

Sociologische doorlichting van afdeling XI en de PAAZ van het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg in het licht van Goffmans *totale institutie*

Caroline Masquillier

1. Inleiding

Erving Goffmans *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (verder: 'Asylums') 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. Zowat 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 zestig en zeventig heerste er een tendens van antipsychiatrie. In die tijd werd 'Asylums' door de voorstanders van de de-institutionalisatie gehanteerd om hun standpunt kracht bij te zetten. Zo werd Goffmans studie geciteerd in juridische teksten en gerechtelijke uitspraken (Petry 1997, 20; 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 Goffmans *totale institutiemodel* in vraag werd gesteld. Er verscheen sociologische literatuur die een andere psychiatrische benadering in de behandeling van psychische problemen in kaart bracht (Quirk, Lelliot & Seale 2006, 2114). Zelfs Goffman merkte nadien op, wanneer een nauwe verwant van hem psychische problemen had gekend, dat zijn boek er erg anders zou hebben uit gezien (Weinstein 2000, 282).

Sinds de publicatie van Goffmans 'Asylums' is er in België en in de Verenigde Staten, waar Goffman zijn veldwerk deed, een gelijkaardige verschuiving in de gees-

telijke gezondheidszorg waar te nemen. Zo kent de psychiatrische zorgverlening een evolutie van institutionalisering van ernstig en langdurig psychisch zieken naar de-institutionalisering. Er ontstaat een tendens naar meer transmurale zorg en vermaatschappelijking van de zorg, die zich ook in het psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg doorzet (Liégeois & Van Audenhove 2001, 1; Verhelst, Hancke & Goyvaerts 1991, 123-124). Tegen de achtergrond van deze veranderingen gaan we na of Goffmans theorie een belangrijke inspiratiebron kan blijven voor het bestuderen van residentiële zorginstellingen. In dit artikel wordt de theorie van Goffman met betrekking tot het concept *totale institutie* herbekeken in het licht van de huidige institutionele en sociale context. Inzicht wordt verworven over de huidige plaats van een hedendaags psychiatrisch ziekenhuis, namelijk het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, ten aanzien van deze theorie: *Is Goffmans theorie omtrent de totale instituties nog van toepassing op de huidige 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 dit artikel presenteren we het theoretisch kader van Goffmans *totale institutiemodel*. In het tweede deel toetsen we deze theorie aan het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. We eindigen met een discussie, waarin naast een synthese van de resultaten ook aandacht is voor een kritische reflectie.

2. 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. Goffmans analyse van *total institutions* werd 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). 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 mogelijk 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 dit artikel vergt enige verduidelijking. Zo hanteren we de term *totale instituties* en *mortificatie* om Goffmans terminologie te respecteren. *Inmate* wordt vertaald met de term *ingezetene*.

We schetsen eerst de context waarin ‘Asylums’ tot stand is gekomen. Nadat we Goffmans theorie met betrekking tot *totale instituties* onder de loep hebben genomen, bekijken we de positieve en negatieve kritiek van verscheidene wetenschappers op zowel het theoretische als het methodologische aspect van dit werk.

2.1 De context van ‘Asylums’

Het staatsziekenhuis, zoals de onderzoekssetting van ‘Asylums’, dateert van de negentiende eeuw. Het bood een antwoord op een stijging van het aantal personen met deviant gedrag ten gevolge de immigratie, urbanisatie en economische depressie (Weinstein 2000, 298). Gaandeweg ontstond de nood om de psychiatrische inrichtingen te veranderen. Door de opkomst van de burgerbeweging en in een klimaat tegen segregatie en uitsluiting, was deze oproep tot verandering eerder een oproep tot het afschaffen van de staatsziekenhuizen, dan tot de verbetering ervan (Peele e.a. 2000, 185; Gronfein 1999, 85; McHugh 1992, 498). Ofschoon Goffman niet de bedoeling had oplossingen te bieden, werd zijn boek ‘Asylums’ gepolitiseerd door hervormers en voorstanders van de de-institutionalisering. 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 (Miller 1986, 28; McHugh 1992, 498; Schnabel s.d., 33; Peele e.a. 2000, 185; Gronfein 2000, 261; Weinstein 2000, 281). 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 can 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) is ten gevolge de de-institutionalisering 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 404 in 2009. Tegelijkertijd was er een toename van gemeenschapsgerichte diensten voor personen met een mentale aandoening (McEwen 1980, 148; Office of Monitoring Systems 2009, 6; Weinstein 2000, 280; Peele e.a. 2000, 186-187).

2.2 De theorie van Erving Goffman met betrekking tot de *totale instituties*

De psychiatrische instelling is één van de vijf groeperingen van instituties die Goffman catalogueert binnen het ideaaltipe *totale institutie*, dat 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 *totale instituties* als sociaal hybride (Goffman 1961, 12). In zulke instituties worden de grenzen tussen de drie levenssferen (werken, ontspannen en slapen) weggehaald en wordt in de verscheidene menselijke behoeften voorzien via een bureaucratische organisatie (Goffman 1961, 5-6; Weinstein 2000, 282). Ze zijn zodanig opgebouwd, dat ze een zeer sterke greep hebben op de individuen die er deel van uitmaken (Miller 1986, 22-23).

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 of looking after themselves and a threat to the community, albeit an unintended one...” (Goffman 1961, 4).

2.2.1 Doelstelling van opname

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 psychiatrisch 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). Het regime in de *totale institutie* wordt immers volgens hem veelal opgelegd met radicale resocialisatie als doel. De *geïmporteerde cultuur* die een persoon bij opname in de *totale institutie* met zich draagt en die deel uitmaakt van een breder maatschappelijk geheel, kan volledig worden gemanipuleerd door de toezichhoudende staf (Holmes 2005, 9; Goffman 1961, 12-13).

2.2.2 Scheiding met de buitenwereld

De *ingezetene* ervaart bij het betreden van de *totale institutie* meteen enkele fysieke barrières, zoals gesloten deuren en hoge ommuringen (Goffman 1961, 4;

Gronfein 2000, 267). Ten gevolge het verblijf in de *totale institutie* kan de *ingezetenene* zowel bepaalde gedragingen niet meer stellen, als geen gelijke tred houden met de sociale veranderingen in de buitenwereld. Een implicatie van het bureaucratisch besturen van grote groepen mensen betreft immers de onverenigbaarheid tussen *totale instituties* en het gezin. Daar men eet, slaapt en werkt in eenzelfde groep, kan men niet of nauwelijks een eigen huiselijk bestaan leiden (Goffman 1975, 19; Hillery 1963, 788-789). *Totale instituties* zijn ook niet verenigbaar met 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 te veel werk is, het individu dat in de buitenwereld werklustig was, wordt vaak gedemoraliseerd door het werksysteem in de *totale institutie* (Hillery 1963, 789; Goffman 1975, 17-18).

2.2.3 *Dagindeling en tijdsbesteding*

Alle *ingezetenen* worden geacht hetzelfde te doen, op dezelfde manier en ze worden op dezelfde wijze behandeld. Ze volbrengen deze activiteiten in directe nabijheid van anderen. 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 e.a. 2000, 185-186; Gronfein 1999, 88; Quirk, Lelliot & Seale 2006, 2105; Goffman 1961, 6; Weinstein 2000, 282-283).

2.2.4 *Diagnose en behandeling*

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 etnocentrisme. De staf bepaalt immers vanuit zijn eigen cultureel standpunt 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 (Gronfein 1999, 94; Goffman 1961, 363-364). 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).

Volgens Goffman worden medische acties in de psychiatrische inrichting voortdurend voorgesteld als een dienst in het voordeel van de patiënt, terwijl dit volgens hem slechts handelingen zijn om de patiënten te kunnen bedwingen in de *totale institutie*. Toch stelt de auteur dat het nodig is om een functioneel equi-

valent te hebben voor het sanctioneren van fout gedrag, zodat de sociale orde kan worden behouden (Goffman 1961, 365, 380).

2.2.5 *Risico op institutionalisering*

De persoonlijkheid van de *ingezetene* wordt – zij het vaak onbedoeld – *gemortificeerd*, waarbij er met het verleden, de waarden, gedragspatronen en de gebruikelijke sociale rollen wordt gebroken. Er treden enkele radicale verschuivingen op in diens *morele carrière*, waarmee Goffman doelt op veranderingen in de opvattingen die een individu heeft over zichzelf en over anderen (Pike & Beames 2007, 154; Rogers, Pilgrim & Lacey 1993, 20; Goffman 1975, 20-21; Weinstein 2000, 283; Holmes 2005, 10; Lau e.a. 2007, 346). Een dergelijke identiteitsomvorming verloopt volgens een moeizaam proces van progressieve degradatie, dat reeds begint bij het betreden van de institutie. Zo ondergaat de *ingezetene* 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 *ingezetene* duidelijk en benadrukken de breuk met de oude identiteit (Gronfein 1999, 88; Goffman 1961, 16, 23). Om deze deconstructie en reconstructie te bestendigen wordt in het begin bezoek tot een minimum beperkt (Goffman 1961, 14-15; Holmes 2005, 10).

Tijdens het *mortificatieproces* wordt de privacy geschonden, onder meer doordat feiten over het verleden van de patiënt verzameld worden in een dossier dat toegankelijk is voor de staf. Ook wordt deze geschonden door medische en veiligheidscontroles, waarover Goffman zegt: “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). Een ander belangrijk aspect van het *mortificatieproces*, dat minder direct is in zijn effect dan de bovengenoemde inbreuken, is het afnemen van de vrijheid met betrekking tot de handelingen, wat in de maatschappij de controle over het eigen leven aangeeft. Zo moet de *ingezetene* 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 *ingezetene* bevestigd en heeft de staf steeds de mogelijkheid om in te grijpen (Goffman 1961, 43; Lau e.a. 2007, 346).

2.2.6 *Normen en sancties*

Gedurende het *mortificatieproces*, krijgt de *ingezetene* formele en informele instructies met betrekking tot het *privilegesysteem*. De *ingezetene* wordt onderworpen aan één normensetsel. Het *privilegesysteem* omvat naar Goffmans definitie, naast de huisregels, ook duidelijk gedefinieerde beloningen en straffen. De huis-

regels, die een geheel van nauwkeurig omschreven voorschriften en verbodsbe-
palingen zijn, bepalen de levenscyclus van de *ingezetene*. Een beloning omvat
privileges die voorheen in het dagelijkse leven als vanzelfsprekend werden er-
varen. In de *totale institutie* worden deze privileges een na te streven doel. Het
tijdelijk of definitief ontzeggen van deze privileges is één van de mogelijke straf-
fen als reactie op het overtreden van de regels. Een andere mogelijke straf is
verlenging van het verblijf in de *totale institutie* (Goffman 1961, 48-51).

2.2.7 Hulpverlener – patiëntrelatie

Een belangrijke implicatie van het bureaucratisch besturen van grote groepen
mensen is de scheiding tussen staf en *ingezetenen* (Hillery 1963, 785, 787; Goff-
man 1961, 9; Gronfein 2000, 260). De sociale mobiliteit tussen beide groepen
is erg beperkt, er is een visueel onderscheid tussen hen en elke groep ziet de
andere in termen van vijandige stereotypen (Goffman 1961, 7). Het bestaan van
deze antagonistische stereotypen wordt vermoedelijk bestendigd door het ge-
ringe contact tussen de staf en de *ingezetenen* (Goffman 1975, 17; Hillery 1963,
789). Zowel de gesprekken tussen beide groepen als de informatie-uitwisseling
worden beperkt. Zo wordt de *ingezetene* zelden op de hoogte gesteld van de be-
slissingen omtrent zijn situatie, wat zorgt voor een zekere controle over hem of
haar. Toch bestaat er steeds de mogelijkheid tot een *betrokkenheidscyclus*. Hierbij
ontstaan er bij de staf gevoelens van medeleven en genegenheid ten aanzien van
een *ingezetene*, wat kan leiden tot ondermijning van autoriteit (Goffman 1961,
81-82, 93).

2.2.8 Perceptie van de patiënt met betrekking tot de opname

Goffman stelde een overheersend gevoel van persoonlijke ondoelmatigheid vast
bij vele *ingezetenen*. Als reactie op een klimaat van persoonlijk falen, zal de
ingezetene pogen een eigen verklaring te geven voor zijn actuele lagere status
(Goffman 1961, 67-68). Bij een persoon die zich vrijwillig heeft laten opnemen
in de *totale institutie* is dit echter veelal anders. In deze situatie heeft de patiënt
zich immers al gedeeltelijk onttrokken aan zijn thuiswereld. Hierdoor verloopt
de aanpassing minder moeizaam en kan het *mortificatieproces* bij een individu
dat gebukt gaat onder schuldgevoelens, een soort van psychologische opluchting
veroorzaken (Goffman 1961, 15, 47; McEwen 1980, 155).

2.2.9 Specifieke gedragspatronen van de patiënt

De *ingezetene* zal zich tijdens zijn verblijf moeten aanpassen aan het bovenge-
noemde *mortificatieproces* en het *privilegesysteem*. 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). Naar Goffmans mening aanvaardt de *ingezetene* alleen bij *conversie* volledig de definitie die de institutie hem oplegt. Hij neemt de visie van de leidinggevendenden over en probeert zich als de volmaakte *ingezetene* te gedragen (Goffman 1961, 63; Townsend 1976, 236, 265; Weinstein 2000, 283). Bij de drie andere aanpassingswijzen (*regressie* (zich terugtrekken), *onverzoenlijke lijn* (weigeren mee te werken), *kolonisering* (gemeenschap voor zichzelf opbouwen)) is de *ingezetene* 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).

Ook de secundaire aanpassingen geven de *ingezetene* 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 *ingezetenen* in staat stellen om verboden zaken te verwezenlijken of toegestane 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 *ingezetenen* sterk genoeg om uitingen van anoniem of massaal verzet te organiseren. 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).

2.3 Kritieken op ‘Asylums’

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). De auteur 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* (Sedgwick 2000, 200). Volgens critici is Goffmans ahistorische model erg beperkt daar zijn concept van de *totale institutie* statisch is, zelfs op het moment dat bijvoorbeeld het psychiatrisch landschap verscheidene veranderingen onderging (Quirk, Lelliot & Seale 2006, 2107; Goffman 1975, 6; McEwen 1980, 171; Weinstein 2000, 290-291). Andere auteurs zien hier geen graten in, daar Goffman geen historicus is en niet de intentie had de traditionele functies van de psychiatrische inrichting te schetsen (Weinstein 2000, 293).

Een verdienste van Goffmans werk was dat het de psychiaters aanzette na te denken 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 belangrijke conceptuele hulpmiddelen biedt voor de actuele studie van sociale controle. Het beeld dat hij schetst van de *ingezetene* is volgens Gronfein opmerkelijk wegens het sociologische karakter van de analyse en wegens zijn relatieve vrijheid van de invloed van de verschillende ziektebeelden (Gronfein 2000, 263-264; Goffman 1961, 128). Siegler en Osmond vinden dit laatste net een tekortkoming in zijn werk. Ze menen dat de patiënten de ziekenrol moet worden toegeschreven, waardoor ze worden vrijgesteld van hun normale rolverplichtingen en recht krijgen op hulp. Belangrijk hierbij is op te merken dat deze ziekenrol veelal moeilijk wordt aangenomen door de psychiatrische patiënt (Siegler & Osmond 2000, 164, 168-170; Weinstein 2000, 290). Killian en Bloomberg menen dat Goffman de *ingezetenen* 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 als McEwen, Sedgewick, Levinson en Gallagher, vinden dat Goffman te veel 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 ook zijn methodologie 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 *ingezetenen* heeft gekeken, wat Goffman reeds zelf aangeeft: "I want to warn that my view is probably too much that of a middle-class male" (Mechanic 1969, 89; Weinstein 2000, 291; Goffman 1961, x). 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).

3. Sociologische doorlichting van de PAAZ en afdeling X1 van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg

In het kwalitatieve onderzoeksdeel van dit artikel toetsen we Goffmans theorie van de *totale instituties* aan de actuele situatie in het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. Eerst belichten we de onderzoekssetting en de gehanteerde onderzoeksmethode. Vervolgens bespreken we de resultaten.

3.1 Onderzoeksetting

De gestelde onderzoeksvragen kunnen het meest accuraat beantwoord worden aan de hand van een gedetailleerde en intensieve analyse van een psychiatrisch ziekenhuis met een verscheidenheid aan afdelingen. In dit opzicht vormt het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg een geschikte onderzoeksetting. We bekijken eerst bondig het psychiatrische landschap in België. Vervolgens zoomen we in op de eigenlijk onderzoeksetting.

3.1.1 Context

De Psychiatrische Afdeling van het ziekenhuis Stuivenberg werd opgericht in 1907 onder de naam 'Bewaarhuis voor Geesteszieken' (Verhelst, Hancke & Goyvaerts 1991, 5, 57). Jaar na jaar kende men een toename van het aantal patiënten, uitzonderd tijdens de Eerste Wereldoorlog en het crisisjaar 1929 (Verhelst, Hancke & Goyvaerts 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, Hancke & Goyvaerts 1991, 91). De psychiatrie kwam nu op de lijst van de medische specialiteiten te staan (Peeters 2008, 10). Het besef groeide dat de infrastructuur van het Stuivenberg Ziekenhuis aan vernieuwing toe was om aan deze nieuwe visie te kunnen beantwoorden (Verhelst, Hancke & Goyvaerts 1991, 91). Vanaf dan neemt in het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg het belang van de medische controle en sociale rehabilitatie toe (Verhelst, Hancke & Goyvaerts 1991, 123-124). 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 een heel scala aan hulpverleningsvormen, waaronder de Centra voor geestelijke gezondheidszorg, Psychiatrische verzorgingstehuizen, Psychiatrische ziekenhuizen en Psychiatrische Afdelingen Algemeen Ziekenhuis (PAAZ).

3.1.2 De PAAZ en afdeling X1

Gezien het tijdsbestek van deze studie, konden niet alle afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg worden onderzocht. In dit opzicht werden de twee meest uiteenlopende afdelingen op basis van de pathologie, ernst van aandoening en afdelingswerking door verscheidene leidinggevenden binnen de psychiatrie geselecteerd. Op basis van deze criteria oordeelde men dat de PAAZ de meest open afdeling, en afdeling X1 de meest gesloten afdeling zijn van dit psychiatrisch ziekenhuis. Gezien het intrinsieke karakter van deze casestudy heeft dit onderzoek niet tot doel te kunnen generaliseren.

- De PAAZ biedt binnen het algemeen ziekenhuis ruimte voor mensen van alle leeftijden met psychische noden. Er zijn 60 bedden beschikbaar, ver-

spreid 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.

- Afdeling X1, die ook naam 'De Mozaïek' draagt, is een semi-open acute-opnameafdeling gericht op personen met een vroege psychotische stoornis. Ook deze patiënten worden begeleid door een gelijkaardig multidisciplinair team. Er zijn 24 plaatsen, die worden bezet door mannen en vrouwen tussen de 20 en 50 jaar. De opname kan enkele dagen tot meer dan een jaar in beslag nemen.

3.2 Onderzoeksmethode

Bij het toetsen van Goffmans ideaaltype aan beide afdelingen hanteren we de dataverzamelmethode zoals toegepast in 'Asylums', die werd beïnvloed door Goffmans 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 Goffmans methodologie ook grotendeels van toepassing op dit artikel. 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 door één onderzoeker. Participerende observatie is geëvolueerd naar een systematische combinatie van verschillende technieken en dataverzamelmethode. In dit onderzoek maken we gebruik van observaties, semigestructureerde interviews en schriftelijke documenten van de beide afdelingen, namelijk 'de opnamebrochure PAAZ', 'de informatiebrochure van de Mozaïek' en de individuele therapieschema's (ZNA 2009, 1; ZNA 2010, 1). We consulteren ook het boek *Psychose: een blik op behandeling*, geschreven door Dr. Peeters (2008), afdelingsarts van afdeling X1, om de correcte psychiatrische terminologie te hanteren. Dit boek bespreekt de klinische behandeling voor psychose binnen het ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. Wanneer in de resultatensectie verwezen wordt naar dit boek, is 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 datatriangulatie wordt bereikt (Mortelmans 2007, 141, 437).

De observaties en interviews zijn gebaseerd op een methodologische instrument dat voor dit onderzoek is ontwikkeld. In de eerste ontwikkelingsfase van dit instrument hebben we de verschillende aspecten van Goffmans theorie opgelijst. Vervolgens zijn indicatoren geïdentificeerd die deze verschillende aspecten operationaliseren. Hierna is bepaald met welke techniek deze indicator kan getoetst worden aan de werkelijkheid (I: interview, O: observatie,

S: schriftelijke documenten). Alle indicatoren zijn genummerd, om zo op een systematische wijze de interviews en observaties te analyseren. Tot slot zijn deze honderd indicatoren herschikt naar de verschillende thema's (zie linkse kolom tabel 4 en structuur artikel). We illustreren dit instrument met een voorbeeld:

Tabel 1. Een voorbeeld uit het methodologisch instrument: risico op institutionalisering.

Risico op institutionalisering			
Kenmerken	Indicatoren	Methode	Nr.
Toegangsprocedures	- Worden bezittingen geïnventariseerd voor bewaring?	I/O	18
	- Vindt er onderrichting van de nieuwe regels plaats?	O/S	19
Overschrijding persoonlijke grenzen	- Wordt informatie over het verleden van de patiënt genoteerd?	I/O	20
	- Vinden er bijeenkomsten plaats met andere patiënten om over zichzelf te spreken?	I/O	21
	- Zijn er vernederende situaties voor de patiënt met betrekking tot persoonlijke hygiëne of voeding?	O	22
	- Wordt de post geopend (en eventueel gecensureerd) door het personeel?	O	23
	- Moet de patiënt bezoek ontvangen onder toezicht?	I/O	24
	- Wordt de patiënt gefouilleerd?	I/O	25
Geen vrijheid voor gebruikelijke handelingen	- Moet de patiënt toestemming vragen voor eenvoudige zaken als roken, scheren, naar het toilet gaan, telefoneren, geld besteden en dergelijke?	I/O	26
	- Kan de patiënt ingaan tegen de - in de zijn/haar ogen - onredelijke bevelen van de staf?	I/O	27
	- Moet de patiënt gedwongen medicatie innemen?	I/O	28
	- Heeft het gedrag van een patiënt in één situatie ook gevolgen voor deze persoon in een andere context?	O	29
	- Moet de patiënt uniforme kledij dragen?	O	30

Risico op institutionalisering			
Kenmerken	Indicatoren	Methode	Nr.
Andere wijzen voor aantasting zelfbeeld	- Wordt de patiënt gestraft bij ongehoorzaamheid?	O	31
	- Heeft de patiënt nog verantwoordelijkheid over persoonlijke financiën, persoonlijke relaties, behuizing?	I	32
	- Kan de patiënt beschikken over eigen kleding, cosmetica, scheerspullen, badbenodigdheden en dergelijke?	I/O	33
Gedwongen relaties met anderen	- Ervaren patiënten de relaties tussen hen onderling (door samen te werken, te slapen en te ontspannen) als gedwongen?	I	34
	- Zijn er routine-inspecties door de staf?	I/O	35
Bestendiging initiele breuk	- Is er beperking van het bezoek in het begin?	I/O	36
	- Is er een beperking van andere manieren van contact (onder meer: mogelijkheid tot gebruik gsm? Mogelijkheid tot telefoneren of andere manier van contact?)	I/O	37

Aan de hand van dit instrument wordt gestreefd naar een zo gedetailleerd mogelijke toetsing van Goffmans theorie aan de twee afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg. Het dient onder meer als basis voor de opstelling van de interviews, waarbij er naast registratie ook gepeild is naar de reden van aan- of afwezigheid van de indicator. De observaties zijn genoteerd, interviews opgenomen en onmiddellijk verwerkt, waardoor geen waardevolle informatie is verloren gegaan. De vergaarde data zijn getoetst aan elk van de honderd indicatoren. Door deze systematische analyse is elk kenmerk meermaals geverifieerd. In het totaal zijn er, naast de observaties op beide afdelingen, 21 interviews afgenomen op de PAAZ en X1.

3.2.1 PAAZ

De onderzoeksrol op de PAAZ kan het best omschreven worden als de *participant als observator*. De nadruk in deze rol ligt op het participeren, waarbij gepoogd is het wankel evenwicht te behouden tussen de integratie in de onderzoekssetting en het afstand houden van de participanten (Mortelmans 2007, 140, 289).

Tabel 2 geeft een overzicht van de interviews en van de locaties waar geobserveerd is op deze afdeling. Hierbij dient opgemerkt te worden dat drie van de patiënten door het verplegend personeel werden voorgesteld, twee patiënten spraken we zelf aan en de laatste patiënt vroeg zelf een interview. Deze selectie van respondenten zou een vertekening van de onderzoeksresultaten kunnen betekenen.

Tabel 2. Overzicht van het onderzoek op PAAZ.

Observaties tijdens	de briefing van het verplegend personeel aan de psychiater de teamvergadering de gesprekken tussen de doktersassistente en patiënt de afdelingsvergadering tussen de patiënten de psycho-educatie de sociale-vaardigheidstraining de therapieën waaronder de creatieve therapie en muziektherapie de overige momenten in de gangen van de afdeling	
Interviews met	vier personeelsleden: – twee personen van de verpleging – één therapeute – één doktersassistente	Twintig minuten tot een uur per interview
	zes patiënten: – een goede weerspiegeling van de patiëntenpopulatie, daar er een overwicht aan vrouwen werd geïnterviewd, van verschillende leeftijdscategorieën, met diverse ziektebeelden en lengte van opname	Gemiddeld een half uur per interview

3.2.2 Afdeling X1

Op afdeling X1 kan de onderzoeksrol het best omschreven worden als *observer als participant*, daar de leidinggevenden van de afdeling niet toelieten te participeren in de setting, wat een mogelijke bias van de onderzoeksresultaten zou kunnen betekenen. De klemtoon ligt meer op het observeren, waardoor we eerder als een buitenstaander werden geïdentificeerd. Dit heeft een grotere oppervlakkigheid van de contacten tot nadeel en maakt het risico op subjectieve waarnemingen en interpretaties groter (Mortelmans 2007, 289). Toch zijn we van mening de patiënten en personeel te hebben kunnen observeren in hun dagelijkse werkelijke hoedanigheid, daar de patiënten en verpleging op voorhand niet op de hoogte waren van het onderzoek en het mogelijk was om alle patiënten aan te spreken en te interviewen. Tabel 3 geeft een overzicht van het onderzoek op X1.

Tabel 3. Overzicht van het onderzoek op afdeling X1.

Observaties in	de leefruimte van de patiënten de gangen de verpleegpost	
Interviews met	vijf personeelsleden: – twee verpleegsters – een psychologe van de afdeling – de doktersassistente van de afdeling – de coördinator van het psychosecircuit	Twintig minuten tot drie kwartier per interview
	zes patiënten: – relatief goede representatie van de patiëntenpopulatie, namelijk mannen met leeftijd tussen de 20 en 50 jaar die een rust- of observatieprogramma volgden of in het therapieprogramma 'Prisma' participeerden	Tien minuten tot een half uur per interview

3.3 Onderzoeksresultaten

Vooraleer de resultaten van het kwalitatieve onderzoek onder de loep worden genomen, is het belangrijk op te merken dat elke opname op de psychiatrische afdeling X1 en PAAZ een individueel verhaal is met eigen accenten (onder meer verschillende pathologie en fase in het herstelproces), waardoor een zekere veralgemening van patiëntenervaringen nauwelijks mogelijk en wenselijk is.

Bij de beschrijving van de resultaten wordt de term *ingezetene* vervangen door *patiënt* en de term *staf* vervangen door begrippen als *multidisciplinair team*, (*verplegend*) *personeel* en *hulpverlening*, daar deze termen op beide afdelingen gehanteerd worden.

3.3.1 Doelstelling van opname

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). Volgens de geïnterviewde personeelsleden is deze uitspraak deels correct voor afdeling XI, waar (psychotische) mensen gedwongen worden opgenomen en veelal geen ziektebesef hebben. Ze merken echter op dat het tevens een bescherming is van de patiënt naar zichzelf en de maatschappij toe. Zo zegt de doktersassistente van de PAAZ met betrekking tot Goffmans visie:

“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 aankun-

nen, 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).

Op beide afdelingen meent het personeel desalniettemin dat de patiënt en zijn hulpvraag steeds centraal staan. Observaties tonen aan dat op X1 de focus ligt op intensieve zorg, observatie, diagnosticeren en therapie, terwijl deze op de PAAZ voornamelijk ligt op rust, observatie en therapie.

3.3.2 *Scheiding met de buitenwereld*

Goffman stelt dat de wereld van de patiënt volledig kan worden gemanipuleerd door het toezichthoudende personeel, daar men zowel fysiek, als mentaal en sociaal afgescheiden wordt van de buitenwereld (Goffman 1975, 17-19, 21). De observaties tonen aan dat afdeling X1 zich achter gesloten deuren bevindt met camera's in de twee isolatiekamers en in de gang. Sommige patiënten van deze afdeling krijgen de toestemming om zonder begeleiding naar de therapie buiten de afdeling te gaan, wat er soms toe leidt dat de patiënt zonder toestemming het ziekenhuis verlaat. Op de PAAZ zijn behalve in de prikkelarme ruimte geen camera's aanwezig, zijn de deuren niet op slot en mogen patiënten vrij naar andere delen van het ziekenhuis gaan.

Naast de fysieke scheiding, meent Goffman dat er ook een scheiding op sociaal vlak bestaat, namelijk een onverenigbaarheid met de werk- en beloningsstructuur in de maatschappij en met het gezin (Goffman 1961, 11). Omdat men de focus wil leggen op herstel, bestaat er op de PAAZ en X1 geen mogelijkheid tot arbeid of het combineren van opname met werk. Observaties tonen aan dat men enkel activiteiten aanbiedt in het raam van de therapie. Daarnaast wordt de onverenigbaarheid met het gezin door alle patiënten van beide afdelingen tegengesproken, daar men meent over voldoende mogelijkheden te beschikken om – indien gewenst – contact te houden met de buitenwereld. Volgens de patiënten van de PAAZ volstaan hiervoor de bezoeken en (sociaal) verlopen, de mogelijkheid om te bellen met de afdelingstelefoon of gsm en de toegang tot het internet. Hoewel voor patiënten van afdeling X1 de mogelijkheden beperkter zijn dan op de PAAZ, zijn ook zij tevreden over dit aspect. Het multidisciplinair team van X1 geeft aan zoveel als mogelijk en wenselijk de familie te betrekken bij de behandeling om te vermijden dat de terugkeer na de behandeling a priori gehypothekeerd wordt (Peeters 2008, 92).

3.3.3 *Dagindeling en tijdsbesteding*

Op beide afdelingen wordt het programma van de patiënt net als in Goffmans theorie van hogerhand opgelegd (Goffman 1961, 6). Observaties en interviews

met zowel patiënten als personeel tonen aan dat patiënten van afdeling X1 erg weinig inspraak hebben in de bepaling van het programma. De vrije momenten in het therapieprogramma van deze afdeling worden ingelast als rustmomenten. Volgens de patiënten en personeel van de PAAZ wordt in de therapieprogramma's van deze afdeling meer ruimte gelaten voor dialoog tussen de therapeut en de patiënt over diens wensen en verwachtingen. Hierin worden ook doelbewust open ruimtes geprogrammeerd om zo de zelfstandigheid van de patiënt te stimuleren. Een geïnterviewde patiënte vond dit een opmerkelijke verbetering tegenover een vorige opname op een PAAZ-afdeling in een ander ziekenhuis. Zo vertelde zij:

“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).

De keerzijde van zulke vrijheid is dat niet alle patiënten deze verantwoordelijkheid aan kunnen en bijvoorbeeld niet voldoende eten, zoals observaties hebben aangetoond.

3.3.4 *Diagnose en behandeling*

De behandeling van de patiënt begint met de diagnose, die Goffman ziet als het toekennen van een officieel label aan de patiënt, waarbij het gevaar dreigt te vervallen in etnocentrisme (Goffman 1961, 363-364). Het personeel van X1 beseft dat de grens tussen pathologisch gedrag en sociaal onwenselijk gedrag soms erg dun is. Men meent echter voldoende grondslag te hebben om op basis van diverse criteria een objectief oordeel te vellen. Zo baseert men zich onder meer op een observatieperiode van twee weken en de resultaten van fysieke onderzoeken zoals een CT-scan (ZNA 2010, 3). Uit interviews met het personeel blijkt dat men op de PAAZ binnen het multidisciplinaire team enkel met diagnoses werkt om de communicatie te vereenvoudigen. De observatie van consultaties tussen patiënt en doktersassistente en interviews met personeel tonen aan dat naar de patiënt toe niet in termen van diagnoses wordt gesproken, maar eerder in termen van eigenschappen waaraan de patiënt wil en kan werken.

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). De therapieprogramma's van patiënten van de PAAZ illustreren dat elk programma op maat van de patiënt wordt gemaakt door het multidisciplinaire team, nadat de patiënt via het 'introductieprogramma' kennis heeft gemaakt met de afdeling en de verschillende therapie mogelijkheden. Voor de patiënten van X1 bestaan er vijf mogelijke behandelprogramma's over de verschillende afdelingen van het psychosecircuit heen.

Goffman stelt dat maatregelen die regulering van een groot aantal patiënten door een kleine staf 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). Deze verantwoording wordt ook door de hulpverlening van afdeling X1 gehanteerd. Op deze afdeling zijn er twee isolatiecellen aanwezig die volgens het personeel tot doel hebben de verwarring- en agitatieopwekkende prikkels te vermijden (Peeters 2008, 126). Op de PAAZ is een dergelijke isolatiecel niet aanwezig.

Een ander voorbeeld is volgens Goffman het al dan niet verplicht innemen van medicatie omwille van gezondheidsredenen, wat volgens hem in essentie een functionele maatregel is om de afdeling beheersbaar te houden (Goffman 1961, 47). Op beide afdelingen verklaart het personeel het nemen van medicatie als een tijdelijke maatregel om de patiënt rustiger te maken en hem of haar meer ruimte te geven om gevoelens en gedachten te ordenen. Sommige patiënten van de PAAZ zien de medicatie inderdaad als een ruggensteun bij het begin van de opname, terwijl andere patiënten aangaven zich niet goed te voelen bij het nemen van deze medicatie en er enorm suf van werden. Op X1 vinden sommige patiënten het geen probleem de medicatie te nemen, terwijl een andere patiënt hier tegen was en geen medicatie nam. Wanneer een patiënt op afdeling X1 de controle op een bepaald moment kwijt is, is het mogelijk dat medicatie verplicht wordt toegediend bijvoorbeeld via een inspuiting. Zo vertelde een patiënt van X1:

“Toen ik werd gecolloqueerd hebben ze me vastgebonden 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” (Manelijke patiënt, X1).

Medicatie is volgens beide multidisciplinaire teams ook belangrijk om de patiënt in de therapieën beter te laten functioneren. De opname op zichzelf heeft immers 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 e.a. 2010, 5). Daarnaast vindt het personeel van afdeling X1 het erg belangrijk om de patiënt zo snel als mogelijk ziektebesef aan te leren, te motiveren en te controleren op het gebruik van medicatie, daar er een kans van 80% bestaat te hervallen bij het stopzetten van de medicatie na opname (Sienaert s.d, 19).

3.3.5 *Risico op institutionalisering*

Tijdens het verblijf op een van beide afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg kan de patiënt moeilijker gelijke tred houden met de gebeurtenis-

sen in de buitenwereld. Het personeel probeert op beide afdeling wel de geïmporteerde cultuur van de patiënt op verschillende manieren zoveel als mogelijk te bewaren, in tegenstelling tot Goffmans observaties (Goffman 1961, 13). Zo worden ten eerste de patiënten gestimuleerd om de verantwoordelijkheden met betrekking tot de eigen sociaalfinanciële situatie te behouden, zoals uit observaties blijkt. Enkel indien werkelijk nodig verleent de sociale dienst ondersteuning of neemt deze enkele dossiers voor zijn rekening. Men merkt immers dat patiënten snel geneigd zijn al hun zaken uit handen te geven, wat nadelig is voor de re-integratie. Een tweede manier om de eigenheid van patiënten te behouden, is het toekennen van verlof en het toelaten van bezoek. Observaties tonen aan dat het multidisciplinaire team het bezoek in het begin in zekere mate zal beperken, zoals ook Goffman opmerkt (Goffman 1961, 14-15). Goffman interpreteert deze beperking als een wijze om de deconstructie en reconstructie van het zelfbeeld te bestendigen. Het personeel van X1 ziet dit beperken van bezoek als een therapeutisch maatregel om de prikkels voor de patiënt in het begin zo gering mogelijk te houden (Goffman 1961, 14-15; Holmes 2005, 10). Op de PAAZ zien we dat in de eerste week van opname bezoek reeds mogelijk is, verlof echter nog niet. Ten derde probeert het personeel op de PAAZ door ruimtes in het therapieprogramma de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van de patiënten te stimuleren, zoals hierboven vermeld. Op afdeling X1 meent het personeel dit te bewerkstelligen door de grenzen tussen de afdelingen van het psychosecircuit meer open te maken om zo meer de intrinsieke motivatie van de patiënt aan te spreken.

Met betrekking tot de verstoring van de gebruikelijke relatie van het individu met zijn handelingen, die symbool staan voor de zelfbeschikking van de mens, observeren we op afdeling X1 dat sommige patiënten wier toestandbeeld het volgens de hulpverlening vereist, toestemming moeten vragen voor kleine dagelijkse activiteiten, zoals bijvoorbeeld roken (Goffman 1961, 43). Op de PAAZ staat het de patiënt vrij te roken maar is het verboden om piercings en tatoeages te laten zetten tijdens de opname. De verpleging verantwoordt deze beperking als een maatregel om de patiënt te beschermen tegen impulsieve acties waar hij/zij later mogelijk spijt zou van kunnen hebben. Men controleert de patiënten van X1 ook (on)aangekondigd op het gebruik van verboden middelen, zoals drugs en alcohol, wat het personeel ziet als een manier om de patiënt te ondersteunen in zijn herstelproces. Zo is bijvoorbeeld cannabisgebruik een belangrijke trigger van psychose, wat ook in wetenschappelijke literatuur bevestigd wordt (Merlo e.a. s.d., n.p.). Ook het verzamelen van informatie over het verleden van de patiënt gebeurt op beide afdelingen. Goffman beschouwt dit als een inbreuk op de privacy, terwijl dit door het personeel van beide afdelingen vanuit therapeutisch oogpunt als noodzakelijk wordt gezien (Goffman 1975, 27).

De breuk met de oude identiteit en de nieuwe rol en positie van de *ingezetene* worden volgens Goffmans observaties benadrukt door kledij en bezittingen

(Goffman 196, 16). Op de PAAZ dragen de patiënten en personeel gewone kledij. Op X1 draagt het verplegend personeel een uniform en is het mogelijk dat sommige patiënten gedurende een bepaalde periode doorheen de dag verplicht een pyjama moeten dragen. Deze kledij bestendigt de breuk met leven buiten de afdeling en schrijft de patiënt ook de *ziekenrol* toe, wat volgens de hulpverlening niet onbelangrijk is, daar vele patiënten op afdeling X1 zichzelf niet als ziek beschouwen. Wanneer het personeel de tijd rijp acht, krijgt de patiënt zijn gewone kleren terug. Hiernaast wordt er individueel gekeken wanneer en welke persoonlijke voorwerpen de patiënt terug zal krijgen na inventarisering. 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). Het personeel van de PAAZ geeft aan dat dit belangrijk is om patiënten zoveel mogelijk eigenheid en verbondenheid met de maatschappij te doen behouden. In dit kader vertelde een patiënte van de PAAZ:

“Je mag bijvoorbeeld foto's en boeken meenemen, 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 het personeel 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. Volgens de psychologe en doktersassistente heeft dit voornamelijk te maken met de pathologie van de patiënt.

3.3.6 *Normen en sancties*

De regels en eventuele sancties hebben volgens beide multidisciplinaire teams voornamelijk tot doel de leefbaarheid op de afdeling te garanderen en een therapeutisch klimaat te creëren. Op de PAAZ verwacht het personeel dat de ruimte die ontstaat ten gevolge van de afwezigheid van strikte regels, door de patiënt verantwoordelijk en zelfstandig wordt ingevuld. Op afdeling X1 gelden er meer regels dan op de PAAZ. Het multidisciplinaire team verantwoordt dit door te stellen dat men poogt door duidelijkheid en voorspelbaarheid een externe structuur op te leggen aan een intern vaak chaotische patiënt (Peeters 2008, 61). 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 zothuis” (Mannelijke patiënt, X1).

Uit de observaties blijkt een desegregatie van de levenssferen, waardoor gedrag van een persoon in één situatie gevolgen heeft voor deze persoon in een andere context, zoals ook Goffman aangeeft (Goffman 1961, 5-6). Een overtreding van de regels kent echter op beide afdelingen geen vaststaande sanctie, zoals blijkt uit observaties en interviews met patiënten en personeel. Men gaat op beide afdelingen erg persoonlijk evalueren wat een gepast antwoord is op een bepaald gedrag, in tegenstelling tot het uniforme *privilegesysteem* dat Goffman beschrijft (Goffman 1975, 44-46). Hierbij speelt de pathologie een belangrijke rol. De sancties op X1 zijn ook afhankelijk van het feit of de patiënt al dan niet vrijwillig is opgenomen. Zo kan men een gedwongen opgenomen patiënt niet ontslagen indien deze 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 beide afdelingen naar voren, daar patiënten van de PAAZ kunnen gestraft worden door ontslag, terwijl patiënten van X1 mogelijk gestraft worden door opsluiting.

3.3.7 Hulpverlener-patiëntrelatie

De fundamentele scheiding tussen een grote groep *ingezetenen* en een kleine toezichthoudende staf is een belangrijk kenmerk van de bureaucratische organisatie in de *totale institutie* (Goffman 1961, 9). De geobserveerde afdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg kennen beide een relatief omvangrijk multidisciplinair 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 erover eens dat er een gezonde informele relatie van koele nabijheid tussen hen bestaat, in tegenstelling tot Goffmans beschrijving van het bestaan van een vijandig klimaat tussen beide groepen (Goffman 1961, 7; Peeters 2008, 94). Desalniettemin probeert het personeel, zoals ook Goffman stelt, een duidelijke scheiding tussen hen en de patiënten te bewerkstelligen (Goffman 1961, 9). 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. Ook op X1 vonden de patiënten deze – naar hun persoonlijk aanvoelen – meer afstandelijke relatie gezond.

Observaties en interviews met patiënten van de PAAZ tonen echter aan dat de relatie tussen de patiënten en het verplegend personeel meer of minder formeel is naar gelang van de situatie. Bijvoorbeeld in de rookkamer is de relatie informeler dan in de duidelijke patiënt-verpleegkundigerelatie. De hulpverlening is zich bewust van de mogelijkheid tot het bestaan van een – in Goffmans termen –

betrokkenheidscyclus (Goffman 1961, 81-82). Men geeft op beide afdelingen aan dat dit deontologisch niet is toegestaan, en indien nodig door tussenkomst van collega's tot het minimum kan beperkt worden.

3.3.8 *Perceptie van de patiënt met betrekking tot de opname*

Getuigenissen van het personeel en interviews met patiënten tonen aan dat de patiënten op beide afdelingen de werkelijkheid verdraaien of een eigen diagnose stellen. Dit is volgens het personeel wederom nauw verbonden met de pathologie en niet zozeer een reactie op het klimaat van persoonlijk falen zoals Goffman stelt (Goffman 1961, 67). Patiënten van de PAAZ geven immers aan dat ze de periode van opname doorgaans niet beschouwen als verloren tijd en de opname op zichzelf niet bekijken als een smet op hun blazoen. Hierbij is het belangrijk op te merken dat een zeker aantal patiënten vrijwillig wordt opgenomen, wat naar Goffmans analyse een soort psychologische opluchting kan veroorzaken en tot minder moeizame aanpassing leidt in vergelijking met de gedwongen opgenomen patiënten (Goffman 1961, 15; McEwen 1980, 155).

De al of niet aanwezigheid van ziektebesef en ziekte-inzicht speelt volgens de hulpverlening een belangrijke rol in het beoordelen van de opname op X1. Zelfs indien volgens het interview de patiënt de opname eerder als nutteloos beschouwt, geeft deze veelal aan dat het verblijf op de afdeling hem iets heeft geleerd, zoals het opnieuw leren sociaal handelen of rust brengen in zijn dagelijks leven. 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” (Manelijke patiënt, X1).

3.3.9 *Specifieke gedragspatronen van de patiënt*

De aanpassingswijzen aan het *mortificatieproces* en *privilegesysteem* zoals door Goffman beschreven zijn volgens de geïnterviewde personeelsleden voornamelijk afhankelijk van de pathologie (Goffman 1961, 61-64). Op de PAAZ geeft een personeelslid aan dat men de term *innesteling* hanteert 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. Goffmans *onverzoenlijke lijn* wordt door een personeelslid van de PAAZ hoofdzakelijk geïnterpreteerd als gedrag van personen die hun eigenwaarde van andere mensen moeten krijgen, veeleer dan van zichzelf. Zo zullen de patiënten dit gedrag mogelijk stellen om een dynamiek tegen de verpleging te creëren. Wanneer dit gedrag extreem is,

kan de opname in vraag worden gesteld, daar de PAAZ een open afdeling is met vrijwillige opname. De derde aanpassingsvorm, *regressie*, komt soms voor op afdeling X1, maar dit is wederom afhankelijk van de pathologie stelt de hulpverlening. Personen met een manische psychose gedragen zich bijvoorbeeld net tegenovergesteld. Tot slot komt soms *conversie* voor op beide afdelingen. Het personeel geeft aan 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.

Een van de mogelijke *secundaire aanpassingen* zijn *collectieve plagerijen* (Goffman 1961, 58). Op de PAAZ staan de hulpverleners relatief weigerachtig tegenover zulke 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. 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.

4. Discussie

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 zijn we van mening dat Goffman een goede sociologische analyse geeft van de organisatie van de *totale institutie an sich*. Door zijn scherpe analyse en zijn ideaaltype is zijn werk voor velen een aanzet geweest om stil te staan bij dit onderwerp, waarvan dit onderzoek een getuige is. Het fundamentele van zijn analyse is vandaag de dag nog steeds waardevol en bruikbaar voor sociologisch onderzoek naar de sociale situatie van psychiatrische patiënten. Zo zijn bijna alle kenmerken van het methodologisch instrument vandaag in bepaalde mate terug te vinden in de bestudeerde setting, zoals blijkt uit onderstaande synthesesetabel. De negen ankerpunten in de linkse kolom zijn een consolidatie van de kenmerken en indicatoren die voor dit onderzoek werden gedestilleerd uit Goffmans theorie en die de basis vormden voor het hier gepresenteerde onderzoek. De grote lijnen van de twee onderzochte afdelingen en van Goffmans beschrijvingen worden ten aanzien van deze ankerpunten vergeleken.

Tabel 4. Synthese van de analyse.

	Goffman	ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg	
	Psychiatrische inrichting als <i>totale institutie</i>	Afdeling X1	PAAZ
Doelstelling van opname	Officieel: rehabilitatie	Intensieve zorg, observatie, diagnosticeren en mogelijk therapie	Rust, observatie en therapie
	Officieus: Meer bewakingsfunctie om maatschappij te beschermen dan verzorgingsfunctie	Een zekere bewakingsfunctie om maatschappij te beschermen	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	Allesomvattend rationeel plan opgelegd door de staf	Op maat van de patiënt met relatief weinig keuzevrijheid	Op maat van de patiënt met relatief veel keuzevrijheid
Diagnose en behandeling	Diagnose: officieel label, gevaar voor etnocentrisme	Diagnose: onder andere op basis van fysieke onderzoeken	Diagnose: niet gehanteerd naar patiënt toe
	Standaardbehandeling	Vijf mogelijke behandelprogramma's	Op maat van de patiënt
Risico op institutionalisering	Groot	Relatief groot	Relatief klein
Normen en sancties	Vastgelegd en uniform, strikte toepassing	Op maat van de patiënt, structurerend	Op maat van de patiënt, relatief vrij
	Mogelijke sanctie: verlenging opname	Mogelijke sanctie: <i>lock-in</i>	Mogelijke sanctie: <i>lock-out</i>
Hulpverleners-patiënt relatie	Zeer formeel en afstandelijk, erg beperkt contact	Minder informele relatie van koele nabijheid, dialoog staat centraal	Meer informele relatie van koele nabijheid, dialoog staat centraal
	Visueel onderscheid	Visueel onderscheid	Geen visueel onderscheid

	Goffman	ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg	
	Psychiatrische inrichting als <i>totale institutie</i>	Afdeling X1	PAAZ
Perceptie van de patiënt m.b.t. opname	Gevoel van ondoelmatigheid	Geen ziektebesef: eerder gevoel van ondoelmatigheid Wel ziektebesef: eerder gevoel van doelmatigheid	Doorgaans gevoel van doelmatigheid
Specifieke gedragspatronen van de patiënt	Aanpassingsgedrag om met spanning tussen institutionele en thuiswereld om te gaan	Afhankelijk van de pathologie	

GESLOTENHEID ←————→ **OPENHEID**

De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek bevestigen de indeling van de twee onderzochte afdelingen naar open- en geslotenheid. 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. Een metafoor kan onze inzichten luister bijzetten. 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.

De verantwoording door het personeel is vaak nog dezelfde als in Goffmans periode. Als onderzoeker is het moeilijk objectief te evalueren of het personeel de zorgvraag van de patiënt centraal stelt of eerder een maatregel verbloemt die de beheersbaarheid van de patiënten en de leefbaarheid van de afdeling beoogt. Wat we wel vaststellen is dat de mening van de patiënten vaak gelijkaardig is aan deze van het personeel. Hierbij is het eveneens niet eenvoudig objectief te beoordelen of dit werkelijk de vrije mening is van de patiënt of eerder een ge-

volg is van het – in Goffmans termen – omvormen van de patiënt naar de ideale maatstaf van de *totale institutie* (Goffman 196, 74). Bij deze bevindingen merken we drie belangrijke zaken op. Ten eerste is het standpunt waaruit men dit alles interpreteert en het geloof in de psychiatrische problematiek en hulpverlening, erg belangrijk. Goffman hecht hier weinig geloof aan, wat hij in zekere zin in zijn voorwoord ook 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). Anderzijds zou men kunnen opmerken dat in dit onderzoek misschien te veel geloof wordt gehecht aan de therapeutische werking. Toch is geprobeerd met een kritische blik beide afdelingen te observeren, door zoveel als mogelijk in vraag te stellen en waar mogelijk natuurwetenschappelijke ondersteuning te zoeken. Ten tweede menen we dat het belangrijk is om in een hedendaagse analyse van een PAAZ en afdeling X1, de pathologie meer op de voorgrond te laten treden dan in Goffmans analyse. Het vrijwel buiten beschouwing laten hiervan, kan ten koste gaan van een correct begrip van de patiëntenwereld, de houding van het multidisciplinaire team, de regels, de verbods- en gebodsbepalingen. Bijgevolg worden ook hierdoor aspecten van de psychiatrische inrichting die zowel in deze studie als door Goffman zijn geobserveerd, verschillend gepercipieerd. Ten derde, dient naast het heden ook het verleden mee in ogenschouw genomen te worden, in tegenstelling tot Goffman die geen gewag maakt van historische beschouwingen. Hierdoor blijft hij bijna volledig blind voor de aan gang zijnde veranderingen, zoals het gebruik van psychofarmaca en gemeenschapsbehandelingen, die vandaag standaard worden toegepast.

Dit onderzoek toont aan dat Goffmans werk uit de jaren 60 in de hedendaagse context nog steeds een basis kan vormen voor sociologisch onderzoek naar organisaties zoals de residentiële psychiatrische zorg.

BIBLIOGRAFIE

- Gardner, D.M., Murphy, A.L., O'Donnel, H., Centorrino, F. & Baldessarini, R. (2010), International Consensus Study of Antipsychotic Dosing, *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 686-69.
- Goffman, E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books Doubleday & Company.
- Goffman, E. (1975), *Totale instituties*. Amsterdam: Universitaire Pers.
- Gronfein, W. (1999), Sundered Selves: Mental Illness and the Interaction Order in the Work of Erving Goffman, pp. 81-103 in G. Smith (ed.), *Goffman and Social Organization: Studies in Sociological Legacy*. London: Routledge.
- Gronfein, W. (2000), Goffman's Asylums and the Social Control of the Mentally Ill, pp. 255-279 in G.A. Fine & G.W.H. Smith (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*. London: Sage Publications Ltd.

- Hillery, G.A. (1963), Villages, Cities, and Total Institutions, *American Sociological Review*, 28(5), 779-791.
- Holmes, D. (2005), Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections, *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- 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, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 346-355.
- Liégeois, A. & Van Audenhove, C. (2001), Ethische dilemma's in de vermaatschappelijking van de GGZ in Vlaanderen, *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 11(4), 107-113.
- McEwen, C.A. (1980), Continuities in the Study of Total and Nontotal Institutions, *Annual Review of Sociology*, 6, 143-185.
- McHugh, P.R. (1992), Psychiatric Misadventures, *The American Scholar*, 61(4), 497-510.
- Mechanic, D. (1969), *Mental Health and Social Policy*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 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*. s.l.: Revue Médicale Suisse (<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=22989>).
- Miller, P. (1986), Critiques of Psychiatric and Critical Sociologies of Madness, pp. 12-42 in P. Miller & N. Rose (eds.), *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity Press.
- Mortelmans, D. (2007), *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Muench, J. & Hammer, A.M. (2010), Adverse Effects of Antipsychotic Medications, *American Family Physician*, 81(5), 617-622.
- Office of Monitoring Systems (2009), *December 2008 Trend Analysis: Hospital Statistics*. Washington, D.C.: Government of the District of Columbia Department of Mental Health (DMH) (<http://dmh.dc.gov/dmh/frames.asp?doc=/dmh/lib/dmh/pdf/seh-monthlytrendanalysisDecember2008.pdf>).
- Peele, R., Luisada, P.V., Lucas, M.J., Rudisell, D. & Taylor, D. (2000), Asylums Revisited, pp. 184-192 in G.A. Fine & G.W.H. Smith (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*. London: Sage Publications Ltd.
- Peeters, M.J. (2008), *Psychose: een blik op behandeling*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Petry, D. & Nuy, M. (1997), *De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronische psychiatrische beperkingen*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Pike, E.C.J. & Beames, S.K. (2007), A Critical Interactionist Analysis of 'Youth Development' Expeditions, *Leisure Studies*, 26(2), 147-159.
- Quirk, A., Lelliot, P. & Seale, C. (2006), The Permeable Institution: An Ethnographic Study of Three Acute Psychiatric Wards in London, *Social Science & Medicine*, 63(8), 2105-2117.
- Rogers, A., Pilgrim, A. & Lacey, R. (1993), *Experiencing Psychiatry: Users' Views of Services*. Basingstoke: Macmillan.
- Schnabel, P. (s.d.), Erving Goffman, pp. 26-44 in L. Rademaker (ed.), *Hoofdfiguren in de sociologie/3*. Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum.
- Sedgewick, P. (2000), Psycho-Medical Dualism: The Case of Erving Goffman, pp. 193-211 in G.A. Fine & G.W.H. Smith (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*. London: Sage Publications Ltd.

- Siegler, M. & Osmond, H. (2000), Goffman's Model of Mental Illness, pp. 163-172 in G.A. Fine & G.W.H. Smith (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*. London: Sage Publications Ltd.
- Sienaert, P. (s.d.), *Informatie voor Familieleden omtrent Psychose: Info P2*. Heverlee: Similes (<http://nl.similes.be/file?file=1528&ssn>).
- Townsend, J.M. (1976), Self-concept and the Institutionalization of Mental Patients: An Overview and Critique, *Journal of Health and Social Behavior*, 17(3), 263-271.
- Verhelst, D., Hancke, C. & Goyvaerts, G. (1991), *Geschiedenis van de psychiatrische zorg in Antwerpen*. Antwerpen: O.C.M.W. Antwerpen.
- Weinstein, R.M. (2000), Goffman's Asylums and the Total Institution Model of Mental Hospitals, pp. 280-304 in G.A. Fine & G.W.H. Smith (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*. London: Sage Publications Ltd.
- Williams, S. (2000), Goffman, Interactionism, and the Management of Stigma in Everyday Life, pp. 212-238 in G.A. Fine & G.W.H. Smith (eds.), *Erving Goffman: Sage Masters of Modern Social Thought*. London: Sage Publications Ltd.
- ZNA (2009), *Opnamebrochure PAAZ*. Antwerpen: ZNA Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg.
- ZNA (2010), *De Mozaïek, afdeling psychosezorg: informatiebrochure*. Antwerpen: ZNA Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg.