: 37). Zo schreef David Mechanik:

... Goffmans work had only a subsidiary role in the massive changes in mental health policy, but it was as influential as any theoretical statement or study hope to be. It influenced the way many people perceived mental hospitals, and contributed to the overall climate of opinion essential to social change... (Mechanic in Gronfein, 2000: 262).

Sinds de publicatie van Goffmans 'Asylums' (1961) en Erkisons 'Wayward Puritans' (1966) is ten gevolge de deïstitutionalisering in de psychiatrie, het aantal plaatsen in psychiatrische inrichtingen sterk verminderd. Zo bestond de populatie van het St. Elizabeth's Hospital, waar Goffman zijn veldwerk deed, in 1956 uit meer dan 7000 patiënten, tegenover 2700 vandaag. Tegelijkertijd was er een toename van gemeenschapsgerichte diensten voor personen met een mentale aandoening (Mechanic & Rochefort, 1990: 304; Gronfein, 2000: 259, 261-262; McEwen, 1980: 148; Weinstein, 2000: 280; Peele et al., 2000: 186-187, 189; Quirk et al., 2006: 2106; Gove, 2004: 364). Vandaag is het totale institutiemodel van Goffman niet meer representatief voor de gemiddelde situatie in Amerikaanse psychiatrische inrichtingen. Toch gaan er enkele stemmen op dat de oude staatshospitalen een antwoord zouden kunnen bieden op de huidige crisis in de gezondheidszorg (Weinstein, 2000: 298, 300).

3. De theorie van Erving Goffman met betrekking tot de totale instituties

De psychiatrische instelling is, zoals Goffman het noemt, een totale institutie, wat hij definieert als:

... a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead an enclosed, formally administered round of life (Goffman, 1961: xiii).

Daar ze zowel een residentieel, als een formeel karakter hebben, beschouwt Goffman deze instituties als sociaal hybride (Goffman, 1961: 12). Deze totale instituties zijn zodanig opgebouwd, dat ze een zeer sterke greep hebben op de individuen die er deel van uitmaken. Dit ideaaltype is volgens Goffman van toepassing op vijf groeperingen van instituties (Bear & Ravneberg, 2008: 205; Perry, 2000: 174; Sayce, 2000: 79; Miller, 1986: 22-23; Goffman, 1961: 3-5; Pilgrim & Rogers, 1999: 147). Deze classificatie is echter niet exhaustief en niet onmiddellijk bruikbaar voor sociologische analyse. De afbakening en beschrijving van het concept totale institutie dient als concreet uitgangspunt om de algemene kenmerken ervan te onderscheiden met de bedoeling niet in een tautologie te vervallen (Goffman, 1975: 14; Perry, 2000: 174).

We respecteren de opbouw van Goffmans boek vrijwel volledig, om een zo getrouw mogelijk beeld te schetsen van zijn geheel van ideeën. Eerst behandelen we de belangrijkste kenmerken van de totale institutie. Vervolgens wordt de totale institutie bekeken vanuit het perspectief van de bewoners. Hierna verschuift het perspectief naar de staf en hun relatie met de bewoners. Tot slot bespreken we het specifieke karakter van de psychiatrische inrichting als totale institutie.

3.1 Kenmerken van de totale institutie

In de moderne maatschappij werkt, ontspant en slaapt men op verschillende plaatsen, met verschillende personen en onder een verschillend gezag. In totale instituties worden de grenzen tussen deze drie levenssferen weggehaald en wordt in de verscheidene menselijke behoeften voorzien via een bureaucratische organisatie. De bewoner wordt onderworpen aan één normenstelsel. Alle bewoners worden geacht hetzelfde te doen, op dezelfde manier en worden op dezelfde wijze behandeld. Deze verschillende activiteiten worden opgelegd van bovenaf, en maken deel uit van een allesomvattend rationeel plan, bepaald door de staf van de totale institutie (Peele et al., 2000: 185-186; Gronfein, 1999: 88; Quirk et al., 2006: 2105; Goffman, 1961: 5-7; Pilgrim & Rogers, 1999: 147; Pike & Beames, 2007: 154; Macionis & Plummer, 2005: 144, Perry, 2000: 173; Davies, 2000: 239-240; Weinstein, 2000: 282-283). Vaak wordt zulk een regime opgelegd met het doel tot radicale resocialisatie. Doordat ze zowel fysiek als mentaal afgescheiden worden van de buitenwereld, kan de wereld van de bewoner volledig worden gemanipuleerd door de toezichhoudende staf (Macionis & Plummer, 2005: 144). Zo stellen Peele en andere auteurs:

Goffmans thesis is that the institutionalizing elements which were intended to produce model patients and a therapeutic milieu instead generated institutionalism, a counterproductive culture of passive resistance that rooted patients more firmly in the institution whose grasp they intended to escape (Peele et al., 2000: 187).

De scheiding tussen staf en bewoners is een eerste belangrijke implicatie van het bureaucratisch besturen van grote groepen mensen (Hillery, 1963: 785, 787; Quirk & Lelliot, 2001: 1570; Goffman, 1961: 9; Bear & Ravneberg, 2008: 213; Gronfein, 2000: 266). Een tweede implicatie houdt verband met werk, waarbij er een onverenigbaarheid geldt tussen totale instituties en de fundamentele werk-beloningsstructuur in de maatschappij. Er gelden andere arbeidsmotieven en een andere houding ten aanzien van het werk. Of er nu te weinig of teveel werk is, het individu dat in de buitenwereld werklustig was, wordt vaak gedemoraliseerd door het werksysteem in de totale institutie (Ledoux, 1981: 132-133; Hillery, 1963: 789; Goffman, 1975: 17-18; Davies, 2000: 240). Tot slot zijn totale instituties ook niet verenigbaar met een ander essentieel element in de maatschappij: het gezin. Daar men eet, slaapt en werkt in eenzelfde groep, kan men niet of nauwelijks een eigen huiselijk bestaan leiden (Goffman, 1975: 19; Davies, 2000: 240; Hillery, 1963: 788-789).

3.2 De wereld van de bewoners

Wanneer een persoon opgenomen wordt in de totale institutie, draagt deze een *geïmporteerde cultuur* met zich mee. Dit referentiekader omvat het activiteitschema en de levenswijzen, die men aanhield tot net voor de opname in de totale institutie en die deel uitmaken van een breder maatschappelijk netwerk (Holmes, 2005: 9; Goffman, 1961: 12-13). Ten gevolge het verblijf in de totale institutie kan de bewoner zowel bepaalde gedragingen niet meer stellen, als geen gelijke tred houden met de sociale veranderingen in de buitenwereld. Wanneer de bewoner lang in deze instelling verblijft, kan dit leiden tot *disculturatie*. De spanning die tussen de thuiswereld en de institutionele wereld ontstaat, wordt door de staf gebruikt als strategische hefboom om de mensen te kunnen leiden (Goffman, 1961: 13; Rogers et al., 1993: 62).

In de verdere beschouwing over de wereld van de bewoners in de totale instituties besteden we aandacht aan de volgende aspecten: het *mortificatieproces*, het *privilege-systeem*, de vormen van aanpassing, de *bewoners-subcultuur* en de situatie wanneer de bewoner de totale institutie verlaat.

3.2.1 Proces van mortificatie

De persoonlijkheid van de bewoner wordt, zij het vaak onbedoeld, *gemortificeerd*, waarbij er met het verleden, de waarden, gedragspatronen en de sociale rollen wordt gebroken. Er treden enkele radicale verschuivingen op in de *morele carrière* van de bewoner. Goffman hanteert deze laatste term om de veranderingen in de opvattingen aan te duiden, die een individu heeft over zichzelf en over anderen. Er vindt een ontzetting uit de gebruikelijke rollen plaats (Prior, 1995: 653; Pike & Beames, 2007: 154; Malacrida, 2005: 529; Rogers et al., 1993: 20; Goffman, 1975: 20-21; Weinstein, 2000: 283; Holmes, 2005: 10; Lau et al., 2007: 346; Freidson, 1983: 360). De identiteitsomvorming, die mogelijks optreedt in de totale institutie, verloopt volgens een moeizaam proces van progressieve degradatie dat reeds begint bij het betreden van de institutie. Zo ervaart de bewoner meteen enkele fysieke barrières, zoals gesloten deuren en hoge ommuringen (Strauss et al., 1981: 172; Davies, 2000: 246; Goffman, 1961: 4, 14; Macionis & Plummer, 2005: 144; Gronfein, 2000: 267). Vervolgens ondergaat de bewoner verscheidene toegangsprocedures, zoals het herkleden; inventariseren van bezittingen voor bewaring; onderrichting van de nieuwe regels. Deze procedures maken de nieuwe rol en positie van de bewoner duidelijk en benadrukken de breuk met de oude identiteit (Quirk & Lelliot, 2001: 1570; Gronfein, 1999: 88; Malacrida, 2005: 535; Goffman, 1961: 16, 23). Door dit verlies van zijn identiteitsuitrusting kan de bewoner niet zijn gebruikelijke zelfbeeld aan anderen tonen. Het zelfbeeld van de bewoner wordt aangetast doordat hij via een reglement of bevel gedwongen wordt bepaalde bewegingen en houdingen aan te nemen. Gegeven het gebruikelijke uitdrukkingsdroom van de omringende maatschappij wordt dit als vernederend ervaren (Goffman, 1975: 26). Indien de bewoner zich ongehoorzaam opstelt bij deze eerste socialisatiemomenten, zal deze meteen gestraft worden. Hierdoor worden de plichten van de bewoner luister bij gezet (Goffman, 1961: 17-18). Om deze deconstructie en reconstructie te bestendigen wordt in het begin bezoek tot een minimum beperkt (Goffman, 1961: 14-15; Holmes, 2005: 10). Belangrijk is op te merken dat men zich bij een vrijwillige opname in de totale institutie al gedeeltelijk heeft onttrokken aan zijn thuiswereld. Hierdoor verloopt de aanpassing minder moeizaam (Goffman, 1961: 15; McEwen, 1980: 155). Zo kan de psychologische stress veroorzaakt door het *mortificatieproces* bij een individu dat gebukt gaat onder schuldgevoelens, een soort van psychologische opluchting veroorzaken (Goffman, 1961: 48).

Door het *mortificatieproces* wordt de grens van het individu tussen zijn wezen en de omgeving overschreden. De privacy wordt geschonden daar feiten over de sociale posities en het vroegere gedrag verzameld worden in een dossier dat toegankelijk is voor de staf. In totale instituties die tot officieel doel hebben de zelfregulerende innerlijke neigingen van het individu te veranderen, worden er betekenisbijeekkomsten gehouden waar verwacht wordt dat het individu feiten en gevoelens over zichzelf onthult (Pike & Beames, 2007: 154; Gronfein, 2000: 268; Lau et al., 2007: 347; Goffman, 1975: 27). Niet alleen vernemen andere personen informatie over iemand, die anders verborgen blijft, ook de bezoekers of de staf kunnen persoonlijke oneerbare feiten waarnemen (Goffman, 1975: 28; Weinstein, 2000: 283). Zo kunnen zij de bewoners bijvoorbeeld in vernederende omstandigheden zien tijdens de medische- en veiligheidscontroles. Hieromtrent zegt Goffman het volgende:

In all these cases it is the searcher as well as the search that penetrates the private reserve of the individual and violates the territories of the self (Goffman, 1961: 29).

De meest expliciete schendingen van de privacy zijn van direct fysieke aard, waaronder inbreuken op de persoonlijke hygiëne en voeding. Zo noteerde Goffman verscheidene klachten over onzuiver voedsel, vuile slaappleatsen en onhygiënische waspleatsen (Goffman, 1961: 25-26). Ook kan de bewoner een inbreuk op de persoonlijkheid ervaren wanneer een buitenstaander interfereert in de intieme relatie tussen de bewoner en anderen die veel voor hem betekenen. Zo kan bijvoorbeeld iemands post worden geopend en worden gecensureerd, of kan het bezoek een gedwongen openbaar karakter krijgen (Goffman, 1961: 31). Wanneer de inbreuken op de persoonlijkheid door een

andere persoon worden bewerkstelligd, ervaart de bewoner bovenop de bovengenoemde persoonlijkheidsinbreuk een andere inbreuk ten gevolge van gedwongen interpersoonlijk contact. De bewoner verliest immers de controle over wie hem in zijn situatie ziet en zijn verleden kent. Routine-inspecties, waarbij de privésfeer wordt binnengedrongen door een persoon van de staf, kunnen dit effect veroorzaken. Ook het onderling contact met medebewoners, dat veelvuldig voorkomt daar men in groep leeft, kan dit effect teweeg brengen (Goffman, 1975: 30).

Een ander belangrijk aspect van het *mortificatieproces*, dat minder direct is in zijn effect dan de bovengenoemde inbreuken, is een verstoring van de gebruikelijke relatie van de individuele actor met zijn handelingen (Goffman, 1975: 35). De vrijheid met betrekking tot de handelingen, wat in de maatschappij de controle over het eigen leven aangeeft, wordt afgenomen (Goffman, 1961: 43). Zo moet de geïnterneerde voor elke activiteit toestemming vragen en zijn alle activiteiten onderworpen aan regels en beoordeling van de staf. Dit heeft zowel betrekking op kleine dagelijkse activiteiten, als op belangrijkere handelingen. Op deze manier wordt de onderdanige rol van de geïnterneerde bevestigd en heeft de staf steeds de mogelijkheid om in te grijpen (Goffman, 1961: 42; Lau et al., 2007: 346). Als een individu in de gewone maatschappij omstandigheden en bevelen moet aanvaarden die niet in overeenstemming zijn met zijn eigen opvattingen, beschikt het individu over een zekere marge waarin hij door de eigen reacties en gelaatsuitdrukkingen zijn standpunt duidelijk kan maken. Deze defensieve reactie is echter niet mogelijk in de totale institutie, daar de staf de bewoner hierop kan terechtwijzen en straffen. Hierdoor ontstaat er een klimaat van angst voor een mogelijke straf (Goffman, 1975: 35; Brown, 1987: 38). Daar elk lid van de staf, elk lid van de bewonersklasse kan disciplineren, neemt kans op een sanctie opmerkelijk toe. Hierdoor vergt het vermijden van sancties een voortdurende bewuste krachtinspanning (Goffman, 1961: 42). Daarbovenop heeft door de desegregatie van de levenssferen het gedrag van een persoon in één situatie, ook gevolgen voor deze persoon in een andere context (Goffman, 1975: 36).

We kunnen besluiten dat bij het *mortificatieproces* net die handelingen, die in de burgermaatschappij aan de actor een zekere controle toeschrijven, worden verstoord. Het gedrag, dat symbool staat voor zelfbeschikking, wordt ondermijnd (Goffman, 1961: 43). De reden voor deze inbreuk op de persoonlijkheid van de bewoners verschilt naargelang het type totale institutie. Zo ziet men bijvoorbeeld in de psychiatrische inrichting de gezondheid als grond voor het gedwongen innemen van medicatie (Goffman, 1975: 42-43). Toch zijn de inbreuken op de persoonlijkheid veelal slechts een manier om de dagelijkse activiteiten van een groot aantal mensen te kunnen hanteren in een beperkte plaats met een beperkt aantal middelen (Goffman, 1961: 46-47).

Bij dit alles treden er twee voorname problemen op de voorgrond. Vooreerst heeft de bewoner een overheersend gevoel van persoonlijke ondoelmatigheid. Daarnaast is er een problematische verhouding tussen de eigen wensen en verlangens van de bewoner en de ideële belangen van de instelling. Toch kan het zijn dat de acute psychologische spanning ten gevolge van de *mortificatieprocessen*, niet steeds nadelig is. Zo kan het een verlichting zijn voor diegene die zich vrijwillig heeft laten opnemen in de totale institutie (Goffman, 1961: 47).

3.2.2 Het privilege-systeem

Gedurende het *mortificatieproces*, krijgt de bewoner formele en informele instructies met betrekking tot het *privilege-systeem* (Goffman, 1961: 48). Dit systeem vormt het belangrijkste kader waarbinnen de eigen persoonlijkheid kan worden hersteld en zorgt er doorgaans voor dat de bewoners hun medewerking verlenen aan de staf (Goffman, 1975: 47, 49). Het omvat naast de huisregels, ook duidelijk gedefinieerde beloningen en straffen. De huisregels, die een geheel van nauwkeurig omschreven voorschriften en verboden zijn, bepalen de levenscyclus van de bewoner (Goffman, 1961: 48). De beloning omvatten privileges die voorheen in het dagelijkse leven als vanzelfsprekend

worden ervaren. In de totale institutie worden deze privileges een na te streven doel, wat er vaak toe leidt dat men een hele wereld opbouwt rondom deze kleine privileges (Goffman, 1961: 49). Bijgevolg heeft het intrekken van deze privileges grote gevolgen (Goffman, 1975: 46). Het tijdelijk of definitief ontzeggen van deze privileges is één van de mogelijk straffen, als reactie op het overtreden van de regels (Goffman, 1961: 50).

Belangrijk is op te merken dat deze privileges niet dezelfde zijn als faciliteiten of gunsten. Onder privileges moet men slechts het uitblijven van deprivaties begrijpen, die men algemeen gesproken in de burgerlijke maatschappij niet kent (Goffman, 1975: 46). Ook op een ander punt zijn de straffen en privileges niet naar het burgermodel gesneden. Zo zijn deze in het dagelijkse leven niet van toepassing op volwassenen, maar eerder op kinderen en dieren (Goffman, 1961: 51). Een derde specifiek kenmerk van het *privilege-systeem* is dat het ontslag uit de totale institutie erin verwerkt is. Sommige handelingen kunnen immers leiden tot verlenging of verkorting van het verblijf in zulk een inrichting. Het laatste specifieke kenmerk van de straffen en privileges in totale instituties is dat deze de vorm krijgen van een woon-werk-systeem. Beide plaatsen zullen duidelijk gedefinieerd worden door de staf en geassocieerd door de bewoners als plaatsen met specifieke privileges of straffen (Goffman, 1961: 51).

3.2.3 Aanpassingswijzen van de bewoners

De bewoner zal zich tijdens zijn verblijf moeten aanpassen aan het bovengenoemde *mortificatieproces* en het *privilege-systeem*. Deze aanpassing gebeurt bij elke persoon op een andere manier en verandert doorheen de verschillende fasen van zijn *morele carrière* (Goffman, 1961: 61). Elke aanpassingsvorm, is een manier om met de spanning om te gaan tussen de thuiswereld en de institutionele wereld (Goffman, 1975: 55). Zo schreef Goffman:

Without something to belong to, we have no stable self, and yet total commitment and attachment to any social unit implies a kind of selflessness. Our sense of being a person can come from being drawn into a wider social unit; our sense of selfhood can arise through the little ways in which we resist the pull. Our status is backed by the solid buildings of the world, while our sense of personal identity often resides in the cracks (Goffman, 1961: 320).

Naar Goffmans mening aanvaardt de bewoner alleen bij *conversie* volledig de definitie die de institutie hem oplegt. Hij neemt de visie van de leidinggevenden over en probeert zich als de volmaakte bewoner te gedragen (Goffman, 1961: 63; Townsend, 1976: 263, 265; Weinstein, 2000: 283). Bij de drie andere aanpassingswijzen is de bewoner in staat zich geheel of gedeeltelijk te wapenen tegen de opgelegde definities van de totale institutie, zoals bijvoorbeeld het label 'psychiatrische patiënt' (Townsend, 1976: 263, 265). Het is mogelijk dat de bewoner enkel aandacht schenkt aan situaties in zijn directe omgeving waarbij hij deze gebeurtenissen in eigen termen interpreteert. Deze drastische inperking van de betrokkenheid bij interactionele gebeurtenissen wordt in psychiatrische termen *regressie* genoemd (Pilgrim & Rogers, 1999: 134; Goffman, 1961: 61). Een derde mogelijke gedragsvorm is het doelbewust weigeren om mee te werken met de toezichhoudende staf. Goffman noemt dit de *onverzoenlijke lijn*. Ten vierde is *kolonisering* een mogelijk manier om zich aan te passen. Dit houdt in dat de bewoner een zo vrij mogelijke gemeenschap voor zichzelf opbouwt op basis van de beperkte faciliteiten. Naarmate de staf het leven in de totale institutie dragelijker probeert te maken, vergroot de mogelijkheid op *kolonisering* (Goffman, 1961: 62-63; Prior, 1995: 659).

Ook de *secundaire aanpassingen* geven de bewoner het gevoel dat hij een zekere controle heeft over de eigen situatie. De *secundaire aanpassingen* zijn immers praktijken die geen prioriteit zijn voor het personeel, maar wel de bewoners in staat stellen om verboden zaken te verwezenlijken of toegestaan

zaken te bereiken met verboden middelen (Goffman, 1961: 54-55, 189; Williams 1986: 358). *Collectieve plagerijen* zijn hier een voorbeeld van. Hierbij is de solidariteit tussen de bewoners sterk genoeg om uitingen van anoniem of massaal verzet te organiseren. Bewoners waartussen vroeger een sociale afstand bestond gaan elkaar steunen, daar ze een gemeenschappelijk gevoel van onrechtvaardigheid en bitterheid ervaren ten aanzien van de buitenwereld (Goffman, 1961: 56, 58-59; Hillery, 1963: 787). De geforceerde sociale relaties van het begin van de opname, kunnen dus omslaan in een samenhorigheidsgevoel of kleine groepjes vrienden via een verbroederingsproces (Goffman, 1961: 28, 42, 56-58). Deze verbroedering kan tot verscheidene soorten banden leiden tussen mensen, die steun kan bieden op diverse vlakken (Goffman, 1975: 52). In sommige totale instituties probeert de staf deze groepsvorming tegen te gaan, daar deze solidariteit als een bedreiging voor de regels wordt gezien (Goffman, 1961: 60). De collectieve plagerijen zijn immers minder eenvoudig te controleren met het straf- en beloningssysteem, dan de individuele overtredingen (Goffman, 1961: 56-58). Vaak blijkt echter de groepsloyaliteit erg klein te zijn of blijken solidariserende tendensen niet te leiden tot een hoge mate van groepsmoreel of verbroedering (Goffman, 1961: 61).

De bovengenoemde aanpassingsmanieren zijn mogelijk te volgen koersen, die echter zelden tot het uiterste worden gevolgd. Vaak zien we een opportunistische combinatie van *secundaire aanpassing*, *conversie*, *kolonisering* en loyaliteit ten aanzien van de medebewoners, met de bedoeling als bewoner zo weinig mogelijk fysieke en mentale schade op te lopen. Zo zal een bewoner bijvoorbeeld niet laten merken aan zijn medebewoners hoe volgzzaam hij zich gedraagt wanneer hij alleen is met de staf (Goffman, 1961: 64-65; Townsend, 1976: 265). Het is belangrijk op te merken dat niet iedereen zijn toevlucht neemt tot deze aanpassingsstrategieën. Zo zijn er bewoners wiens verleden ervoor gezorgd heeft dat zij immuun zijn geworden voor de wereld binnen de instelling, waardoor ze zich weinig zullen aanpassen. Een persoon die zijn hele leven heeft doorgebracht in totale instituties, zoals bijvoorbeeld een weeshuis of gevangenis, zal bij de opname in een psychiatrische inrichting de voorgaande aanpassingsstrategieën toepassen. Zij kennen geen verschuiving in hun *morele carrière*, daar deze situatie hun tweede natuur is geworden (Goffman, 1975: 56).

3.2.4 De bewoners-subcultuur

In de totale institutie ontstaat er een klimaat van persoonlijk falen. Als reactie hierop gaat de bewoner een eigen verhaal ontwikkelen waarin hij voortdurend zijn actuele lagere status poogt te verklaren. Hierdoor wordt het ego van dit individu nog meer een brandpunt van conversatie, hetgeen tot zelfmedelijden leidt (Goffman, 1961: 67; Weinstein, 2000: 283). Bewoners hebben ook vaak het gevoel dat hun periode doorgebracht in de totale institutie verloren tijd is. Dit is deels een gevolg van de vaak zwaardere levensomstandigheden in de totale institutie, de sociale ontbinding van het oude maatschappelijke leven, en het gebrek aan nieuwe sociale relaties. Ook het feit dat men er meestal niet in slaagt om binnen de totale institutie iets te winnen dat naar de buitenwereld kan worden overgebracht, zoals een verworven inkomen of een diploma, is een bepalende factor in dit gevoel van verloren tijd (Weinstein, 2000: 283; Goffman, 1961: 68). De psychologische spanning die hierdoor ontstaat, kan verlicht worden door georganiseerde collectieve of individuele activiteiten, zoals kaartspelen, sporten, lezen of individueel tv kijken. Er ontstaan echter ook activiteiten of gedragspatronen onder de bewoners, die niet ondersteund worden door de toezichhoudende staf, zoals bijvoorbeeld gokken. Wanneer deze activiteiten te overheersend worden, zal de staf deze activiteiten inperken en de patiënt sanctioneren (Goffman, 1961: 68-69; Quirk & Lelliot, 2001: 1570).

3.2.5 De terugkeer in de maatschappij

In de beschouwing over de wereld van de bewoners hebben we reeds de volgende aspecten onder de loep genomen: *mortificerende processen*; de reorganiserende invloeden; de reacties van de bewoners

hierop; het culturele milieu dat ontstaat. Om dit hoofdstuk af te sluiten, schenken we aandacht aan de processen die zich ontwikkelen wanneer de bewoner de totale institutie verlaat (Goffman, 1975: 59).

Totale instituties doen zich vaak voor als instellingen die zich bezighouden met rehabilitatie. Hierbij beoogt men de zelfregulerende mechanismen van de bewoners zo te herstellen dat zij na het vertrek uit de totale institutie, de normen van de instelling uit eigen beweging zullen handhaven. Naar Goffmans mening wordt deze verandering echter zelden gerealiseerd, deels door de aanwezigheid van *secundaire aanpassingen* en allerlei andere handelingsstrategieën (Goffman, 1961: 71). Meteen na de vrijlating zal de bewoner opgaan in de vrijheden van het burgerlijk bestaan, die hij voordien als bijzondere gebeurtenissen ervoer (Goffman, 1961: 72). Toch kunnen bewoners angst hebben voor het ontslag uit de totale institutie. Een belangrijke factor hierbij is *disculturatie*, waarbij de bewoner de capaciteit om bepaalde gewoonten aan te leren, die vereist worden in de maatschappij, geheel of gedeeltelijk verliest. Daarbovenop wordt de persoon vrijgelaten op een moment dat hij geleerd heeft te leven in de totale institutie. Men beseft dat het ontslag uit de totale institutie ervoor zorgt dat men van de top van een kleine wereld, verhuist naar de basis van een grote burgerlijke maatschappij (Goffman, 1961: 73). Een andere belangrijke factor bij het angstig gevoel is stigmatisering. Indien het individu een relatief ongunstige *pre-actieve status* heeft gekregen, zoals ex-psychiatrische patiënten, zal de ontvangst in de maatschappij koel zijn. Dit komt voornamelijk op bepaalde momenten tot uiting, zoals bijvoorbeeld bij het zoeken naar werk. Deze personen zullen proberen hun verleden te maskeren en vergeten. Het is ook mogelijk dat de sociale positie van de ex-bewoner in de positieve zin veranderd is. Een hartelijke ontvangst kan verwacht worden bij personen wiens *pre-actieve status* relatief gunstig is, zoals bij ex-bewoners van een elitaire kostschool (Goffman, 1961: 72-73; Prior, 1995: 662).

Ondanks de verschillende wijzen waarop de totale institutie een schaduw werpt op zijn ex-bewoners, wordt door het ontslag de periode van opname in de institutie als een herinnering gezien en breekt de realiteit van het burgerleven aan (Goffman, 1975: 62). Men gaat de privileges waaromheen het leven in de institutie was georganiseerd als vanzelfsprekend beschouwen (Goffman, 1961: 72). Toch is het mogelijk dat er bij de terugkeer in de maatschappij beperkingen aan de vrijheid van de ex-bewoner worden gesteld. Zo kan de psychiatrische inrichting de ex-bewoner en familie de raad geven om de inrichting te contacteren bij problemen (Goffman, 1975: 61-62).

3.3 De relatie tussen stafmedewerkers en bewoners

De fundamentele scheiding tussen een grote groep bewoners en een kleine toezichthoudende staf is een belangrijk kenmerk van de bureaucratische organisatie (Goffman, 1961: 9; Hillery, 1963: 785, 787; Quirk & Lelliot, 2001: 1570; Gronfein, 2000: 266). Elke groep beziet de andere in termen van vijandige stereotiepen: de staf ziet de bewoners vaak als weerspanning en onbetrouwbaar, terwijl de bewoners de staf doorgaans als neerbuigend en gemeen aanschouwen. De sociale mobiliteit tussen de bewoners en de staf is erg beperkt (Goffman, 1961: 7). Het bestaan van de antagonistische stereotiepen wordt vermoedelijk bestendigd door het beperkt contact tussen de staf en de bewoners (Goffman, 1975: 17; Hillery, 1963: 789). Zowel de gesprekken tussen beide groepen als de informatie-uitwisseling worden beperkt. Zo wordt de bewoner zelden op de hoogte gesteld van de beslissingen omtrent zijn situatie. Dit benadrukt de afstand tussen beide groepen en zorgt voor een zekere controle over de bewoners (Goffman, 1961: 9).

In dit hoofdstuk bekijken we eerst de aspecten verbonden aan het werken met mensen. Vervolgens schenken we aandacht aan de institutionele doeleinden, institutionele ceremonieën en institutionele verschillen.

3.3.1 Werken met mensen

Het unieke aspect van de arbeidswereld van de staf, is gelegen in het feit dat mensen hun 'werkmateriaal' vormen. Volgens de algemene morele principes van de omringende maatschappij, wordt de mens in de totale institutie beschouwd als een doel op zich, waarbij humane behandelingsmaatstaven moeten worden gehandhaafd. Deze humane behandeling is de verantwoordelijkheid van de totale institutie en is één van de zaken die men de bewoner garandeert in ruil voor zijn vrijheid (Goffman, 1975: 63-64). Een tweede specifiek aspect van de arbeidswereld van de staf, is dat zij rekening dient te houden met de relaties en posities van de bewoners in de buitenwereld. Dit behelst onder meer administratief werk om bijvoorbeeld als wettelijk gemachtigde de ontnomen rechten van de bewoner te vervullen, gaande van de inkomensbelasting, over het vermogensbeheer, tot toestemming verlenen voor bezoek van anderen dan familieleden (Goffman, 1975: 64). Een derde specifieke determinant van de mens als 'werkmateriaal' doet zich voor wanneer bewoners het recht hebben zich buiten de totale institutie te begeven. De institutie kan immers verantwoordelijk worden gesteld voor de problemen die de bewoners in de maatschappij veroorzaken. Gegeven deze verantwoordelijkheid, staan totale instituties afwijzend tegenover bezoekrechten buiten de totale institutie (Goffman, 1975: 67). Een vierde specifieke aspect van het werk in een totale institutie, is dat de staf door middel van beloningen, bestraffingen of bedreigingen het gedrag van de bewoners kan sturen. Het vermogen van de bewoners om plannen van de staf te begrijpen, kan er voor zorgen dat ze de staf reëel kunnen hinderen. Dit is één van de redenen waarom de stafleden de neiging hebben beslissingen ten aanzien van de bewoners niet mede te delen (Goffman, 1961: 80).

Bij het begeleiden van de bewoners wordt de staf voor enkele dilemma's geplaatst. Een bestuurlijk dilemma ontstaat wanneer behandelingsmaatstaven voor de ene bewoner in strijd zijn met deze van een andere bewoner. Wanneer bijvoorbeeld in een psychiatrische inrichting de deur open blijft, uit respect voor diegene die een zekere vrijheid krijgen, zullen andere bewoners achter slot en grendel moeten leven (Goffman, 1975: 65). Andere problemen ontstaan door het voortdurende conflict tussen de humane maatstaven aan de ene kant en de institutionele efficiëntie aan de andere kant. Zo worden persoonlijke bezittingen, die belangrijk zijn voor de identiteit van de bewoner, vaak afgenomen omdat ze een negatief effect kunnen hebben op het gezag van de staf (Holmes, 2005: 4; Goffman, 1975: 65-66; Gronfein, 2000: 267). Ook professionals, die instaan voor de technische dienstverlening, nemen een moeilijke positie in ten aanzien van de officiële doeleinden van de totale institutie. Zo stelde Goffman vast dat psychiaters veelvuldig ontslag namen omdat ze meenden gebruikt te worden om professionele sancties op te leggen in het kader van het *privilege-systeem* in plaats van het uitoefenen van hun psychotherapeutisch beroep (Goffman, 1975: 75).

Hoewel de stafleden afstand zullen proberen te behouden tussen hen en de bewoners, bestaat er steeds de mogelijkheid tot een *betrokkenheidscyclus*. Hierbij ontstaan er bij de staf gevoelens van medeleven en genegenheid ten aanzien van een bewoner. Dit kan leiden tot onderminning van autoriteit (Goffman, 1961: 81-82, 93). Het staflid kan zelfs in een positie komen van waaruit hij de afstandelijke houding van zijn mede stafleden jegens de bewoners zal laken, wat kan leiden tot de ontzetting van deze persoon uit zijn functie (Goffman, 1961: 82).

3.3.2 Institutionele doeleinden

Het interpretatieschema van de totale institutie treedt automatisch in werking zodra de bewoner de totale institutie betreedt. Voor de staf betekent de opname van een persoon automatisch dat deze behandeld dient te worden. Een persoon in een politieke gevangenis moet wel een verrader zijn, een persoon in een psychiatrische inrichting ziek (Goffman, 1975: 70).

De vastgelegde doeleinden vormen een betekenis kader op basis waarvan allerlei handelingen en beslissingen worden verantwoord (Goffman, 1975: 69). Goffman ziet echter een tegenstelling tussen de officiële doelstelling van de totale institutie en de uiteindelijk beleden doeleinden. Zo stelt hij dat de meeste totale instituties voornamelijk functioneren als opslagplaats voor bewoners. Naar de buitenwereld toe presenteren ze zich echter als een rationele organisatie die officieel goedgekeurde doelstellingen nastreeft, zoals het resocialiseren van de bewoners naar de maatstaf van die totale institutie (Goffman, 1975: 62). Deze institutionele perspectieven zijn onderbouwd door een bepaald mensbeeld, dat het essentiële verschil tussen de staf en bewoners vastlegt en de instructieve waarde van privileges en straffen dekt (Goffman, 1975: 72). Zo wordt in de psychiatrie brutaliteit of een te grote familiariteit vertaald in min of meer professionele termen, zoals 'gestoord', wat kan leiden tot het inperken van privileges of overplaatsing (Goffman, 1975: 71). Institutionele perspectieven laten ook hun invloed gelden op de interpretatie van arbeid, daar de traditionele motieven zoals loon of prestige wegvallen. In de psychiatrische inrichting krijgen patiënten *arbeidstherapie*, wat taken omvat als het harken van de bladeren en het helpen in de keuken. Hoewel deze taken volbracht worden om tegemoet te komen aan de behoeften van de totale instituties, worden zij tegenover de patiënt afgeschilderd als een manier om opnieuw te leren functioneren in de maatschappij. De bereidheid om deze taken te vervullen wordt opgevat als een diagnostisch bewijs van verbetering (Goffman, 1975: 74).

3.3.3 Institutionele ceremonies

Naast de ongeoorloofde 'persoonlijke banden' tussen staf en bewoners, ontwikkelt men in elke totale institutie verscheidene geïnstitutionaliseerde activiteiten waarbij de rolverdeling vervaagt en de eenheid en solidariteit tot uiting komt. De geïnstitutionaliseerde activiteiten kunnen gaan van een krantje of een theaterstuk, over een zelfhulpgroep, tot kerst- of nieuwjaarsviering (Goffman, 1961: 94-99; Weinstein, 2000: 283). Naast deze activiteiten bestaat ook *institutionele demonstratie* in de totale institutie, zoals een opendeurdag waar de familieleden en eventueel het grote publiek de instelling kunnen bezoeken. Op zulk een moment lijken de bewoners en staf volgens Goffman op goede voet met elkaar te staan (Goffman, 1961: 100-102). Naast het individuele bezoek en de opendeurdag, bieden inspecties van officiële instanties ook de mogelijkheid aan buitenstaanders om de totale institutie te bezichtigen en te evalueren (Goffman, 1975: 85). In dit kader zal men proberen om een correct humaan beeld van de instelling te tonen ten aanzien van de buitenwereld. Dit doet men onder meer door de nieuwe of vernieuwde gebouwen en de meer welwillende bewoners te laten zien. Ook de bezoekersruimte benadert zowel op het vlak van de inrichting, als van het gedrag van de bewoners veel meer de algemene maatschappelijke maatstaven dan die van de eigenlijke leefruimte. Het stemt Goffman triest dat zowel de bezoekers, als de bewoners en de staf, zich na een tijd realiseren dat deze bezoekerskamer een fictie is, die ze met zwijgende overeenstemming in stand houden (Goffman, 1961: 100-102).

Deze ceremoniële praktijken zijn belangrijk om de integratie tussen de twee gescheiden groepen in de totale institutie te bewaren. De rol die de bewoners tijdens deze ceremonies aannemen houdt een zeker uiting van verzet in, hetzij door een scherp artikel, hetzij door een satirisch toneelstukje (Goffman, 1975: 87; Weinstein, 2000: 283). Goffman meent dat deze functionalistische analyse van institutionele rituelen echter niet geheel overtuigend is. Zo stelt hij dat het niet altijd zeker is of deze activiteiten, die zouden moeten leiden tot rolverlichting, bijdragen tot een solidariteit tussen de twee groepen. De stafleden klagen immers vaak onderling over het saaie en het verplichtende karakter van deze activiteiten, terwijl bewoners slechts meedoen om de dagelijkse gang van zaken te doorbreken (Goffman, 1975: 87). Hierover zegt Goffman het volgende:

A total institution perhaps needs collective ceremonies because it is something more than a formal organization; but its ceremonies are often pious and flat, perhaps because it is something less than a community (Goffman, 1961: 110).

Wat de *institutionele ceremonies* de totale institutie ook mogen bieden, ze tonen aan dat de sociale structuur van de totale institutie niet onoverkomelijk en onveranderlijk is (Goffman, 1975: 87-88). Zodoende tonen deze ceremonies volgens Goffman ook aan dat één van de belangrijkste prestaties van totale instituties het in scène zetten is van een onderscheid in sociale hoedanigheid en morele aard tussen twee geconstrueerde categorieën personen (Goffman, 1975: 88-89).

3.3.4 Institutionele verschillen

Bij de bespreking van de totale instituties is het ook belangrijk stil te staan bij de roldifferentiatie binnen de twee hoofdgroepen. Noch de staf, noch de bewoners vormen een homogene groep. Goffman schenkt aandacht aan twee specifieke aspecten van roldifferentiatie. Ten eerste zijn medewerkers van het laagste stafniveau veelal het langst in dienst waardoor ze de dragers zijn van traditie, terwijl de hogere staf en ook de bewoners sneller wisselen. Daarnaast leidt de verschillende taakverdeling tussen beide groepen medewerkers tot een verschil in morele eigenschappen die de patiënten hen toebedelen. Doordat de hogere staf niet de taak heeft de bewoners te disciplineren en doordat hun contacten schaarser zijn, hebben de bewoners immers vaak een positiever beeld over hen (Goffman, 1975: 89-90). Het tweede aspect van de roldifferentiatie bij de staf heeft betrekking op eerbied die in de totale institutie op een formeel voetstuk wordt geplaatst. Zo gelden er bijvoorbeeld negatieve sancties in geval van overtreding, wat indruist tegen het spontane karakter van respect in de burgerlijke maatschappij. Doorgaans vaardigt het laagste stafniveau deze straffen uit en nemen leden van de hogere staf de bewijzen van respect in ontvangst (Goffman, 1961: 114-115). Belangrijk is ook op te merken dat er soms nauwelijks een onderscheid kan gemaakt worden in functie en privileges tussen een vertrouwenspersoon onder de bewoners en personen van het laagste stafniveau (Goffman, 1975: 92).

Naast de verscheidenheid in roldifferentiatie binnen de groeperingen, verschillen totale institutie ook qua rekruteringswijze. Ook de mate van zelfregulerende verandering van de bewoner verschilt naargelang de totale institutie. Daarnaast verschilt ook de mate waarin de sociale normen van de maatschappij hun invloed laten gelden in de totale institutie (Goffman, 1975: 94). Enige ondoordringbaarheid is noodzakelijk om de stabiliteit in stand te houden. Zo onderdrukt men de externe sociale verschillen om een eigen systeem te kunnen opbouwen. Dit wordt duidelijk als we bijvoorbeeld kijken naar de oorsprong van de populatie van een psychiatrische inrichting, die zowel uit personen van de hoge als de lage klassen bestaat. Dit toont aan dat er een duidelijke patiëntenrol bestaat en dat het lot van de bewoner niet louter wordt bepaald door zijn sociale achtergrond (Goffman, 1975: 95). Er zijn echter grenzen aan de ondoordringbaarheid van de totale instituties. Zo stelt Goffman dat er in de Westerse maatschappij geen enkele totale institutie bestaat waar het leven in groepen geheel los staat van het geslacht (Goffman, 1975: 96).

3.4 De psychiatrische inrichting als totale institutie

De psychiatrische inrichting plaatst Goffman in het tweede type totale institutie, door hem beschreven als:

... places established to care for persons felt to be both incapable looking after themselves and a threat to the community, albeit an unintended one ... (Goffman, 1961: 4).

De psychiatrische inrichting neemt de vorm aan van een medisch instituut georganiseerd in afdelingen met verplegend personeel onder leiding van artsen (Gronfein, 1999: 89). Sommige psychiatrische dossiers passen naadloos in het *expert server model* van Goffman, waarbij de patiënt zich in de handen van experts legt om zijn psychiatrische stoornis te genezen. Hierbij toont de patiënt idealiter respect en vertrouwen voor de competentie van de staf, wat zich uit in dankbaarheid en het betalen van een honorarium. Aan de andere kant geeft de staf esoterische kennis, professionele omzichtigheid en de bereidheid het belang van de patiënt te dienen (Goffman, 1961: 326-327, 351; Gronfein, 2000: 269). Goffman stelt echter dat dit model veelal niet van toepassing is op de psychiatrische inrichtingen, daar onder meer de gemiddelde lengte van de behandelingsperiode niet getuigt van efficiënt handelen in het belang van de patiënt. Ook zijn de patiënten veelal onvrijwillig opgenomen, in tegenstelling tot de vrijwillige opname in *expert server model* (Gronfein, 2000: 269; Goffman, 1961: 354-355). De psychiatrische inrichting moet volgens Goffman eerder gezien worden in een context waarin een netwerk van instituties wordt opgericht die een verblijf verschaffen aan personen met probleemgedrag. Hij stelt dat psychiatrische inrichtingen niet hoofdzakelijk bestaan om aan de vraag naar diensten van de patiënt te kunnen voldoen, maar meer om de maatschappij te beschermen tegen het gevaar en de overlast van bepaalde vormen van wangedrag. In de institutie wordt hier echter zelden naar verwezen en ligt de focus voornamelijk op medisch therapeutische diensten, wat naar Goffmans mening niet strookt met de realiteit (Goffman, 1961: 352-353; Gronfein, 2000: 271). Toch stelt Goffman dat het nodig is om een functioneel equivalent te hebben voor het sanctioneren van fout gedrag, zodat de sociale orde kan worden behouden (Goffman, 1961: 365).

De behandeling van de patiënt begint met de diagnose, wat Goffman ziet als het toekennen van een officieel label aan de patiënt. Naar zijn mening is dit toekennen erg problematisch, daar men het gevaar loopt te vervallen in ethnocentrisme. De staf gaat immers vanuit zijn eigen cultureel standpunt bepalen of het vertoonde gedrag ongepast is of niet. Mentale symptomen worden volgens Goffman gezien als schendingen van de interactieorde, eerder dan schendingen van de biologische orde. Daarom moet men naar zijn mening voor de beoordeling van de pathologie, technische criteria hanteren in plaats van sociale criteria (Gronfein, 1999: 94; Goffman, 1961: 363-364; Conover & Climent, 1976: 67). Hiernaast kan de psychiater, die zijn autoriteit onder meer dankt aan zijn wettelijke status als arts, moeilijk het gedrag van de persoon voorspellen op basis van zijn kennis. Deze onwetendheid zorgt voor een zekere interpretatieve ruimte (Goffman, 1961: 369-370; Gronfein, 2000: 269). Nog problematischer is volgens Goffman de behandeling, als deze al gegeven wordt. Naar zijn mening is deze niet afhankelijk van de pathologie (Goffman, 1961: 360-361; Weinstein, 2000: 284). Het is eerder een standaardbehandeling, waarbij men poogt de zelfdefiniëring van de patiënt zoveel mogelijk te ondermijnen om deze te vervangen door zelfbeeld als mentale zieke, die zorgbehoevend is (Townsend, 1976: 264). Zo vat Weinstein samen:

An important aspect of the total institution model is the resocialization that occurs in mental hospitals. The staff try to instill patients a sense that they did wrong in society and that they have to change their ways if they want to get discharged and function well on the outside. As part of the moral career, patients slowly come to accept the psychiatric view of themselves. This perception of self is not a property of the patient but instead rests in the pattern of social control exerted by the institution (Weinstein, 2000: 283-284).

Het leven van de patiënt is gereguleerd op basis van een disciplinair systeem zodat een kleine staf een groot aantal onvrijwillige patiënten kan handhaven (Goffman, 1961: 361). Voortdurend worden de medische acties voorgesteld als een dienst in het voordeel van de patiënt, terwijl dit volgens Goffman slechts handelingen zijn om de patiënten te kunnen bedwingen in de totale institutie (Goffman, 1961: 380). Zo houdt de staf bijvoorbeeld een dagelijkse ronde, die door de patiënt doorgaans als controle wordt gezien, maar door de staf in het belang van de patiënt wordt afgedaan. Deze controles worden

ondersteund door het gebruik van het medisch vocabulaire en het psychiatrisch perspectief dat elk soort gedrag classificeert als symptomatisch voor de problemen van de patiënt (Gronfein, 1999: 89). Daarnaast ziet de staf de isolatiecel als een plaats waar de patiënt met zijn gedragsstoornissen zich behaaglijker zal voelen. De straf om te worden overgeplaatst naar een zwaardere afdeling wordt door de staf verklaard als een overplaatsing naar een afdeling waar de patiënt beter met de regels zal kunnen omgaan. (Goffman, 1961: 381, 383). Toch stelt Goffman de patiënten niet voor als hulpeloze personen, die volledig gedetermineerd worden door de handelingen in de totale instituties. Zo gaat het langste van de vier essays in 'Asylums', 'The underlife of a public institution: a study of ways making out in a mental hospital', over de *secundaire aanpassingen* (Gronfein, 1999: 90).

Hoewel de patiënt zijn stoornis als een ziekte percipieert die na de behandeling kan vergeten worden, wordt dit in de maatschappij anders gezien. Eens een persoon behandeld is geweest in een psychiatrische inrichting wordt deze veelal gestigmatiseerd, zowel bij het formele contact, zoals in de werksfeer, als bij het informele dagelijkse sociale contact (Gove, 2004: 364-365; Rogers et al., 1993: 62-63; Goffman, 1961: 355; Prior, 1995: 662; Goyvaerts, 2009: 118). De stigmatisering en de aangevoelde deprivatie in de psychiatrische inrichting, kan leiden tot vervreemding van de maatschappij waardoor sommige personen de psychiatrische inrichting niet willen verlaten (Goffman, 1961: 355-356).

4. Kritieken op 'Asylums'

Het totale institutiemodel van Goffman liet sinds zijn publicatie weinigen onberoerd. In dit hoofdstuk bekijken we de positieve en negatieve kritiek van verscheidene sociale wetenschappers op zowel het theoretische als methodologische aspect van zijn werk.

Voor we de kritiek vanuit de academische wereld bekijken, laten we Goffman zelf aan het woord. Zo geeft hij zelf de volgende beperkingen aan van zijn methode en toepassing ervan: 'Desiring to obtain ethnographic detail regarding selected aspects of patient social life, I did not employ usual kinds of measurements and controls; (...) To describe the patient's situation faithfully is necessarily to present a partisan view; (...) Further I want to warn that my view is probably too much that of a middle-class male; (...) Finally, unlike some patients, I came to the hospital with no great respect for the discipline of psychiatry nor for agencies content with its current practice' (Goffman, 1961: x).

Perry vindt in zijn kritische bespreking van de algemene kenmerken van Goffmans ideaaltype, het eerste kenmerk erg vaag en ambigue: 'all aspects of life are conducted in the same place and under the same single authority'. Door de algemene definiëring van de concepten, zoals 'alle aspecten van het leven', 'zelfde plaats' en 'zelfde autoriteit', vindt Perry dat dit kenmerk zijn verklarende kracht verliest (Perry, 2000: 173-175; Goffman, 1961: 6; Davies, 2000: 239; Peele et al., 2000: 185). Ook bij het tweede kenmerk is de empirische ondersteuning afhankelijk van de ambiguïteit van de centrale termen, ten koste van hun verklaringskracht. Dit tweede kenmerk van het ideaaltype luidt: 'each phase of the member's daily activity is carried on in the immediate company of a large batch of others, all of whom are treated alike and required to do the same thing together' (Goffman, 1961: 6; Peele et al. 2000: 185-186; Davies, 2000: 239-240 Perry, 2000: 173, 175-176). Hierbij meent Lammers dat er niet voldoende aandacht wordt geschonken aan de autonome groepsvorming onder de bewoners. Hij merkt op dat de bewoners bij Goffman te veel als individuen worden belicht, die ieder voor zich weerstand bieden of aanpassingsmechanismen hanteren (Goffman, 1975: 4). Het derde aspect van de totale institutie als ideaaltype relateert dwingende autoriteit aan een strikt dagschema en expliciete formele regels: 'all phases of the day's activities are tightly scheduled, with one activity leading at a prearranged time into the next, the whole sequence of activities being imposed from above by a system of explicit formal rulings and a body of officials' (Goffman, 1961: 6; Davies, 2000: 240; Perry, 2000: 173, 176; Peele et al., 2000: 186). Perry meent echter dat de band tussen deze kenmerken niet

noodzakelijk bestaat. Zo geeft hij het bijvoorbeeld van een concentratiekamp, dat enkel de dwingend autoriteit kent zonder de erna genoemde kenmerken (Perry, 2000: 176). Het laatste kenmerk linkt de dwingende autoriteit aan de formele organisatie: 'the various enforced activities are brought together into a single rational plan purportedly designed to fulfill the official aims of the institution'. Ook hier bekritiseert men de algemeenheid van de concepten, zoals 'een rationeel plan' en 'de officiële doelen' (Goffman, 1961: 6; Perry, 2000: 173, 176-177; Peele et al., 2000: 186; Davies, 2000: 240).

Sedgwick bekritiseert Goffmans werk door te stellen dat '...it is illegitimate to offer a microsociological discussion of experience which takes the macrostructure of social organisation for granted' (Sedgwick, 2000: 210). Sedgwick meent dat deze fouten moeten gezien worden in de context van een fundamentele tekortkoming in Goffmans sociale filosofie. Hij laat immers geen ruimte voor historische beschouwingen van totale instituties. Goffman gaat achteloos voorbij aan het feit dat de organisaties die hij tot onderwerp van zijn generaliserende interpretatie heeft gekozen, allen een lange en bewogen geschiedenis hebben (Sedgwick, 2000: 200; Goffman, 1975: 6). Goffmans ahistorisch model schenkt immers geen aandacht aan de factor van verandering in totale instituties. Volgens deze critici is Goffmans model erg beperkt daar zijn concept van de totale institutie statisch is, zelfs op het moment dat bijvoorbeeld het psychiatrisch landschap verscheidene veranderingen onderging. Zo worden op dat moment de antipsychotische medicatie, omgevingstherapieën en gemeenschapsbehandelingen geïntroduceerd, wat het karakter psychiatrische inrichtingen grondig verandert. Andere auteurs zien hier geen graten in, daar Goffman geen historicus is en niet de intentie had de traditionele functies en populatie van de psychiatrische inrichting te schetsen (Quirk et al., 2006: 2107; McEwen, 1980: 171; Weinstein, 2000: 290-291, 293-294; Siegler & Osmond, 2000: 170). Quirk, Lelliot en Seale menen dat het totale institutiemodel van Goffman een goede representatie is van de psychiatrische hospitalen van zijn tijd. Vandaag is het volgens hen echter noodzakelijk veel meer de nadruk te leggen op permeabiliteit dan totaliteit (Quirk et al., 2006: 2108). Ook enkele andere sociologen, waaronder Linn, McEwen, Killian, menen dat de totale institutie een ideaaltype is dat niet van toepassing is op vele psychiatrische ziekenhuizen vandaag (Weinstein, 2000: 289-290).

Een verdienste van Goffmans werk was dat het de psychiaters tot nadenken zette over zichzelf en de werkelijke voor- en nadelen van de behandeling in een psychiatrische inrichting (Weinstein, 2000: 299). Ook Gronfein meent dat de analyse van Goffman, die het individu, de institutie en de omringende maatschappij verbindt, belangrijke conceptuele hulpmiddelen biedt voor de actuele studie van sociale controle. Het beeld dat Goffman schetst van de bewoner is volgens Gronfein opmerkelijk wegens het sociologische karakter van de analyse en wegens zijn relatieve vrijheid van de invloed van de verschillende ziektebeelden, wat Goffman overigens doelbewust deed (Gronfein, 2000: 263-264; Goffman, 1961: 128). Siegler en Osmond vinden dit laatste net een tekortkoming in zijn werk. Ze menen dat de patiënt de ziekenrol moet worden toegeschreven, waardoor ze worden vrijgesteld van hun normale rolverplichtingen en recht op hulp krijgen. Het afdoen van hun ziekte als een sociale fictie, biedt volgens Siegler en Osmond geen hulp bij het herstelproces. Belangrijk hierbij is op te merken dat deze ziekenrol veelal moeilijk wordt aangenomen door de psychiatrische patiënt (Siegler & Osmond, 2000: 164, 168-170; Weyns, 2006: 101-102; Weinstein, 2000: 290). Killian en Bloomberg menen dat Goffman de bewoners alleen ziet als slachtoffers van het psychotherapeutisch proces. Zij oordelen dat de deprivaties een noodzakelijke voorwaarde zijn om de patiënt te resocialiseren en zodoende te helpen. Auteurs zoals McEwen, Sedgwick, Levinson en Gallagher, vinden dat Goffman teveel de nadruk legt op de dwang en controle-elementen, met weinig aandacht voor het therapeutisch karakter (Weinstein, 2000: 290, 292).

Naast de inhoudelijke kritiek, wordt zijn methodologie ook bekritiseerd. Zijn kwalitatieve methode, namelijk participerende observatie, wordt als niet accuraat beschouwd. Zo baseert hij zich op informele interviews en zijn eigen interpretatie van de geobserveerde sociale interactie, om stellingen

te poneren over de structuur en de functie van totale instituties (Weinstein, 2000: 291). Ook argumenteert Weinstein dat er geen representatieve steekproeven werden getrokken en dat het niet mogelijk is de objectiviteit van de data na te gaan. Linn stelt dat Goffman vanuit een middenklassenperspectief naar de wereld van de bewoners heeft gekeken, wat Goffman reeds zelf aangeeft (Mechanic, 1969: 89; Weinstein, 2000: 291; Goffman, 1961: x). Samen met Killian stelt de auteur ook dat Goffman de ervaringen van de patiënten fout begrijpt (Weinstein, 2000: 282, 291). Ook Weinstein meent dat Goffmans interpretatie van de data vragen oproept. Zo stelt hij dat in 88% van de studies uitgevoerd in de jaren '50 de meerderheid van de patiënten positief is ten opzichte van de psychiatrie. Goffman beschrijft in diezelfde periode de psychiatrisch inrichting echter als een totale institutie die eerder lijkt op een gevangenis dan op een therapeutisch instituut (Weinstein, 2000: 294-295). Siegler en Osmond trekken niet de observaties in twijfel, maar ze menen dat deze eerder zijn gebruikt om te verblinden, dan om de organisatiestructuren te verhelderen. Door het gebrek aan een adequaat historisch kader en een menselijk standpunt, resulteert de analyse volgens hen in ergernis en boosheid (Siegler & Osmond, 2000: 170). Davies sluit zich hierbij aan door te stellen dat Goffman volgens haar een selectieve keuze maakt van historische en moderne voorbeelden die passen in zijn model. Hierdoor lijken de totale instituties een meer homogene cluster dan ze werkelijk zijn (Davies, 2000: 243-244). Mechanic vindt echter dat Goffmans methode, die consistent is met Webers methode van 'verstehen', niet ongepast was. Zo stelt hij dat de survey als een mogelijk alternatief voor het observeren ook beperkingen heeft, zoals onder meer onduidelijke vragen en een lage betrouwbaarheid (Weinstein, 2000: 294).

Ondanks het feit dat vele wetenschappers het eens zijn over Goffmans misinterpretatie van de situatie van de patiënten en ondanks het feit dat hij zijn werk nooit heeft bijgewerkt, wordt het boek na vier decennia van kritiek nog steeds herdrukt en veelvuldig geciteerd (Weinstein, 2000: 296, 299). De reden voor de blijvende invloed van dit boek is velerlei. Ten eerste hebben vele sociale wetenschappers zijn theorie vrijwel kritikloos overgenomen, waardoor hij vandaag nog steeds veelvuldig gehanteerd wordt als standaardwerk met betrekking tot de ervaringen van psychiatrische patiënten. Ten tweede geven Manning en Weinstein aan dat hij zijn inzichten op een toegankelijke manier heeft gecommuniceerd met een levendige taal en persoonlijke voorbeelden (Weinstein, 2000: 296-297; Manning, 2008: 679). Ten derde vermeldt Goffman de beperkingen van zijn methode en toepassing ervan slechts erg summier in de inleiding van zijn boek, zoals hierboven vermeld. Daarenboven worden deze opmerkingen doorgaans niet mee opgenomen bij herpublicaties van het artikel (Weinstein, 2000: 297). Tot slot zorgden Goffmans andere hoog aangeschreven werken, waaronder 'The presentation of self in every day life', voor aanzien en geloofwaardigheid (Weinstein, 2000: 297).

HOOFDSTUK 2: SOCIOLOGISCHE DOORLICHTING VAN DE PAAZ EN AFDELING X1 VAN HET PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIS STUIVENBERG

In dit kwalitatieve onderzoeksdeel van deze masterproef toetsen we Goffmans theorie van de totale instituties aan de actuele situatie in het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. Meer specifiek belichten we de Psychiatrische Afdeling in een Algemene Ziekenhuis (PAAZ) en afdeling X1. We gaan na welke kenmerken van het ideaaltipe van Goffman we hier kunnen waarnemen. We bekijken ook waarom deze kenmerken al of niet aanwezig zijn in beide afdelingen.

Eerst wordt het onderzoeksontwerp en de onderzoeksmethode van deze masterproef uiteengezet. Hierna schetsen we kort de evolutie van ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, in de context van het Belgische psychiatrisch landschap. Vervolgens bekijken we de resultaten van het kwalitatieve onderzoek.

1. Onderzoeksplan

We belichten hier het onderzoeksontwerp en de onderzoeksmethode aan de hand waarvan de data voor dit empirische gedeelte zijn verworven.

1.1 Onderzoeksontwerp

De bovenvermelde onderzoeksvragen kunnen het meest accuraat beantwoord worden aan de hand van een gedetailleerde en intensieve analyse van de meest open en meest gesloten afdeling van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. In dit opzicht vormt de *case study* van de PAAZ en afdeling X1 van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg het meest gepaste onderzoeksontwerp voor deze masterproef. Gezien het intrinsieke karakter van deze casestudy heeft dit onderzoek niet tot doel te kunnen generaliseren.

De twee afdelingen, die voorwerp uitmaken van dit onderzoek, behoren tot het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. Op basis van de pathologie, ernst en afdelingswerking werd de PAAZ door Dr. Peeters geselecteerd als de meest open afdeling, en afdeling X1 als de meest gesloten afdeling van dit psychiatrisch ziekenhuis. Ook de verpleegkundigen, therapeuten, psychologen, doktersassistenten en psychiaters die werden geïnterviewd, waren het roerend eens met deze indeling naar open- en geslotenheid.

- De PAAZ afdeling biedt binnen het algemeen ziekenhuis ruimte voor mensen met psychische noden. Er zijn 60 bedden beschikbaar, verspreid over twee afdelingen, die gemiddeld drie maanden bezet worden door een patiënt. De patiënten worden begeleid door een multidisciplinair team van psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, bewegingstherapeuten, muziektherapeuten en personen van de sociale dienst. Elke hulpverlener benadert de patiënt vanuit de eigen discipline. In overleg met elkaar bespreekt het multidisciplinair team de situatie van de patiënt en stelt een therapieprogramma naar de individuele behoeften van de patiënt samen.
- Afdeling X1, die ook naam 'De Mozaïek' draagt, is een semi-open acute opname afdeling. Ze is gericht op jong volwassenen met een vroege psychotische stoornis (Peeters, 2008: 58; N., 2009d: n.p.). Er zijn 24 plaatsen, die zowel door mannen als vrouwen worden bezet tussen de 20 en 50 jaar. Bij acute crisis begint de residentiële behandeling met intensieve zorgen (Peeters, 2008: 43). Men vraagt de patiënt om minstens twee weken in observatie op de afdeling te blijven. Na deze observatieperiode wordt een behandelingsadvies besproken door het multidisciplinaire team, dat op dezelfde wijze is samengesteld als dat van de PAAZ. Dit advies aan de patiënt kan allerlei vormen aannemen, gaande van het dagziekenhuis tot een therapieprogramma binnen het psychosecircuit. Het is ook mogelijk dat de overstap naar een behandelprogramma nog niet

mogelijk is. In zulk geval zal de observatie worden verder gezet. De gehele behandeling is erg individueel, daar ze steeds afhankelijk is van het toestandsbeeld en de noodzakelijkheid van de interventies (Peeters, 2008: 57-58). Zodoende kan de opname van enkele dagen tot meer dan een jaar in beslag nemen. Elke behandeling is een geïntegreerde combinatie van medicatie, psycho-educatie, verschillende therapeutische activiteiten en nodige aandacht voor sociale aspecten (Peeters, 2008: 44).

1.2 Onderzoeksmethode

We hanteren Goffmans methode voor dataverzameling van 'Asylums', die werd beïnvloed door zijn geloof dat 'sociology is something that should be *done*, through observing and interacting with everyday life' (Pike & Beames, 2007: 148). Bijgevolg is de in de literatuurstudie vermelde negatieve kritiek met betrekking tot de methodologie ook grotendeels van toepassing op deze masterproef. Dit weegt echter niet op tegen de diepgaande informatie die we op deze wijze verzamelen. We kiezen voor participerende observatie van één week per afdeling. Bij participerende observatie is het erg belangrijk bewust de keuze te maken om zich al of niet als onderzoeker kenbaar te maken, daar dit belangrijke implicaties kan hebben voor het onderzoek. In dit onderzoek is gekozen om me te introduceren in mijn werkelijke hoedanigheid, in tegenstelling tot Goffman die zich voordeed als een werknemer van het mentale hospitaal (Mortelmans, 2007: 140; Weinstein, 2000: 280). Participerende observatie is geëvolueerd naar een systematische combinatie van verschillende technieken en dataverzamelingsmethoden. In dit onderzoek maken we gebruik van observaties, semigestructureerde interviews en schriftelijke documenten van de beide afdelingen, waaronder 'de opnamebrochure PAAZ', 'de informatiebrochure van de Mozaïek' en de verschillende therapieschema's (ZNA, 2009: 1; ZNA, 2010: 1). We consulteren ook het boek 'Psychose: een blik op behandeling', geschreven door Dr. Peeters, afdelingsarts van afdeling X1. Dit boek bespreekt de klinische behandeling voor psychose binnen het ZNA Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg. Wanneer in de resultatensectie verwezen wordt naar dit boek, werd de informatie eerst getoetst aan de resultaten van de observatie. Deze uitgebalanceerde methode zorgt voor een rijkdom aan gegevens, waarbij de controle op validiteit en betrouwbaarheid groter is en data triangulatie wordt bereikt (Mortelmans, 2007: 141, 437).

De observaties en interviews zijn gebaseerd op een lijst van honderd kenmerken en indicatoren, die ik heb gedistilleerd uit de theorie van Goffman. Op deze manier heb ik gestreefd naar een zo gedetailleerd mogelijke toetsing van Goffmans theorie aan de twee afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. De observaties werden genoteerd, interviews opgenomen en onmiddellijk verwerkt waardoor geen waardevolle informatie kon verloren gaan. Hierbij werd de vergaarde data aan elk van de honderd kenmerken en indicatoren getoetst. Door deze systematische analyse werd elk kenmerk meermaals geverifieerd. In het totaal werden er, naast de observaties op beide afdelingen, 21 interviews afgenomen op de PAAZ en X1.

1.2.1 PAAZ

Mijn rol in het onderzoek op de PAAZ kan het best omschreven worden als de *participant als observator*. Hierbij heb ik gepoogd het wankel evenwicht tussen de integratie in de onderzoekssetting en het afstand houden van de participanten in de setting te behouden (Mortelmans, 2007: 140, 289). Ik participeerde als observator tijdens onder meer de briefing van het verplegend personeel aan de psychiater, de teamvergadering, de gesprekken tussen de doktersassistente en patiënt en de afdelingsvergadering tussen de patiënten, de psycho-educatie, de sociale vaardigheidstraining en de therapieën waaronder de creatieve therapie en muziektherapie. Bovengenoemde observaties werden aangevuld met tien interviews met zowel patiënten als verplegend personeel. Aan de personeelszijde werden vier interviews afgenomen die reikten van twintig minuten tot een uur. Twee van deze interviews werden afgenomen van het verplegend

personeel, één van een therapeute en één van de doktersassistente. Daarnaast werden ook zes patiënten geïnterviewd gedurende gemiddeld een half uur. Vier van deze patiënten werden door het verplegend personeel voorgesteld, één persoon vroeg zelf een interview en de laatste patiënt sprak ik zelf aan. De geïnterviewde patiënten vormden een ruwe weerspiegeling van de patiëntenpopulatie, daar er een overwicht aan vrouwen werd geïnterviewd, van verschillende leeftijdscategorieën, met diverse ziektebeelden en lengte van opname.

1.2.2 Afdeling X1

Op afdeling X1 kan mijn onderzoeksrol het best omschreven worden als *observator als participant*. Het was immers niet echt mogelijk te participeren in de setting, waardoor ik eerder als een buitenstaander werd geïdentificeerd. Dit had tot voordeel dat ik de setting eenvoudig kon verlaten, maar met als nadeel de oppervlakkigheid van de contacten. Dergelijke rol in het onderzoeksproces maakt het risico op subjectieve waarnemingen en interpretaties erg groot (Mortelmans, 2007: 289). Toch meen ik de patiënten en personeel te hebben kunnen observeren in hun dagelijkse werkelijke hoedanigheid, daar men doorgaans niet op de hoogte was van mijn komst.

Ook op X1 werden patiënten geïnterviewd. Het stond me vrij om alle patiënten aan te spreken. Dit zou de representativiteit van de data kunnen vergroten, ware het niet dat vele patiënten weigerden. Bijgevolg heb ik van alle aanwezige patiënten, die het Nederlands, Frans of Engels machtig waren, uiteindelijk zes interviews kunnen afnemen. Deze patiënten waren allemaal van het mannelijke geslacht met leeftijd tussen de 20 en 50 jaar die in een rust- of observatieprogramma volgende of in het therapieprogramma 'Prisma' participeerden. Dit is een relatief goede, maar geen perfecte, representatie van de patiëntenpopulatie. Op het moment van observatie was er immers een overwicht aan mannen op de afdeling, die voornamelijk één van de drie bovengenoemde programma's volgden. Deze interviews duurden van een kleine tien minuten tot een half uur. Hiernaast heb ik ook vijf mensen van het personeel geïnterviewd: twee verpleegsters, een psychologe van de afdeling, de doktersassistente van de afdeling en de coördinator van het psychosecircuit. Deze interviews hadden een duur van twintig minuten tot drie kwartier. De observatie op X1 gebeurde op de afdeling zelf, in de leefruimte van de patiënten, de gangen en de verpleegpost.

2. Het psychiatrisch landschap

De Psychiatrische Afdeling van het ziekenhuis Stuivenberg werd opgericht in 1907 (Verhelst et al., 1991: 5). Jaar na jaar kende men een toename van het aantal patiënten, uitgezonderd tijdens de eerste wereldoorlog en het crisisjaar 1929 (Verhelst et al., 1991: 69). In de jaren na de tweede wereldoorlog onderging de behandeling van geesteszieken een grondige hervorming, onder meer door de opkomst van de psychofarmaca (Peeters, 2008: 10; Verhelst et al., 1991: 91; WHO, 2001: 61). De psychiatrie kwam nu op de lijst van de medische specialiteiten te staan (Peeters, 2008: 10). Het besef groeide dat de infrastructuur van het Stuivenbergziekenhuis aan vernieuwing toe was om aan deze nieuwe visie te kunnen beantwoorden (Verhelst et al., 1991: 91). Vanaf dan neemt in het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg het belang van de medische controle en sociale rehabilitatie toe. We zien een gelijkaardige verschuiving in de geestelijke gezondheidszorg zowel in België als in de Verenigde Staten. Zo kent de psychiatrische zorgverlening een evolutie van een institutionalisering van ernstig en langdurig psychisch zieken naar deinstitutionalisering. Er ontstaat een tendens naar meer transmurale zorg en vermaatschappelijking van de zorg (Van Hoof, 2009: 2; Verhelst et al., 1991: 123-124; D'Haenen, 2001: 68). De evolutie van de psychiatrie kan gelezen worden als een verhaal van teruggeven van autonomie aan de patiënt met een psychiatrische stoornis (Peeters, 2008: 10).

Vandaag kent men in Vlaanderen vijf verschillende segmenten in de geestelijke gezondheidszorg. Ten eerste zijn er de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (N., 2009a, n.p.). De afgelopen jaren is er in toenemende mate belangstelling voor samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Vanuit de tweede lijn worden sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, psychologen en psychiaters ingezet als consultatiegevers voor de eerstelijns hulpverlening, wat een tweede psychiatrische zorgvorm is (Van Vreeswijk et al., 2004: 249). Een derde zorgvorm is de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ), zoals één van beide settings van dit onderzoek (Renmans, 1994: n.p.). Ten vierde zijn er in Vlaanderen ongeveer 40 psychiatrische ziekenhuizen erkend door de overheid. Deze ziekenhuizen beschikken over één of meerdere gespecialiseerde afdelingen en werken curatief en stabiliserend (N., 2009b: n.p.). Tot slot kent het Belgisch psychiatrische landschap ook de Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT). Dit is eerder een woon- dan een behandelingsvorm, voor bewoners met een langdurige gestabiliseerde psychiatrische stoornis. Een PVT biedt continue begeleiding die de bewoners moet toelaten hun autonomie te herwinnen en indien mogelijk terug te participeren in het maatschappelijk leven (N., 2009c: n.p.).

Binnen dit psychiatrische landschap biedt het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg behandelingen aan in diverse zorgvormen, vanuit een pluralistische visie binnen de regio Antwerpen. Deze zorgmodaliteiten gaan van ambulante zorg, over dagopname, tot residentiële zorg voor psychotische en neurotische patiënten en personen die kampen met een verslavingsproblematiek. Hiernaast is er voor dringende hulpverlening een psychiatrische spoedgevallendienst (EPSI). Tot slot bestaan er ook talloze diensten buiten het ziekenhuis, zoals psychiatrische thuiszorg, een psychiatrisch verzorgingstehuis, het SomeBuddy-project voor begeleiding van ex-patiënten door vrijwilligers en samenwerkingsverbanden met plaatsen voor beschermt wonen en twee dagactiviteitencentra (N., 2009d: n.p.).

3. Resultaten

Vooraleer de resultaten van het kwalitatieve onderzoek onder de loep worden genomen, dient het gebruik van twee termen verduidelijkt te worden. Tijdens de observaties en interviews gaf men aan dat Goffmans term *bewoners* niet gepast is voor de patiënten van beide afdelingen, daar men poogt hen zo kortstondig mogelijk op te nemen. Daarom wordt de term *patiënt* gehanteerd, die op de beide afdelingen gangbaar was. Ook de term *staf* werd nooit door patiënten noch personeel gebruikt, waardoor ook deze term in een actueel kleedje wordt gestoken, met onder andere de termen *multidisciplinair team* en *hulpverlening*.

3.1 De psychiatrische inrichting volgens Goffman

Goffman stelt dat psychiatrische inrichtingen niet hoofdzakelijk bestaan om aan de vraag naar diensten van de patiënt te kunnen voldoen, maar meer om de maatschappij te beschermen tegen het gevaar en de overlast van bepaalde vormen van wangedrag (Goffman, 1961: 352; Gronfein, 2000: 271). Voor de geïnterviewde personeelsleden van PAAZ en X1 gaat deze uitspraak deels op voor afdeling X1 waar (psychotische) mensen gedwongen worden opgenomen en veelal geen ziektebesef hebben. Ze merken echter op dat naast het feit dat deze opname een bescherming is ten aanzien van de maatschappij, het tevens een bescherming is van de patiënt naar zichzelf toe. Zo zegt de doktersassistente van de PAAZ met betrekking tot de bovenstaande stelling:

Ik vind het eerder omgekeerd. Zo halen we de patiënten even uit de maatschappij, om hen hiertegen te beschermen. Bijvoorbeeld omdat ze het leven hierin even niet aankunnen, of omdat er in de maatschappij iets gebeurd is, of ten gevolge van hun pathologie. We pogen hen hier meer inzicht te geven in hun situatie, zodat ze het daarna beter aankunnen in de maatschappij (Doktersassistente PAAZ).

In zulk een geval heeft men inderdaad niet alleen een behandelingsopdracht, maar ook een bewakingsopdracht. Zowel op X1 als op de PAAZ stelt men steeds de patiënt en zijn hulpvraag centraal. Men zal de opname zoveel als mogelijk integreren in een geheel van zorgmodaliteiten, zoals verzorgingsmaatregelen en nazorg. Zo bestaat er onder meer de Vlaamse organisatie 'Vroege Detectie en Interventie bij Psychose' (VDIP). Door middel van vroegtijdige herkenning van het risico op psychose, probeert deze organisatie het verloop van de ziekte gunstig te beïnvloeden. Hierdoor kan zelfs het optreden van een psychose en een eventuele opname in bepaalde situaties voorkomen worden (VDIP, 2009: n.p.).

Indien een opname toch noodzakelijk blijkt, probeert men op beide afdelingen de opnameduur zo kort mogelijk te houden en de patiënt zo snel als mogelijk naar buiten te oriënteren. Bijgevolg gaat Goffmans opinie dat zijn *expert server model* veelal niet van toepassing is op de psychiatrische inrichtingen, niet op voor de PAAZ en X1. Hij stelt immers dat de gemiddelde lengte van de behandelingsperiode niet getuigt van efficiënt handelen in het belang van de patiënt (Gronfein, 2000: 269). Hiernaast werden de patiënten van Goffmans setting veelal gedwongen opgenomen, in tegenstelling tot de vrijwillige opname in *expert server model* (Goffman, 1961: 354-355). Gezien de patiënten op de PAAZ vrijwillig zijn opgenomen, net zoals sommige patiënten op X1, komen deze afdelingen op dit punt wel overeen met het *expert server model*. Op X1 worden echter ook mensen gedwongen opgenomen, wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De vraag hiertoe kan komen van allerlei kanalen, waaronder de huisarts, de familie, de partner of de politie.

Het stellen van een diagnose ziet Goffman als het toekennen van een label aan de patiënt, waarbij het gevaar dreigt te vervallen in ethnocentrisme (Goffman, 1961: 363-364). Op de PAAZ werkt men binnen het multidisciplinaire team enkel met diagnoses om de communicatie te vereenvoudigen. Naar de patiënt toe wordt echter niet in termen van diagnoses gesproken. Men baseert het therapieprogramma voornamelijk op bepaalde eigenschappen die de patiënt doen lijden en waaraan de patiënt wil en kan werken. Op X1 werkt men daarentegen wel met diagnoses, die na de observatieperiode van twee weken door het multidisciplinaire team worden bepaald. Hoewel men beseft dat de grens tussen pathologisch gedrag en sociaal onwenselijk gedrag soms erg dun is, meent men voldoende grondslag te hebben om op basis van diverse criteria een objectief oordeel te vellen. Zo baseert men zich onder meer op de resultaten van fysieke onderzoeken zoals een C.T.-scan (ZNA, 2010: 3). Naast de diagnose ervaart Goffman de behandeling ook als problematisch, daar deze volgens hem eerder een standaardbehandeling is die minder gebaseerd is op de noden van de individuele patiënt (Goffman, 1961: 360-361). Op PAAZ en X1 wordt een programma op maat van de patiënt gemaakt. Voor de patiënten van X1 bestaan er vijf mogelijke behandelprogramma's over de verschillende afdelingen van het psychocircuit heen. Bijgevolg is het aangeboden programma niet meer zoals voorheen afhankelijk van de afdeling waar men opgenomen is, maar afhankelijk van de noden van de patiënt. Ook op de PAAZ wordt het programma op maat van de patiënt opgesteld. Dit wordt ontworpen door het multidisciplinaire team, nadat de patiënt via het 'introductieprogramma' kennis heeft gemaakt met de afdeling en de verschillende therapiemogelijkheden.

Het leven van de patiënt is gereguleerd op basis van een disciplinair systeem zodat een kleine staf een groot aantal onvrijwillige patiënten kan handhaven (Goffman, 1961: 361). Goffman stelt dat maatregelen die dit in de hand moeten werken, worden vertaald in medische termen. Zo ziet de staf de isolatiecel als een plaats waar de patiënt met zijn gedragsstoornissen zich behaaglijker zal voelen (Goffman, 1961:381). Dit is ook het geval op afdeling X1. Deze afdeling heeft twee isolatiecellen die volgens de hulpverlening net zoals separatie in de eigen kamer tot doel hebben de verwarring- en agitatieopwekkende prikkels te vermijden (Peeters, 2008: 126). Deze maatregel hoeft niet noodzakelijk in het begin van de opname te worden genomen. Het is ook mogelijk dat dit nodig blijkt gedurende de opname ten gevolge van agressie of grote verwardheid. Op de PAAZ is er daarentegen

geen isolatiecel aanwezig. De afdeling heeft wel een *prikkel arme ruimte*. Deze kamer wordt zelden gebruikt om patiënten te isoleren en te fixeren, maar wel om bijvoorbeeld een dronken patiënt zijn roes te laten uitslapen. Hierbij blijft de deur van deze kamer doorgaans open.

3.2 De algemene kenmerken van de totale institutie getoetst aan de PAAZ en afdeling X1

Goffman stelt dat de wereld van de patiënt volledig kan worden gemanipuleerd door het toezichthoudende personeel, daar men zowel fysiek als mentaal afgescheiden wordt van de buitenwereld (Macionis & Plummer, 2005: 144). Wanneer we kijken naar de bestudeerde afdelingen, zien we dat afdeling X1 zich achter gesloten deuren bevindt in het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, gelegen in een woonwijk in Antwerpen-Noord. Op de PAAZ zijn de deuren daarentegen los en lopen patiënten vrij naar andere delen van het ziekenhuis. Toch is het ook voor sommige patiënten van afdeling X1 mogelijk om zonder begeleiding naar de therapie buiten de afdeling te gaan. Op de PAAZ zijn geen camera's aanwezig, behalve in de *prikkel arme ruimte*. Op afdeling X1 hangen er in de gang en in de twee isolatiekamers camera's.

Eén van Goffmans centrale stellingen dat de grenzen tussen de drie levenssferen (werken, ontspannen en slapen) zijn weggehaald, is deels van toepassing op beide afdelingen. De patiënten slapen en ontspannen immers onder eenzelfde gezag en onder één normenstelsel. Dit normenstelsel kent echter individuele toepassing, in tegenstelling tot Goffmans these (Goffman, 1961: 5-6; Quirk et al., 2006: 2105). Daarnaast bestaat er ook geen mogelijkheid tot arbeid of het combineren van de opname met werk, daar men de focus wil leggen op herstel. Men biedt enkel activiteiten aan in het raam van de therapie. Het therapieprogramma wordt op maat van de patiënt opgesteld door de multidisciplinaire teams van respectievelijk de PAAZ en X1. Dit is deels in tegenspraak met een belangrijk aspect van Goffmans theorie dat alle activiteiten onderdeel zijn van één omvattend rationeel plan dat van hogerhand wordt opgelegd (Perry, 2000: 173; Goffman, 1961: 6). Op de PAAZ wordt er ruimte gelaten voor dialoog tussen de therapeut en de patiënt over diens wensen en verwachtingen. Ook op X1 zoekt men naar een compromis tussen wat de patiënt wil en wat de behandeling vereist (Peeters, 2008: 126). Hierin hebben patiënten van afdeling X1 echter erg weinig inspraak.

Naast de onverenigbaarheid met de werk- en beloningsstructuur in de maatschappij, meent Goffman dat de psychiatrische inrichting ook niet verenigbaar is met een ander essentieel element in de maatschappij: het gezin (Goffman, 1961: 11). Dit wordt door alle patiënten van beide afdelingen echter tegengesproken. Men meent over voldoende mogelijkheden te beschikken om indien gewenst contact te houden met de buitenwereld. Zo volstaan voor de patiënten van de PAAZ de bezoeken en (sociaal) verlopen, de mogelijkheid om te bellen met de afdelingstelefoon of gsm en de toegang tot het internet. Voor de patiënten van afdeling X1 zijn de mogelijkheden beperkter dan op de PAAZ. Zo gelden op deze afdeling striktere bezoeken, is er geen mogelijkheid tot internet en is het gebruik van de gsm op de afdeling verboden. Deze beperkingen zijn bedoeld om het aantal prikkels voor de patiënten te limiteren en om de patiënt te beschermen tegen daden die hij zou stellen tijdens zijn ziekte, zoals bellen naar bank of werkgever. Desalniettemin zijn de patiënten van X1 ook tevreden over de mogelijkheden tot contact met het gezin. Men probeert op deze afdeling de familie zoveel als mogelijk en wenselijk te betrekken bij de behandeling. Dit streeft men onder meer na om te vermijden dat de terugkeer na de behandeling a priori gehypothecerd wordt (Peeters, 2008: 92). Zo legt de doktersassistente van afdeling X1 uit:

Als we zien dat naar ondersteuning en opvolging toe de patiënt het moeilijk alleen kan beredderen, betrekken we de familie erbij door bijvoorbeeld een gesprek met alle partijen te organiseren. Ook als er dingen fout zijn gegaan tijdens de crisis van de psychose pogen we dit wat te kaderen voor de familie. De patiënt kan alzo terug krediet opbouwen. Indien in een relatie één van beide partners een psychose heeft, is het belangrijk dat je

de andere partner ook zijn verhaal laat doen. Dat wordt dikwijls vergeten. Ook naar kinderen toe is het erg belangrijk hen erbij te betrekken en uit te leggen wat er met mama of papa aan de hand is (Doktersassistente X1).

De KOPP-werking (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen) ondersteunt dit laatste aspect, door de kinderen de nodige aandacht te geven. Kinderen informeren en het verzorgen van geschikte opvang is immers erg belangrijk. Dit om te voorkomen dat het kind emotionele, sociale en/of gedragsproblemen ontwikkelt en om te vermijden dat de psychische problemen over generaties heen worden doorgegeven (Kwanten, s.d.: 1; Peeters, 2008: 25).

3.3 De wereld van de patiënten

In dit hoofdstuk wordt de wereld van de patiënten op afdeling X1 en de PAAZ bekeken, onder meer aan de hand van Goffmans proces van *mortificatie*, *privilege-systeem* en de verschillende aanpassingsvormen die hij schetste.

Bij de onderstaande resultaten is het ten eerste belangrijk op te merken dat veralgemening van patiëntenervaringen niet mogelijk en wenselijk is. Op de PAAZ en X1 behandelt men immers een grote verscheidenheid aan ziektebeelden en bevindt elke patiënt zich in een verschillend stadium van zijn herstelproces. Een tweede belangrijke opmerking is het feit dat het personeel van de PAAZ me patiënten aanduidde die ze in staat achtte een interview af te leggen. Dit kan een vertekening van de onderzoeksresultaten betekenen. Gedurende de observatie op de PAAZ vroeg een patiënte immers zelf een interview, waaruit bleek dat zij erg weinig baat had bij de opname op de PAAZ. Op X1 was het mogelijk alle patiënten aan te spreken, waardoor de bovengenoemde bias hier niet aanwezig was.

3.3.1 Proces van mortificatie

Het proces van *mortificatie* vangt reeds aan bij het begin van de opname, meent Goffman. Zo stelt hij dat de verscheidene toegangsprocedures de depersonalisering reeds van bij het begin inzetten (Goffman, 1961: 14). Na een korte rondleiding op de afdeling neemt de patiënt van de PAAZ of X1 kennis van de regels via een informatiebrochure en bijbehorende uitleg. Patiënten op X1 zijn mogelijk niet in staat om bij het begin van de opname afspraken te maken. In dit geval worden de regels stelselmatig bijgebracht naargelang de mogelijkheden van de patiënt. Ook moeten sommige patiënten van afdeling X1 sigaretten en vuur komen vragen indien ze willen roken. Dit wordt opgelegd indien het toestandbeeld van de patiënt dit vereist of indien de patiënt een rustprogramma heeft waardoor hij geen persoonlijke zaken op de kamer mag hebben. Op deze en andere wijzen ondermijnt men volgens Goffman de autonomie van de patiënt ten aanzien van zijn handelingen, die symbool staan voor de zelfbeschikking van de mens (Goffman, 1961: 43). Men controleert de patiënt ook (on)aangekondigd op het gebruik van verboden middelen, zoals drugs en alcohol. Deze maatregel wordt genomen met het oog op het ondersteunen van de patiënt in zijn herstelproces. Zo is bijvoorbeeld cannabisgebruik een belangrijke trigger van psychose (Merlo et al., s.d.: n.p.). Ook wordt van de patiënt verwacht dat hij of zij de medicatie nauwgezet inneemt. Op beide afdelingen dwingt men vrijwillige patiënten niet tot het nemen van medicatie. Indien de patiënt de medicatie niet vrijwillig is komen halen, zal het verplegend personeel mogelijks inpraten op de patiënt zodat deze toch de medicatie inneemt. Wanneer een patiënt op afdeling X1 de controle op een bepaald moment kwijt is, bestaat de mogelijkheid dat medicatie verplicht wordt toegediend bijvoorbeeld via een inspuiting. Zo vertelde een patiënt van X1:

Toen ik werd gecolloqueerd hebben ze me vast gebonden op mijn bed en me een spuit gegeven. Daarna mocht ik de eerste twee dagen pas om half acht uit mijn kamer. Ze hadden de deur ook op slot gedaan, en dat was wel beangstigend. Als ik toen iets had

gehad om mee te slagen, dan zou ik de raam hebben uitgeslagen om te kunnen vluchten (Mannelijke patiënt, X1).

Voor zover dit geen gevaar inhoudt voor zichzelf of anderen kan de patiënt verkiezen om de dosis zo laag mogelijk te houden. Dit houdt echter het risico in dat bij stress opnieuw de symptomen opduiken waardoor de dosis tijdelijk verhoogd moet worden (Peeters, 2008: 45-46). Men verklaart deze medicatie als een tijdelijke maatregel om de patiënt rustiger te maken en hem of haar meer plaats te geven om de gevoelens en gedachten te ordenen. Medicatie is hiernaast ook belangrijk om de patiënt in de therapieën beter te laten functioneren. De opname op zichzelf heeft reeds een grote impact op de patiënt. Deze verantwoording van de hulpverleners voor het medicatiegebruik wordt bevestigd in internationale wetenschappelijke literatuur (Muench & Hamer, 2010: 617; Gardner et al., 2010: 5). Ook de hulpverleners bij Goffmans observaties verantwoorden het al dan niet verplicht innemen van medicatie op basis van zulke gezondheidsredenen (Goffman, 1975: 42-43). Goffman stelt echter dat dit in essentie een functionele maatregel is om de afdeling beheersbaar te houden (Goffman, 1961: 47). Men vindt het op afdeling X1 erg belangrijk om de patiënt voldoende te informeren en motiveren tot het nemen van de medicatie, daar het stopzetten van de medicatie na opname een herhalprevalentie van 80% kent (Similes, s.d.: 19). Bij elke psychose verliest de patiënt een deeltje van zijn mogelijkheden. Zodoende zijn het zo snel als mogelijk aanleren van ziektebesef en het motiveren en controleren van het gebruik van medicatie cruciale factoren.

Tijdens het verblijf op één van beide afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg kan de patiënt moeilijker gelijke tred houden met de gebeurtenissen in de buitenwereld. Men probeert echter wel op beide afdeling de geïmporteerde cultuur van de patiënt zoveel als mogelijk te bewaren, in tegenstelling tot Goffmans observaties (Goffman, 1961: 13). Dit wordt onder meer verwezenlijkt door de verloven en het bezoek. Goffman merkte ten aanzien van dit laatste punt op dat in het begin in vele totale instituties bezoek tot het minimum wordt beperkt. In dit verband zien we dat in de eerste week van opname op de PAAZ bezoek reeds mogelijk is. De patiënt heeft dan echter nog niet de mogelijkheid om op verlof te gaan. In tegenstelling tot Goffmans totale institutie wordt het op X1 niet verboden, maar individueel bekeken. In elk geval probeert men de prikkels voor de patiënt in het begin zo gering mogelijk te houden en bezoek in zekere mate te beperken. De beperking van het bezoek wordt op beide afdelingen als een therapeutische maatregel gezien, terwijl Goffman het ziet als een manier om de deconstructie en reconstructie van het zelfbeeld te bestendigen (Goffman, 1961: 14-15; Holmes, 2005: 10). Daarnaast probeert men op afdeling X1 de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid te stimuleren doordat de grenzen tussen de afdelingen van het psychosociaal circuit meer open werden door de in 2005 geïntroduceerde therapiestructuur. Het aangeboden therapieprogramma is niet meer zoals voorheen afhankelijk van de afdeling waar men is opgenomen, maar afhankelijk van de noden van de patiënt. Bijgevolg ontmoeten zowel personeel als patiënten elkaar over de afdelingen heen en krijgen patiënten meer verantwoordelijkheid over hun behandeling. Waar men vroeger de patiënt afhaalde voor therapie, spreekt deze nieuwe regeling de intrinsieke motivatie van de patiënt aan (Peeters, 2008: 14-15).

De breuk met de oude identiteit en de nieuwe rol en positie van de bewoner worden volgens Goffmans observaties benadrukt door kledij en bezittingen (Goffman, 1961: 16). Op de PAAZ dragen de patiënten en personeel gewone kledij. Op X1 is het daarentegen mogelijk dat sommige patiënten gedurende een bepaalde periode doorheen de dag verplicht een pyjama moeten dragen. Deze verplichting geldt voor patiënten in een rustprogramma, voor diegene die in separatie zitten of indien er gevaar tot ontvluchting dreigt. Deze pyjama wordt gedragen om de breuk met het leven van de patiënt van voorheen te bestendigen. Deze kledij schrijft de patiënt ook de *ziekenrol* toe, wat niet onbelangrijk is daar vele patiënten niet beseffen dat ze ziek zijn. Wanneer het personeel de tijd rijp acht, krijgt de patiënt zijn gewone kleren terug. Hiernaast moet de patiënt alle bezittingen bij opname

afgeven voor inventarisering, onder meer om te kunnen bewijzen bij ontslag van wat deze patiënt werkelijk bij zich had. Individueel wordt er gekeken wanneer en welke persoonlijke voorwerpen de patiënt terug krijgt. Als men de persoonlijke zaken mag bijhouden, kan men deze bewaren in een kluisje op de kamer. Doordat men de kasten of kluisjes niet doorzoekt, verliest men in zekere mate de controle. Zo bleek een patiënt een grote hoeveelheid cannabis en een zekere hoeveelheid cocaïne te bezitten. Als sanctie kreeg deze patiënt 14 dagen een *lock-in*. Om functionele redenen wordt op de PAAZ afdeling medicatie die zelf wordt meegebracht, in bewaring gegeven bij de verpleging (ZNA, 2009: 13). Op beide afdelingen is het toegelaten persoonlijke spullen mee te brengen, zoals foto's of boeken, die – in Goffmans termen – noodzakelijk zijn voor het in stand houden van de persoonlijke façade (Goffman, 1961: 20). Een belangrijk aspect van de visie van de PAAZ is inderdaad om mensen zoveel mogelijk hun eigenheid en verbondenheid met de maatschappij te doen behouden. Zo vertelde een patiënte van de PAAZ:

Je mag bijvoorbeeld foto's meenemen, of boeken of muziek die je graag hoort. Ik heb zelfs mijn donsovertrek van thuis mee, zodat ik toch niet het gevoel heb dat ik in een ziekenhuis lig (Vrouwelijke patiënte PAAZ).

Toch is het op de PAAZ niet toegestaan de kamer in te richten als een 'echte thuis', daar men poogt de patiënten zo snel als mogelijk naar buiten te oriënteren. In tegenstelling tot dit gedrag was het erg opvallend dat er op X1 erg weinig foto's of andere persoonlijke spullen aanwezig waren in de kamers, hoewel dit ook is toegestaan. Dit heeft naar mening van de psychologe en doktersassistente voornamelijk te maken met de pathologie van de patiënt.

Het overschrijden van de persoonlijke grenzen is een volgend aspect van Goffmans bespreking van het verlies aan identiteitsuitrusting. Zo observeerde hij onder meer dat de post veelal werd gecensureerd, routine-inspecties werden gehouden en men bezoek onder toezicht ontving (Goffman, 1961: 31). Deze aspecten zijn niet aanwezig op de PAAZ en X1. Ook het gedwongen inter-persoonlijk contact wordt, in tegenstelling tot Goffmans analyse, door de overgrote meerderheid van de geïnterviewde patiënten relatief positief geëvalueerd (Goffman, 1975: 30). Zo voelen sommige patiënten zich gesterkt door de gedachte dat ze niet alleen zijn in hun situatie. Een andere reden die meermaals wordt aangehaald, is dat ze zo hun sociale vaardigheden kunnen oefenen en na een geïsoleerd bestaan terug contact leren hebben met anderen. Hierover zei een patiënt van X1 het volgende:

Ik ben blij dat ik eens met mensen kan babbelen. Mensen die in mijn ogen normaal zijn, in de zin dat die misschien ook wel eens een klap van het leven hebben gehad. (...) Dat leer ik hier wel, vrienden maken, want eigenlijk ken ik dat niet echt, vriendschap (Mannelijke patiënt, X1).

Andere aspecten van Goffmans beschrijving zijn daarentegen wel aanwezig, waaronder het noteren van informatie over de voorgeschiedenis van een patiënt. Op beide afdelingen wordt deze informatie verzameld in het elektronisch patiëntendossier, dat toegankelijk is voor het multidisciplinaire team. Goffman beschouwt dit als een inbreuk op de privacy, terwijl dit op beide afdelingen vanuit therapeutisch oogpunt als noodzakelijk wordt gezien (Goffman, 1975: 27). Goffman percipieert de mogelijkheid om in groep over zichzelf te reflecteren en te spreken als een overschrijding van persoonlijke grenzen (Goffman, 1975: 27). Het spreken tijdens de dagopening en dagafsluiting, de afdelingsvergadering, en de verschillende therapiegroepen, wordt echter door de meeste patiënten en personeel van beide afdelingen als positief ervaren. De patiënten hebben zowel op dit vlak, als op andere vlakken, niet het gevoel dat hun privacy geschonden wordt.

3.3.2 Het privilege-systeem

Gedurende het *mortificatieproces*, krijgen de patiënten van de PAAZ en X1 formele en informele instructies met betrekking tot het *privilege-systeem* (Goffman, 1961: 48). De regels en eventuele sancties hebben op beide afdelingen voornamelijk tot doel de leefbaarheid op de afdeling te garanderen en een therapeutisch klimaat te creëren. Zo is het bezit en/of gebruik van alcohol, drugs en niet voorgeschreven medicatie niet toegestaan. De medicatie verloopt net zoals het eten en de nachtrust volgens een strikt uurrooster. Daarnaast verwacht men respect naar zichzelf toe, naar de andere patiënten en naar het personeel. Op de PAAZ wil men de patiënten zo vrij mogelijk laten, om naar eigen zeggen een vijandige dynamiek tussen het verplegend personeel en de patiënten te vermijden. Een verpleegkundige van de PAAZ legt uit dat men geen controlerende functie wil. Men poogt de grenzen tussen deze twee groepen te overbruggen door dialoog over het gestelde gedrag. Men rekent erop dat de ruimte die ontstaat op de PAAZ ten gevolge van de afwezigheid van strikte regels, door de patiënt verantwoordelijk en zelfstandig wordt ingevuld. Hierover zegt een patiënte van PAAZ het volgende:

Het is een structuur die wordt aangeboden, maar niet wordt opgelegd. Even goed als je niet gaat eten, dan heb je niet gegeten. Ik vind dit erg goed omdat je zo je zelfstandigheid en verantwoordelijkheid blijft behouden (Vrouwelijke patiënte, PAAZ).

Op afdeling X1 gelden er meer regels dan op de PAAZ. Men poogt door duidelijkheid en voorspelbaarheid een externe structuur op te leggen aan een intern vaak chaotische patiënt (Peeters, 2008: 61). Zo doet de verpleging bij elke maaltijd een ronde in de kamers, om de patiënten aan te zetten te gaan eten, terwijl dit op de PAAZ de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is. Naast de bovengenoemde regels mag de patiënt op X1 bijvoorbeeld niet tussen 8 en 9u op de kamer, daar de kamers dan worden afgesloten om te verluchten.

Op beide afdelingen is er desegregatie van de levenssferen, waardoor gedrag van een persoon in één situatie gevolgen heeft voor deze persoon in een andere context (Goffman, 1975: 36). Dit dient echter genuanceerd te worden daar een overtreding van de regels geen vaststaande sanctie kent. Men gaat op beide afdelingen erg persoonlijk evalueren wat een gepast antwoord is op een bepaald gedrag, in tegenstelling tot het uniforme *privilege-systeem* dat Goffman beschrijft (Goffman, 1975: 44-46). Ook op afdeling X1 gelden geen uniforme voorschriften voor straffen of beloningen om een bepaald gedrag te sanctioneren. Hier speelt de pathologie een belangrijke rol. De overgrote meerderheid van de geïnterviewde patiënten van beide afdelingen hebben begrip voor de – in hun ogen redelijke – regels. Zo zei een patiënt van X1:

De verpleging is wel duidelijk, het is zo en niet anders. Er is hier wel wat speling, maar ook niet te veel. Er moeten hier wel regels zijn, anders wordt dat hier een zottenhuis (Mannelijke patiënt, X1).

Daarnaast zijn de sancties op X1 ook afhankelijk van het feit of de patiënt er vrijwillig of niet vrijwillig is opgenomen. Zo kan men een gedwongen opgenomen patiënt niet ontslagen indien hij de regels heeft overtreden. Deze patiënt kan bijvoorbeeld wel voor enkele weken een *lock-in* krijgen. Op de PAAZ is het daarentegen wel mogelijk om patiënten te sanctioneren met een *lock-out* voor enkele dagen. Op dit punt komt het verschil in mate van openheid tussen de PAAZ en X1 naar voren, daar patiënten van de eerste afdeling kunnen gestraft worden door ontslag, terwijl diegene van de tweede afdeling mogelijks gestraft worden door opsluiting.

Het *privilege-systeem* omvat volgens Goffman naast de huisregels en straffen, ook duidelijk gedefinieerde beloningen (Goffman, 1961: 48-50). Op X1 en de PAAZ wordt men, uitgezonderd een

verbale aanmoediging, niet specifiek beloond voor goed gedrag. Op de PAAZ verwacht men immers van elke patiënt volledige medewerking, gezien zij vrijwillig zijn opgenomen. Indien men zich verzet tegen de regels, kan het zijn dat de opname in vraag wordt gesteld. Op beide afdelingen is het wel mogelijk dat een langer verlov wordt toegestaan wanneer men reeds geruime tijd is opgenomen en het multidisciplinaire team dit mogelijk acht. Dit laatste kan in Goffmans termen gezien worden als een beloning door het uitblijven van deprivaties en toekennen van kleine privileges, die men in de burgerlijke maatschappij als vanzelfsprekend acht (Goffman, 1961: 49). Deze verloven hebben ook tot doel de patiënt voor te bereiden op het ontslag door deze zoveel als mogelijk te laten wennen aan de thuissituatie. Hiernaast wordt de patiënt geadviseerd met ontslag te gaan indien het multidisciplinaire team hiervoor de tijd rijp acht. Ontslag of verkorting van het verblijf worden bijgevolg op beide afdelingen niet gezien als een beloning voor een bepaalde gedragshandeling, zoals in Goffmans analyse (Goffman, 1961: 51).

3.3.3 Specifieke gedragspatronen van de patiënt

Volgens Goffman zal de patiënt zich tijdens de opname aanpassen aan het bovengenoemde *mortificatieproces* en *privilege-systeem*. Deze aanpassing gebeurt bij elke persoon op een andere manier en verandert doorheen de verschillende fasen van zijn *morele carrière* (Goffman, 1961: 61). Belangrijk is op te merken dat de meerderheid van de patiënten van de PAAZ en X1 vrijwillig worden opgenomen. Met betrekking tot vrijwillige opname stelt Goffman dat de aanpassing minder moeizaam zal verlopen daar men zich al gedeeltelijk heeft onttrokken aan zijn thuiswereld (Goffman, 1961: 15; McEwen, 1980: 155). Zo kan bijvoorbeeld de opname een opluchting zijn voor individuen die kampen met psychologische stress, veroorzaakt door schuldgevoelens (Goffman, 1961: 48).

Goffman onderscheidt vier verschillende aanpassingsvormen, die echter zelden tot het uiterste worden toegepast (Goffman, 1961: 61-64). Deze aanpassingswijzen zijn volgens de geïnterviewde personeelsleden voornamelijk afhankelijk van de pathologie. Op de PAAZ hanteert men de term *innesteling* voor Goffmans term *kolonisering*. Dit gedrag waarbij de patiënt zijn eigen wereld poogt te creëren komt zowel op de PAAZ als X1 niet erg frequent voor. Ten tweede komt de *onverzoenlijke lijn* ook op beide afdelingen slechts af en toe voor. Voor de patiënten van X1 dient dit genuanceerd te worden, daar deze patiënten bij het begin van de opname vaak geen afspraken kunnen maken. Alzo kan er niet gesteld worden dat men doelbewust weigert mee te werken. Volgens het verplegend personeel van de PAAZ komt deze aanpassingsvorm voornamelijk voor bij personen die hun eigenwaarde van andere mensen moeten krijgen, veeleer dan van zichzelf. Zo gaan de patiënten dit gedrag mogelijks stellen om een dynamiek tegen de verpleging te creëren. Wanneer dit gedrag extreem is, wordt mogelijks de opname in vraag gesteld, daar de PAAZ een open afdeling is met vrijwillige opname. De derde aanpassingsvorm, *regressie*, komt ook soms voor op afdeling X1, maar dit is wederom afhankelijk van de pathologie. Personen met een manische psychose gedragen zich bijvoorbeeld net tegenovergesteld. Tot slot komt soms *conversie* voor op beide afdelingen. Men merkt op dat dit modelgedrag veelal voorkomt bij personen met beperkte mogelijkheden of personen die iets bewust achterhouden waarbij men niet tot de kern van hun problematiek geraakt. Op dit punt komt het grote voordeel van het multidisciplinaire team naar voren. De diverse hulpverleners gaan de patiënt in verschillende situaties observeren en vanuit hun eigen standpunt de patiënt beoordelen. Deze visies worden op de briefing of teamvergadering naast elkaar gelegd en besproken.

Elkaar plezieren met een traktatie of iets dergelijks is een voorbeeld van een *secundaire aanpassing*, die aanwezig is op beide afdelingen. Naar het verplegend personeel toe wordt dit gedrag op X1 in vergelijking met de PAAZ minder gesteld. Goffman merkt op dat de solidariteit tussen de bewoners mogelijks zo groot wordt dat ze anoniem of massaal verzet kunnen organiseren (Goffman, 1961: 58). Op de PAAZ en X1 zijn verbale uitingen van collectief verzet soms mogelijk. Meestal wordt dit bedaad door in dialoog te treden met de hele groep op de afdelingsvergadering of met elke patiënt individueel.

Op de PAAZ staan de hulpverleners relatief weigerachtig tegenover groepsvorming onder de patiënten, zoals ook Goffman observeerde (Goffman, 1961: 60). Men meent dat dit de werking kan verstoren en ook de aandacht van de patiënt afleidt van zichzelf. De patiënten moeten openstaan om hierover te kunnen praten. Ze worden gevraagd na te denken waarom ze zo snel in relatie treden met anderen. Hierover vertelde een patiënte het volgende:

... ze proberen dat toch wel af te raden. Ik snap dat ook ergens wel, want je bent hier niet steeds je eigen, je zit soms wat in de put, waardoor je je sneller zal binden aan iemand. En zo kan je elkaar misschien naar beneden halen, door beiden negatief te zijn. Dan ben je misschien ook meer met de andere bezig, terwijl je hier bent om aan jezelf te werken (Vrouwelijke patiënte, PAAZ).

Op X1 komt deze groepsvorming minder voor, wat naar de mening van de doktersassistente deels een gevolg is van de pathologie. Zo gaan mensen met een psychose zich vaker terugtrekken en isoleren. Bijgevolg moeten hiertegen zelden maatregelen genomen worden.

3.3.4 De patiënten-subcultuur

Goffman stelt dat als reactie op een klimaat van persoonlijk falen, de patiënt poogt een eigen verklaring te geven voor zijn actuele lagere status (Goffman, 1961: 67). Het gebeurt inderdaad op beide afdelingen dat patiënten de werkelijkheid verdraaien of een eigen diagnose stellen die niet correct is. Dit is echter erg nauw verbonden aan de pathologie en niet zozeer een poging om de situatie te vergoelijken. Patiënten van de PAAZ bezien de opname immers niet als een smet op hun blazen. Zo beschouwen ze de tijd in opname doorgaans niet als verloren, in tegenstelling tot wat Goffman beweert (Goffman, 1961: 68). De patiënten zijn tevreden over hun tijdsbesteding op de PAAZ en ervaren het eerder als een periode waarin ze zaken leren die ze later kunnen toepassen in het dagelijkse leven. Elke dag is anders ingedeeld wat voor de nodige afwisseling zorgt. Dit echter binnen de grenzen van een vaste structuur wat aan andere personen een zeker houvast geeft. De keerzijde van deze vrijheid is echter dat sommige personen deze niet goed kunnen hanteren. Zo lichtte een patiënte het personeel in dat een medepatiënte geruime tijd niet of nauwelijks at. Op X1 is het leven van de patiënten meer gestructureerd en gecontroleerd. Toch probeert men in de mate van het mogelijke de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de patiënt te stimuleren. Afhankelijk van de af- of aanwezigheid van ziektebesef en ziekte-inzicht, hadden patiënten van X1 al of niet een gevoel van doelloosheid. Zelfs indien men de opname als nutteloos ervoer, gaven de patiënten veelal aan dat het verblijf op de afdeling hen iets had geleerd, zoals het opnieuw leren sociaal handelen of rust brengen in hun dagelijks leven. De coördinator van de psychosezorg zei hierover het volgende:

We horen dikwijls van mensen, als je ze jaren later terug tegenkomt, waarvan we dachten dat ze niets hebben geleerd: weet je dat nog, en toen heb ik dat en dat geleerd wat ik nu nog toepas. We zijn echt verrast dat ze dat toch als een soort handvat hebben aangegrepen en dat ze dat nog zo gedetailleerd weten, terwijl wij het al vergeten zijn. Dat is echt leuk om te horen (Coördinator psychosecircuit).

3.3.5 De terugkeer in de maatschappij

Zowel binnen de PAAZ als afdeling X1 poogt men de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van de patiënt zoveel als mogelijk te bewaren. Op de PAAZ worden open ruimtes in de therapieprogramma's doelbewust geprogrammeerd om zo de zelfstandigheid van de patiënt te stimuleren. Een dame vertelde dat ze eerder op een psychiatrische afdeling had verbleven die een continue dagbesteding aanbood, waardoor ze bij thuiskomst in een zwart gat viel en er moeilijk kon aarden. Ze heeft er goede hoop op dat dit nu niet meer zal gebeuren. De vrije momenten ingelast in het therapieprogramma op

X1 zijn hier eerder bedoeld als rustmoment. Daarnaast stimuleert men de zelfstandigheid op beide afdelingen door verloven buitenshuis toe te kennen en moedigt men de patiënten aan de verantwoordelijkheden met betrekking tot de eigen sociaal-financiële situatie te behouden. Enkel indien werkelijk nodig verleent de sociale dienst ondersteuning of neemt deze enkele dossiers voor haar rekening. Men merkt immers dat patiënten snel geneigd zijn al hun zaken uit handen te geven. Dit is echter niet wenselijk, daar de personen na de opname deze zaken zelf terug in handen moeten nemen. Al deze maatregelen en de duur van de opname die men poogt te beperken, zijn in tegenspraak met Goffmans stelling dat de psychiatrische inrichting veelal als doel heeft de patiënt om te vormen naar een ideale maatstaf (Weinstein, 2000: 283-284; Goffman, 1961: 10, 74).

De meerderheid van de geïnterviewde patiënten van de PAAZ en X1, die voordien reeds waren opgenomen geweest, ervoeren toen na hun ontslag een zekere stigmatisering. Goffman verklaart dit door de ongunstige *pre-actieve status* van ex-psychiatrische patiënten (Goffman, 1961: 72). Sommige patiënten gaven aan zich dit niet aan te trekken, daar ze vonden dat ze in opname waren voor hun gezondheid en er geen reden was om zich te schamen. Op andere patiënten had deze confrontatie een grotere impact. Zo was er een patiënt van X1 die een smoes gebruikte om zijn afwezigheid op het werk te verklaren. Hij vreesde immers dat hij zijn job zou verliezen wanneer hij zou vertellen dat hij in de psychiatrie zit. Twee patiënten van de PAAZ veronderstelden dat het taboe dat rust op de psychiatrie, een gevolg is van de negatieve berichtgeving in de media bij situaties zoals de moord door Kim De Gelder in de crèche te Dendermonde. Een patiënte zei over de stigmatisering het volgende:

Het is eigenlijk iets dat je niet durft zeggen naar de buitenwereld toe of niet mag zeggen, en misschien beter ook niet zegt, maar ik vind dat heel jammer want niet iedereen die in de psychiatrie zit is agressief of een moordenaar (Vrouwelijke patiënte, PAAZ).

3.4 Relatie tussen het multidisciplinaire team en de patiënten

Goffman geeft aan dat een belangrijke implicatie van het bureaucratisch besturen van een groot aantal patiënten de scheiding tussen deze groep en het personeel is (Goffman, 1961: 9). De geobserveerde afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg kennen beide een relatief omvangrijk multidisciplinaire team. Zo verblijven op de twee afdelingen van de PAAZ 60 patiënten voor een 35 tal personeelsleden, waarvan sommige halftijds werken. X1 telt 24 bedden, voor een twintigtal voltijds equivalenten.

Zowel de geïnterviewde patiënten als personeel zijn het er over eens dat er een gezonde informele relatie tussen hen bestaat, in tegenstelling tot Goffmans observaties (Goffman, 1961: 9). Men probeert een houding van koele nabijheid of warme afstandelijkheid aan te nemen (Peeters, 2008: 94). Zo spreekt men elkaar met de voornaam aan, maar persoonlijke vragen aan de verpleger of verpleegster, worden doorgaans niet of beknopt beantwoord. Dit doet men omwille van het té persoonlijke karakter, daar de relatie niet gebaseerd is op wederkerigheid. De patiënten van de PAAZ gaven ook aan dat ter bevordering van het eigen genezingsproces de focus op zichzelf moet liggen en men niet te afhankelijk mag worden van het personeel. Toch merkte een patiënt van de PAAZ op dat de relatie tussen hen en het verplegend personeel in de rookkamer meer formeel is, dan in de duidelijke patiënt-verpleging relatie. Tussen de psychiater of psycholoog en de patiënt bestaat in elke situatie een meer formele relatie. Op de PAAZ is het visuele onderscheid qua kledingdracht tussen patiënten en personeel nihil. Op afdeling X1 daarentegen draagt het verplegend personeel een wit uniform, psychiaters en psychologen gewone kledij, terwijl de patiënten gewone kleren of een pyjama dragen.

Op beide afdelingen staat dialoog tussen de patiënt en hulpverlening centraal. Patiënten kunnen een gesprek aanvragen bij één van hun twee persoonlijke begeleiders of een ander lid van het verplegend

team. De patiënt spreekt ook geregeld met psycholoog en psychiater. Naar de mening van de patiënten geeft de begeleiding van de PAAZ voldoende positieve en negatieve feedback. Zowel de patiënten als het verplegend personeel van beide afdelingen spraken niet in vijandige stereotypen over elkaar, zoals Goffman beweert (Goffman, 1961: 7). De patiënten zijn doorgaans erg tevreden over het personeel en de hulpverleners bestempelen de patiënten niet als weerspanning of andere adjectieven die Goffman hanteert. Zij zijn eerder neutraal tegenover de patiënt. Zo zei een verpleegster van X1:

Je kan daar geen noemer op kleven. Soms denken we dat iemand echt agressief gaat zijn, en dan blijkt het uiteindelijk een erg gemakkelijke opname. Maar het omgekeerde is even goed mogelijk dat je denkt dat die persoon erg goed is, maar daarna een enorme 'acting-out' doet (Verpleegster, X1).

3.4.1 Werken met mensen

De specifieke eisen die worden gesteld aan 'het werken met mensen' vormen volgens Goffman de dagtaak van het personeel (Goffman, 1975: 69). Taken van de verpleegkundigen van de PAAZ en afdeling X1 omvatten voornamelijk het contact met de patiënten en het dagelijks schriftelijk of mondeling rapporteren van hun bevindingen op de multidisciplinaire vergadering. Ze zetten ook de medicatie klaar en dienen medische verzorging toe. Ze waken erover dat het therapeutische klimaat op de afdeling bewaard wordt. Sommige personen van het verplegend personeel van X1 vullen deze taken aan met het geven van therapieën.

Het feit dat mensen hun 'werkmateriaal' vormen impliceert onder meer op beide afdelingen dat men rekening dient te houden met de sociaal-financiële situatie van deze personen, zoals reeds eerder vermeld (Goffman, 1975: 63). Een tweede specifieke determinant van de mens als 'werkmateriaal' is volgens Goffman het feit dat psychiatrische inrichtingen kunnen worden verantwoordelijk gesteld voor de problemen die de patiënten tijdens het verloop veroorzaken, waardoor men tegenover het toekennen van verloop veelal weigerachtig staat (Goffman, 1975: 67). Zowel op X1 als op de PAAZ wordt telkens individueel bekeken of de patiënt de verantwoordelijkheid kan opnemen om op verloop te gaan. De eindverantwoordelijkheid bij gedwongen opgenomen patiënten ligt bij de psychiater die elk verloop moet goedkeuren. Wanneer de patiënt zich in de ontslagfase bevindt, zullen verlopen frequenter worden toegekend om de patiënt stilaan aan de thuissituatie te laten wennen. Een derde specifiek aspect van de wereld van het multidisciplinaire team dat Goffman aangeeft is de mogelijkheid tot het bestaan van een *betrokkenheidscyclus* (Goffman, 1961: 81-82). Men geeft op beide afdelingen aan dat het deontologisch niet is toegestaan enige vorm van genegenheid te voelen ten aanzien van een patiënt. Men nuanceert dit echter door te stellen dat dit onmogelijk te vermijden is, maar door de tussenkomst van collega's tot het minimum kan beperkt worden.

Net zoals in Goffmans tijd wordt het verplegend personeel van beide afdelingen vaak geconfronteerd met dilemma's met betrekking tot de afweging tussen de officiële regel en de toepassing ervan (Goffman, 1975: 65). Men staat langer stil bij zulke dilemma's door met het multidisciplinaire team te overleggen omtrent de geschiktheid van de regel voor de patiënt in kwestie. Door de verpleging wordt aangegeven dat voor bepaalde patiënten de individuele toepassing van de regels moeilijk te begrijpen is. Men verklaart dit doordat de zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen voor een bepaalde keuze niet zichtbaar is voor de patiënt. Met betrekking tot dit punt zei de coördinator van het psychocircuit:

Dat is zo complex. Men moet continu anders kunnen denken in bepaalde situaties. Het is erg persoonsgebonden op maat. Wat wil zeggen dat je tegen de ene patiënt die voor u

staat het ene moet zeggen, terwijl je je omdraait en tegen een andere patiënt die dezelfde vraag stelt een heel ander antwoord moet geven (Coördinator psychosecircuit).

3.4.2 Institutionele doeleinden

De vastgelegde doeleinden van de institutie vormen volgens Goffman het betekenis kader op basis waarvan allerlei handelingen en beslissingen worden verantwoord (Goffman, 1975: 69). Het uitgangspunt van de PAAZ is het garanderen van een zekere therapeutische omgeving op de afdeling, waarbinnen dialoog centraal staat. Men verwacht van de patiënt dat hij dit mee helpt in stand houden en dat hij bereid is om aan de eigen persoon te werken. De afdeling heeft naast een voorbehandelingsopdracht om de problematiek in te schatten en de patiënt eventueel verder te verwijzen, ook een behandelopdracht. Afdeling X1 biedt intensieve zorgen aan voor mensen in de acute fase van een psychose. Het is de bedoeling de patiënt te observeren en diagnosticeren. Hierbij hanteert men een holistische kijk op psychose. Zo ziet men de mens als een complexe bio-psycho-sociale eenheid. Men poogt in de behandeling aandacht te schenken aan deze drie aspecten. Zo is naast een goed ziekte-inzicht en een goede emotionele verwerking, ook medicatietrouw erg belangrijk (Peeters, 2008: 29-30). Inspelend op de symptomatologie wordt de behandeling aangepast aan de noden van de patiënt (Peeters, 2008: 17).

In tegenstelling tot de Goffmans setting, is er geen arbeidstherapie aanwezig in de PAAZ (Goffman, 1975: 74). Tientallen jaren geleden gebeurde dit wel, maar dit is niet meer mogelijk door de huidige hygiënische normen en het feit dat de PAAZ onder de directie van het algemene ziekenhuis ressorteert. Op X1 gebeuren wel activiteiten als de tafel dekken of afruimen en de planten water geven. Men verantwoordt dit als een manier om de patiënten een nuttige tijdsinvulling aan te bieden en de orde op de afdeling te bewaren, zoals ook Goffman aangeeft. Hij stelt echter dat deze taken foutief werden voorgesteld als een therapeutische maatregel (Goffman, 1975: 74). Op X1 gelooft men wel in het nut van deze taken, die naar hun mening ook tot doel hebben de patiënt een zekere verantwoordelijkheid te geven en te leren functioneren in groep daar sommige taken per twee of drie worden uitgevoerd.

3.4.3 Institutionele ceremonieën

In tegenstelling tot Goffmans observaties organiseert men op geen van beide afdelingen geïnstitutionaliseerde activiteiten, zoals een krantje of theaterstuk (Goffman, 1961: 94-99). Uitzonderlijk organiseert men op X1 of de PAAZ een kerstfeestje of een pingpong toernooi onder de patiënten. Goffman geeft aan dat er ook *institutionele demonstraties* kunnen plaatsvinden (Goffman, 1961: 101). Op beide afdelingen worden echter geen opendeurdagen gehouden voor het grote publiek. Enkel inspecties van de overheid en bezoek verschaffen de mogelijkheid aan buitenstaanders om de psychiatrische afdeling te bezichtigen en te evalueren. Voor het ontvangen van bezoek worden geen speciale maatregelen genomen.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de directie van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg erg open en hartelijk reageerde op mijn voorstel tot kwalitatief onderzoek voor deze masterproef. Zoals Hinshelwood en Skogstad stellen is de reactie van de directie op deze vraag naar participatie en bijgevolg intrusie van buitenaf, een belangrijke indicator voor functioneren van de organisatie (Hinshelwood en Skogstad, 2000: 20).

3.4.4 Institutionele verschillen

Goffman staat ook stil bij de roldifferentiatie binnen de staf en de patiëntengroep (Goffman, 1975: 89). De patiëntengroep van de PAAZ en X1 is echter homogeen qua roldifferentiatie. Binnen het multidisciplinaire team zijn de taken verdeeld naargelang de discipline van de persoon. Zoals reeds eerder beschreven zijn de taken binnen het team van het verplegend personeel van de PAAZ en X1 veelal gelijkaardig. Enkel mogen bepaalde personen sommige handelingen niet stellen, daar ze hiervoor niet over het vereiste diploma beschikken. Zo zijn er personeelsleden die assistent in de psychologie of opvoedster van opleiding zijn die met dit diploma geen wonden mogen verzorgen of inspuitingen mogen geven. Er is er wel een zeker verschil in taakverdeling tussen de hogere en lagere staf. Toch is er ook een zekere overlapping. Beide geven bijvoorbeeld de nodige sancties. De taakverdeling leidt, in tegenstelling tot Goffmans observatie, niet tot een verschillend beeld van de patiënten ten aanzien van de verschillende teamleden (Goffman, 1975: 90). Elke patiënt heeft om eigen redenen een voorkeur voor de hogere of lagere staf.

Goffman stelde vast dat psychiaters veelvuldig ontslag namen omdat ze, in plaats van het uitoefenen van hun psychotherapeutisch beroep, meenden gebruikt te worden om professionele sancties op te leggen in het kader van het *privilege-systeem* (Goffman, 1975: 75). De psychologen, doktersassistenten en psychiaters van beide afdelingen zijn doorgaans tevreden met hun beroep en ervaren weinig sturing van bovenaf. Men weet wel dat indien de afdeling steeds onderbezet zou zijn, de noodzaak van het bestaan van de afdeling in vraag zou worden gesteld. Deze richtlijn met betrekking tot de bedbezetting heeft ook een zekere invloed op de uren dat de patiënten in overnachting thuis kunnen gaan. Daarnaast moet de psychiater van de PAAZ verantwoording afleggen, indien deze het noodzakelijk acht om een patiënt langer dan de maximaal toegestane duur op de afdeling te laten verblijven. Dit wordt soms opgevangen door een patiënt voor een erg korte periode te verhuizen naar een andere afdeling om hun daarna te laten terugkeren naar de PAAZ.

Goffman stelt dat enige ondoordringbaarheid noodzakelijk is om de stabiliteit in de totale institutie in stand te houden. Zo onderdrukt men in Goffmans beschrijving de externe sociale verschillen om een eigen systeem te kunnen opbouwen (Goffman, 1975: 95). De patiëntenpopulatie op beide onderzochte afdelingen vormt echter naar sociale afkomst geen representatie van de sociale verhoudingen in de maatschappij. De meerderheid van de patiënten van beide afdelingen komt uit de lagere sociale klassen. Er werd gesuggereerd dat de ligging van het Psychiatrisch Ziekenhuis in de wijk Stuivenberg hierin een zeker aandeel heeft. Zo wordt bijvoorbeeld voor een gedwongen opname naar de postcode gekeken voor het selecteren van een ziekenhuis. Een sociale norm die wel aanwezig is op beide afdelingen is het feit dat de kamers en badkamers naar geslacht worden ingedeeld, zoals ook door Goffman wordt aangegeven (Goffman, 1975: 96). Verder is er echter geen verschil in behandeling naar sekse.

DISCUSSIE

In deze masterproef hebben we Goffmans theorie met betrekking tot de totale instituties, daterend uit de jaren 60, getoetst aan een psychiatrische inrichting anno 2010. Meer specifiek hebben we een antwoord proberen te geven op volgende centrale onderzoeksvraag: *Is Goffmans theorie omtrent de totale instituties nog van toepassing op de actuele situatie van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg?* Door middel van observaties, semigestructureerde interviews en schriftelijke documenten hebben we zijn theorie getoetst aan de actuele situatie van de PAAZ en afdeling X1 van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg te Antwerpen. Onderstaande conclusies kunnen niet gegeneraliseerd worden gezien het intrinsieke karakter van deze case study. De methodologie die wordt gehanteerd in deze masterproef is grotendeels onderhevig aan dezelfde kritiek als deze op Goffmans methode, onder meer met betrekking tot de afwezigheid van representatieve steekproeven (Weinstein, 2000: 291).

Hierna worden de voornaamste bevindingen van deze masterproef uiteengezet. Vervolgens geven we een kritische reflectie op Goffmans theorie. We eindigen met een blik op de toekomst, zowel op zorggebied als op onderzoeks- en beleidsdomein.

1. Synthese van de resultaten

Elke opname op de psychiatrische afdeling X1 en PAAZ is een individueel verhaal met eigen accenten, waardoor een zekere veralgemening nauwelijks mogelijk en wenselijk is. Zo is de onderstaande beschrijving van het verblijf op de afdeling X1 vrijwel volledig gelijkaardig aan de aspecten van een opname zoals Goffman beschrijft.

In de acute fase van een psychose ervaart de patiënt, tijdens de intensieve zorg en mogelijks tijdens de observatieperiode, de volgende aspecten van Goffmans ideaaltype: de patiënt wordt doorgaans gedwongen opgenomen; de patiënt draagt doorgaans een pyjama in plaats van de eigen kledij; voor deze patiënt is de deur voortdurend op slot; de kans op isolatie of fixatie is groot; het bezoek aan de patiënt wordt beperkt; de patiënt mag geen persoonlijke bezittingen bij zich houden; de patiënt moet toestemming vragen voor kleine dagelijkse activiteiten zoals bijvoorbeeld roken; bij fixatie krijgt de patiënt bij verzet verplicht medicatie toegediend.

Toch heeft ook afdeling X1 reeds een grote evolutie naar meer openheid doorgemaakt. Zo is het mogelijk dat de opname van bepaalde patiënten op deze meest gesloten afdeling slechts een minimaal aantal overeenkomsten heeft met Goffmans ideaaltype. Met betrekking tot de PAAZ kunnen we besluiten dat een opname vandaag op alle punten erg verschillend is met Goffmans beschrijving.

Hieronder zetten we de grote lijnen van de twee onderzochte afdelingen af tegenover de belangrijkste kenmerken van Goffmans ideaaltype. In de linkerkolom van onderstaande tabel, heb ik gepoogd een aantal ankerpunten te bepalen. Deze acht items zijn op zich een consolidatie van de honderd kenmerken en indicatoren die ik gedistilleerd heb uit Goffmans werk. Zij zijn de leidraad geweest van mijn observaties, mijn interviews en analyse.

	Goffman	ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg	
	Psychiatrische inrichting als totale institutie	Afdeling X1	PAAZ
Doelstelling van opname	Officieel: rehabilitatie Officieus: Meer bewakingsfunctie om maatschappij te beschermen dan verzorgingsfunctie	Intensieve zorg, observatie, diagnosticeren en mogelijks therapie Een zekere bewakingsfunctie om maatschappij te beschermen	Rust, observatie en therapie Een zekere bescherming van patiënt tegen maatschappij
Scheiding met de buitenwereld	Erg groot, zowel fysiek als sociaal	Relatief groot op fysiek vlak, relatief klein op sociaal vlak	Relatief klein, zowel fysiek als sociaal
Dagindeling en tijdsbesteding	Uniform voor alle patiënten Arbeidstherapie	Op maat van de patiënt met relatief weinig keuzevrijheid Beperkte arbeidstherapie	Op maat van de patiënt met relatief veel keuzevrijheid Geen arbeidstherapie
Normen en sancties	Vastgelegd en uniform, strikte toepassing Mogelijke sanctie: verlenging opname	Op maat van de patiënt, structurerend Mogelijke sanctie: <i>lock-in</i>	Op maat van de patiënt, relatief vrij Mogelijke sanctie: <i>lock-out</i>
Risico op institutionalisering	Groot	Relatief klein	Klein
Perceptie van de patiënt bij opname	Gevoel van ondoelmatigheid	Geen ziektebesef: gevoel van ondoelmatigheid Wel ziektebesef: gevoel doelmatigheid	Doorgaans gevoel van doelmatigheid
Hulpverlener - patiënt relatie	Zeer formeel en afstandelijk, erg beperkt contact Visueel onderscheid	Koele nabijheid, dialoog staat centraal Visueel onderscheid	Koele nabijheid, dialoog staat centraal Geen visueel onderscheid
Specifieke gedragspatronen van de patiënt (<i>conversie, regressie, kolonisering, onverzoenlijke lijn</i>)	Aanpassingsgedrag om met spanning tussen institutionele- en thuiswereld om te gaan	Afhankelijk van de pathologie	



GESLOTENHEID **OPENHEID**

De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek bevestigen psychiater Peeters' indeling naar open- en geslotenheid van de twee onderzochte afdelingen. Uit deze overzichtstabel blijkt dat er meer sporen van Goffmans ideaaltype aanwezig zijn op afdeling X1 dan op de PAAZ. De tendens naar meer openheid in de psychiatrische zorgverlening is op beide afdelingen op elk vlak voelbaar, zij het wel in een verschillende graad. Dit komt vooreerst tot uiting in een fysieke scheiding met de buitenwereld. Op dit punt kennen de patiënten van X1 minder vrijheden dan de patiënten van de PAAZ, maar kennen ze meer mogelijkheden dan de patiënten in Goffmans beschrijving. Naast deze vervaging van de grens met de hen omringende maatschappij, is ook de grens tussen de tegenstelling staf versus patiënt vager dan in Goffmans analyse. Zo bestaat er op beide afdelingen een zekere houding van koele nabijheid (Peeters, 2008: 94). Het verplegend personeel van X1 draagt wel een uniform zoals

ook Goffman beschrijft. Ten tweede kennen de afdelingen ook op sociaal vlak een grotere openheid dan in Goffmans uiteenzetting. Deze openheid is op X1 echter meer gelimiteerd dan op de PAAZ. Toch wordt de patiënt op beide afdelingen gestimuleerd om zijn zelfstandigheid en contact met de buitenwereld te bewaren en probeert men steeds de opnameduur zo beperkt mogelijk te houden. Ten derde is de trend naar meer openheid voelbaar op psychisch vlak. Het klimaat van persoonlijk falen dat Goffman schetst is op geen van beide afdelingen aanwezig. Enige nuance is wel op zijn plaats daar de patiënten van X1 bij afwezigheid van ziektebesef de opname vrijwel als nutteloos ervaren. De kans op institutionalisering is erg klein op de PAAZ, doordat de behandeling op maat van de patiënt wordt aangeboden en men de eigenheid van elke persoon probeert te respecteren. De individuele behandeling en het centraal staan van dialoog zijn ook belangrijke kenmerken van X1, waar de kans op institutionalisering groter is dan op de PAAZ, maar kleiner dan bij Goffman. Zo is Goffmans algemene stelling in 'Asylums' dat niet de ziekte van de patiënt, maar de institutie de meest bepalende factor is in de individuele ontwikkeling van een psychiatrische patiënt. De reacties van de patiënt hierop zijn gelijkaardig aan deze van bewoners in de andere types van totale instituties (Goffman, 1961: n.p.). Deze specifieke gedragspatronen die Goffman observeert, worden op de PAAZ en X1 gezien in de context van de pathologie van de patiënt. Op beide afdelingen is de benaderingswijze verschillend van Goffmans ideaaltype dat uniformiteit en afstandelijkheid predikt. Zo worden volgens Goffman de regels quasi uniform toegepast, terwijl deze op PAAZ en X1 op maat worden gehanteerd. De regels van de PAAZ en X1 hebben hoofdzakelijk tot doel de leefbaarheid van een grote groep mensen te garanderen, een therapeutisch klimaat te creëren en de patiënt tegen zichzelf te beschermen (vb geen alcohol of drugs). Toch zijn de regels op X1 meer structurerend, terwijl ze op de PAAZ meer vrij zijn. De patiënten van X1 kunnen gestraft worden door opsluiting (*lock-in*), terwijl deze van de PAAZ mogelijks gestraft worden door ontslag (*lock-out*).

We ronden deze synthese af met een metafoer. Zo zijn de psychiatrische inrichting zoals gepercipieerd door Goffman, en de afdelingen X1 en PAAZ anno 2010, als het ware verschillende aggregatietoestanden van het ideaaltype 'totale institutie'. Goffmans psychiatrische inrichting is als een vaste stof met een eigen volume en vorm. In Goffmans analyse is de psychiatrische inrichting immers een op zichzelf staande entiteit in de maatschappij. X1 kan gezien worden als een vloeistof, die een eigen volume heeft en qua vorm aangepast is aan het vat. Deze afdeling is immers een zekere entiteit op zich, maar kent toch heden ten dage bepaalde invloeden van de omringende maatschappij. De PAAZ is als een gas, dat zowel het volume als de vorm aanneemt van het vat. Deze afdeling is immers op vele vlakken erg aangepast aan de omringende maatschappij.

2. Kritische reflectie

Anno 2010 beoordelen of Goffmans analyse en observaties in het St Elizabeth's Hospital accuraat waren is zeer moeilijk en niet zonder risico op misvattingen. Toch meen ik dat Goffman een goede sociologische analyse geeft van de organisatie van de totale institutie *an sich*. Naar mijn mening blijft 'Asylums' een basiswerk voor sociologisch onderzoek naar organisaties, zoals de residentiële psychiatrische zorg. Door zijn scherpe analyse en zijn ideaaltype is zijn werk voor velen een aanzet geweest om stil te staan bij dit onderwerp, waarvan mijn masterproef een getuige is. Het fundamentele van zijn analyse is vandaag de dag nog steeds waardevol en bruikbaar voor onderzoek van de sociale situatie van psychiatrische patiënten. Zo zijn bijna alle kenmerken, die ik destilleerde uit Goffmans theorie en die de basis vormden voor mijn kwalitatief onderzoek, vandaag in bepaalde mate terug te vinden in mijn setting. Toch moet naar mijn mening in de hedendaagse analyse van de PAAZ en afdeling X1, de pathologie meer op de voorgrond treden dan in Goffmans analyse. Op beide afdelingen staat immers de patiënt en zijn ziektebeeld centraal. Het vrijwel buiten beschouwing laten hiervan zoals bij Goffman, gaat volgens mij ten koste van een correct begrip van de patiëntenwereld, de houding van het multidisciplinaire team, de regels, de verboden en geboden.

Aspecten van de psychiatrische inrichting die zowel door mij als door Goffman zijn geobserveerd, worden echter verschillend gepercipieerd. Bijvoorbeeld zaken zoals het noteren van informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt en bijeenkomsten om over zichzelf na te denken en te spreken, worden door de geïnterviewde personeelsleden en mezelf vandaag gezien als noodzakelijk om de therapeutische doelstellingen te bereiken. Dezelfde aspecten worden echter door Goffman doorgaans negatief gepercipieerd. Hij hecht hier naar mijn mening te weinig geloof aan, wat hij in zekere zin in zijn voorwoord toegeeft: 'unlike some patients, I came to the hospital with no great respect for the discipline of psychiatry nor for agencies content with its current practice' (Goffman, 1961: x). Hierbij zou men kunnen opmerken dat ik mogelijks teveel geloof hecht aan de therapeutische werking. Toch heb ik geprobeerd met een kritische blik beide afdelingen te observeren, door zoveel als mogelijk in vraag te stellen en soms natuurwetenschappelijke ondersteuning te zoeken.

Naar mijn aanvoelen is Goffman met betrekking tot de theorie van de totale instituties een kind van zijn tijd. Hij leefde immers in een periode waarin de anti-psychiatrie hoogtij vierde. Daar Goffman in zijn werk geen gewag maakt van historische beschouwingen, blijft hij bijna volledig blind voor de aan gang zijnde veranderingen, zoals ook Weinstein (2000) aangeeft. In deze masterproef is wel geprobeerd verleden en heden in ogenschouw te nemen. Zo merken we op dat de in Goffmans tijd geïnitieerde veranderingen, zoals het gebruik van psychofarmaca en gemeenschapsbehandelingen, vandaag standaard worden toegepast. Hierna gaan we proberen deze evolutie te projecteren in de tijd.

3. Blik op de toekomst

De evolutie naar meer openheid in de psychiatrische inrichtingen heeft haar eindpunt nog niet bereikt. Zo schat de coördinator psychosecircuit, Peter De Maayer, dat over een tiental jaar nog slechts een derde van de huidige residentiële psychiatrische zorg zal bestaan, op voorwaarde dat er voldoende financiering en personeel is. Er bestaan mogelijkheden die (gesloten) residentiële zorg kunnen aanvullen of vervangen. Hierbij verwijst de coördinator van het psychosecircuit onder meer naar de Assertive Community Treatment (ACT) teams, die in Nederland en Engeland bestaan. Deze ACT-teams zijn multidisciplinair samengesteld. Ze behandelen, rehabiliteren en ondersteunen patiënten met ernstige en blijvende psychiatrische stoornis buiten de residentiële zorg. Uit onderzoek blijkt dat deze patiënten minder vaak worden opgenomen en een stabielere leefsituatie kennen (GGZ Buitenamstel, 2007: 3-4).

De evolutie naar meer openheid zal zich naar alle waarschijnlijkheid nog verder doorzetten in het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, hoewel vrijwel alle geïnterviewde patiënten en personeelsleden de huidige situatie goed vinden. Om zoveel als mogelijk zorg op maat van de patiënt aan te bieden beoogt men in het psychosecircuit van dit ziekenhuis - naar analogie met de somatische geneeskunde - een high care, medium care en een low care. Er zijn plannen voor een kleine gesloten crisisunit voor de opname van een tiental patiënten. De medium care zou bestemd zijn voor patiënten die vallen tussen de gesloten unit en de nieuwe open psychose-unit. Deze laatste afdeling zou gelijkvormig zijn aan de organisatiestructuur van de PAAZ.

Hoewel deze trend naar meer openheid in de residentiële psychiatrische zorg naar mijn mening een erg positieve evolutie is, moeten hier ook enkele kanttekeningen worden bijgeplaatst. Dr. Matthysen, psychiater van de PAAZ, vangt vanuit de maatschappij tegenstrijdige signalen op met betrekking tot de openheid van de psychiatrische afdelingen. Aan de ene zijde vindt men de huidige opvang nog teveel een instituut en klinkt er een oproep naar meer open residentiële psychiatrische zorg. Aan de andere kant gaat men, vanuit maatschappijbeschermend oogpunt, soms te snel over tot collocatie van personen die helemaal niet in de residentiële psychiatrische zorg thuishoren. Naar mijn aanvoelen zou een betere coördinatie en regelgeving op een overkoepelend beleidsniveau zulke en andere situaties

van foute allocatie van de zorgmodaliteiten mee kunnen helpen voorkomen. Dit komt de zorgverlenende organisaties en voornamelijk de patiënt ten goede.

Een andere kanttekening hierbij is dat niet elke patiënt gebaat is met een zo open mogelijke residentiële zorg. Zo geeft het personeel aan dat sommige patiënten *instellingskinderen* zijn, die nood hebben aan volledige sturing en ondersteuning. Ook de patiënten van de zogenaamde *sociale opnames* hebben doorgaans niet of nauwelijks baat bij een nog meer open afdeling, daar ze geen ondersteunend sociaal netwerk hebben. Zowel op de PAAZ, als op X1 verblijven er vele patiënten met een beperkt sociaal netwerk. Bij deze laatste patiënten kan dit ook een gevolg zijn van hun ziekte, bijvoorbeeld omdat ze bij elke psychose een deeltje van hun cognitieve mogelijkheden verliezen en zodoende geïsoleerd geraken van de werksituatie en het verenigingsleven. In dit kader zou onderzoek naar grotere integratie van de opname in het geheel van de zorgmodaliteiten, waaronder een uitkering en woning, verrijkend kunnen zijn. Dit onderzoek kan dan als basis dienen om de verschillende beleidstakken op elkaar af te stemmen, met het welzijn van de patiënt als centraal oogpunt. Deze totaalaanpak zou mogelijks ook een antwoord kunnen bieden op de recidive patiënten die vandaag zonder verdere structurele ondersteuning bij hun thuiskomst in het oude levenspatroon hervallen.

Ondanks de erg positieve evoluties die werden gemaakt sinds Goffmans periode, dient men de bovenstaande aspecten in ogenschouw te nemen bij een oproep naar meer vermaatschappelijking van de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Men moet opletten zich niet blind te staren op meer openheid in de psychiatrische residentiële zorgverlening als enig zaligmakend doel.

DANKWOORD

Deze masterproef kon slechts tot stand komen dankzij de hulp en steun van vele mensen. Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. Herman Meulemans bedanken voor zijn erg goede begeleiding en interessante raad.

Bijzondere dank gaat uit naar Administratief Directeur Gie Goyvaerts en Directeur Nursing Joris Van De Wouwer, die de deur van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg voor me hebben open gezet en me de kans gaven mijn onderzoek te verrichten. Daarnaast wil ik psychiater dr. Peeters en haar team hartelijk bedanken, net zoals psychiater dr. Matthysen en haar team. Beide psychiaters en teams dienen in de bloemetjes te worden gezet voor hun gastvrijheid, ondersteuning en hulpvaardigheid. Ook bedank ik graag de coördinator van het psychosecircuit, Peter De Maayer. Hoofdgeneesheer Jef Hulselmans bedank ik voor zijn interessante opmerkingen bij de literatuurstudie. Daarnaast verdienen de patiënten van de PAAZ en afdeling X1 een welgemeende dankjewel voor hun bereidheid en openhartigheid tijdens de interviews.

Tenslotte wil ik mijn vrienden en mijn ouders bedanken voor hun erg belangrijke steun.

BIBLIOGRAFIE

- BAER, L.D. and RAVNEBERG, B. (2008), 'The outside and inside in Norwegian and English prisons' in *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 90, 2: 205–216
- BEAMES, S.K. & PIKE, E.C.J. (2007), 'A Critical Interactionist Analysis of Youth Development Expeditions' in *Leisure Studies*, 26: 2, 147–159
- BROWN, P. (1987), 'Diagnostic Conflict and Contradiction in Psychiatry' in *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 1: 37-50
- CONOVER, D. & CLIMENT, C. E. (1976), 'Explanations of Bias in Psychiatric Case-Finding Instruments' in *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 1: 62-69
- DAVIES, C. (2000), 'Goffman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions', 239-254 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- DEHUE, T. (2008), *De depressie-epidemie*, Amsterdam: Augustus, 336p.
- DE RICK, K., LOOSVELDT, G., VAN AUDENHOVE, Ch. & LAMMERTYN, F. (2003), *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*, Leuven: Lucas, 261p.
- D'HAENEN, H. (2001), 'Psychiatrie en opleiding in Vlaanderen' in *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 3,1-3
- FREIDSON, E. (1983), 'Celebrating Erving Goffman' in *Contemporary Sociology*, 12, 4: 359-362
- GARDNER, D. M., MURPHY, A. L., O'DONNELL, H., CENTORRINO, F. & BALDESSARINI, R., J. (2010), 'International Consensus Study of Antipsychotic Dosing' in *American Journal of Psychiatry*, Published ahead of print
- GGZ Buitenamstel (2007), *ACT (Assertive Community Treatment): Complexe zorg voor complexe cliënten*, (online), http://www.ggzbuitenamstel.nl/tmpuploaded/2410_24_ACT_Verwijzers_AB_1107.pdf, gelezen op 2 mei
- GOFFMAN, E. (1961), *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York: Anchor Books Doubleday & Company, 386p.
- GOFFMAN, E. (1975), *Totale instituties*, Amsterdam: Universitaire Pers, 111p.
- GOODWIN, S. (1997), *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*, London: Sage Publications, 183p.
- GOVE, W. R. (2004), 'The Career of the Mentally Ill: An Integration of Psychiatric, Labeling/Social Construction, and Lay Perspectives' in *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 4: 357-375
- GOYVAERTS, G. (2009), 'Dit is geen sociologie: voor Jan Vranken, die het beroep van socioloog respectabel (heeft ge)maakt', 113-119 in DE BOYSER, K., DEWILDE, C. & DIERCKX, D. (eds.), *Naar het middelpunt van de marge: reflecties over veertig jaar armoedeonderzoek en -beleid*, Leuven: Acco, 216p.

- GRONFEIN, W. (1999), 'Sundered selves: mental illness and the interaction order in the work of Erving Goffman', 81-103 in SMITH, G. (ed.), *Goffman and Social Organization: studies in sociological legacy*, London: Routledge, 224p.
- GRONFEIN, W. (2000), 'Goffman's Asylums and the Social Control of the Mentally Ill', 255-279 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- HILLERY, G. A. (1963), 'Villages, Cities, and Total Institutions' in *American Sociological Review*, 28, 5: 779-791
- HINSHELWOOD, R.D. & SKOGSTAD, W. (2000), 'The method of observing organisations', 17-26 in HINSHELWOOD, R.D. & SKOGSTAD, W. (eds.), *Observing Organisations: anxiety, defence and culture in health care*, London and Philadelphia: Routledge, 175p.
- HOLMES, D. (2005), 'Governing the captives: Forensic psychiatric nursing in corrections' in *Perspectives in Psychiatric Care*, 41,1: 3-13
- KWANTEN, B. (s.d.), *Kinderen opvoeden als je een psychiatrische ziekte hebt: hoe doe je dat?*, Sint-Niklaas: K.O.P.P.-werking regio Waas & Dender, 5p.
- LAU, V. M. H., CALLAGHAN, P., TWINN, S.F & GOODFELLOW, B. (2007), 'The nursing gaze: power relations in a study of nurse–resident interactions in learning disability' in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 4, 346–355
- LEDOUX, M. (1981), 'Opzoek naar de rest...genealogie van het psychiatrisch discours' in *Tijdschrift voor Sociologie*, 2,2: 125-140
- MACIONIS, J.J. & PLUMMER, K. (2005), *Sociology: A global Introduction*, Essex: Pearson Education Limited: 789p
- MALACRIDA, C. (2005) 'Discipline and dehumanization in a total institution: institutional survivors' descriptions of Time-Out Rooms' in *Disability & Society*, 20, 5: 523 - 537
- MANNING, P. K. (2008), 'Goffman on Organizations' in *Organization Studies*, 29, 5: 677–699
- MCEWEN, C. A. (1980), 'Continuities in the Study of Total and Nontotal Institutions' in *Annual Review of Sociology*, 6: 143-185
- MCHUGH, P. R. (1992), 'Psychiatric Misadventures' in *The American Scholar*, 61, 4: 497-510
- MECHANIC, D. (1969), *Mental Health and Social Policy*, Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 171p.
- MECHANIC, D. & ROCHEFORT, D. A. (1990), 'Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform' in *Annual Review of Sociology*, 16: 301-327
- MERLO, M. C. G., REY-BELLET, P., GEKLE, W. & Ferrero, F. (s.d.), *L'effet du cannabis et les conséquences sur la psychose débutante : aspects neurobiologiques*, (online), <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=22989>, gelezen op 22-04-2010
- MILLER, P. (1986), 'Critiques of Psychiatric and Critical Sociologies of Madness', 12-42 in MILLER, P. & ROSE, N. (eds.), *The Power of Psychiatry*, Cambridge: Polity Press, 326p.

- MORTELMANS, D (2007), *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*, Leuven/Voorburg: Acco: 534p.
- MUENCH, J. & HAMER, A. M (2010), 'Adverse Effects of Antipsychotic Medications' in *American Family Physician*, 81, 5: 617-622.
- N. (2009a), *Centra voor geestelijke gezondheidszorg*, (online) <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=44>, gelezen op 21-02-2010
- N. (2009b), *Psychiatrische ziekenhuizen*, (online) <http://www.fitinjehoofd.be/default.aspx?id=124>, gelezen op 22-02-2010
- N. (2009c), *Psychiatrische verzorgingstehuizen*, (online), [http://www.overlegplatformsggz.be/Psychiatrische Verzorgingstehuizen/16478/ggz](http://www.overlegplatformsggz.be/Psychiatrische_Verzorgingstehuizen/16478/ggz), gelezen op 20-02-2010
- N., (2009d), ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, (online), <http://www.zna.be/nl-BE/Over%20ZNA/Medisch%20aanbod/Psychiatrisch%20Ziekenhuis%20Stuivenberg.aspx>, gelezen op 27-03-2010
- PEELE, R., LUISADA, P.V., LUCAS, M.J., RUDISELL, D. & TAYLOR, D. (2000), 'Asylums Revisited', 184-192 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- PEETERS, M.J. (2008), *Psychose: een blik op behandeling*, Antwerpen-Apeldoorn: Garant, 131p.
- PERRY, N. (2000), 'The two cultures and the Total Institution', 173-183 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- PETRY, D. & NUY, M. (1997), *De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronische psychiatrische beperkingen*, Utrecht: Uitgeverij SWP, 205p.
- PIKE, E. C. J. & BEAMES, S.K (2007), 'A Critical Interactionist Analysis of 'Youth Development' Expeditions' in *Leisure Studies*, 26, 2: 147-159
- PILGRIM, D. & ROGERS, A. (1999), *A sociology of mental health and illness*, Buckingham: Open University Press, 239p.
- PRIOR, P. M. (1995), 'Surviving psychiatric institutionalisation: a case study' in *Sociology of Health and Illness*, 17, 5: 651-667
- QUIRK, A. & LELLIOTT, P. (2001), 'What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? a review of the research evidence' in *Social Science & Medicine*, 53, 12: 1565-1574
- QUIRK, A., LELLIOTT, P., SEALE, C. (2006), 'The Permeable Institution: An Ethnographic Study of Three Acute Psychiatric Wards in London' in *Social Science & Medicine*, 63, 8: 2105-2117
- RENMANS, B. (1994), *Het fenomeen 'PAAZ' in België*, (online), <http://www.paaz.be/public/OfficiëleTeksten007.php>, gelezen op 22-02-2010
- ROGERS, A., PILGRIM, A. & LACEY, R. (1993), *Experiencing Psychiatry: Users' Views of Services*, Basingstoke: Macmillan, 205p.

- ROSE, N. (1986), 'The Discipline of Mental Health', 43-84 in MILLER, P. & ROSE, N. (eds.), *The Power of Psychiatry*, Cambridge: Polity Press, 326p.
- SAYCE, L. (2000), *From Psychiatric Patient to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*, Basingstoke: Macmillan, 280 p.
- SCHNABEL, P. (s.d.), 'Erving Goffman', 26-44 in RADEMAKER, L. (ed.), *Hoofdfiguren in de sociologie/3*, Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum, 238p.
- SEDEGWICK, P. (2000), 'Psycho-Medical Dualism: The case of Erving Goffman', 193-211 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- SIEGLER, M., OSMOND, H. (2000), 'Goffman's Model of Mentale Illness', 163-172 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- SIMILES (s.d.), *Informatie voor Familieleden omtrent Psychose: Info P2*, (online), <http://nl.similes.be/file?fle=1528&ssn=>, gelezen op 12-04-2010
- STRAUSS, A., SCHATZMAN, L., BUCHER, R., EHRLICH, D., SABSKIN, M. (1981), *Psychiatric Ideologies and Institutions*, London: Transaction Books, 418p.
- STRONG, P.M. (1983), 'Review essay: The importance of being Erving: Erving Goffman, 1922-1982' in *Sociology Of Health and Illness*, 5, 3: 345-355
- TOWNSEND, J., M. (1976), 'Self-concept and the institutionalization of mental patients: an overview and critique' in *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 3: 263-71
- VAN HOOFF, B. (2009), *Toespraak naar aanleiding van het symposium "de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg. Psychiatrie van de toekomst" in PZ sint-lucia, 4 december 2009*, (online), [http://www.ministerijovandeuren.be/nlapps/data/docattachments/toespraak%20psychiatrie%20van%20de%20toekomst-%20sint%20lucia\(ldb\).pdf](http://www.ministerijovandeuren.be/nlapps/data/docattachments/toespraak%20psychiatrie%20van%20de%20toekomst-%20sint%20lucia(ldb).pdf), gelezen op 16-03-2010
- VAN VREESWIJK, M.F. (2004), 'Een psychiater als consultatiegever voor eerstelijns hulpverleners' in *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 4: 249-253
- VDIP (2009), *Vroege Detectie & Interventie Psychose*, (online), <http://www.vroegdetectie.be/index.html>, gelezen op 15-04-2010
- VERHELST, D., HANCKE, C. & GOYVAERTS, G. (1991), *Geschiedenis van de psychiatrische zorg in Antwerpen*, Antwerpen: O.C.M.W. Antwerpen, 142p.
- WEINSTEIN, R.M. (2000), 'Goffman's asylums and the Total Institution Model of Mental Hospitals', 280-304 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.
- WEYNS, W. (2006), *Inleiding tot de sociologie*, Leuven: Uitgeverij Acco, 233p.
- WHO (2001), 'Chapter 3: Solving Mental health problems', 47-74 in *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva: World Health Organization, 178p.
- WILLIAMS, S. J. (1986), 'Appraising Goffman' in *The British Journal of Sociology*, 37, 3: 348-369

WILLIAMS, S. (2000), 'Goffman, Interactionism, and the Management of Stigma in Everyday Life', 212-238 in FINE, G.A., SMITH, G.W.H. (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*, London: Sage Publications Ltd, 434p.

ZNA (2009), *Opnamebrochure PAAZ*, Antwerpen: ZNA Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg, 18p.

ZNA (2010), *De Mozaïek, afdeling psychosezorg: informatiebrochure*, Antwerpen: ZNA Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg, 11p.