

Stigmatisering bij onbegrepen gedrag

Een realistische evaluatie benadering naar hoe context en mechanismen bijdragen aan (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag



university of
 groningen

faculty of behavioural
 and social sciences



Drentse
 Kenniswerkplaats
 Onbegrepen Gedrag

~ Master Scriptie ~

Naam	Megan Davina
Studentnummer	5694558
Master	Sociologie van de criminaliteit en veiligheid Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen Rijksuniversiteit Groningen
Scriptiebegeleider	prof. dr. René Veenstra
Referent	dr. Rudi Wielers
Stageorganisatie	Lectoraat verslavingskunde en forensische zorg Drentse Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag
Externe begeleider	dr. Sofie Lorijn
Datum	16 juli 2025
Engelse Titel	Stigmatization in Misunderstood Behaviour: A Realist Evaluation Approach to How Context and Mechanisms Contribute to the (De)stigmatization of People with Misunderstood Behaviour

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie, getiteld *“Stigmatisering bij onbegrepen gedrag: een realistische evaluatiebenadering naar hoe context en mechanismen bijdragen aan (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag”*. Deze scriptie vormt de afsluiting van de master Sociologie, specialisatie Criminaliteit & Veiligheid, aan de Rijksuniversiteit Groningen.

De aanleiding voor dit onderzoek ontstond tijdens mijn stage bij het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg, verbonden aan de Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Drenthe. Binnen deze kenniswerkplaats werd reeds breder onderzoek gedaan naar samenwerking binnen de triade. Mijn onderzoek is hieruit voortgekomen als een verdiepend onderdeel, met specifieke aandacht voor stigmatisering.

Voorafgaand aan deze masteropleiding heb ik de studie Gezondheid & Technologie afgerond aan Saxion Hogeschool, waarna ik als gediplomeerd verpleegkundige ben gaan werken in het Universitair Centrum Psychiatrie. Deze achtergrond in de zorg heeft mijn betrokkenheid bij het onderwerp versterkt en mijn motivatie gevoed om me te verdiepen in hoe stigma ontstaat en doorwerkt in het leven van mensen met onbegrepen gedrag.

In mijn onderzoek heb ik me gericht op één casus, met als doel om niet de frequentie, maar de onderliggende mechanismen van stigmatisering te doorgronden. De keuze voor een realistische evaluatiebenadering bleek uitdagend, maar bood tegelijkertijd waardevolle inzichten. Het werken met deze methode heeft me geleerd hoe context en mechanismen samenkomen in sociale processen zoals stigma.

Mijn bijzondere dank gaat uit naar Dr. Sofie Lorijn, mijn stagebegeleider, voor haar waardevolle begeleiding, betrokkenheid en beschikbaarheid als sparringpartner tijdens het gehele proces. Ook ben ik zeer dankbaar voor de openheid en het vertrouwen van de deelnemer aan mijn casusstudie. Zijn persoonlijke verhaal heeft deze scriptie inhoud en betekenis gegeven. Verder wil ik mijn scriptiebegeleider Prof. Dr. René Veenstra bedanken voor zijn kritische blik en snelle, heldere feedback. Dank ook aan mijn referent Dr. Rudi Wielers voor zijn waardevolle feedback en fijne ondersteuning.

Tot slot hoop ik dat deze scriptie bijdraagt aan meer bewustwording: over hoe snel we oordelen, hoe systemen afstand kunnen creëren en hoe belangrijk het is om mensen met onbegrepen gedrag te blijven zien en betrekken als volwaardige personen in de samenleving.

Ik wens u veel leesplezier.

Samenvatting

In Nederland komen steeds meer mensen in de knel door gedrag dat anderen niet begrijpen. Deze zogenoemde meldingen van ‘onbegrepen’ of ‘verward’ gedrag leiden vaak tot politie-inzet en overlastregistraties, terwijl de onderliggende problemen zelden goed worden aangepakt. De maatschappelijke druk om overlast snel op te lossen heeft ertoe geleid dat deze mensen regelmatig worden gezien en behandeld als een probleem, in plaats van personen met een mogelijke hulpvraag.

Hoewel er veel bekend is over stigma bij psychische aandoeningen, is nog relatief weinig onderzocht hoe stigma specifiek ontstaat en doorwerkt bij mensen met onbegrepen gedrag. Dit onderzoek richt zich daarom op de vraag: *“Hoe komt (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag tot stand en welke contexten en mechanismen spelen hierin een bepalende rol?”* Het onderzoek is uitgevoerd in de Drentse Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag door middel van een casusstudie. In een diepgaand interview is verkend hoe stigma in het dagelijks leven wordt ervaren. De analyse is uitgevoerd met een realistische evaluatie-benadering, waarbij context-mechanisme-uitkomstconfiguraties zijn opgesteld om te achterhalen hoe specifieke omstandigheden bepaalde mechanismen activeren die gedrag en herstel beïnvloeden.

De resultaten laten zien dat stigma op verschillende niveaus plaatsvindt en zorgt voor sociale uitsluiting en verlies van eigenwaarde. De participant beschreef hoe negatieve labels leidden tot schaamte, terughoudendheid in het zoeken van hulp en belemmeringen in het herstelproces. Tegelijkertijd kwamen factoren naar voren die destigmatisering kunnen bevorderen, zoals erkenning, veilige ontmoetingsplekken en acceptatie. Deze bevindingen laten zien dat stigma niet enkel een individueel probleem is, maar ook geïntegreerd is in sociale en institutionele praktijken.

De bevindingen bieden aanknopingspunten voor vervolgonderzoek en interventies die zich niet alleen richten op het individu, maar ook op bredere sociale en institutionele context. Voor zowel beleid als praktijk is het belangrijk om stigma actief tegen te gaan door de nadruk te leggen op empathie, contextueel begrip en sociale inclusie, waarmee het herstel en de maatschappelijke participatie van mensen met onbegrepen gedrag beter kunnen worden ondersteund.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
2.	Theoretisch Kader.....	11
2.1	<i>Stigma.....</i>	<i>11</i>
2.2	<i>Onbegrepen gedrag.....</i>	<i>13</i>
2.3	<i>Sociale cohesie en morele normering.....</i>	<i>14</i>
2.4	<i>Rationalisering, classificatie en betekenisgeving.....</i>	<i>15</i>
2.5	<i>Culturele afstand en symbolische uitsluiting.....</i>	<i>17</i>
2.6	<i>Verwachtingen over contexten en mechanismen</i>	<i>18</i>
3.	Methode.....	21
3.1	<i>Kwalitatieve onderzoeksmethode</i>	<i>21</i>
3.2	<i>Verantwoording en werving van de participant</i>	<i>21</i>
3.2.1	<i>Beschrijvingsrestricties.....</i>	<i>22</i>
3.3	<i>Onderzoeksdesign.....</i>	<i>23</i>
3.4	<i>Analyse-opzet.....</i>	<i>23</i>
3.5	<i>Ethiek van het onderzoek.....</i>	<i>24</i>
4	Resultaten	25
4.1	<i>Gebruik van een tijdlijn.....</i>	<i>25</i>
4.2	<i>Periode grip op leven kwijtgeraakt</i>	<i>26</i>
4.2.1	<i>Beschrijvende weergave</i>	<i>26</i>
4.2.2	<i>Context.....</i>	<i>28</i>
4.2.3	<i>Mechanisme.....</i>	<i>28</i>
4.2.4	<i>Uitkomst</i>	<i>29</i>
4.3	<i>Periode in de kliniek.....</i>	<i>30</i>
4.3.1	<i>Beschrijvende weergave</i>	<i>30</i>
4.3.2	<i>Context.....</i>	<i>31</i>
4.3.3	<i>Mechanisme.....</i>	<i>32</i>
4.3.4	<i>Uitkomst</i>	<i>32</i>
4.4	<i>Eerste periode na ontslag.....</i>	<i>34</i>
4.4.1	<i>Beschrijvende weergave</i>	<i>34</i>
4.4.2	<i>Context.....</i>	<i>35</i>
4.4.3	<i>Mechanisme.....</i>	<i>36</i>

4.4.4	Uitkomst	36
4.5	<i>Periode van herstel</i>	37
4.5.1	Beschrijvende weergave	37
4.5.2	Context.....	39
4.5.3	Mechanisme.....	39
4.5.4	Uitkomst	40
4.6	<i>Afsluiting</i>	41
5	Conclusie & Discussie	43
5.1	<i>Conclusie</i>	43
5.1.1	Fase 1: De periode waarin de grip op het leven verloren ging	43
5.1.2	Fase 2: De klinische periode.....	43
5.1.3	Fase 3: De eerste periode na ontslag uit de kliniek	44
5.1.4	Fase 4: De herstelperiode	44
5.1.5	Reflectie op verwachtingen	44
5.2	<i>Discussie</i>	45
5.2.1	Theorie en toepassing	45
5.2.2	Methodologische reflectie	48
5.2.3	Relevantie en positionering	49
5.3	<i>Aanbevelingen</i>	50
5.3.1	Praktijkgerichte aanbevelingen.....	50
5.3.2	Wetenschappelijk aanbevelingen.....	51
5.4	<i>Slotwoord</i>	51
	Referenties	53
	Bijlagen	58
	<i>Bijlage I: Informatiebrief</i>	58
	<i>Bijlage II: Toestemmingsformulier</i>	61
	<i>Bijlage III: Topiclijst</i>	63
	<i>Bijlage IV: Codeboek</i>	72

1. Inleiding

In 2024 zijn 150.000 E-33 meldingen geregistreerd. E-33 is de code die de politie heeft gegeven aan meldingen van overlast door personen met verward of onbegrepen gedrag (Ministerie van Algemene Zaken, 2024; Politie & CBS, 2025). Sinds de vorming van de Nationale Politie op 1 januari 2013 worden registratiecodes op landelijk niveau gecentraliseerd. Hierdoor verdween de term ‘gestoord’ en worden meldingen van ‘overlast door verward persoon’ vastgelegd onder E-33 (Koekkoek, 2024).

De politie hanteert de volgende definitie voor overlast door verward gedrag:

“Eenieder die vanwege zijn al dan niet tijdelijke verstoorde oordeelsvermogen gedrag vertoont waarmee hij zichzelf of enig ander in gevaar brengt en/of een bedreiging vormt voor de openbare orde en veiligheid en/of waaruit de hulpbehoefendheid van deze persoon blijkt.” (IAT, 2022).

Ondanks deze definitie is er nog geen eenduidige, operationele beschrijving van wat ‘verward’ gedrag precies is. Wel is bekend dat onder deze definitie in principe geen mensen vallen die onder invloed van middelen zijn, dakloos zijn of een suïcidepoging hebben gedaan. Voor deze situaties zijn namelijk andere codes van toepassing (Koekkoek, 2019). Het gebruiken van de term ‘verward gedrag’ heeft tot veel frustratie en onbegrip geleid bij zowel de politie als de (psychische) zorg. Door de strikte, medische opvatting van ‘verward gedrag’ als een scherp afgebakende toestand – waarin iemand cognitief de grip op de werkelijkheid kwijt is en vaak gedesoriënteerd is in tijd, plaats of persoon – viel gedrag dat de politie onder deze noemer registreerde buiten het zorgdomein. Volgens de zorg vielen heftige emoties, wanen, hallucinaties, suïcidaal gedrag of intoxicaties door alcohol, drugs of medicatie doorgaans niet onder deze strikte definitie. De brede interpretatie van ‘verward gedrag’ door de politie leidde er dan ook toe dat de zorg zich lange tijd niet verantwoordelijk voelde voor deze meldingen. Dit heeft geleid tot de introductie van de term ‘onbegrepen’. Dit gedrag wordt namelijk vaak als vreemd of afwijkend beschouwd en omdat de oorzaak ervan niet altijd wordt begrepen. Daarnaast is het doel van de term ‘onbegrepen’ om het gedrag meer in de context van sociale interactie te plaatsen, waardoor het begrijpen van het gedrag wordt gestimuleerd. Ook de term ‘onbegrepen’ kent echter verschillende nadelen: wat de ene persoon begrijpt, kan voor een ander onbegrijpelijk zijn. Momenteel worden de termen

‘verward’ en ‘onbegrepen’ dan ook vaak door elkaar gebruikt voor hetzelfde fenomeen (Koekkoek, 2024).

Binnen de Drentse Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag wordt de volgende definitie voor ‘onbegrepen gedrag’ gehanteerd:

“Onbegrip ontstaat in een interactie tussen personen in een specifieke context. Op de achtergrond dragen vaak één of meerdere systemen bij aan het ontstaan van het onbegrip. Toch is het in de praktijk vaak de reflex om het onbegrip bij een persoon te leggen, te benaderen vanuit een classificering van ‘overlast’, ‘incidenten’ of ‘aandoening’.”

De kenniswerkplaatsen nemen de interactie en context als uitgangspunten en zoeken naar oplossingen op basis van de vraag wat mensen in situaties van onbegrepen gedrag, hun naasten en hun omgeving kan ondersteunen. Er wordt hierbij gekeken vanuit een breed perspectief (Hanze, z.d.; Koekkoek, 2024a; ZonMw, 2024).

De verwarring over wat onder ‘verward’ of ‘onbegrepen’ gedrag valt, heeft ook gevolgen gehad voor hoe meldingen en hulpvragen zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld. Steeds vaker wordt er overlast geregistreerd en wordt er een beroep gedaan op hulpverlening. Deze stijging is slechts deels te verklaren door een toename van psychische problematiek. De toename in overlastmeldingen en hulpvragen is namelijk groter dan de toename die zichtbaar is in NEMESIS-3, een grootschalig onderzoek naar de psychische gezondheid en het welzijn van volwassen Nederlanders (ten Have., 2025)

Het grote aantal overlastmeldingen en hulpvragen laat zien dat veel mensen moeite hebben om zich in de huidige samenleving te handhaven. Zij raken sneller overbelast en komen vaker in aanraking met instanties zoals de politie, woningcorporatie of de daklozenopvang. Het grotere beroep op psychische zorg, in combinatie met de beperkte beschikbaarheid ervan, heeft bovendien niet geleid tot een afname van de ervaren overlast. Dit wijst erop dat mensen die in aanraking komen met de politie – bijvoorbeeld door onbegrepen gedrag – niet gemakkelijk de weg naar (psychische) zorg en hulp weten te vinden (Koekkoek, 2024a).

De manier waarop berichten in de media verschijnen over mensen met onbegrepen gedrag heeft een grote invloed op hoe deze groep door de samenleving wordt gezien. In veel nieuwsberichten wordt gebruikgemaakt van de term ‘verward persoon’, waarbij geregeld een

directe link wordt gelegd tussen psychische problematiek en gewelddadig gedrag. Deze koppeling draagt bij aan een beeldvorming waarin personen met onbegrepen gedrag als onvoorspelbaar en gevaarlijk worden neergezet.

De nadruk op een verband tussen psychische stoornissen en geweld versterkt negatieve stereotypen en draagt bij aan stigmatisering (Dijkman, 2021). Mensen met onbegrepen gedrag worden daardoor niet alleen anders bekeken, maar ook behandeld met meer achterdocht en vaker buitengesloten. Uit onderzoek blijkt echter dat zij vaker slachtoffer zijn van geweld dan dader (De Bont-van Der Zande et al., 2023). De manier waarop media deze groep framen houdt vooroordelen en angstbeelden in stand, wat invloed heeft op hoe de samenleving, de hulpverlening en instituties zoals de politie met hen omgaan (Wacquant, 2009).

Stigma's hebben een grote impact op mensen: het zijn sociale mechanismen die bepalen wie als 'normaal' wordt gezien en wie daarbuiten valt. Ze creëren scherpe tegenstelling tussen 'ons' en 'de ander', tussen wat als gepast gedrag wordt beschouwd en wat afwijkend wordt gezien. Door stigma ontstaan er sociale grenzen tussen mensen: degenen die binnen de norm vallen tegenover degenen die erbuiten vallen. Degenen die buiten de norm vallen kunnen een stigma krijgen wat kan leiden tot uitsluiting, sociale afstand en ongelijkheid. Door het in stand houden van stigma's komt de maatschappelijke samenhang onder druk te staan (Goffman, 1963).

Sociale cohesie draait om de mate waarin mensen in een samenleving met elkaar verbonden zijn, elkaar vertrouwen en zich onderdeel voelen van een collectief geheel. In een samenleving waar cohesie sterk is, bestaat er 'dik vertrouwen': een vorm van vertrouwen die ontstaat uit langdurige, wederkerige relaties in kleine sociale netwerken (Putnam, 2000). In het publieke domein is dit vertrouwen vaak dunner, maar wel essentieel om vreemden met respect en gelijkwaardigheid te benaderen. Dat komt doordat relaties in het publieke domein meestal anoniem zijn; mensen kennen elkaar niet persoonlijk. Het contact is vaak vluchtig en ongebonden (Lofland, 1989). Wanneer stigma's hardnekkig blijven bestaan, zoals bij mensen met onbegrepen gedrag, ontstaat er sociale uitsluiting en daarmee een belemmering van sociale cohesie. Het gedeelde vertrouwen brokkelt af wanneer bepaalde groepen als 'de ander' worden gezien en niet meer als volwaardig lid van de samenleving. Dit leidt tot sociale afstand, minder interactie tussen groepen en minder bereidheid tot wederzijdse ondersteuning (Komter et al., 2000).

Het krijgen van een stigma kan voor mensen met onbegrepen gedrag ingrijpende gevolgen hebben. Ze kunnen een laag zelfbeeld ontwikkelen en het vertrouwen in hun eigen kunnen verliezen, wat hun dagelijks functioneren belemmert. Zo vermijden zij soms sociale contacten, stoppen met eerdere bezigheden of worden terughoudend in het zoeken van hulp of deelnemen aan de samenleving. Ook mensen die stigmatiseren ontwikkelen vaak vooroordelen die hun gedrag beïnvloeden: zij kunnen iemand met onbegrepen gedrag mijden, werk of huisvesting weigeren of hulp onthouden (Corrigan & Watson, 2002).

Stigma heeft invloed op het herstelproces van mensen met onbegrepen gedrag. Herstel is niet alleen een individueel proces, maar wordt mede bepaald door sociale steun en acceptatie. Angst voor negatieve reacties of verdere marginalisatie kan ertoe leiden dat een gestigmatiseerd persoon minder snel hulp zoekt (Oele, 2020).

Bestaand onderzoek naar stigma en onbegrepen gedrag laat zien dat stigma een sterke barrière vormt voor hulpverlening. Mensen met onbegrepen gedrag zijn geneigd minder snel hulp te zoeken vanwege stigmatisering (Corrigan, 2016). Stigma wordt in stand gehouden of zelfs versterkt door taalgebruik. Wanneer het gaat over onbegrepen gedrag, worden vaak woorden gebruikt als ‘verward’, ‘gevaarlijk’ of ‘lastig’ (Pescosolido & Martin, 2015). Doordat stigma is gekoppeld aan maatschappelijke normen, wordt gedrag dat buiten geldende sociale kaders valt als ‘afwijkend’ gezien (Goffman, 1963).

Hoewel stigma al uitvoerig is onderzocht, is er weinig aandacht voor hoe stigma zich specifiek manifesteert bij mensen met onbegrepen gedrag. Het is onduidelijk in welke contexten bepaalde mechanismen worden geactiveerd die stigmatiserend of destigmatiserend werken.

Eerder onderzoek richtte zich vooral op maatschappelijke trends of stigma binnen formele diagnoses, terwijl opvalt dat de toename van overlastmeldingen en hulpvragen onder mensen met onbegrepen gedrag niet terug te zien is in de NEMESIS-3 registraties van psychische stoornissen. Minder aandacht is uitgegaan naar in welke situaties mensen met onbegrepen gedrag stigma ervaren en in welke situaties stigma afwezig is. Het ontbreken van deze inzichten maakt het lastig om interventies te ontwikkelen die stigma verminderen.

Stigma speelt een essentiële rol in hoe mensen met onbegrepen gedrag worden gezien en behandeld en heeft een directe invloed op hun gedrag en herstelproces. Het hebben van stigma's in de samenleving kent dan ook uiteenlopende gevolgen: het kan leiden tot sociale uitsluiting, verminderd zelfvertrouwen en het uitblijven van hulpverlening. Toch ontbreekt inzicht in de specifieke factoren die stigmatisering veroorzaken of juist kunnen tegengaan bij mensen met onbegrepen gedrag. Dit onderzoek brengt deze factoren in kaart met als doel bij te dragen aan het ontwikkelen van effectieve interventies tegen stigmatisering. Door het combineren van bestaande literatuur met een casusstudie levert dit onderzoek een waardevolle aanvulling op huidige kennis in Nederland. De centrale vraag die in dit onderzoek wordt onderzocht is:

“Hoe komt (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag tot stand en welke contexten en mechanismen spelen hierin een bepalende rol?”

2. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt toegewerkt naar verwachtingen over stigmatisering en destigmatisering in de vorm van zogeheten CMO-configuraties. Deze verwachtingen vormen het analytisch kader voor de casusanalyse die volgt in het empirische deel van het onderzoek. Om deze configuraties te formuleren, wordt gebruik gemaakt van realistische evaluatie van bestaande literatuur (Pawson et al., 2005). Een realistische evaluatie is een vorm van literatuuronderzoek die zich richt op het verklaren van hoe, waarom en voor wie een sociaal fenomeen werkt – in dit geval stigma bij onbegrepen gedrag – binnen specifieke contexten.

Centraal binnen deze benadering staan de CMO-configuraties, een acroniem voor *Context – Mechanism – Outcome*. Elke configuratie beschrijft hoe bepaalde contexten (C), bepaalde sociale mechanismen (M) activeren, die vervolgens leiden tot een specifieke uitkomst (O). In dit onderzoek is de uitkomst steeds een vorm van stigmatisering of destigmatisering. CMO-configuraties bieden daarmee inzicht in de onderliggende processen en condities waaronder stigma ontstaat of juist vermindert.

Als eerste wordt stilgestaan bij het begrip stigma, aangezien dit de uitkomstmaat vormt in de te formuleren CMO-configuraties. Daarna wordt ingegaan op het begrip ‘onbegrepen gedrag’ en hoe dit zich verhoudt tot stigmatisering. Vervolgens worden theorieën besproken die helpen verklaren hoe stigma tot stand komt, wordt versterkt of juist verminderd. Deze theoretische inzichten worden vervolgens vertaald naar concrete contexten en mechanismen die mogelijk van invloed zijn op (de)stigmatisering. Door deze te koppelen aan herkenbare situaties en bestaande wetenschappelijke bevindingen, kunnen voorlopige CMO-configuraties worden opgesteld. Deze configuraties vormen de verwachtingen die in de casusstudie getoetst en verdiept zullen worden.

2.1 Stigma

Stigma ontstaat in sociale interactie, door het oordeel van anderen; het is relationeel. Groepen mensen bepalen wat ‘normaal’ is en alles wat daarvan afwijkt wordt mogelijk gestigmatiseerd. Groepen mensen formuleren en hanteren normen en ieder die niet binnen deze norm past krijgt een stigma. Er zijn drie verschillende categorieën waarin mensen een stigma kunnen krijgen. De eerste categorie betreft de fysieke gebreken, waarbij iemand zichtbare afwijkingen

heeft, zoals een lichamelijke handicap. De tweede categorie gaat over karaktergebreken: eigenschappen die door anderen worden gezien als zwak, onbetrouwbaar of afwijkend. Hieronder vallen ook psychische aandoeningen en radicale overtuigingen. De derde categorie betreft groepsstigma: mensen worden gestigmatiseerd omdat zij tot een bepaalde groep behoren, bijvoorbeeld op basis van nationaliteit of religie (Goffman, 1963).

Stigma is een dynamisch sociaal fenomeen dat zich in uiteenlopende interacties manifesteert. De nadruk ligt op hoe sociale attributies en verwachtingen bepalen of iemand als ‘anders’ wordt gezien en een stigma krijgt toegekend. Zodra een bepaald kenmerk binnen een sociale context wordt gezien als afwijkend of ongewenst, ontstaat de mogelijkheid tot stigmatisering. Stigma hangt af van de context. In omgevingen waar veel sociale controle en normering bestaat, is de kans groter dat iemand een stigma krijgt. In andere situaties, bijvoorbeeld binnen een herstelgerichte omgeving, kan hetzelfde gedrag neutraal of zelfs als begrijpelijk worden geïnterpreteerd. Stigma wordt telkens opnieuw geconstrueerd in het samenspel tussen individu, publiek en situatie (Goffman, 1963).

Stigma is niet altijd zichtbaar of actief; het wordt pas geactiveerd in sociale situaties waarin afwijking van de norm opvalt of benoemd wordt. De werking van stigma hangt af van vier condities:

- Zichtbaarheid: Is het gedrag of kenmerk duidelijk herkenbaar als afwijkend?
- Openbaarheid: Speelt het zich af in een publieke context waar sociale normen sterker gelden?
- Culturele normen: Hoe strikt wordt ‘normaal’ gedefinieerd? Hoe minder tolerantie, hoe sneller stigma ontstaat.
- Institutionele context: Wordt het afwijkende gedrag opgepikt en benoemd door instituties zoals media, politie of zorg?

Het krijgen van een stigma is contextueel. In een veilige omgeving waarin begrip heerst, hoeft afwijken van de norm geen stigma te betekenen. Daarentegen kan in een andere omgeving dezelfde afwijking van de norm leiden tot angst of uitsluiting. Dit komt door de morele lading die een stigma met zich meedraagt. Het roept vragen op over de waarde, betrouwbaarheid en sociale aanvaardbaarheid van een persoon. Een gestigmatiseerde wordt niet langer gezien als volledig individu, maar als iemand die buiten de norm valt. Deze reductie kan leiden tot sociale afstand, uitsluiting en statusverlies (Goffman, 1963).

Verder bouwend op Goffmans werk zijn er drie belangrijke concepten die helpen begrijpen hoe stigma zich in sociale interacties en instituties ontwikkelt: informatiebeheer, de morele loopbaan en de totale institutie.

Informatiebeheer verwijst naar de strategieën waarmee gestigmatiseerde personen proberen controle te houden over welke informatie zij delen over hun gestigmatiseerde kenmerken. Mensen met onbegrepen gedrag kunnen bijvoorbeeld vermijden om details over hun verleden, psychische kwetsbaarheid of strafrechtelijke ervaringen te delen, uit angst voor afwijzing of discriminatie. Dit beheer van informatie creëert spanning en wantrouwen in sociale interacties en kan bijdragen aan het in stand houden van stigma, omdat het begrip en een open gesprek belemmert (Goffman, 1963).

De morele loopbaan van gestigmatiseerde personen beschrijft hoe hun identiteit zich ontwikkelt door institutionele interacties. Binnen zorg- en veiligheidscontexten leren mensen zichzelf te zien door de ogen van de instelling. Ze internaliseren de classificaties en risicobeelden die over hen worden gecommuniceerd, zoals ‘gevaarlijk’ of ‘onbetrouwbaar’. Dit proces kan hun zelfbeeld blijvend beïnvloeden en hun mogelijkheden tot herstel belemmeren (Goffman, 1963).

Daarnaast introduceert Goffman het concept van de totale institutie: een setting waarin alle aspecten van het dagelijks leven onder één autoriteit worden geregeld en gecontroleerd. In zulke omgevingen kan de context van mensen verdwijnen achter standaardprocedures, risicoprofielen en groepsregels. Dit bevordert niet alleen reductie en stigmatisering, maar kan ook gevoelens van vervreemding en machteloosheid oproepen. Tegelijkertijd kan juist in deze setting ook een alternatieve gemeenschap ontstaan waarin lotgenoten elkaar steunen, ervaringen delen en erkenning vinden. Deze dubbelzinnigheid maakt duidelijk dat instituties zowel stigmatiserende als potentieel destigmatiserende functies kunnen hebben (Goffman, 1961).

2.2 Onbegrepen gedrag

Mensen met onbegrepen gedrag worden gestigmatiseerd doordat hun gedrag niet wordt begrepen door anderen (Koekkoek, 2024; ZonMw, 2024). Het gedrag wijkt af van de norm die mensen hebben gesteld als normaal gedrag. Deze afwijking roept vragen op: is het gedrag

rationeel, gepast en veilig? In de afwezigheid van een directe verklaring of herkenning voor het onbegrepen gedrag ontstaat ruimte voor negatieve associaties zoals gevaarlijkheid, onvoorspelbaarheid of overlast.

Wanneer het gedrag van iemand niet wordt begrepen, treedt het sociale proces van stigmatisering in werking. Dit proces is niet alleen sociaal, maar ook moreel geladen: het gaat om het oordeel of iemand nog ‘binnen de norm’ valt. De sociale reactie die volgt, zoals afstand nemen, politie inschakelen of medische classificatie zoeken, draagt bij aan de bevestiging van het stigma.

Stigmatisering heeft directe gevolgen voor het gedrag en herstel van mensen met onbegrepen gedrag. Het kan leiden tot sociale uitsluiting, verminderd zelfvertrouwen en terughoudendheid in het zoeken van hulp. Wanneer mensen keer op keer geconfronteerd worden met onbegrip of wantrouwen, raken zij verder verwijderd van de hulpbronnen en relaties die juist nodig zijn voor herstel. Tegelijkertijd werkt het stigma door in hoe instellingen met hen omgaan, hoe beleid wordt ingericht en hoe media berichten over incidenten.

2.3 Sociale cohesie en morele normering

Sociale cohesie verwijst naar de mate van verbondenheid, vertrouwen en onderlinge solidariteit binnen een gemeenschap of samenleving. Binnen een samenleving met een hoge mate van sociale cohesie bestaat er een sterke verwachting dat mensen zich conformeren aan sociale normen, die impliciet bepalen wat als normaal, gepast en wenselijk gedrag wordt beschouwd (Durkheim, 1893). Deze normen functioneren als collectieve richtlijnen voor sociaal handelen en zouden moeten zorgen voor een bindende functie, waarin ze samenlevingen bij elkaar houden. Afwijken van deze normen heeft een sociale functie, deviantie wordt zichtbaar en het wordt duidelijk waar de grenzen van het normale liggen. Door afwijkend gedrag te benoemen of af te keuren, bevestigen mensen hun gedeelde moraal. In deze zin wordt afwijking – en daaruit voortvloeiende stigma – ingezet om morele grenzen te bewaken. Het proces van stigmatisering werkt hier als een sociaal mechanisme om cohesie te handhaven: wie zich niet conformeert, wordt gecorrigeerd of uitgesloten.

Wanneer iemand zich op een voor de groep afwijkende manier gedraagt, bijvoorbeeld door onbegrepen gedrag te vertonen, kan dit gedrag worden opgevat als bedreiging voor de orde of

veiligheid van de groep. Mensen met onbegrepen gedrag conformeren zich niet altijd aan deze sociale normen. Het gedrag dat zij vertonen roept onzekerheid en defensieve reacties vanuit de groep op, wat leidt tot stigmatisering.

In hechte sociale contexten kan dit leiden tot verscherpte normatieve respons. Afwijking wordt niet langer gezien als begrijpelijk of contextueel bepaald, maar als problematisch. Dit kan leiden tot uitsluiting op basis van onbegrepen gedrag, wat vervolgens wordt gelegitimeerd als ‘noodzakelijk voor het behoud van de sociale orde’. Hierdoor vindt stigmatisering van personen met onbegrepen gedrag steeds sneller plaats. Een persoon met onbegrepen gedrag wordt niet langer als volledig lid van de groep gezien, maar als grensfiguur die buiten de norm valt (Link & Phelan, 2001).

Tegelijkertijd is het ook mogelijk dat cohesie werkt als beschermende factor tegen stigma. In sociale contexten waar vertrouwen en wederzijds begrip aanwezig zijn, is er meer ruimte om gedrag in context te plaatsen. Wanneer groepsleden empathisch reageren, er sprake is van inclusieve normgeving, kan afwijking geïnterpreteerd worden als tijdelijk, verklaarbaar of legitiem. In zulke situaties werkt cohesie niet als uitsluitingsmechanisme, maar als bedding voor solidariteit en herstel.

Sociale cohesie en morele normering zijn dus niet neutraal, maar actief betrokken bij stigmatisering. Stigmatisering kan worden gezien als een uitdrukking van normatieve controle, waarbij afwijkend gedrag wordt geïnterpreteerd als grensoverschrijdend. Maar diezelfde sociale structuur kan ook ruimte scheppen voor begrip, mits de normatieve orde openstaat voor complexiteit en verschil. In dat spanningsveld tussen norm en begrip speelt stigmatisering zich af – soms versterkt, soms afgezwakt door de kracht van cohesie (Yang et al., 2007).

2.4 Rationalisering, classificatie en betekenisgeving

Rationalisering verwijst naar de ontwikkeling van moderne samenlevingen waarin efficiëntie, voorspelbaarheid, berekenbaarheid en controle steeds belangrijker worden. Binnen deze rationalistische logica gaan instituties, zoals de politie, geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein, gedrag ordenen en beoordelen aan de hand van abstracte normen, vastgelegde

protocollen en administratieve categorieën. Deze behoefte aan beheersbaarheid leidt tot de opkomst van bureaucratische systemen die trachten ambiguïteit te reduceren (Weber, 1922).

Gedrag dat niet gemakkelijk te classificeren is, zoals onbegrepen gedrag, wordt in deze context een probleem. Niet omdat het inherent gevaarlijk is, maar omdat het moeilijk te vatten is binnen bestaande beleidslogica's of risicoprofielen. De reactie van instellingen op dit gedrag is er dan ook vaak op gericht om het snel te benoemen, registreren en onderbrengen in een passende categorie. Professionals in de publieke sector, zoals politieagenten of zorgverleners, nemen deze routinematige beslissingen onder hoge druk. Dit maakt ook dat er vereenvoudigde standaarden worden gebruikt om complex gedrag snel te kunnen plaatsen en te kunnen handelen (Lipsky, 1980).

Deze classificatiesystemen leiden tot reductie: mensen worden herleid tot een 'melding', 'casus' of 'E33-code' (Koekkoek, 2019), waarbij de unieke betekenis van het gedrag en de ervaring van de persoon zelf buiten beeld raken. De institutionele interpretatie van het gedrag overschaduwde daarmee de persoonlijke betekenisgeving. Hierdoor ontstaat er vervreemding tussen de professional en de persoon met onbegrepen gedrag. De interactie wordt gekleurd door risicomanagement in plaats van dialoog.

De persoon wordt niet alleen in het publieke domein als afwijkend bestempeld, maar ook binnen de systemen zelf, in beleidsdossiers, zorgregistraties en veiligheidsprotocollen. Classificaties zoals 'verward persoon' of E33 vormen niet enkel een momentopname, maar worden opgeslagen, herhaald en versterkt in administratieve processen. In contactmomenten met nieuwe professionals wordt deze eerder toegekende classificatie opnieuw opgeroepen, vaak zonder ruimte voor herziening of context. Zo ontstaat een gestandaardiseerd beeld dat als leidraad dient in besluitvorming: het eerdere stigma beïnvloedt toekomstige interpretaties en behandelingen. De identiteit van de persoon wordt zo binnen systemen herhaaldelijk bevestigd als 'afwijkend' of 'risicovol', zelfs als het gedrag of de situatie in de tussentijd veranderd is.

Op deze manier raakt stigmatisering ingebed in instituties. Door gedrag routinematig vast te leggen en classificaties te hergebruiken, wordt stigmatisering gereproduceerd door het systeem zelf, onafhankelijk van de intenties van individuele professionals (Corrigan, 2016; Lipsky, 1980).

In deze omgeving is weinig ruimte voor afwijking of voor het verhaal achter het gedrag. Stigmatisering is dan geen incidentele reactie, maar een product van de systeemlogica zelf: efficiëntie, controle en voorspelbaarheid verdringen begrip, betekenis en nuance. Dit vergroot de sociale afstand, belemmert herstel en bevestigt de gestigmatiseerde positie van een individu.

Het gebruik van zo'n classificatie leidt tot standaardprocedures zoals melding bij crisisdiensten of inschakeling van acute hulp. Hoewel bedoeld om snel te kunnen handelen, draagt deze aanpak bij aan stigmatisering. Personen worden niet gezien in hun context, maar behandeld als potentiële risico's. De registratie wordt onderdeel van het dossier, wat in latere hulpverlening opnieuw stigmatiserend kan doorwerken.

De behoefte aan beheersbaarheid en ordening leidt hier tot sociale reductie. Het menselijk verhaal verdwijnt, terwijl het systeem blijft zoeken naar classificatie en respons. Juist deze systematische reductie tot code of casus vormt een mechanisme dat stigmatisering structureel verankert in institutionele werkwijzen (Corrigan, 2016; Koekkoek, 2024).

2.5 Culturele afstand en symbolische uitsluiting

Culturele afstand ontstaat wanneer er een kloof is tussen de leefwereld van mensen met onbegrepen gedrag en de dominante culturele verwachtingen binnen groepen. Deze verwachtingen zijn vaak impliciet en komen tot uiting in gedragsnormen, sociale codes, communicatiestijlen en omgangsvormen die als vanzelfsprekend worden beschouwd. Mensen die hiervan afwijken – omdat ze andere ervaringen, sociale achtergronden of uitdrukkingsvormen hebben – lopen het risico als 'anders' te worden gezien en daardoor te worden gestigmatiseerd.

Binnen een samenleving beschikken de dominante groepen over cultureel kapitaal: zij bepalen welke vormen van gedrag, taal en presentatie legitiem zijn. Wanneer iemand niet beschikt over dit kapitaal – of zich er niet naar vormt – ontstaat er een sociale asymmetrie. Die asymmetrie wordt zelden uitgesproken, maar werkt op subtiele wijze door in de manier waarop mensen worden benaderd, gecorrigeerd of uitgesloten. Dit proces wordt ook omschreven als symbolisch geweld: een stille vorm van uitsluiting die ogenschijnlijk neutraal

is, maar in feite voortkomt uit ongelijkheid in de toegang tot erkende culturele vormen (Bourdieu, 1984).

In de praktijk betekent dit dat mensen met onbegrepen gedrag vaak botsen met impliciete verwachtingen in publieke en institutionele omgevingen. Gedrag dat afwijkt, wordt niet als afwijkende habitus erkend, maar als ‘vreemd’, ‘ongepast’ of ‘verontrustend’. De reactie is vaak geen open gesprek, maar wordt gekenmerkt door sociale afstand, ongemak of correcties.

Dit leidt tot symbolische uitsluiting: mensen worden niet expliciet buitengesloten, maar wel genegeerd, geneutraliseerd of vermeden. Hun perspectief wordt niet meegenomen in normvorming; hun aanwezigheid wordt getolereerd zolang die niet zichtbaar afwijkt. Het stigma ontstaat hier doordat de persoon niet alleen afwijkt van de norm, maar ook geen legitieme positie heeft om deze afwijking te claimen of toe te lichten.

In deze culturele context werkt stigmatisering niet via openlijke veroordeling, maar via subtiele vormen van herkenning en miskenning. Wie niet past binnen de sociaal-culturele verwachting, wordt in stilte teruggeduwd in de marge. Stigma werkt hier als een sociale grenswacht: het bewaakt culturele continuïteit door verschil te onderdrukken of te neutraliseren.

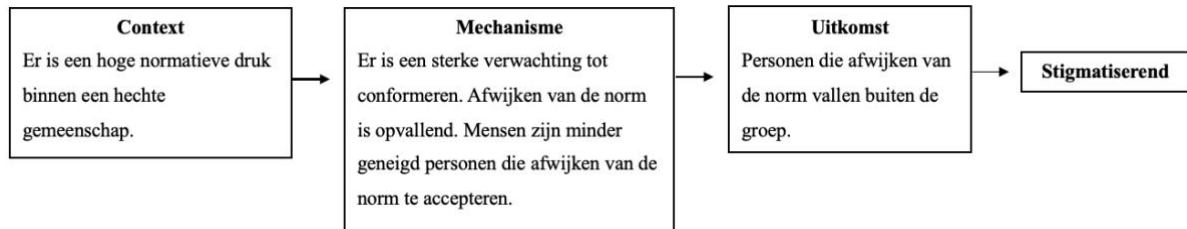
Toch hoeft culturele afstand niet automatisch tot stigma te leiden. Wanneer instellingen of gemeenschappen actief ruimte creëren voor diversiteit in expressie, communicatie en betekenisgeving, kan het contrast tussen groepen worden overbrugd. Erkenning van verschillen, in plaats van standaardisering, opent dan mogelijkheden tot dialoog en gelijkwaardigheid, waardoor symbolische uitsluiting kan afnemen.

2.6 Verwachtingen over contexten en mechanismen

Gebaseerd op het voorgaande theoretisch kader zijn een aantal centrale verwachtingen geformuleerd over hoe contexten en mechanismen bijdragen aan (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag. Deze verwachtingen zijn geen vaststaande hypothesen, maar voorlopige inzichten die richting geven aan de analyse. Ze vormen een startpunt voor het casusonderzoek, waarin deze mechanismen verder verkend en verdiept worden op basis van de ervaringen van de participant.

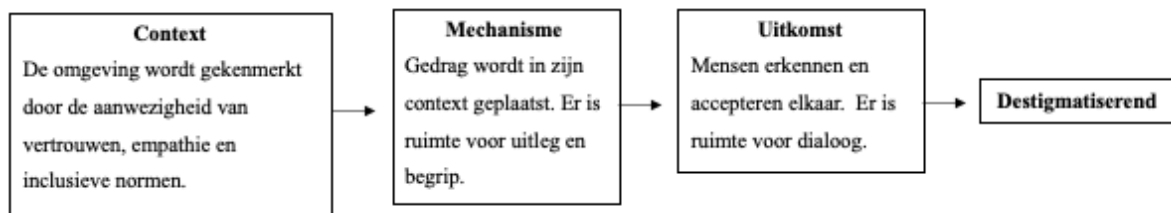
Hieronder worden de verwachtingen één voor één gepresenteerd. Elke verwachting wordt direct gevolgd door een visuele weergave van de bijbehorende CMO-configuratie. Op deze manier wordt per verwachting inzichtelijk gemaakt hoe specifieke contexten en mechanismen kunnen zorgen voor (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag.

Verwachting 1: *“Naarmate de sociale cohesie meer gepaard gaat met sterk normatieve verwachtingen over ‘normaal’ gedrag, worden mensen vaker gestigmatiseerd.”* (Zie figuur 1).



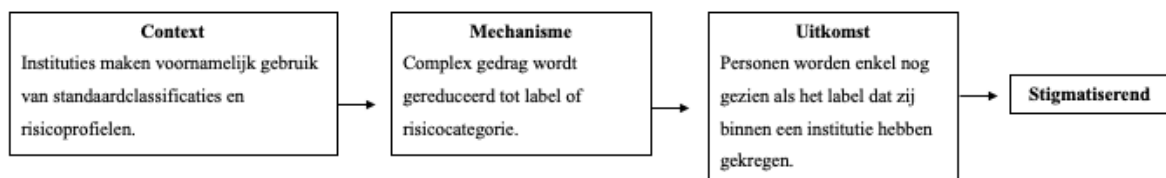
Figuur 1: CMO-configuratie; Een hoge normatieve druk

Verwachting 2: *“Als in een sociale context ruimte is voor vertrouwen, empathie en inclusieve normen, dan vindt vaker destigmatisering plaats.”* (Zie figuur 2).



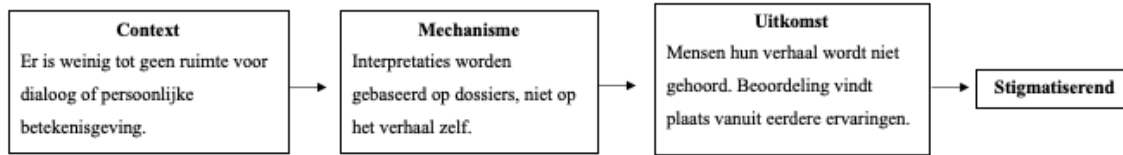
Figuur 2: CMO-configuratie; Een veilige omgeving met inclusieve normen

Verwachting 3: *“Naarmate instituties gedrag sneller classificeren volgens standaardcategorieën en persoonlijke contexten negeren, vindt vaker stigmatisering plaats.”* (Zie figuur 3).



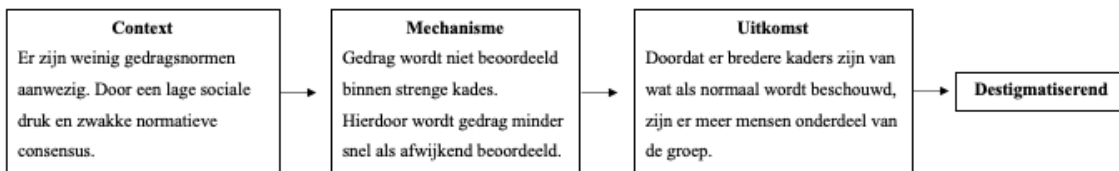
Figuur 3: CMO-configuratie; Het gebruik van standaardclassificaties binnen instituties

Verwachting 4: “Hoe minder ruimte er is voor dialoog en betekenisgeving, des te meer stigmatisering plaatsvindt.” (Zie figuur 4).



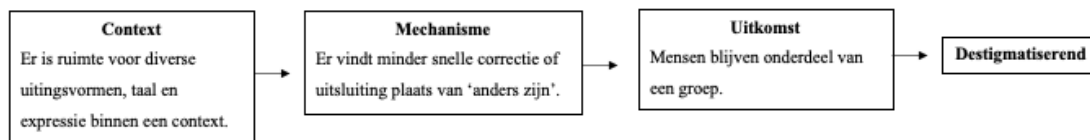
Figuur 4: CMO-configuratie; Gebrek aan ruimte voor dialoog of betekenisgeving

Verwachting 5: “Als er weinig gedragsnormen heersen, dan vindt minder stigmatisering plaats.” (Zie figuur 5).



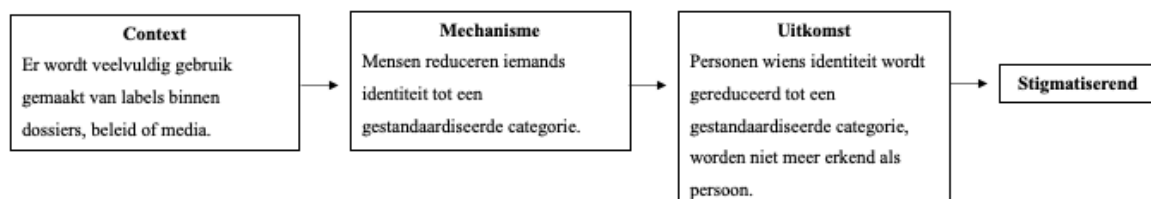
Figuur 5: CMO-configuratie; Lage sociale druk en zwakke normatieve consensus

Verwachting 6: “Als er ruimte is voor diversiteit in taal, gedrag of expressie, dan vindt vaker destigmatisering plaats.” (Zie figuur 6).



Figuur 6: CMO-configuratie; Ruimte voor diverse uitingvormen, taal en expressie

Verwachting 7: “Hoe meer labels worden gebruikt om mensen en gedragen te beschrijven, des te meer stigmatisering plaatsvindt.” (Zie figuur 7).



Figuur 7: CMO-configuratie; het gebruik van labels

3. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methodologische opzet van het onderzoek. Er wordt uiteengezet waarom is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, hoe het onderzoeksobject en de participant zijn verantwoord en op welke wijze de werving is verlopen. Daarnaast wordt toegelicht hoe de gegevens zijn verzameld en geanalyseerd en welke maatregelen zijn genomen om de ethische waarborgen van het onderzoek te garanderen.

3.1 Kwalitatieve onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet om inzicht te krijgen in hoe processen van stigmatisering en destigmatisering tot stand komen bij mensen met onbegrepen gedrag en welke mechanismen hierin bepalend zijn. Kwalitatieve methoden bieden ruimte voor het verkennen van persoonlijke belevingen, emoties en interpretaties, wat essentieel is bij complexe en sociaal beladen thema's zoals stigma. Door deze benadering krijgt een persoon met ervaring op dit gebied de gelegenheid om vanuit eigen perspectief te reflecteren op gedachten, gevoelens en gedragingen rondom onbegrepen gedrag en de sociale reacties daarop (Patton, 2015).

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen: een theoretische verkenning op basis van bestaande literatuur (waaronder een voorlopige realistische evaluatie), en een casusstudie waarin één participant wordt geïnterviewd over diens persoonlijke ervaringen met (de)stigmatisering.

3.2 Verantwoording en werving van de participant

De participant in dit onderzoek is een man boven de 50 jaar oud, die in het verleden tijdelijk de grip op zijn leven verloor. Dit uitte zich in gedrag dat in zijn sociale omgeving niet werd begrepen en leidde tot forse maatschappelijke en juridische consequenties. In zijn geval betrof dit het plegen van financiële delicten waarbij anderen ernstig werden benadeeld. Vanuit zijn omgeving werd dit gedrag ervaren als onverwacht en onbegrijpelijk, wat leidde tot sociale uitsluiting en uiteindelijk opname in een klinische setting onder een forensisch kader (tbs-maatregel).

Het onderzoek sluit hiermee aan bij de gehanteerde definitie van onbegrepen gedrag binnen de kenniswerkplaats, waarin benadrukt wordt dat onbegrip ontstaat in de interactie tussen personen en systemen in een specifieke context. In deze context werd zijn gedrag niet alleen als strafbaar maar ook als onbegrijpelijk gezien, wat stigma, uitsluiting en een verstoorde sociale identiteit tot gevolg had.

Vanuit herstel en reflectie deelt de participant in dit onderzoek zijn ervaringen over stigma en herstel. De participant maakt deel uit van een herstelgerichte omgeving waarin het delen van ervaringskennis centraal staat. Deze setting droeg bij aan de openheid en diepgang van het interview.

3.2.1 Beschrijvingsrestricties

Bij het opstellen van deze methodebeschrijving is bewust gekozen voor een pseudonieme en geanonimiseerde weergave, waarin privacygevoelige details niet herleidbaar zijn tot de specifieke persoon. De beschrijving is voldoende concreet gemaakt om de relevantie voor het thema ‘onbegrepen gedrag’ duidelijk te onderbouwen, terwijl tegelijkertijd persoonlijke details die onnodige herkenning zouden kunnen opleveren, zijn weggelaten.

Er is bewust gekozen voor een individuele casusstudie omdat deze methode ruimte biedt om complexe, context gebonden mechanismen zorgvuldig en diepgaand te analyseren (Yin, 2018). Waar kwantitatieve benaderingen zich richten op het meten van frequenties, is dit onderzoek juist bedoeld om onderliggende mechanismen van (de)stigmatisering te doorgronden. Daarnaast brengt het onderwerp gevoelige en persoonlijke ervaringen met zich mee. Het zou ethisch onverantwoord zijn om meerdere personen uit deze doelgroep te onderwerpen aan intensieve interviews. Een enkele, zorgvuldige gekozen casus maakt het mogelijk om betekenisvolle inzichten in de mechanismen te verkrijgen.

Het eerste contact met de participant vond plaats tijdens een bezoek aan de herstelruimte: een veilige ontmoetingsplek voor mensen met mentale kwetsbaarheid. In deze setting werden ervaringen gedeeld over stigma en herstel. De participant is via een contactpersoon uit zijn eigen netwerk benaderd met de vraag tot deelname aan het onderzoek. De participant bevond zich op dat moment in een vergevorderd stadium van herstel, wat hem in staat stelde om met enige afstand terug te kijken op eerdere ervaringen en hierover open te reflecteren.

3.3 Onderzoeksdesign

Voorafgaand aan deelname ontving de participant een informatiebrief (zie bijlage I), waarin het doel en de werkwijze van het onderzoek werden toegelicht. Deelname was volledig vrijwillig en de participant kon op ieder moment zonder opgave van reden stoppen.

Schriftelijke geïnformeerde toestemming werd gevraagd en verkregen (zie toestemmingsformulier in bijlage II), inclusief expliciete toestemming voor het maken van een geluidsopname van het gesprek.

Het interview had een semigestructureerde opzet en duurde circa twee uur. Een vooraf opgestelde topiclijst, ontwikkeld in samenwerking met een onderzoeker, diende als leidraad om relevante thema's systematisch te verkennen, zonder de spontaniteit en diepgang van het gesprek te beperken en is te vinden in bijlage III. Het gesprek vond face-to-face plaats op een neutrale, voor de participant vertrouwde locatie. Tijdens het interview werd benadrukt dat de participant vrij was om vragen niet te beantwoorden of onderwerpen over te slaan. Als dank voor deelname ontving de participant een cadeaubon van €25,-.

3.4 Analyse-opzet

Het interview is volledig woordelijk getranscribeerd. Daarbij zijn ook pauzes, herhalingen en vulwoorden zoals 'uhm' opgenomen, omdat deze soms betekenisvolle nuance of emotionele lading toevoegen aan de inhoud (Hennink et al., 2020). Voor de analyse is een combinatie van deductieve en inductieve codering toegepast. Deductieve codes zijn vooraf opgesteld op basis van het literatuuronderzoek en het interviewschema en zijn tijdens het analyseren waar nodig bijgesteld. Daarnaast zijn via inductieve codering nieuwe inzichten en mechanismen rechtstreeks uit de data afgeleid.

De codering is uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma Atlas.Ti. De focus lag hierbij op het identificeren van mechanismen die voor de participant bijdroegen aan stigmatisering of juist destigmatisering, in lijn met de realistische evaluatiebenadering (Pawson & Tilley, 1997).

Om de analyse gestructureerd en transparant te laten verlopen, is een codeboek opgesteld. In dit codeboek zijn per code een omschrijving en een representatief fragment opgenomen. Er is

bewust voor gekozen om geen overkoepelende thema's te hanteren in het codeboek. Gezien de aard van een enkelvoudige casusstudie ligt de waarde van de analyse niet in het groeperen van codes tot abstracte categorieën, maar juist in het gedetailleerd verkennen van afzonderlijke fragmenten en hun context. Door per code de betekenis helder te omschrijven en deze rechtstreeks aan de transcriptie te koppelen, ontstaat inzicht in hoe specifieke mechanismen van (de)stigmatisering tot uiting komen. Op deze manier sluit de analyse nauw aan bij de logica van realistische evaluatie, waarin het doel is om te komen tot concrete context-mechanisme-uitkomstrelaties.

3.5 Ethiek van het onderzoek

Het welzijn en de privacy van de participant stonden gedurende het gehele onderzoek centraal. In de informatiebrief (zie bijlage I) werd duidelijk toegelicht wat deelname inhield, dat deelname volledig vrijwillig was en op welke wijze met de verzamelde data zou worden omgegaan. Het stond de participant vrij om te kiezen tussen anonieme of niet-anonieme deelname, afhankelijk van zijn persoonlijke voorkeur. De participant heeft gekozen voor niet-anonieme verwerking van de gegevens.

Tijdens het onderzoek zijn geen persoonsgegevens gedeeld of opgeslagen. Het audiobestand en transcript wordt beveiligd opgeslagen op de Hanze Research Drive (HRD), een opslagmedium voor onderzoek data dat voldoet aan de wet en regelgeving rondom veilige opslag van gegevens (o.a. AVG/GDPR). Het audiobestand wordt 1 jaar bewaard en het transcript 10 jaar.

Dit onderzoek maakt deel uit van een breder onderzoeksproject naar samenwerking in de triade, uitgevoerd binnen de Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Drenthe en Groningen. Omdat deze casusstudie als aanvullend deelonderzoek fungeert, is er bij de Hanze Ethische Advies Commissie (HEAC) een aanvullende aanvraag ingediend en goedgekeurd binnen de bestaande ethische toetsing van het hoofdonderzoek. Het bredere onderzoeksproject heeft een goedkeuring met nummer: "heac.T2025.014".

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de casusstudie waarin is onderzocht in welke situaties stigma of juist destigmatisering optreedt bij iemand met onbegrepen gedrag en welke onderliggende mechanismen hierin een bepalende rol spelen. De focus ligt op het begrijpen van de processen die verklaren hoe en waarom bepaalde sociale institutionele contexten leiden tot (de)stigmatisering.

De analyse is uitgevoerd volgens de principes van realistische evaluatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van CMO-configuraties. Door nadruk te leggen op mechanismen wordt zichtbaar welke factoren bijdragen aan het versterken of juist verminderen van stigma en hoe deze processen worden ervaren door iemand met onbegrepen gedrag.

De bevindingen worden in de volgende paragrafen per CMO-configuratie gepresenteerd, telkens geïllustreerd met fragmenten uit het diepte-interview.

4.1 Gebruik van een tijdlijn

Tijdens het diepte-interview is gebruikgemaakt van een visuele tijdlijn als leidraad voor het gesprek. De respondent werd uitgenodigd om te reflecteren op zijn ervaringen, beginnend bij het moment waarop hij de grip op zijn leven verloor tot aan zijn huidige situatie. Deze tijdlijn bood ruimte om stil te staan bij situaties waarin hij zich niet begrepen, buitengesloten of gestigmatiseerd voelde, maar ook momenten waarin hij juist erkenning, steun en verbondenheid ervoer.

Het gesprek ontwikkelde zich daarmee op natuurlijke wijze rond vier duidelijke levensfasen, die in dit hoofdstuk als structuur worden aangehouden bij de presentatie van de CMO-configuraties. De vier onderscheiden perioden zijn:

- De periode voorafgaand aan de opname, waarin de grip op het leven langzaam verdween;
- De periode tijdens de opname in de kliniek;
- De periode na ontslag uit de kliniek, waarin herintegratie in de samenleving centraal stond;

- De huidige herstelperiode, waarin de respondent actief betekenis geeft aan zijn ervaringen.

Deze indeling vormt het analytisch raamwerk voor de verdere presentatie van de resultaten. Per fase worden CMO-configuraties beschreven die laten zien hoe specifieke contexten en mechanismen bijdroegen aan het ontstaan, versterken of juist doorbreken van stigma.

In de volgende paragrafen wordt elke levensfase van de respondent eerst beschreven vanuit zijn eigen verhaal en beleving. Deze beschrijvende weergave bevat citaten en persoonlijke reflecties om de stem van de respondent centraal te stellen. Daarna volgt een analyse waarin de context, mechanismen en uitkomsten worden uitgewerkt aan de hand van de CMO-benadering. Op deze manier wordt duidelijk zichtbaar hoe zijn ervaringen kunnen worden begrepen in relatie tot de onderliggende sociale en institutionele processen die bijdragen aan (de)stigmatisering.

4.2 Periode grip op leven kwijtgeraakt

4.2.1 Beschrijvende weergave

De respondent vertelde hoe hij jarenlang een dubbelleven leidde. Voor de buitenwereld leek hij succesvol en sociaal, met een groot netwerk van familie, vrienden en een vriendin. Maar ondertussen voelde hij zich steeds meer verwijderd van wie hij werkelijk was en werd zijn gedrag destructiever.

“Dus ik heb uhm jarenlang, ongeveer denk ik vanaf mijn 20^{ste} tot mijn 32^{ste} een uhm dubbelleven geleid. Behoorlijk succesvol eigenlijk, heel veel mensen die mij toch wel kennen stonden versted.”

Hij zag zelf hoe hij verder afgleed in financiële delicten en daarbij steeds grotere risico's nam. Hoewel hij wist dat hij op een dag de grens zou overschrijden, kwam het moment toch als een schok.

“Ik wist wel dat ik uiteindelijk tegen de rand zou lopen. Uhm. Maar ja voordat als dat dan toch gebeurt dan is dat toch wel een, uhm schok zeg maar.”

Ondanks zijn groeiende afstand hield zijn omgeving contact met hem, maar hij liet hen niet emotioneel dichtbij komen. Hij deed zich vrolijk voor in gezelschap, maar voelde zich eenzaam en worstelde met heftige emoties zodra hij alleen was.

“[Neemt korte adempauze]. Ik uhm, ik ben wel altijd, ik kom altijd heel vrolijk op mensen over. Nu nog wel. Uhm maar als ik alleen was, dan uhm. Ik kwam ook heel vaak kwam ik mensen tegen en die zeiden van ‘Ben je verkouden?’, ‘Heb je, heb je hooikoorts?’. Maar dan had ik gehuild. En dan als ik alleen was, dan raakte ik een beetje in paniek. Begon ik te huilen en dan denk ik toch van wat ben je toch voor een hufter.”

“Ik vond mezelf een monster.”

“Dus dat, dat gevoel van dat ik mezelf als een monster begon te zien het werd steeds, dat werd uhm, dat werd steeds erger”.

Hij probeerde zijn gevoelens verborgen te houden, zelfs voor zijn moeder die hem leek door te hebben.

“Ja dat, dat acht ik altijd op mezelf van toepassing dat is van uhm. Yes I am the great pretender, pretending that I am doing well, but I am lonely and no one can tell. En dat is een beetje mijn idee, ik speelde altijd mooi weer. En uhm behalve mijn moeder trapte iedereen daarin. Mijn moeder die had altijd iets van, zei ze niet tegen andere mensen, maar zat ze tegenover mij en deed ze zo [maakt handbeweging om beeld te schetsen van ik heb je door]. Ik zeg ma, je vergist je. Er is niets.”

Uiteindelijk leidde deze innerlijke strijd en het gevoel van schaamte tot een suïcidepoging. Hij beschreef deze niet als een wanhoopsdaad vol emotie, maar juist als een kalme en logische uitweg.

“Ja. Dat was, dat was gek genoeg was dat, die zelfmoordpoging helemaal niet heftig. Ik was er zo ongeloofelijk rustig onder. En ik was heel rustig toen ik het innam, ik vond het prima. Ik denk dit is voor iedereen het beste, de beste uitweg. En ik denk als ik er niet meer ben dan goed, mij kunnen ze niets meer pakken. En uhm ik maak het alleen maar erger. Met elke dag dat ik leef maak ik het voor iedereen erger.”

4.2.2 Context

In de jaren voorafgaand aan zijn opname in de tbs-kliniek leidde de respondent een dubbelleven. Voor de buitenwereld functioneerde hij ogenschijnlijk goed: hij had een groot sociaal netwerk, bestaande uit ouders, zus, vrienden familie en zijn vriendin. De mensen om hem heen waren dan ook verrast toen bleek dat het al geruime tijd niet goed met hem ging.

Deze periode werd gekenmerkt door een geleidelijk verlies van grip op het dagelijks leven. De respondent beschreef hoe hij zich steeds verder liet meeslepen in financiële delicten waarmee hij anderen benadeelde. Hoewel hij beseftte dat hij richting een grens ging, kwam het moment van de grens bereiken toch als een schok.

Ondanks het destructieve gedrag dat hij vertoonde, het nemen van steeds grotere risico's, zich onverschillig voordoen, afstand nemen van zijn gevoelens, bleef zijn direct omgeving grotendeels betrokken. De relatie met zijn vriendin, zijn vrienden en zijn familie bleef bestaan, ook al hield hij hen op emotionele afstand.

4.2.3 Mechanisme

Het dubbelleven waarin de respondent jarenlang functioneerde, bracht een intens innerlijk conflict met zich mee. Aan de buitenkant presenteerde hij zich als iemand die alles onder controle had, terwijl hij zich in werkelijkheid steeds meer ontwricht voelde. Deze spanning activeerde gevoelens van schaamte, zelfverachting en vervreemding. Hij beschreef hoe hij zich in gezelschap vrolijk voordeed, maar zodra hij alleen was werd overspoeld door paniek en verdriet.

Deze gevoelens werden versterkt doordat hij zijn innerlijke strijd voor zichzelf hield. Zelfs toen zijn moeder haar zorgen uitte, koos hij ervoor niets te delen. De afwijzing die hij voelde, kwam daardoor niet zozeer van buitenaf, maar voltrok zich binnenin: hij begon zichzelf te beschouwen als iemand die niet voldeed, die niet langer paste binnen het sociale beeld dat hij naar buiten ophield.

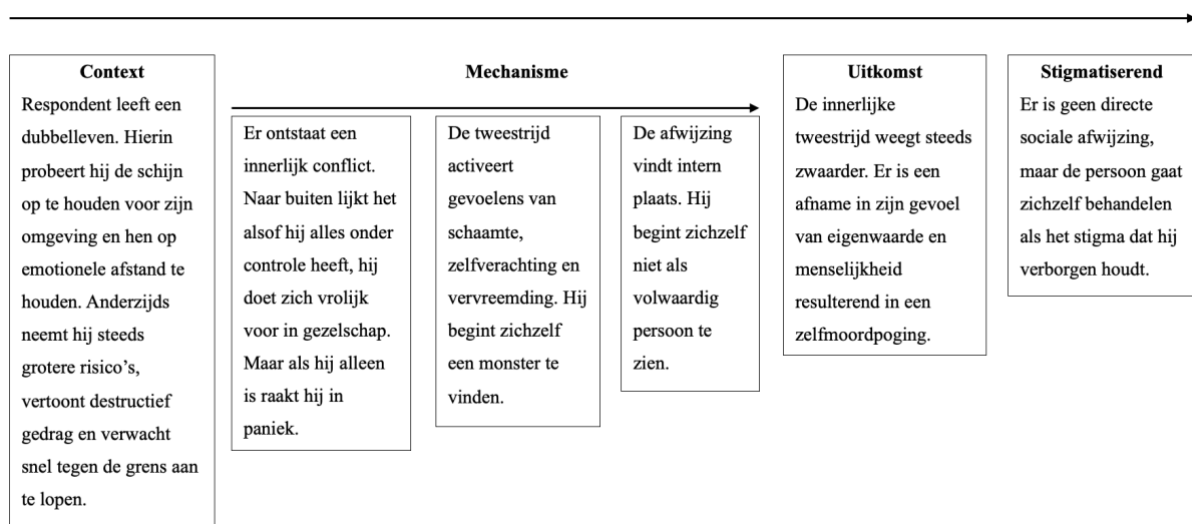
4.2.4 Uitkomst

De uitkomst van deze fase laat zien hoe het innerlijk conflict tussen het publieke en het verborgen zelf steeds zwaarder begon te wegen. De kloof tussen zijn sociale façade en het onbesproken lijden leidde tot een afname van zijn gevoel van eigenwaarde en menselijkheid. Hij begon zichzelf niet langer te zien als een volledig persoon, maar als iemand die een rol speelde en daarin faalde.

Hoewel hij een sociaal netwerk om zich heen had, koos hij ervoor zich terug te trekken en zijn gevoelens niet te delen. De innerlijke druk bleef zich opstapelen. Uiteindelijk resulteerde dit in een suïcidepoging, een daad die hij niet beschreef als wanhoopsdaad, maar als een logische, kalme uitweg.

In deze configuratie is de uitkomst geen directe sociale afwijzing, maar een vorm van innerlijke marginalisering: de overtuiging dat hij de norm had geschonden en daardoor zijn plek binnen de sociale omgeving had verloren. Ondanks een aanwezige sociale omgeving, verdween het gevoel dat hij nog als volwaardig lid van de samenleving werd gezien, of zichzelf zo kon blijven zien.

In figuur 8 is de CMO-configuratie van deze periode schematisch weergegeven, ter ondersteuning van de analyse.



Figuur 8: CMO-configuratie; Periode grip op leven kwijtgeraakt

Deze periode sluit aan bij verwachting 1 en 4. De sterke sociale norm om problemen verborgen te houden (verwachting 1) versterkte de schaamte en zelfverwerping van de

respondent. Daarnaast was er weinig ruimte voor dialoog of betekenisgeving (verwachting 4), waardoor hij zijn worstelingen voor zichzelf hield en geen hulp vroeg.

4.3 Periode in de kliniek

4.3.1 Beschrijvende weergave

Na zijn suïcidepoging werd de respondent in het ziekenhuis gearresteerd. Er liep op dat moment al een arrestatiebevel op basis van een opgebouwd dossier over financiële delicten die hij eerder had gepleegd. Hij kreeg een gevangenisstraf van bijna een jaar met aansluitend een tbs-maatregel van 4,5 jaar. Hij vertelde dat hij zich totaal niet had gerealiseerd wat tbs inhield en dat hij er achteraf spijt van had dat hij geen hoger beroep had aangetekend.

“Als ik dat van tevoren geweten had, dat tbs dat inhield. Dan was ik zeker in hoger beroep gegaan.”

Door plaatsgebrek verbleef hij eerst enkele maanden als ‘passant’ in de gevangenis voordat hij werd overgeplaatst naar de kliniek. Hij blikte negatief terug op die periode en vertelde over de dagelijkse praktijk in de tbs-kliniek, waar een strikt regime gold en hij zich altijd gecontroleerd voelde.

“Uhm, de, de, de, hoe heet, de interne verslaggeving, dat, daar worden, dat is belachelijk wat voor eisen justitie daaraan stelt. Ze willen eigenlijk nog weten wat je op je brood hebt. Dus die mensen, die doen niets anders, als je continu in de gaten houden en ze zitten de hele dag te typen. Dus een rare dynamiek geeft dat.”

Hij vertelde hoe er nauwelijks onderscheid werd gemaakt tussen patiënten, ongeacht de aard van hun delicten. Iedereen werd behandeld als deel van dezelfde risicogroep.

“Maar iedereen werd, uhm, er werd geen enkel verschil gemaakt tussen mij en een verkrachter.”

Hij sprak ook over hoe hij moest deelnemen aan gesprekken waarin patiënten elkaars dossiers bespraken, iets wat hij als schokkend ervoer.

“Want we spraken over elkaars dossiers, hé? Dat was ook de bedoeling he, dat je een beetje van elkaar leert. Zo van, goh hoe word je weer een normaal mens. En als je dan hoort wat die mensen gedaan hebben? Dan denk je daar hoor ik dan tussen? Ik denk jeetjemina.”

Hij gaf voorbeelden van hoe gewone interacties al snel werden geïnterpreteerd als risicovol gedrag. Een onschuldig dansje leidde bijvoorbeeld tot isolatie.

“Er was dan een vrouw, die kwam een keer jolig binnen. Uhm en toen maakte ze een dansje en toen pakte ik haar zo beet [doet voor hoe dat eruitzag] en toen maakte we even een dansje, want ik heb altijd dansles gehad. O god, o en dat was tutututu [doet alarm na], want ik raakte haar aan en och. Maar zij had er geen enkel probleem mee, het was gewoon grappig. En dan ja en ik ging naar de iso. Ja, want ik had haar beetgepakt. Ik denk ja, dat klopt, maar niet op een, een verkeerde manier.”

Hij vertelde hoe hij zich voortdurend bewust was van het wantrouwen dat hem omringde, zelfs bij familiebezoek.

“Ja, meer dat beeld van iemand die hier zit met tbs die kan ook niet alleen gelaten worden met een familielid.”

Zijn verhaal over deze periode is doordrenkt van het gevoel dat hij zijn identiteit verloor en werd gereduceerd tot een risicoprofiel. Hij voelde zich niet meer als individu gezien, maar als onderdeel van een geproblematiseerde groep.

4.3.2 Context

Na zijn suïcidepoging werd de respondent in het ziekenhuis gearresteerd. Er was op dat moment al een arrestatiebevel uitgevaardigd, op basis van een eerder opgebouwd dossier over zijn gepleegde financiële delicten. Hij werd uiteindelijk veroordeeld tot een klein jaar gevangenisstraf, met aansluitend een tbs-maatregel van 4,5 jaar. Vanwege plaatsgebrek verbleef hij nog een aantal maanden als ‘passant’ in de gevangenis, voordat hij werd overgeplaatst naar de tbs-kliniek. Zijn terugblik op die periode is uitgesproken negatief.

De behandeling in de kliniek werd gekenmerkt door een strikt regime, waarin nauwelijks onderscheid werd gemaakt tussen de aard van de delicten van patiënten. De respondent werd geconfronteerd met verhalen van medepatiënten die hij als zeer schokkend ervaarde.

De dagelijkse gang van zaken in de kliniek stond in het teken van controle, hiërarchie en registratie. Behandelaren waren verplicht om minutieus verslag te leggen van het functioneren van patiënten. De respondent omschreef dit als leven in een permanente observatiestand, waarbij zelfs de kleinste gedragingen werden vastgelegd.

4.3.3 Mechanisme

In de kliniek ervaarde de respondent dat zijn identiteit werd overschreven door de status van ‘tbs’er’. Ongeacht de achtergrond van zijn delict, werd hij gezien als behorend tot een risicogroep. Er werd geen onderscheid gemaakt: iedere patiënt werd benaderd als drager van dezelfde sociale categorie, ook al had hij zelf nooit iemand fysiek letsel toegebracht.

Deze gelijkstelling vond hij vreselijk. Hij voelde dat hij niet meer werd gezien als individu. De kliniek functioneerde voor hem als een omgeving waarin zijn sociale identiteit werd ontdaan van nuance of context. Zijn handelen werd niet beoordeeld op intentie, maar op risico, niet als mens, maar als risico.

Hij beschreef hoe incidenten die hij zelf als onschuldig of sociaal interpreteerde, zoals het maken van een dansje met een personeelslid, werden opgevat als risicovol gedrag en hadden directe consequenties, zoals isolatie.

De waakzaamheid waarmee het systeem hem benaderde, zorgden voor gevoelens van schaamte en machteloosheid. Zelfs het idee dat hij niet alleen kon worden gelaten met een familielid bevestigde voor hem hoe diep het wantrouwen zat.

4.3.4 Uitkomst

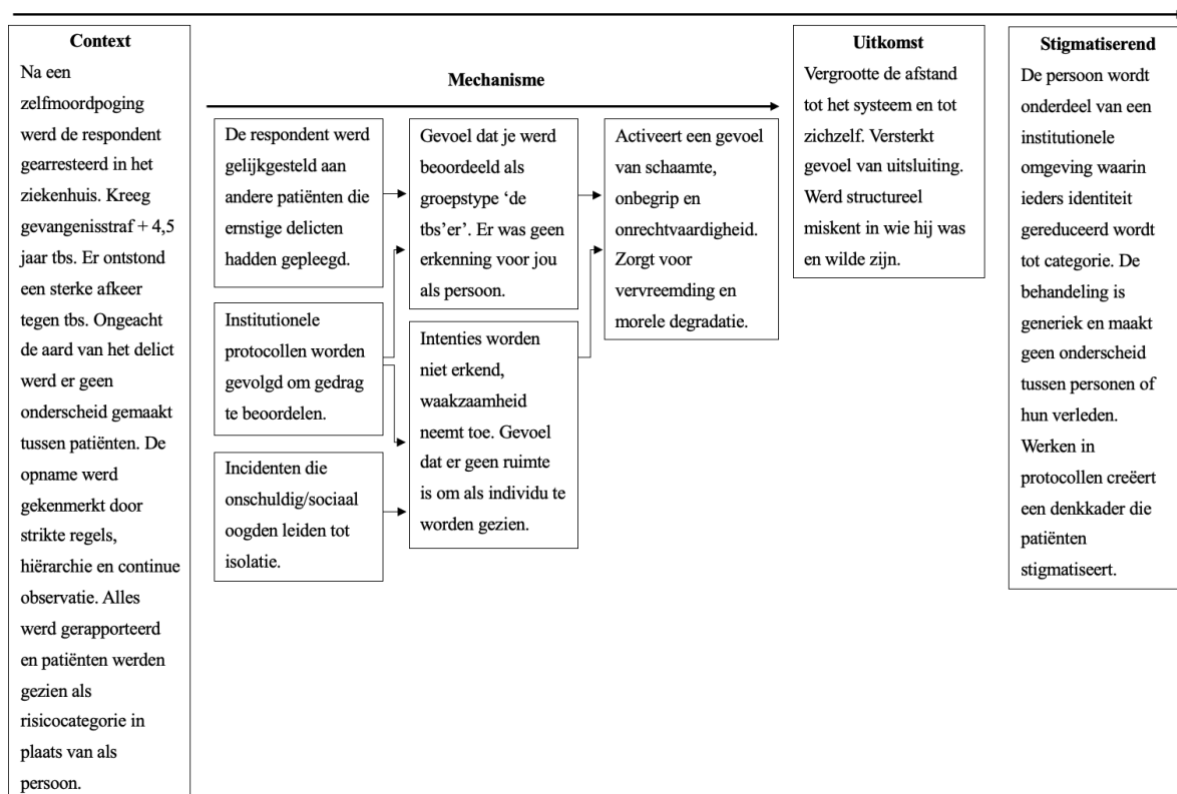
De uitkomst van deze configuratie is een sterk gevoel van sociale ontkoppeling en institutionele vervreemding. De respondent beschreef hoe hij zijn individuele identiteit verloor in een systeem dat hem niet benaderde als persoon, maar als risico. De

behandelcontext droeg bij aan het verstevigen van het stigma: door hem onder te brengen in een categorie zonder onderscheid, verdween de ruimte voor wie hij was, wat hij had gedaan, of hoe hij zich tot zijn situatie verhield.

Het behandeltraject leidde niet tot erkenning, maar tot bevestiging van een sociaal label waarvan hij zich nauwelijks kon losmaken. Zijn aanwezigheid in de kliniek werd door hemzelf en mogelijk ook door zijn omgeving, gelezen binnen het frame van het tbs-stigma. Daardoor verschoof zijn identiteit van een persoon met een probleem naar een persoon als probleem.

In deze fase werd hij niet alleen beoordeeld, maar nam hij zelf de rol op zich van iemand die geen plaats meer had binnen het morele domein van ‘normale mensen’. De afstand tussen hem en de samenleving werd daardoor niet kleiner, maar verder bevestigd.

In figuur 9 is de CMO-configuratie van deze periode schematisch weergegeven, ter ondersteuning van de analyse.



Figuur 9: CMO-configuratie; Periode opgenomen in de kliniek

In deze periode is vooral verwachting 1, 3, 4 en 7 terug te zien. De kliniek kenmerkte zich door een sterke normatieve orde en classificatieprocedures (verwachting 1 en 3), die weinig ruimte lieten voor persoonlijke betekenisgeving (verwachting 4). Ook het gebruik van labels en risicocategorieën droeg bij aan zijn ervaren vervreemding.

4.4 Eerste periode na ontslag

4.4.1 Beschrijvende weergave

Na zijn ontslag kreeg de respondent een appartement toegewezen. Hij vertelde dat hij geen enkele vorm van nazorg of begeleiding kreeg, wat hem hard trof. Aanvankelijk voelde hij zich opgelucht en euforisch over zijn vrijheid, maar dat gevoel sloeg al snel om.

“Dat was echt, dat was een hel voor mij. Ja, zo maar zonder na-hulp of wat dan ook. Ik had dan wel een appartementje, hadden ze voor mij geregeld. En uhm, in eerste instantie was ik heel euforisch. Maar kwam al snel tot de conclusie dat ik nog steeds dezelfde persoon was als daarvoor. Dus uhm ja, [kort moment stilte], tja, dus ja dat was, dat was heel moeilijk.”

Hij beschreef hoe hij zich steeds verder terugtrok uit zijn sociale contacten, ook al probeerden vrienden hem nog te betrekken.

“Nou mijn vriendengroep, ik uhm, heb ik afstand van genomen. Uhm en in deze periode ben ik nog een keer voor een verjaardag uitgenodigd. Maar, ja dat was ook, ja, uhm, ze deden wel aardig tegen me.”

Hij voelde zich voortdurend achterdochtig en wantrouwend, zowel naar anderen als naar zichzelf.

“Maar dat was een hele moeilijke periode geweest. Bang voor iedereen en uhm, vooral voor mijzelf. Tja. Maar ja, dat, ik, ik, ik was geen slag, ik was geen spat veranderd. Ik, was misschien wel erger geworden. Heel cynisch, heel gemeen en hard.”

Hij vertelde hoe hij sociale contacten uit de weg ging en zijn routes zo plande dat hij zo min mogelijk mensen tegenkwam.

“Wat ik deed, als ik bijvoorbeeld van mijn huis, uhm, uhm, uhm, als ik zeg maar van mijn huis hiernaartoe ging, dan stipte ik een route uit dat ik zo weinig mogelijk mensen tegenkwam. Ik liep hele rare routes. Tijden hield ik ook rekening mee. En in gesprek met mensen had ik zoiets van ja, ik kreeg, uhm makkelijk contact met mensen, maar altijd op een oppervlakkig niveau. Ja een beetje dollen, een beetje leuk doen, tot je erachter komt wie ik ben.”

Zijn zelfbeeld was zwaar beschadigd. Hij vertelde hoe hij zelfs de spiegels in zijn woning had verwijderd omdat hij zichzelf niet kon verdragen.

“Toen ik in mijn huidige woning kwam had ik zo ’n hekel aan mijzelf dat ik letterlijk de spiegels uit de WC en de douche heb gehaald. Ik kon mijn eigen gezicht niet meer zien. Dat vond ik, ik werd, ik werd gewoon lichamelijk niet goed van mijzelf.”

Hij gaf aan dat hij zich uiteindelijk volledig had neergelegd bij een bestaan zonder diepe verbinding of erkenning.

“Ja. Ja eigenlijk had ik me er al bij neergelegd dat ik gewoon, ja, gewoon, zeg maar, gewoon vluchtige contacten met mensen zou hebben, dat dat het dan was.”

Hij sloot deze fase af door te vertellen dat hij aan het einde van zijn Latijn was en serieus dacht aan stoppen met leven.

“En uhm, ik was echt, echt aan het einde van mijn Latijn. Ik denk uhm, voelde me nog wel steeds diezelfde hufter als dat ik was. Tja ik was, eigenlijk van plan om ermee te stoppen. Ik kon het er eigenlijk niet bij hebben. Ik kon het niet meer aan en uhm.”

4.4.2 Context

Na zijn ontslag uit de tbs-kliniek kreeg de respondent een appartement toegewezen. Er was echter geen sprake van gestructureerde nazorg of ondersteuning bij de terugkeer naar de samenleving. De eerste periode na ontslag omschreef hij als ‘een hel’. In het begin voelde hij zich euforisch over de herwonnen vrijheid, maar al snel volgde de confrontatie met zichzelf. Hij merkte dat er intern niets was veranderd.

Hoewel hij incidenteel werd uitgenodigd door oude vrienden, trok hij zich gaandeweg terug uit bestaande sociale contacten. De ontmoetingen waren oppervlakkig; er werd beleefd gedaan, maar hij voelde dat hij niet meer echt deel uitmaakte van het geheel.

4.4.3 Mechanisme

De afwezigheid van begeleiding in combinatie met de verwachting dat hij ‘hersteld’ zou zijn, leidde tot een sterk gevoel van teleurstelling en verlies van richting. De hoop op een nieuwe start maakte plaats voor het besef dat hij zichzelf niet teruggevonden had. Hij sprak over deze fase als een periode van hardheid, waarin hij niet alleen anderen, maar ook zichzelf bekeek vanuit wantrouwen en afstand.

In sociale situaties ging hij contacten zoveel mogelijk uit de weg. Hij ontwierp looproutes zodat hij zo min mogelijk mensen tegenkwam en bleef gesprekken oppervlakkig houden uit angst dat zijn verleden bekend zou worden.

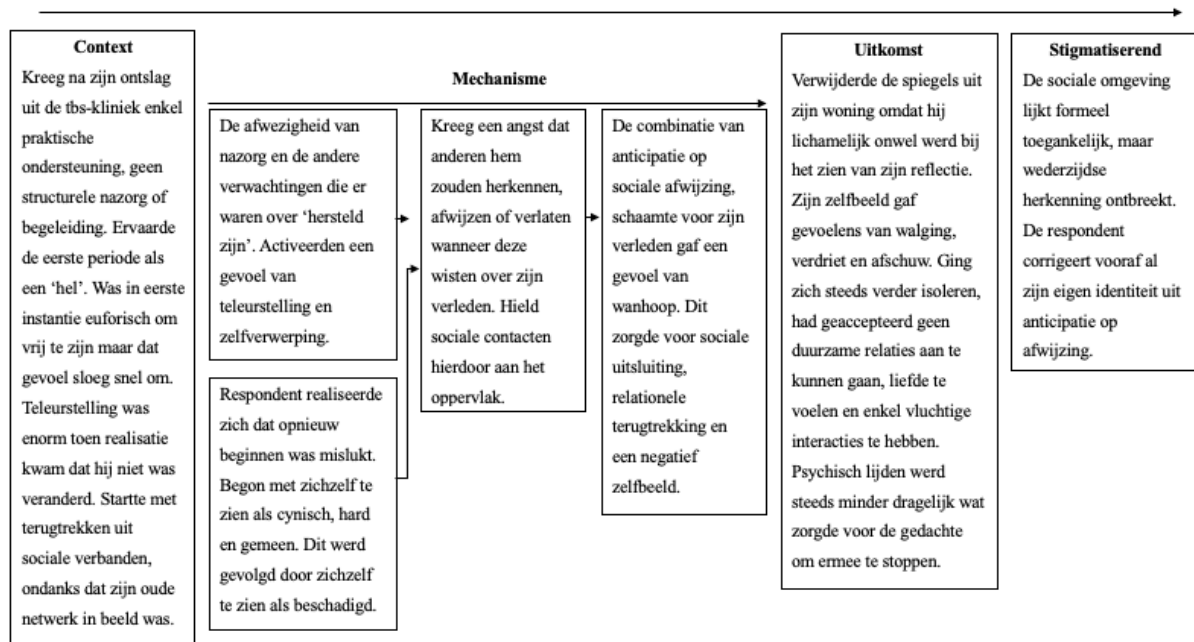
Zijn sociale gedrag werd gestuurd door het vooruitlopen op mogelijke afwijzing. Hij probeerde te voorkomen dat zijn verleden zichtbaar werd, uit angst voor moreel oordeel. Dit leidde niet alleen tot sociale afstand, maar ook tot een groeiend gevoel van walging ten aanzien van zichzelf. Dat werd letterlijk zichtbaar in het verwijderen van spiegels uit zijn woning.

4.4.4 Uitkomst

De uitkomst van deze periode is een verregaand gevoel van vervreemding, zowel in sociale als in persoonlijke zin. De respondent beschouwde zichzelf niet langer als iemand die kon meedoen in het sociale leven. Liefde, verbinding en herkenning leken voor hem niet meer bereikbaar. Hij had geaccepteerd dat hij enkel nog maar vluchtige contacten zou hebben met mensen.

Het gevoel dat hij niet meer thuishoorde in de samenleving bleef bestaan. Deze fase vormde een dieptepunt in zijn proces, dat uiteindelijk uitmondde in de gedachte om ermee te stoppen, een breekpunt dat in de volgende configuratie verder wordt uitgediept.

In figuur 10 is de CMO-configuratie van deze periode schematisch weergegeven, ter ondersteuning van de analyse.



Figuur 10: CMO-configuratie; Periode na ontslag uit de kliniek

Deze fase laat vooral verwachting 1 en 4 zien. Er was weinig sociale steun en begeleiding, waardoor normatieve verwachtingen over 'herstel' onuitgesproken bleven maar sterk aanwezig waren (verwachting 1). Ook ontbrak ruimte voor betekenisgeving of dialoog (verwachting 4), wat leidde tot sociale terugtrekking en verlies van sociale erkenning.

4.5 Periode van herstel

4.5.1 Beschrijvende weergave

De respondent vertelde hoe hij op een dieptepunt in 2022 werd uitgenodigd om een kop koffie te komen drinken bij de herstelruimte. Wat begon als een vrijblijvende ontmoeting, werd een belangrijk keerpunt in zijn leven.

“En uhm, ik was echt, uhm, echt aan het einde van mijn Latijn. Ik denk uhm, voelde me nog steeds diezelfde hufter als dat ik was. Tja ik was, eigenlijk van plan om ermee te stoppen, dat was in uhm, 2022, ik kon, ik kon het er eigenlijk niet bij hebben. Ik kon het niet meer aan en uhm. En toen ben ik hier dus, hij nodigde mij uit om een kopje koffie te komen drinken bij de herstelruimte en ik ben nooit meer weggegaan zeg maar.”

Hij beschreef hoe hij langzaam meer betrokken raakte en zich op zijn gemak begon te voelen in een omgeving die echt gelijkwaardig aanvoelde.

“En dat je je kwetsbaar op durft te stellen naar anderen toe, zonder en dat je dat dan ook ervaart dat je er niet op wordt afgerekend. Dat maakt het zo 'n stuk makkelijk he.”

“Uhm het gebrek aan de hiërarchie die hier is. Hier is iedereen, in het begin had ik nog zoiets van hier is iedereen gelijk, yeah right, weet je wel? Dat heb ik wel vaker gehoord, maar de mensen hier menen dat ook werkelijk.”

“Het is, het is net familie.”

Een belangrijk moment voor hem was toen een andere bezoeker hem vroeg om in gesprek te gaan. Dat gaf hem het gevoel dat hij gezien en gewaardeerd werd.

“Toen op en geven moment weet ik nog wel, was er een bezoeker en die vroeg naar mij. Ik zeg van huh? Iemand wil met mij praten? Iemand die problemen heeft wil met mij praten? Ik denk nou, die heeft echt problemen weet je wel? Nou toen bleek dus dat ik wel van betekenis kon zijn voor mensen. En dat vond ik wel, ja, dat vond ik fantastisch.”

Hij vertelde hoe hij in de herstelruimte experimenteerde met eerlijk zijn over zijn verleden en ontdekte dat hij niet werd afgewezen.

“En hier ook heel erg geëxperimenteerd, zo van nou hier heb ik dus uhm, mijn verleden, kon ik, inzetten voor iets positiefs. Ik kon dat om het ijs te breken, bij andere mensen.”

“Toen ik daarmee, experimenteerde om gewoon eerlijk te zijn over wat ik had gedaan, en hoe ik me daarbij voelde enz. Kwam ik erachter dat niemand mij afwees. Niet één, dat is niet een keer gebeurd.”

Door deze ervaringen begon hij zijn verleden anders te zien en ontwikkelde hij een gevoel van waarde en verbondenheid.

“Aan de ene kant kun je bijna zeggen dat ik mijn leven te danken heb aan de herstelruimte, aan de andere kant maken ze dan, het maakt iets in je wakker en nu wil ik meer.”

“Ja en dan denk ik ja mensen geven, ik geef echt om mijn collega's en mijn collega's geven ook echt om mij.”

Hij beschreef hoe zijn huidige partner een belangrijke rol speelde in het hervinden van levenslust en zelfwaardering.

“En dat vind ik ook zo bijzonder aan mijn huidige vriendin, die [moet lachen]. Ze heeft een schilderij voor mij gemaakt. Van een uhm, een Feniks, een soort vogel die ja, ze heeft mij gewoon weer een beetje tot leven gewekt eigenlijk. Ik, ik krijg weer zin in dingen en uhm, ja, uhm, ja zij laat mij dan ook zien dat, ja je hebt die dingen gedaan, ja dat is zo, maar ja, ja, dat is niet het enige wat je bent, wie je bent.”

Hij vertelde dat hij nu opnieuw waarde zag in zichzelf en zijn relaties en zelfs wilde bijdragen.

“Ja, dus uhm. Ja hier heb ik geleerd, dat ik gewoon, dat ik zelf ook een bepaalde waard heb zeg maar.”

“Uhm, ik geloof niet in karma. Maar, ik, ik vind het zelf als beeldspraak wel mooi ik wilde die, ik wilde de balans weer in evenwicht brengen.”

“En zeker met zoiets, iets waar ik dan mee te kampen had, uhm, zelfstigma en ik wil niet zeggen dat ik er helemaal vanaf ben. Maar dan, dan werkt dit echt heel goed, ja heel goed.”

4.5.2 Context

In 2022, op een moment dat de respondent aangaf ‘aan het einde van zijn Latijn’ te zijn, werd hij uitgenodigd om een kop koffie te komen drinken bij de herstelruimte. Wat begon als een vrijblijvend bezoek, groeide uit tot structureel en betekenisvol onderdeel van zijn leven. Hij bleef terugkomen, vond herkenning en raakte geleidelijk meer betrokken.

De herstelruimte werd gekenmerkt door een open, gelijkwaardige sfeer waarin hiërarchie nauwelijks voelbaar was. Iedereen werd als volwaardig beschouwd, ongeacht achtergrond of geschiedenis.

4.5.3 Mechanisme

De herstelruimte bood een sociaal klimaat waarin voor het eerst sinds lange tijd sprake was van wederzijdse erkenning. Aanvankelijk was de respondent nog terughoudend, maar toen

iemand hem actief benaderde een vroeg om met hem in gesprek te gaan, voelde hij zich gezien.

Door de ervaring dat zijn aanwezigheid betekenis had voor anderen, veranderde langzaam het beeld dat hij van zichzelf had. Hij begon te experimenteren met openheid over zijn verleden, iets wat voorheen gepaard ging met schaamte en vermijding en ontdekte tot zijn verbazing dat hij niet werd afgewezen.

Door deze ervaringen begon hij zijn verleden te herpositioneren. Hij werd niet langer uitsluitend een last, maar ook een bron van betekenis. Binnen deze omgeving kon hij zichzelf weer leren zien als iemand die erbij hoorde, als iemand die niet gereduceerd werd tot zijn geschiedenis.

Een versterkende rol hierin speelde zijn nieuwe partner, die hem het gevoel gaf dat hij opnieuw kon leven, liefhebben en ontvangen.

In de omgang met anderen veranderde zijn perspectief: hij gaf aan geleerd te hebben om mensen te zien als individu en ontdekte dat hij zelf ook waarde had, los van zijn verleden.

4.5.4 Uitkomst

De uitkomst van deze configuratie is een versterkt gevoel van zelfwaardering, verbondenheid en zingeving. De herstelruimte bood een context waarin de respondent zich weer als volledig persoon kon ervaren, iemand die niet wordt gedefinieerd door zijn stigma, maar door wie hij in relatie tot anderen kan zijn.

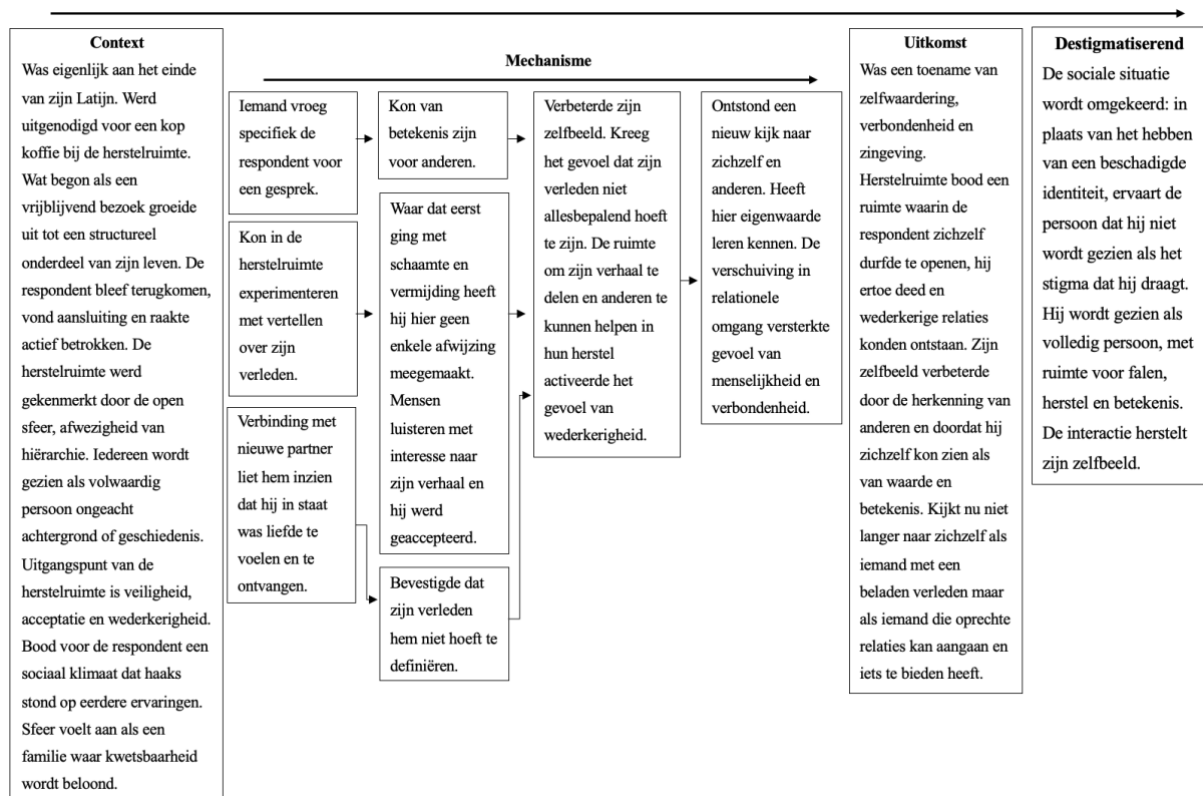
Zijn zelfbeeld verbeterde, niet alleen door hoe anderen hem benaderden, maar vooral doordat hij zichzelf opnieuw kon zien als iemand met waarde, met relaties en met iets te bieden.

Hoewel schaamte en terughoudendheid niet volledig verdwenen zijn, gaf hij aan dat er iets in hem wakker is gemaakt: een verlangen om terug te geven, opnieuw bij te dragen aan het geheel.

Hij ziet zichzelf nu niet langer alleen als iemand met een beladen verleden, maar als iemand die oprechte relaties kan aangaan en betekenisvol bijdragen levert aan zijn omgeving.

In deze configuratie wordt het stigma tijdelijk overstemd: de persoon wordt weer erkend in zijn volledige mens-zijn. Niet alleen door anderen, maar ook door zichzelf. Die interactie herstelt zijn morele status en opent een nieuwe fase van leven.

In figuur 11 is de CMO-configuratie van deze periode schematisch weergegeven, ter ondersteuning van de analyse.



Figuur 11: CMO-configuratie; Periode van herstel

De herstelperiode sluit aan bij verwachting 2, 5 en 6. De herstelruimte bood een context van vertrouwen, empathie en inclusieve normen (verwachting 2), met minder vaste gedragsnormen (verwachting 5) en ruimte voor diversiteit in taal en expressie (verwachting 6). Hierdoor werd destigmatisering mogelijk.

4.6 Afsluiting

In dit hoofdstuk zijn vier levensfasen van de respondent geanalyseerd aan de hand van context-mechanisme-uitkomstconfiguraties. Samen laten deze configuraties zien hoe stigma zich ontwikkelt en doorwerkt binnen sociale interacties, instituties en persoonlijke beleving. Het perspectief van de respondent maakt duidelijk hoe snel iemand buiten de norm geplaatst

kan worden, hoe moeilijk het is om van dat beeld los te komen en onder welke voorwaarden herstel mogelijk wordt.

De resultaten tonen niet alleen de mechanismen die stigmatisering in stand houden, maar ook de momenten waarop ruimte ontstaat voor herstel van erkenning, wederkerigheid en menselijkheid. Deze inzichten vormen de basis voor de conclusie en discussie in het volgende hoofdstuk, waarin de configuraties met elkaar worden vergeleken, geplaatst worden binnen bestaande literatuur en de implicaties voor beleid, praktijk en vervolgonderzoek worden besproken.

5 Conclusie & Discussie

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde: *hoe komt (de)stigmatisering van mensen met onbegrepen gedrag tot stand en welke contexten en mechanismen spelen hierin een bepalende rol?* De beantwoording van deze vraag vond plaats aan de hand van vier levensfasen van de respondent, elk uitgewerkt in CMO-configuraties. In deze conclusie worden de belangrijkste bevindingen per fase samengevat, met aandacht voor de onderliggende mechanismen die leidden tot stigmatisering of destigmatisering.

5.1 Conclusie

5.1.1 Fase 1: De periode waarin de grip op het leven verloren ging

In deze fase werd stigmatisering vooral zichtbaar als intern proces. Hoewel de directe sociale omgeving aanwezig bleef, koos de respondent ervoor zijn innerlijke strijd te verbergen. Hij hield een sociaal wenselijk beeld van zichzelf in stand, wat leidde tot een spanningsveld tussen het ‘publieke zelf’ en het ‘verborgen zelf’. Deze discrepantie activeerde mechanismen van schaamte, vervreemding en zelfverwerping. De respondent internaliseerde negatieve oordelen voordat deze expliciet werden uitgesproken. De uitkomst was geen sociale afwijzing van buitenaf, maar een geleidelijk verlies van het gevoel mens te zijn, een vorm van interne marginalisering.

5.1.2 Fase 2: De klinische periode

De expliciete tbs-maatregel vergrootte de morele lading van het stigma. Niet alleen werd de respondent behandeld als categorie, hij werd ook gelijkgesteld met andere patiënten die ernstig strafbare delicten hadden gepleegd. De tbs-context maakte onderscheid tussen personen vrijwel onmogelijk: er was geen ruimte om te laten zien wie iemand was, enkel wat iemand zou kunnen zijn. Het mechanisme van morele degradatie werd hier zichtbaar: de respondent voelde zich structureel miskend in zijn intenties, geschiedenis en herstel mogelijkheden. De uitkomst was een diepgaand verlies van eigenwaarde en toegenomen sociale uitsluiting.

5.1.3 Fase 3: De eerste periode na ontslag uit de kliniek

Na zijn terugkeer in de samenleving bleek de afwezigheid van structurele begeleiding funest. De verwachting dat vrijheid vanzelf herstel zou brengen, bleek onhoudbaar. De confrontatie met onveranderde interne worstelingen leidde tot gevoelens van mislukking en zelfafwijzing. De respondent trok zich terug uit sociale relaties en ontwikkelde strategieën om herkenning te vermijden. De centrale mechanismen in deze fase waren anticipatie op afwijzing en vermijding. Er was geen expliciete sociale uitsluiting, maar een vooraf gecorrigeerde identiteit: hij vermeed anderen voordat zij hem konden afwijzen. De uitkomst was een periode van diepe isolatie en verlies van zelfrespect.

5.1.4 Fase 4: De herstelperiode

Pas in de context van een herstelruimte, waarin openheid gelijkwaardigheid en wederkerigheid centraal stonden, werd destigmatisering mogelijk. De respondent durfde zich langzaam open te stellen, ontdekte dat hij van betekenis kon zijn voor anderen en experimenteerde met het delen van zijn verhaal. Mechanismen in deze fase waren erkenning, wederkerigheid en zingeving. De herstelruimte fungeerde als morele gemeenschap waarin afwijking niet werd gecorrigeerd, maar gedragen. De uitkomst was een herwaardering van het zelf: de respondent kon zichzelf opnieuw zien als iemand met waarde, niet ondanks maar met zijn geschiedenis. Hier vond een actief herstel van morele status plaats.

5.1.5 Reflectie op verwachtingen

De bevindingen in dit onderzoek sluiten in sterke mate aan bij de in het theoretisch kader geformuleerde verwachtingen. In periodes waarin sterke sociale normering aanwezig was (zoals in de kliniek of bij re-integratie in de samenleving), werd gedrag sneller als afwijkend geïnterpreteerd en ontstond eerder stigmatisering (verwachting 1 en 3). Omgevingen waarin classificatie en controle centraal stonden, lieten weinig ruimte voor dialoog of betekenisgeving (verwachting 4 en 7), wat bijdroeg aan morele reductie en vervreemding.

Tegelijkertijd bevestigt de herstelperiode het tegenovergestelde: wanneer ruimte ontstaat voor vertrouwen, empathie en het toelaten van diversiteit (verwachting 2, 5 en 6), wordt destigmatisering mogelijk. In de herstelruimte was geen sprake van directe normering of

labeling; er was plaats voor het verhaal, voor verschil en wederkerigheid. Dit onderzoek laat daarmee zien dat (de)stigmatisering niet enkel ontstaat door labels of structuur, maar door de manier waarop mensen in sociale contexten betekenis geven aan gedrag en aan elkaar.

5.2 Discussie

5.2.1 Theorie en toepassing

De resultaten van dit onderzoek sluiten inhoudelijk aan bij de theoretische aannames die in het voorgaande kader zijn uitgewerkt. In het bijzonder wordt zichtbaar hoe stigma geen vaststaand kenmerk is van een individu, maar een relationeel en contextueel proces (Goffman, 1963). De casus maakt duidelijk hoe morele beoordeling in sociale interacties bepaalt wie als volwaardig wordt erkend en wie buiten de norm valt.

Goffmans concepten helpen daarnaast om de dynamiek van stigmatisering op een meer gedetailleerd niveau te begrijpen. In de ervaringen van de respondent werd zichtbaar hoe informatiebeheer een belangrijke rol speelde: hij gaf aan bewust selectief te zijn in wat hij over zijn verleden vertelde, uit angst voor afwijzing of veroordeling. Deze strategie om stigmatiserende informatie te controleren sluit aan bij dat mensen met een gestigmatiseerde identiteit voortdurend moeten onderhandelen over wat zij wel en niet delen, wat spanning en sociale afstand in stand kan houden (Goffman, 1963).

Ook het idee van een morele loopbaan (Goffman, 1963) kwam duidelijk naar voren. De respondent vertelde hoe zijn identiteit veranderde onder invloed van de institutionele behandeling. In de tbs-kliniek werd hij niet alleen beoordeeld op zijn gedrag in het verleden, maar leerde hij zichzelf ook te zien zoals de instelling hem definieerde: als risicovol, onbetrouwbaar en afwijkend. Deze geïnternaliseerde perspectieven beïnvloedden zijn zelfbeeld en zijn verwachtingen over hoe anderen hem zouden behandelen. Dit proces van herdefiniëring illustreert hoe stigma niet slechts wordt opgelegd van buitenaf, maar kan worden geïnternaliseerd en zo doorwerkt in zelfwaardering en herstel.

Daarnaast is het concept van de totale institutie (Goffman, 1961) behulpzaam om de ervaringen in de klinische context te duiden. De tbs-kliniek als gesloten en sterk gereguleerde omgeving beperkte zijn autonomie, standaardiseerde gedrag en versterkte de nadruk op

risicoprofielen. Dit leidde tot gevoelens van vervreemding en het gevoel ‘op de verkeerde plek’ te zitten, ervaringen die kenmerkend zijn voor nieuwelingen in totale instituties. Tegelijkertijd liet de casus zien dat er buiten deze institutionele setting, in de herstelruimte, juist ruimte ontstond voor lotgenotencontact, herkenning en steun. Daar kon de respondent openlijk praten over zijn ervaringen en erkenning vinden. Dit benadrukt Goffmans inzicht dat hoewel totale instituties vaak disciplinerend en stigmatiserend werken, alternatieve morele gemeenschappen buiten de instelling een tegenwicht kunnen bieden en mogelijkheden scheppen voor destigmatisering.

Durkheims (1893) analyse van sociale cohesie en morele normering biedt een belangrijk verklarend kader om te begrijpen waarom samenlevingen afwijkend gedrag willen reguleren en begrenzen. In een sterk normatieve, gesloten orde wordt afwijking gezien als een bedreiging voor de gedeelde moraal en moet die worden gecontroleerd om de sociale grenzen te bewaken. Goffmans (1963) werk vult dit perspectief aan door te laten zien hoe die normatieve druk zich vertaalt in concrete sociale interacties en institutionele praktijken. Hij beschrijft hoe mensen omgaan met stigma via informatiebeheer, hoe hun identiteit zich ontwikkelt in een morele loopbaan binnen instellingen en hoe totale instituties afwijkend gedrag standaardiseren en reduceren. Zoals de verwachtingen al voorspelden (vooral verwachting 1 en 4), laat de klinische context in deze casus zien hoe een sterk normatieve, gesloten orde afwijkend gedrag niet als tijdelijk of begrijpelijk kan duiden, maar reduceert tot een probleem dat beheerst moet worden. Dit proces van labeling en scheiding is een essentieel mechanisme van stigmatisering (Link & Phelan, 2001): een individu wordt niet langer als uniek persoon gezien, maar als drager van een risico. Dit creëert een morele grens: het verlies van erkenning als menselijk en moreel volwaardig lid van de samenleving (Yang et al., 2007). De casus illustreert precies dit mechanisme in de manier waarop de respondent zichzelf ging zien als iemand die geen plaats meer had binnen de morele gemeenschap.

Dit mechanisme van risicoframing speelt echter niet alleen in zorginstellingen maar ook in de veiligheidspraktijk. Vanuit het perspectief van politie en justitie wordt gedrag dat niet begrepen wordt vaak onmiddellijk geclassificeerd in termen van gevaar, overlast of dreiging. De respondent ervoer deze framing zelf tijdens en na zijn juridische traject: zijn financiële delicten werden niet alleen als strafbaar maar ook als bewijs van fundamentele onbetrouwbaarheid en risico gezien. In lijn met Goffman (1963) kan dit worden opgevat als een proces van morele reductie waarin de complexiteit van iemands handelen wordt

versimpeld tot een enkel stigma-label. Dergelijke risicoclassificaties zijn begrijpelijk vanuit een handhavingslogica, maar kunnen onbedoeld bijdragen aan stigmatisering en uitsluiting.

Daarnaast wordt in de resultaten het mechanisme van rationalisering, classificatie en betekenisgeving zichtbaar dat in het theoretisch kader werd besproken. Weber (1922) en Lipsky (1980) beschrijven hoe moderne instituties via standaardprocedures en bureaucratische logica proberen ambiguïteit te reduceren. In de kliniek en bij re-integratie na ontslag werd dit duidelijk in de nadruk op risicoprofielen, interne verslaglegging en standaardclassificaties (verwachtingen 3 en 7). Corrigan (2016) benadrukt dat zulke systematische processen stigma niet alleen reproduceren, maar ook verankeren in beleid en praktijk. De casus toont hoe deze mechanismen leidden tot morele reductie: de respondent werd niet langer als uniek persoon benaderd, maar als een risicocategorie.

Deze analyse is relevant voor de politiepraktijk, omdat risicotaxaties daar een centrale rol spelen in het besluitvormingsproces. Eerdere studies, zoals de ervaringsverhalen van Roex (2019), maken duidelijk hoe mensen met onbegrepen gedrag herhaaldelijk als *'tikkende tijdbom'* worden benaderd. Dit versterkt het publiek stigma en kan leiden tot disproportionele maatregelen, escalaties of onterechte focus op handhaving boven hulpverlening. De casus onderstreept dat het erkennen van de sociale en persoonlijke context essentieel is om dergelijke stigmatiserende en risicogerichte reducties te voorkomen.

Het onderzoek bevestigt ook het belang van contexten waarin ruimte bestaat voor dialoog, empathie en betekenisgeving. De herstelruimte fungeerde als voorbeeld van een alternatieve morele gemeenschap (verwachtingen 2, 5 en 6). Hier was sprake van een open sociale normstructuur waarin kwetsbaarheid en verschil niet werden gecorrigeerd, maar gedragen. Dit sluit aan op Durkheims idee dat cohesie niet alleen uitsluiting kan versterken, maar ook als basis kan dienen voor solidariteit en herstel. Ook Goffman (1961) wijst erop dat juist in sociale interactie nieuwe betekenissen kunnen ontstaan: in de herstelruimte werd de stigmatiserende identiteit niet bevestigd, maar heronderhandeld in een ondersteunende morele gemeenschap.

Tegelijkertijd laat de casus zien dat herstel geen vanzelfsprekend proces is. De uitnodiging om deel te nemen aan de herstelruimte was voor de participant een belangrijk keerpunt, maar dat alleen verklaart niet waarom hij deze mogelijkheid ook echt heeft benut. Zijn verhaal laat zien

dat persoonlijke eigenschappen zoals zelfreflectie, het vermogen om open te zijn over zijn verleden en betekenis te geven aan zijn ervaringen hierin een rol speelden. Ook de aanwezigheid van een ondersteunende, niet-oordelende omgeving was nodig. Andere mensen met vergelijkbare ervaringen zouden deze stap misschien niet kunnen of willen zetten, bijvoorbeeld door wantrouwen, schaamte of een gebrek aan sociale steun. Dit benadrukt dat herstelgerichte benaderingen aandacht moeten hebben voor deze verschillen en de voorwaarden die nodig zijn om voor iedereen toegankelijk en effectief te kunnen zijn.

Ten slotte maakte de casus zichtbaar hoe culturele afstand en symbolische uitsluiting (Bourdieu, 1984) subtiel doorwerken in de manier waarop afwijking wordt geïnterpreteerd. In de ervaringen van de respondent is te zien hoe afwijkend gedrag werd losgemaakt van persoonlijke context en gereduceerd tot een storende factor binnen institutionele en sociale normen. Het ontbreken van ruimte voor een eigen verhaal en betekenisgeving versterkte de sociale en morele afstand, wat in het theoretisch kader werd beschreven als een subtiële vorm van symbolisch geweld.

De vooraf geformuleerde verwachtingen boden een bruikbaar kader om te onderzoeken hoe stigmatisering in verschillende situaties vorm kreeg. Ze waren niet bedoeld als strikte hypothesen, maar als richtinggevende uitgangspunten om aandacht te hebben voor belangrijke mechanismen en contexten. De casus laat zien dat (de)stigmatisering niet eenduidig of simpel te verklaren is, maar samenhangt met sociale normen, institutionele werkwijzen en de manier waarop mensen met elkaar omgaan. Dit benadrukt het belang om bij het terugdringen van stigma niet alleen te kijken naar de individuele houding of zorgpraktijk, maar ook naar de veiligheidspraktijk en politiecontext waarin risicoframing en sociale ordening onbedoeld stigma kunnen versterken.

5.2.2 Methodologische reflectie

De keuze voor een individuele casusstudie heeft zowel sterktes als beperkingen. Door de diepte van het interview en de toepassing van realistische evaluatie konden mechanismen worden blootgelegd die in andere contexten mogelijk herkenbaar zijn. Tegelijkertijd blijft de generaliseerbaarheid beperkt. Dit is inherent aan het doel van dit onderzoek: inzicht krijgen in mechanismen, niet in frequenties.

Bovendien biedt juist een individuele casusstudie de mogelijkheid om complexe mechanismen in detail zichtbaar te maken. Het doel van deze aanpak is niet om breedte of variatie in ervaringen te beschrijven, maar om te begrijpen hoe context, mechanismen en uitkomsten met elkaar samenhangen. Dit sluit aan bij de logica van realistische evaluatie, waarin diepgaande analyse helpt verklaren waarom bepaalde processen juist in specifieke omstandigheden optreden. Hoewel de resultaten niet zomaar generaliseerbaar zijn naar andere situaties, kunnen de inzichten wel herkenbaar en overdraagbaar zijn voor vergelijkbare contexten. In die zin levert de casus een waardevolle bijdrage door te laten zien hoe en waarom stigmatisering ontstaat en onder welke voorwaarden herstel mogelijk wordt.

Een aandachtspunt blijft de invloed van retrospectieve reconstructie: het herstel waar de participant zich in bevindt, beïnvloedt ongetwijfeld de manier waarop eerdere fases worden geduid. Toch schuilt hierin juist ook de kracht: de reflectieve afstand stelt de participant in staat om betekenis toe te kennen aan eerdere ervaringen, waardoor onderliggende sociale processen zichtbaar worden.

Daarnaast werd het interviewproces bewust open gehouden om ruimte te bieden aan het eigen verhaal van de participant. In de voorbereidende fase waren ook andere mogelijke CMO-configuraties geformuleerd, bijvoorbeeld rond politie-interventies, media-framing en taalgebruik. Uiteindelijk zijn deze niet actief ingebracht tijdens het interview, om te voorkomen dat het gesprek te sterk gestuurd werd en de participant minder vrijheid voelde om eigen ervaringen en thema's te benoemen. Dat deze thema's minder expliciet naar voren kwamen betekent niet dat ze geen rol spelen: andere respondenten zouden juist deze thema's centraal kunnen stellen, afhankelijk van hun eigen ervaringen en contactmomenten met instituties. Dit onderstreept het belang van meervoudig casusonderzoek om een vollediger beeld te krijgen van (de)stigmatisering in verschillende contexten.

5.2.3 Relevantie en positionering

Wetenschappelijk draagt dit onderzoek bij aan het inzicht dat stigmatisering niet alleen cultureel of structureel verklaard moet worden, maar ook relationeel. Het laat zien hoe kleine verschuivingen in context, een gesprekspartner, een fysieke ruimte of een classificatie kunnen leiden tot diepgaande gevolgen voor de beleving van het zelf en de ander.

Praktisch levert het onderzoek aanknopingspunten voor hulpverlening, beleid en herstelpraktijken. Het laat zien dat het niet voldoende is om stigmatisering ‘af te leren’ via campagnes of educatie: de structurele en relationele omgeving moet ook mee veranderen. Een herstelruimte werkt niet vanwege goede intenties, maar omdat het een sociale context creëert waarin iemand opnieuw als mens kan worden herkend.

5.3 Aanbevelingen

De bevindingen uit dit onderzoek maken duidelijk dat (de)stigmatisering geen individueel proces is, maar een sociale realiteit die voortdurend wordt gevormd in de manier waarop we naar mensen kijken, met hen omgaan en systemen inrichten. Wie werkelijk verschil wil maken in het leven van mensen met onbegrepen gedrag, moet zich niet alleen afvragen wat er mis is met deze mensen, maar vooral wat er mis is met de manier waarop we met hen omgaan. In deze slotparagraaf worden aanbevelingen geformuleerd die kunnen bijdragen aan een samenleving waarin erkenning en herstel mogelijk worden, niet als uitzondering, maar als uitgangspunt.

5.3.1 Praktijkgerichte aanbevelingen

Op organisatieniveau is het van belang om instellingen zodanig in te richten dat classificatie niet langer leidend is in de omgang met mensen, maar ondersteunend wordt aan het persoonlijke verhaal. Herstelgericht werken vraagt om een fundamentele verschuiving: van een focus op diagnose of probleemdefinitie naar een benadering waarin de vraag ‘wat heb je nodig’ centraal staat, in plaats van ‘wat is er mis met je?’ In plaats van labels en protocollen zou het een open gesprek moeten zijn, bijvoorbeeld door het inzetten van narratieve methoden, ervaringskennis of gelijkwaardig cliëntcontact.

Voor professionals betekent dit een herwaardering van de eigen rol als normdrager. Erken dat professionele routines en normatieve aannames bijdragen aan het (re)produceren van stigma. Probeer iemand als persoon te behandelen, niet als casus. Laat ruimte voor context en betekenisgeving en vermijd directe interpretatie of snelle duiding van gedrag. Door actief te vragen naar ervaring, in plaats van deze in te vullen, ontstaat ruimte voor wederkerigheid.

Voor praktijkplekken zoals herstelruimtes is het essentieel om te blijven investeren in relationele veiligheid, gelijkwaardigheid en ruimte voor gedeelde erkenning. Herstel begint

met de mogelijkheid om opnieuw mee te doen. Faciliteer peer-contact, informele ontmoeting en open aanwezigheid als kern van herstelbevordering. Het zijn juist deze sociale contexten die laten zien dat destigmatisering niet begint bij educatie, maar bij de ontmoeting

5.3.2 Wetenschappelijk aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek is het van belang om door te gaan met casusgerichte benaderingen die zicht geven op mechanismen die in grootschalige studies vaak onderbelicht blijven. De gekozen methode van realistische evaluatie maakt zichtbaar hoe context en interactie samen (de)stigmatisering vormgeven. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op andere institutionele contexten, zoals wijkteams, politiepraktijk of schuldhelpverlening, om na te gaan hoe stigma zich door manifesteert.

Op theoretisch vlak verdient het aanbeveling om stigma niet uitsluitend te blijven verklaren vanuit psychologische of medische modellen, maar om de sociologische dimensie structureel mee te nemen. Denk daarbij aan concepten zoals morele waardering, sociale rollen en interactienormen. Dit onderzoek biedt geen directe oplossingen, maar laat wel zien dat verandering mogelijk is.

5.4 Slotwoord

Dit onderzoek begon bij onbegrip, niet alleen over het gedrag van mensen dat als ‘onbegrepen’ wordt aangeduid, maar ook over de manier waarop we als samenleving omgaan met wat afwijkt van de norm. Het onderzoek laat zien dat stigma niet losstaat van de omgeving waarin iemand zich bevindt. Het gaat om hoe mensen reageren, welke ruimte er is voor afwijking en hoe systemen omgaan met gedrag dat buiten de norm valt.

De ervaringen van de respondent laten zien dat stigmatisering niet alleen plaatsvindt door uitsluiting of veroordeling van buitenaf, maar vaak ook van binnenuit wordt gevoeld. In periodes waarin er weinig ruimte was om zijn verhaal te doen, of waarin hij vooral werd gezien als risico of etiket, trok hij zich terug, niet alleen uit contact met anderen, maar ook uit zichzelf. Tegelijkertijd werd duidelijk dat herstel mogelijk werd op momenten dat er wél ruimte was voor erkenning, gelijkwaardigheid en contact. In de herstelruimte ontstond een andere omgangsvorm: daar was geen sprake van oordeel of afstand, maar van ontmoeting. Dat maakte verschil.

Wat daarin opvalt, is de rol van sociale cohesie. Wanneer mensen elkaar vertrouwen, wanneer er ruimte is voor verschil zonder direct oordeel, dan ontstaat er een klimaat waarin iemand weer mee kan doen. Niet door zichzelf te moeten bewijzen of verantwoorden, maar door aanwezig te mogen zijn. In dat soort omgevingen komt herstel op gang, niet als resultaat van één interventie, maar als gevoel van hoe mensen met elkaar omgaan.

Dit onderzoek wil dan ook niet alleen bijdragen aan kennis over stigma, maar ook aan bewustwording. Over hoe snel we oordelen, over hoe systemen kunnen bijdragen aan afstand in plaats van nabijheid en over hoe belangrijk het is om manieren te vinden waarop mensen wél gezien kunnen worden. Niet als afwijking, maar als persoon.

Referenties

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books. https://archive.org/details/BergerSocialConstructionOfReality_201901
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction A Social Critique of the Judgement of Taste* (8ste editie). Harvard University Press Cambridge, Massachustts. https://monoskop.org/images/e/e0/Pierre_Bourdieu_Distinction_A_Social_Critique_of_the_Judgement_of_Taste_1984.pdf
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Corrigan, P.W. (2016). Resolving mental illness stigma: Should we seek normalcy or solidarity? *The British Journal Of Psychiatry*, 208(4), 314 - 315 <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169664>
- Corrigan, P.W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>

- De Bont-van Der Zande, S. A. J., Witteman, C. L. M., Grootens, K. P., & Van Der Heijden, P. T. (2023, 15 mei). *Gevaarlijk of hulpbehoevend? Professionele oordelen over personen met onbegrepen gedrag*. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*. Geraadpleegd op 17 februari 2025, van https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13174_Gevaarlijk-of-hulpbehoevend-Professionele-oordelen-over-personen-met-onbegrepen-gedrag
- Dijkman, K. (2021, 22 september). *In de media - Samen sterk zonder stigma*. Samen Sterk Zonder Stigma. Geraadpleegd op 18 februari 2025, van <https://samensterkzonderstigma.nl/domein/stigma-in-de-media/>
- Durkheim, E. (oorspr. 1893). *The division of labor in society*. Free Press.
- Goffman, E. (oorspr. 1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Penguin Books Ltd.
- Goffman, E. (oorspr. 1963). *Stigma. Aantekeningen over het omgaan met een geschonden identiteit*. Utrecht: Bijleveld.
- Hanze. (z.d.) *Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Drenthe*. Geraadpleegd op 25-02-2025 van <https://www.hanze.nl/nl/onderzoeken/centers/centre-of-expertise-healthy-ageing/projecten/kenniswerkplaats-onbegrepen-gedrag-drenthe#:~:text=De%20Drentse%20Kenniswerkplaats%20Onbegrepen%20Gedrag,we%20elkaar%20fysiek%20kunnen%20ontmoeten>.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301069>
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods* (2nd ed.). Sage.

IAT. (2022). Personen met verward gedrag: Een analyse van het Informatie-analyseteam.

In *Informatie-analyseteam* [Report]. Geraadpleegd op 11 februari 2025,

van <https://www.politie.nl/binaries/content/assets/politie/nieuws/2022/december/bijlage-1-220810-infographic-personen-met-verward-gedrag.pdf>

Koekkoek, B. (2019). De Kwestie Verwarde Personen: Naar een andere benadering van

onbegrepen gedrag. In *De Kwestie Verwarde Personen* (pp. 16–21). Uitgeverij

LannooCampus. Geraadpleegd op 19 februari 2025,

van <https://www.lannoo.be/sites/default/files/books/issuu/9789401462334.pdf>

Koekkoek, B. (2024). Factsheet Verward/Onbegrepen Gedrag. In *Parlement en Wetenschap*.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Geraadpleegd op 11 februari 2025,

van <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.tweedekamer.nl%2Fdownloads%2Fdocument%3Fid%3D2024D11789&psig=AOvVaw11RWmPy5ahrnf5pY3W0bbi&ust=1739527735584000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAYQrpoMahcKEwig--H3s8CLAxUAAAAAHQAAAAAQBA>

Koekkoek, B. (2024a). Van ‘verwarde personen’ naar onbegrepen gedrag:

Aanknopingspunten in zorg en veiligheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 470-476

Komter, A.E., Burgers, J. & Engbersen, G. (2000). ‘Solidariteit en cohesie in theorie en

onderzoek. In: *Het cement van de samenleving. Een verkennende studie naar*

solidariteit en cohesie, 2^e druk (pp. 26-42). Amsterdam University Press (1^e druk: pp. 17-30)

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review Of Sociology*,

27(1), 363 – 385. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*.

Russell Sage Foundation. <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>

- Lofland, L.H. (1989). Social life in the public realm: A review. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17, 453-470.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2024, 18 oktober). *Zorg en ondersteuning voor mensen met verward of onbegrepen gedrag*. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 11 februari 2025, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-verward-gedrag#:~:text=De%20politie%20registreert%20de%20meldingen,zijn%20de%20zogenheten%20E33%2Dmeldingen>.
- Oele, W. (2020). De invloed van stigma en werk voor mensen met een (ernstige) psychische beperking. In *Trimbos-instituut*. Geraadpleegd op 6 maart 2025, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2020/12/2015-Notitie-van-Willemijn-Oele-over-werk-stigma-en-psychische-problemen.pdf>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation methods*. Wordpress. Geraadpleegd op 13 mei 2025, van <https://aulasvirtuales.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf>
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review- a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1_suppl), 21 – 34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual Review Of Sociology*, 41(1), 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>

- Politie & CBS. (2025, 15 januari). *Geregistreeerde overlast; soort overlast, wijk en buurt*. CBS Statline Politie Open Data. Geraadpleegd op 7 februari 2025, van <https://politieopendata.cbs.nl/#/Politie/nl/dataset/47024NED/table?ts=1739356348198>
- Putnam, R.D. (2000). Reciprocity, honesty, and trust. In: *Bowling alone. The collapse and revival of American society* (pp. 134-147). Simon & Schuster.
- Roex, K. L. A. (2019). *In verwarde staat: kritiek op een politiek van normaliteit*. Lontano.
- Scheff, T. J. (1966). Being mentally ill: A sociology theory. Chicago: Aldine, 1966. *Systems Research And Behavioral Science*, 12(2), 139-141. <https://doi.org/10.1002/bs.3830120208>
- Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., de Graaf, R. (2024, 27 augustus). *Achtergrond NEMESIS*. Trimbos-instituut, Utrecht. Geraadpleegd op 24 februari 2025, van <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/over-nemesis/achtergrond/>
- Weber, M. (oorspr. 1922). *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. University of California Press.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage.
- ZonMw. (2024, Februari). *Zorg en samenleving rond onbegrepen gedrag*. ZonMw. Geraadpleegd op 13-12-2024, van <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/zorg-en-samenleving-rond-onbegrepen-gedrag>

Bijlagen

Bijlage I: Informatiebrief

Onderzoek naar (de)stigmatiserende factoren in herstel van iemand die in verleden grip op zijn leven is kwijtgeraakt

Beste,

Ik wil u vragen om mee te doen aan ons onderzoek naar hoe (de)stigmatisering tot stand komt bij personen die in het verleden de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt en welke contexten en factoren hierin een bepalende rol hadden.

Waarom?

Het doel van het onderzoek is om zicht te krijgen op wat helpend en belemmerend is voor personen die de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt. Welke behoeften en verwachtingen hadden personen die de grip op hun leven kwijttraakte en werden deze nagekomen.

Uiteindelijke doel is om tot handvatten te kunnen komen om het herstel van personen die de grip op hun leven zijn kwijtgeraakt te ondersteunen. Dit omdat er meer aandacht nodig is voor de invloed die stigmatisering had op het herstelproces en de rol die herstelruimtes kunnen spelen bij herstel.

Het onderzoek wordt uitgevoerd vanuit de Kenniswerkplaatsen Onbegrepen Gedrag Groningen en Drenthe in samenwerking met de Hanzehogeschool Groningen.

Wat betekent meedoen aan het onderzoek?

Tijdens het gesprek zullen we met elkaar bespreken wat uw ervaring is met stigma. Het gesprek duurt maximaal twee uur. Het is geheel **vrijwillig** om hieraan mee te doen. Als u niet wilt deelnemen dan is dat ook prima. Als u besluit om uw verhaal met ons te delen, **dan helpt u ook andere personen met soortgelijke ervaringen**. Mocht u zich vooraf, tijdens of na het gesprek bedenken over uw deelname, dan is dat geen probleem en stoppen we de medewerking.

Meedoen aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Als u het antwoord op een vraag niet weet, of als u liever niet wilt antwoorden, dan kunt u de vraag overslaan. Als u niet wilt deelnemen dan heeft dit geen gevolgen voor u.

Vergoeding?

U krijgt voor het interview een Bol.com bon van € 25,-.

Wat gebeurt er met uw antwoorden?

U bepaalt zelf of u anoniem of niet-anoniem aan dit onderzoek wilt deelnemen. Als u kiest voor anonieme deelname, betekent dit dat er geen vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten wordt gebracht. Er worden geen namen of ander soort ‘herleidbare gegevens’ genoteerd. De antwoorden die u geeft zijn niet terug te herleiden naar u als persoon. Het betekent dat uw naam, woonplaats en andere herkenbare gegevens niet worden genoemd in de verslaglegging of in een eventuele publicatie. Citaten uit het interview worden dan zo aangepast dat ze niet naar u te herleiden zijn. De gegevens worden alleen gebruikt voor onderzoek. Uw gegevens worden opgeslagen op een beveiligde digitale omgeving van de Hanze Hogeschool. Alleen de onderzoekers van ons onderzoeksteam hebben toegang tot uw antwoorden. Deze aanpak beschermt uw privacy volledig. Na 10 jaar worden de gegevens verwijderd.

Als u kiest voor niet-anonieme deelname, stemt u ermee in dat onderdelen van uw identiteit zichtbaar mogen zijn in het onderzoek. Dit betekent dat er informatie in het onderzoek of in een eventuele publicatie kan worden opgenomen die herleidbaar is tot u als persoon. Dit hoeft niet per se uw naam te zijn, maar kan ook gaan om uw betrokkenheid bij een specifieke locatie (zoals een herstelruimte) of unieke ervaringen die u beschrijft. We bespreken vooraf zorgvuldig welke gegevens u wel of niet gedeeld wilt hebben en leggen uw voorkeuren schriftelijk vast. Ook bij niet-anonieme deelname wordt uw verhaal met respect en zorgvuldigheid behandeld.

Uw keuze heeft geen invloed op uw deelname aan het onderzoek: beide opties worden met evenveel zorg en respect gefaciliteerd.

Tijdens het interview worden audio-opnames gemaakt. Dit doen we alleen als u hier toestemming voor geeft. Dit zullen we zo nog eens vragen. De audio-opnames gebruiken we alleen om het interview uit te werken. Nadat de opname is verwerkt, wordt het gewist. De onderzoeksresultaten worden conform doelstelling en opdrachtverstrekking gebruikt om inzicht te krijgen in uw ervaringen met stigma. Uitkomsten van het interview worden geanalyseerd.

Klachten?

Wanneer u klachten heeft over dit onderzoek kunt u daarmee terecht bij de superviserend lector Eric Blaauw via r.w.blaauw@pl.hanze.nl. Heeft u nog vragen of klachten over uw privacy? Lees dan de privacyverklaring van de Hanze, of neem contact op met de Functionaris Gegevensbescherming, te bereiken via: fg@org.hanze.nl. Mocht dit niet voldoende zijn, dan kunt u over het verwerken van uw persoonsgegevens een klacht indienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP).

Vragen?

Heeft u vragen over het onderzoek? Neem contact op met Megan Davina van de Rijksuniversiteit Groningen via m.k.j.davina@student.rug.nl

Bijlage II: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Wilt u meedoen aan het onderzoek?

☐

Ja, ik geef toestemming om mee te doen aan het onderzoek.

Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek en heb geen verdere vragen.

☐

Nee, ik doe niet mee aan het onderzoek.

Als u niet meedoet aan het onderzoek, zou u dan aan willen geven waarom u niet meedoet?

Dit is niet verplicht, maar helpt ons wel om het onderzoek te verbeteren.

Gaat u akkoord dat we audio-opnames maken tijdens het interview? *Deze opnamen worden alleen voor onderzoek gebruikt en worden nooit gedeeld met andere partijen.*

Opnamen worden na verwerking verwijderd.

☐

Ja

☐

Nee

Wilt u terugkoppeling ontvangen van de onderzoeksresultaten?

☐

Ja

☐

Nee

Zo ja, gaat u akkoord met het bewaren van uw mailadres voor het delen van de onderzoeksresultaten? *Uw mailadres wordt alleen gebruikt voor het delen van de onderzoeksresultaten, nooit gedeeld met andere partijen en verwijderd na het delen van de resultaten.*

☐ Ja

☐ Nee, u kunt via de website geïnformeerd worden, maar krijgt geen bericht via mail wanneer daar informatie geplaatst is

Naam:

.....

Datum:

.....

Handtekening:

.....

Naam onderzoeker:

.....

Datum:

.....

Handtekening onderzoeker:

.....

Bijlage III: Topiclijst

TOPICLIJST INTERVIEW CASUSSTUDIE

<start audio-tape, noem interview ID, datum en tijd>

Interview ID: _____

Datum: _____

Tijd: _____

Opstart

Welkom. Wat fijn dat je mee wil werken aan dit onderzoek.

Voorstelrondje

Wat maakt dat je mee wilde doen? Hoe zit je erbij? Zijn er dingen die je spannend vindt of die je vooraf gezegd wil hebben?

We beginnen met kort uitleggen wat we gaan doen. We willen daarbij benadrukken dat je alleen hoeft te vertellen waar jij je prettig bij voelt, als je ergens geen antwoord op wil geven, of je wil met een onderwerp stoppen, kan je dat op elk moment aangeven. Ook als je even een pauze wilt, kan je dat aangeven. Wat je ons vertelt wordt vertrouwelijk behandeld en zal niet naar jou herleidbaar zijn in het onderzoek.

Introductie

[Doel onderzoek en interview]

Mijn naam is Megan Davina. Ik ben masterstudent sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ik loop stage bij de Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Drenthe die zit aangesloten bij het Lectoraat verslavingskunde en forensische zorg van de Hanze Hogeschool. Met dit onderzoek wil ik beter begrijpen hoe het is om in een periode van je leven de grip kwijt te raken en hoe mensen daarop reageren. Ik ben benieuwd naar situaties waarin je je misschien anders behandeld, niet begrepen of buitengesloten voelde en ook naar momenten waarin je je wél gezien of gesteund voelde.

In dit interview wil ik jouw verhaal horen. We kijken samen naar de periode vanaf het moment dat je het gevoel had grip te verliezen tot aan nu. Ik ben benieuwd welke gebeurtenissen belangrijk voor je waren, welke mensen of factoren invloed hadden en wat je heeft geholpen in jouw proces van herstel.

Het doel is om beter te begrijpen welke behoeftes iemand heeft die de grip op zijn leven is kwijtgeraakt.

Ik wil graag in gesprek gaan aan de hand van een tijdlijn. Hier (*zie kruis links op de lijn*) zie je het moment dat het echt niet goed met je ging en mensen zich veel zorgen maakten en hier (*kruis rechts op de lijn*) zie je het hier en nu. We bespreken een paar momenten op de lijn en daarbij vragen we naar wie er toen in je netwerk aan- en afwezig waren, wat er toen gebeurde en hoe het onderlinge contact was. Dit maken we inzichtelijk met dit papier en deze post-its. Je ziet hier drie kringen, waarvan jij de middelste in het donkerblauw bent. In de oranje kring staan mensen die het dichtstbij jou stonden in de situatie. In de lichtblauwe kring staan mensen die iets verder van jou af stonden. In het wit staan de mensen met wie toen geen contact was. Het op papier zetten kan helpen om inzicht te krijgen in hoe de situatie was en ervaren werd. Is dat voor jou oké?

Ondertekenen van de informed consent. Akkoord vragen voor het opnemen van het gesprek op de voice recorder.

1. Kan je ons vertellen over de situatie waarbij je dacht ‘nu gaat het echt niet meer’?

Doorvragen op:

- Wanneer was dit / hoe oud was je toen? Bij meerdere momenten; op welke momenten heb je dit gevoel ervaren?
- Kan je vertellen waardoor je op dat moment dacht dat het anders moest? Hoelang heeft het toen nog geduurd voordat je situatie veranderde?
- Wat merkte je zelf? Wat merkten anderen? Welke zorgen waren er?
- Kan je ook nog iets vertellen over de aanloop naar dit punt toe?

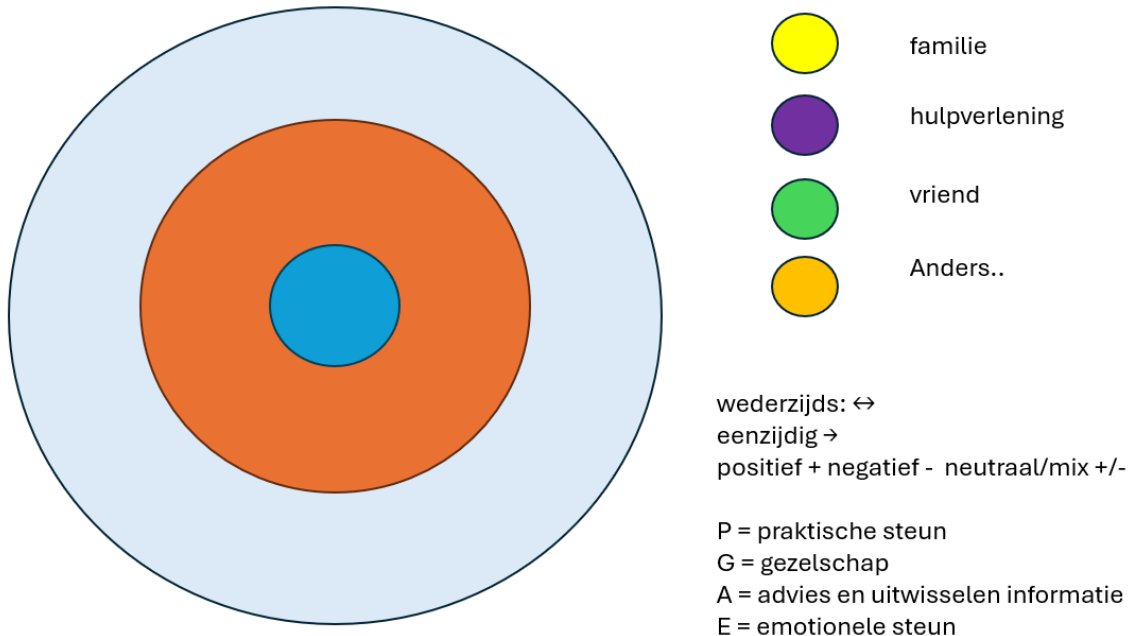


2. Wie waren er (bij de situatie waarin je dacht ‘het gaat echt niet meer’) belangrijk voor jou op dat moment? Wie waren betrokken en wie niet?

Instructie: groot vel papier - noteer persoon waar zorg om was in het midden. Noteer de personen die genoemd worden op passend gekleurde post-its. Vraag hoe nabij deze personen stonden en laat de participant de post-its op een passende plaats plakken. Het gaat hierbij om personen waar ‘intensief’ contact mee was of waar steun van werd ontvangen.

Kleurcodering post-its:

geel: familie, paars: hulpverlening, groen: vrienden, oranje: anders (buren kennissen, collega's?)



3. Hoe heb je het contact met deze mensen ervaren (die nu op bovenstaand papier gezet zijn)? *Instructie: trek lijntjes tussen de mensen in het ecogram. Voeg eventueel toe:*

- wederzijds: ↔ of eenzijdig →
- positief +, of negatief -, neutraal/mix +/-
- P = praktische steun G = gezelschap A = advies en uitwisselen informatie E = emotionele steun

Doorvragen op:

- Wat deed die persoon waardoor dit contact belangrijk was voor jou? Of juist niet. Welke contacten waren steunend voor jou? Hoe?
- Kan je wat meer vertellen over welke contacten er op dat moment waren tussen personen uit het netwerk (bv tussen familieleden, tussen hulpverlener en familie, of met jou) en hoe dat verliep?
- Hoe keken anderen naar jou op dat moment?
- Had je gevoelens van schaamte of het idee dat je veroordeeld werd door je omgeving? Kan je een voorbeeld noemen?

4. Heb jij het idee dat er op het moment dat het zo slecht met je ging werd samengewerkt/afgestemd tussen jou, mensen die belangrijk voor jou waren en hulpverlening?

- Wat versta jij onder (goed) samenwerken?
- **Was er contact? Hoe verliep dat? Wat vond jij daarvan?**
Wie had met wie contact?
- **Wat ging daarin goed en wat kon beter? Wat was voor jou ondersteunend?**
- Hoe had goede samenwerking er in jouw situatie uit moeten zien? (wat was de ideale situatie geweest)?
- Wanneer je naar deze situatie kijkt en terugdenkt aan die periode: zijn dit dan de juiste personen in het netwerk? Mis je iemand? Had het bijvoorbeeld geholpen als iemand wel betrokken was, die toen niet betrokken was (wie en waarom)?

5. Hoe zie jij jouw **eigen rol en taak in de samenwerking?**

- denk bij rollen en taken aan: verantwoordelijkheid, keuzes mogen maken, of jij steun biedt/ontvangt, waar je invloed op hebt en waar je betrokken bij wordt.
- Wat **verwachtte je van de ander(en)**, wat dacht je dat hun rol zou (moeten) zijn?
- Heb je het idee dat jullie aan een **gezamenlijk doel** werkten? Is er een gesprek geweest waarin jullie je verschillende doelen en belangen hebben besproken? Zo ja-hoe verliep dat? Hoe werd omgegaan met spanningen of tegenstrijdige belangen?
- Wat heb je van de anderen nodig om goed met hen te kunnen samenwerken?
Bijvoorbeeld zodat je ze blijft vertrouwen en met ze in contact wil blijven in de momenten dat het niet goed gaat

Doorvragen op de elementen van 'shared decision making' = gedeelde besluitvorming:

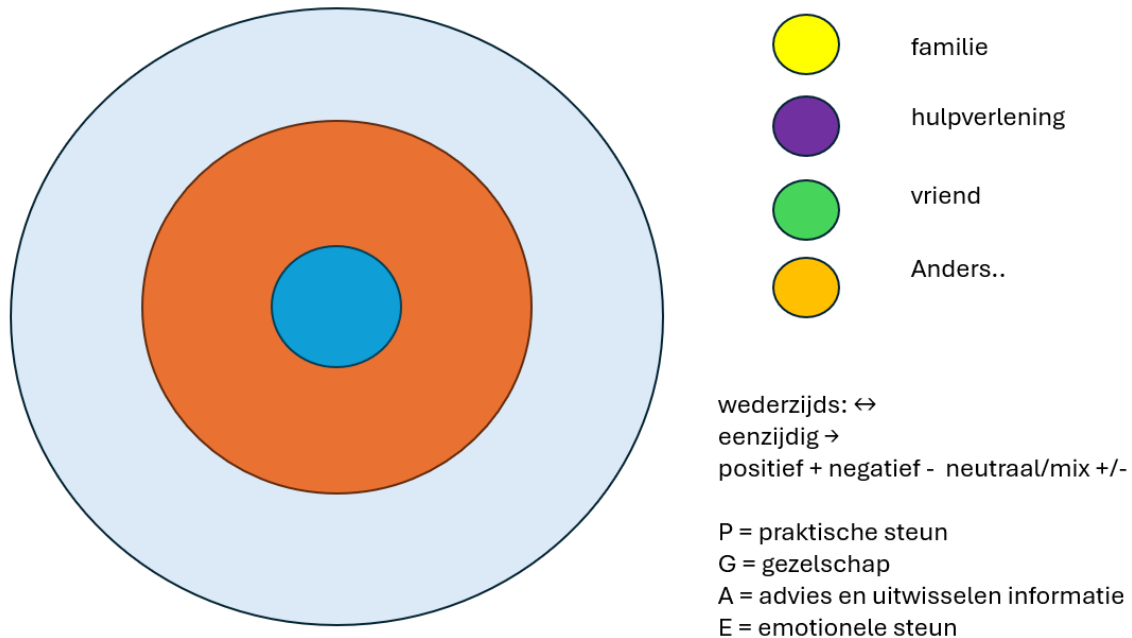
- **contact:** de band, vertrouwen, steun/hoop/positieve gezindheid, respect voor elkaars perspectief, eerlijk/open/transparant/congruent, de rol van schaamte en stigma
- **informatie uitwisselen** (ervaringskennis benutten, professionele kennis delen), gezamenlijk doel, structuur: helder hoe gewerkt gaat worden - afspraken gemaakt over rollen en taken
- **gelijkwaardigheid en regie** (wie mag wat beslissen), aansluiten op perspectief (waarden en betekenisgeving) en belang van de ander

6. **Vanaf wanneer ging het beter?**

Doorvragen op:

- Kan je iets vertellen over deze situatie?
- Waardoor ging het toen beter?
- Wat merkte je zelf? Wat merkten anderen? Welke zorgen waren er?
- Kan je ook nog iets vertellen over de aanloop naar dit punt toe?

7. **Wie waren er (toen het beter ging) belangrijk voor jou op dat moment? Wie waren betrokken en wie niet? Vul ecogram in**



8. **Hoe heb je het contact met deze mensen ervaren (die nu op bovenstaand papier gezet zijn)?** Instructie: trek lijntjes tussen de mensen in het ecogram. Voeg eventueel toe:

- wederzijds: ↔ of eenzijdig →

- positief +, of negatief -, neutraal/mix +/-

- P = praktische steun G = gezelschap A = advies en uitwisselen informatie E = emotionele steun

Doorvragen op:

- Hoe liepen deze contacten?
- Wat deed die persoon waardoor dit contact belangrijk was voor jou? Of juist niet. Welke contacten waren steunend voor jou? Hoe?
- Kan je wat meer vertellen over welke contacten er op dat moment waren tussen personen uit het netwerk (bv tussen familieleden of met jou) en hoe dat verliep?
- Hoe keken anderen naar jou op dat moment?
- Waardoor kon je toen meer jezelf zijn?

Slotvragen

Wat zou jij anderen die bezig zijn met hun herstel voor advies willen geven?

9. Hoe heb je het interview ervaren?

Zijn er nog dingen die we niet gevraagd hebben, maar die je wel graag nog zou willen delen?

Stellen we de juiste vragen, of zien we dingen over het hoofd?

TOPICLIJST INTERVIEW PERSOON- SHORT VERSION

Topic	Vraag	Subtopics
Situatie	Kan je ons vertellen over de situatie waarbij het slecht met je ging en er veel zorgen vanuit de omgeving om jou waren?	• Ervaring omgeving • Ervaring persoon • Waar maakte men zich zorgen over • Aanloop en verloop
Contacten	Wie waren er toen bij je betrokken, met wie had je contact en wie speelde welke rol bij de zorgen die om jou speelden?	• Contacten in kaart brengen • Rol en relatie/taak • Wie mist
Kwaliteit contacten	Hoe heb jij het contact met de mensen die betrokken waren ervaren?	• Steunend • Positief/negatief • Wederzijds/eenzijdig • Gelijkwaardig • Beeld omgeving • Gevoelens
Besluit van ingrijpen	Hoe werd er besloten of er iets moest gaan gebeuren en wát er dan moest gaan gebeuren (om jouw situatie of die van je omgeving te verbeteren)?	• Wie praat mee • Wie beslist mee • Rol veiligheid/risico
Belangen meewegen	Welke belangen werden in die keuze meegewogen?	• Belang persoon • Belang naasten • Belang organisatie/samenleving • Weging
Was er samenwerking	Heb je het idee dat er werd samengewerkt tussen de hulpverlening, jou en je naasten/netwerk? Waaruit bleek dat?	• Definitie samenwerking (in deze context) • Gezamenlijk doel • Transparantie m.b.t. ieders rol • Afspraken (wie doet wat) • Communicatie/overleg • Informatie delen
Ideale samenwerking	Hoe zou in de ideale situatie de samenwerking/ afstemming er volgens jou	• Rol • Taak

	uit zien? Wie zijn dan betrokken bij het maken van keuzes, wie deelt informatie en kennis, wiens mening weegt zwaarder, hoe zou je tot een keuze moeten komen (of er iets moet gebeuren en wat dan)?	• Verwachting van de ander • Verantwoordelijkheid • Regie • Gelijkwaardigheid
Eigen rol	Als je kijkt naar jouw eigen rol in het contact/de samenwerking- hoe zou je beschrijven hoe jij je in die samenwerking opstelde? Werd de manier waarop je je opstelde beïnvloed door eerdere ervaringen? Hoe?	• Motivatie • Openheid • Ervaringen • Verwachtingen
Behoeften in samenwerking	Hoe had je gewild dat de anderen met jou om waren gegaan? Wat was helpend geweest denk je?	• Bejegening • Erkenning • Steun • Initiatief
Andere invloeden op samenwerking	Zijn er nog andere dingen die je kan bedenken die invloed hadden op hoe jij je in het contact opstelde?	• Familie • Mening anderen • Organisatiebeleid • Wet-regelgeving
Veranderingen in netwerk	Hoe is het contact met anderen veranderd over de tijd/ in je proces?	• Uit netwerk verdwenen • Nieuw contact • Verandering kwaliteit contact • Impact verandering
Herstel	Vanaf wanneer ging het beter?	• Kan je iets vertellen over deze situatie • Waardoor ging het toen beter • Ervaring persoon • Ervaring omgeving • Waar maakte men zich zorgen over • Aanloop en verloop

Contacten herstel	Wie waren er (toen het beter ging) belangrijk voor jou op dat moment? Wie waren betrokken en wie niet?	• Contacten in kaart brengen • Rol en relatie/taak • Wie mist
Kwaliteit contacten herstel	Hoe heb jij het contact met de mensen die betrokken waren ervaren?	• Wat in het contact hielp jou • Steunend • Positief/negatief • Wederzijds/eenzijdig • Gelijkwaardig • Beeld omgeving • Gevoelens schaamte/stigma • Zelfbeeld
Advies	Wat zou jij anderen die bezig zijn met hun herstel voor advies willen geven?	• Advies anderen

Bijlage IV: Codeboek

Code	Type	Omschrijving	Voorbeeld
Angst voor afwijzing van naasten	Inductief	De participant verteld over de angst om afgewezen te worden door personen uit zijn directe omgeving.	<i>“Mijn vader die had altijd nog het goede in mij gezien. En toen ik hem moest vertellen dat uhm alles wat mensen over mij zeiden, dat dat wel degelijk klopte. Dat was wel ja, dat ontroert me nou nog wel.”</i>
Omgeving die je niet vertrouwd.	Inductief	De participant verteld over de afwezigheid van vertrouwen binnen zijn directe omgeving.	<i>“Uhm mijn moeder die geloofde mij al jaren niet.”</i>
Het hebben van een groot netwerk	Inductief	De participant beschrijft een groot netwerk te hebben.	I: <i>“Hoe zag jouw netwerk er toen uit?”</i> P: <i>“Heel groot.”</i>
Betrokken netwerk	Deductief	De participant beschrijft een betrokken netwerk te hebben.	I: <i>“Jij stond in het midden en wie waren dan mensen die bijvoorbeeld echt dicht bij jou stonden of?”</i> P: <i>“Uhm, Mijn familie, uhm, uhm. Mijn ouders, uhm mijn zus, ja ik heb, ik had fantastische vrienden. Familie. Ja nou mijn vriendin, ja min of meer mijn vriendin. Dus mijn vriendin. Uhm. Ja, collega's nou ja collega's ja min of meer collega's. Partners in crime zal ik maar zeggen.”</i>

Behouden netwerk	Inductief	De participant verteld dat zijn netwerk in stand is gebleven.	I: <i>“En uhm dit was uhm ook nog het netwerk op het moment nadat je al die jaren dat dubbelleven had gehad.”</i> P: <i>“Ja, ja, ja.”</i> I: <i>“Ben je daar ook in die tijd mensen verloren, je vrienden of familie?”</i> P: <i>“Nee, heel weinig.”</i>
Steun	Deductief	De participant verteld dat hij veel steun ervaaarde van zijn omgeving.	I: <i>“Maar je hebt dus eigenlijk al die tijd nog heel erg steun ervaren van iedereen die dichtbij je stond?”</i> P: <i>“Ja, ja, ja.”</i>
Jezelf beter voordoen	Inductief	De participant spreekt over hoe hij zichzelf beter voordoet dan hoe hij zich voelt.	<i>“Dat acht ik altijd op mezelf van toepassing dat is van uhm. Yes I am the great pretender, pretending that I am doing well, but I am lonely and no one can tell. En dat is een beetje mijn idee, ik speelde altijd mooi weer. En uhm behalve mijn moeder trapte iedereen daarin.”</i>
Erkenning van naasten	Deductief	De participant beschrijft over de erkenning van naasten.	<i>Mijn moeder die had altijd iets van, zei ze niet tegen andere mensen, maar zat ze tegenover mij en deed ze zo [maakt handbeweging naar oog om beeld te schetsen van ik heb je door]. Ja, die had het door.”</i>

Niet delen van je gevoelens	Inductief	De participant verteld dat hij zijn gevoelens niet deelde met anderen.	I: <i>“En die gevoelens, die je zegt, die nare gevoelens die je had over jezelf. Zat je daar dan ook alleen zelf mee, deelde je die ook niet met anderen?”</i> P: <i>“Nee, die deelde ik met niemand.”</i> I: <i>“Dat lijkt me wel eenzaam.”</i> P: <i>“Ja. Ja, dat, dat, zo ben ik nog wel. Zo ben ik nog wel. Ik incasseer liever dan dat ik deel.”</i>
Destructief gedrag	Inductief	De participant beschrijft zijn gedrag als destructief.	<i>“Ja ik was al wel een beetje, een beetje ja hoe heet dat uhm destructief bezig.”</i>
Apathisch	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij zich apathisch opstelde.	<i>“Het interesseerde me eigenlijk niet meer. Ja, toen ik in de rechtszaal zat toen zei ik tegen de voorzitter van de rechtbank ‘Leef je uit, houd je vooral niet in. Wat mij betreft veroordeel je me tot de brandstapel’ Weet ik nog wel dat ik gezegd heb.”</i>
Negatief zelfbeeld	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij een negatief zelfbeeld had.	<i>“Nou ik was ook heel erg zat van mezelf.”</i>
Zelfhaat	Deductief	In de antwoorden van de participant beschrijft hij hoe hij zichzelf haatte.	<i>“Ik kreeg echt een uhm verschrikkelijk hekel aan mezelf. Ik nam steeds grotere risico’s er is zelfs ook een paar keer op mij geschoten.”</i>

Omgeving teleurstellen	Deductief	De participant beschrijft teleurstelling van zijn omgeving.	<i>‘Dat ik die man, ik heb echt zijn hard gebroken. Uhm en dat vond ik heel erg.’</i>
Vergelijken monster	Inductief	De participant vergelijkt zichzelf met een monster	<i>“Ik vond mezelf een monster ja, ja, ja.”</i>
Jezelf afwijzen	Deductief	De participant beschrijft hoe hij zichzelf afwijst.	I: <i>“Dus als ik hier dan naar kijk [wijst naar Ecogram] denk ik dan van zit de afwijzing wel meer hier, bij jezelf, dan in de omgeving. Zeg ik dat goed?”</i> P: <i>“Ja, maar ik heb ook uhm dat zeg ik ook altijd niet zo zeer, ik heb uhm niet zo zeer last van stigma gehad. Wel van zelfstigma”</i>
Zelfstigma	Deductief	De participant verteld over zelfstigma	<i>“Maar het zelfstigma, dat is, is, was en is mijn grootste probleem ja, ja.”</i>
Schijn hooghouden	Inductief	De participant beschrijft hoe hij de schijn hooghield voor zijn omgeving.	I: <i>En hoe zag op, op dit moment als je daar iets over wilt vertellen dat zelfstigma eruit?”</i> P: <i>“[Neemt korte adempauze] Ik uhm, ik ben wel altijd, ik kom altijd heel vrolijk op mensen over. Nu nog wel. Uhm maar als ik alleen was, dan uhm. Ik kwam ook heel vaak kwam ik mensen tegen en die zeiden van ‘Ben je verkouden?’, ‘Heb je, heb je hooikoorts?’ Maar dan had ik gehuild.”</i>
In paniek raken	Inductief	De participant verteld over hoe hij in paniek raakte.	<i>“En dan als ik alleen was, dan raakte ik een beetje in</i>

			<i>paniek en begon ik te huilen.”</i>
Hufter	Inductief	De participant spreekt over zichzelf als hufter.	<i>“Dan denk ik toch van wat ben je toch voor een hufter.”</i>
Negatief denkpatroon	Inductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij een negatief denkpatroon had.	<i>“Maar even later dacht ik, pfff wat heb ik die aangedaan. Dat kan toch helemaal niet. Dat is toch gemeen. Ja, ja dat is toch gemeen. Dat, dat, je hebt iemand gewoon in de val laten lopen.”</i>
Vies voelen	Inductief	De participant verteld over hoe hij zich vies voelde.	<i>“Ja en ik heb mensen echt op alle mogelijke manieren gewoon gebruikt als uhm, uhm als middel om ergens te komen. Ja, ja dus dat voelde heel vies, ja.”</i>
Tijdelijk opgelucht	Inductief	Uit de antwoorden van de participant bleek dat hij enkel tijdelijke opluchting ervaarde.	<i>“Dus op het moment voelt het even goed van pfoe [opgeluchte zucht]. Ik kan vandaag even mijn verplichtingen, aan mijn verplichtingen voldoen. Maar binnen 24 uur moet ik weer een nieuw slachtoffer maken.”</i>
Tentamen suïcide	Inductief	De participant verteld over zijn zelfmoordpoging.	<i>“Ik ben gearresteerd in het, in het ziekenhuis. Na een zelfmoordpoging. Uhm na, dat zeggen ze zo mooi ‘tentamen suïcide’.”</i>
Terneergeslagen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij zich terneergeslagen voelt.	<i>“En ik was heel rustig toen ik het innam, ik vond het prima. Ik denk dit is voor iedereen het beste, de beste uitweg. En</i>

			<i>ik denk als ik er niet meer ben, dan goed, mij kunnen ze niet meer pakken. En uhm ik maak het alleen maar erger. Met elke dag dat ik leef maak ik het voor iedereen erger.”</i>
Verkleinen netwerk	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat zijn netwerk kleiner werd.	I: “En hoe zag jou uhm. Heel groot verschil misschien. Maar hoe zag jouw netwerk er toen ongeveer uit?” P: “Ja, mijn moeder en mijn zus. Dat was het enige dat overbleef. En mijn schoonmoeder.”
Schaamte	Deductief	De participant beschrijft hoe hij zich schaamde.	“Uhm en ik had heel veel schaamte. Dus ik wil niet dat jullie me zo zien.”
Vergelijken dossiers	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat dossiers met elkaar werden vergeleken.	“Want we spraken over elkaars dossier, he? Dat was ook de bedoeling he, dat je een beetje van elkaar leert. Zo van, goh hoe word je weer een normaal mens. En dan als je dan hoort wat die mensen gedaan hebben? Dan denk je daar hoor ik dan tussen? Ik denk jeetjemina.”
Verdriet naasten	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat zijn omgeving veel verdriet had.	I: “Hoe zagen anderen dat, zoals jouw moeder, of mensen om jou heen? Weet jij of zij daar ook zo naar dingen keken?” P: “Die was de eerste keer helemaal kapot.”

Afwezigheid vertrouwen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat er geen vertrouwen aanwezig is.	<i>“En ook omdat, wat ik nog het allerergste vond, omdat men mij niet alleen vertrouwde met mijn moeder. Dus er zat beveiliging bij. Dus ik zeg ‘denk je nou werkelijk dat ik mijn eigen moeder iets aan zou doen? Ik heb nog nooit iemand fysiek iets aangedaan. Ik ga liever dood dan dat ik mijn eigen moeder iets aandoe’.”</i>
Stigma personeel	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat het personeel de patiënten stigmatiseerde.	<i>“En er was ook een keer, was er dan een uhm, een uhm, een uhm, een hoe heet dat, een begeleider die gaf mij creatieve therapie. En uhm, normaal gesproken is dat dan in een groepje en zijn er ook meerdere collega's bij. Maar ik trof haar in de hal, van weet ik het, van de kliniek. Toen zei ze zo van ‘goh loop even mee’. Nou toen was er thee voor mij gezet en toen had iemand gezien. Uhm, dat ik met haar alleen was. En toen hebben ze het alarm ingedrukt.”</i>
Wordt geen onderscheid gemaakt in de kliniek	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de kliniek geen onderscheid maakt tussen de behandeling van patiënten.	<i>“Maar iedereen werd, uhm, er werd geen enkel verschil gemaakt tussen mij en een verkrachter.”</i>
Beleidseisen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat er veel	<i>“Uhm, de, de, de, hoe heet, de interne verslaggeving,</i>

		eisen zijn waar beleid aan moet voldoen.	<i>dat, daar worden, dat is belachelijk wat voor eisen justitie daaraan stelt.”</i>
Controlerend	Deductief	Uit de participant blijkt dat de omgeving controlerend is.	<i>“Dus die mensen, die doen niets anders, als je continu in de gaten houden en ze zitten de hele dag te typen.”</i>
Afstand personeel	Deductief	De participant spreekt over de afstand die tussen patiënt en personeel zat.	<i>“Ja en uhm en uhm je zag ze maar typen en zag ze maar typen. Ik zei wel eens van die computer is niet ziek he, die computer heeft jouw hulp niet nodig. Ik heb jouw hulp nodig. Ja, nee, nee, nee. Nou dus je sprak ze amper.”</i>
Denkkaders personeel	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat het personeel dacht in kaders. Er wordt een situatie beschreven waarin er geen ruimte is voor perspectief.	<i>“Er was dan een vrouw, die kwam een keer jolig binnen. Uhm en toen maakte ze een dansje en toen pakte ik haar zo beet [doet voor hoe dat eruitzag] en toen maakte we even een dansje, want ik heb altijd dansles gehad. O god, o en dat was tutututu [doet alarm na], want ik raakte haar aan en och. Maar zij had er geen enkel probleem mee, het was gewoon grappig. En dan ja en ik ging naar de iso. Ja, want ik had haar beetgepakt. Ik denk ja, dat klopt, maar niet op een, een verkeerde manier.”</i>
Vernederen	Inductief	De participant spreekt over hoe hij het handelen in de	<i>“Ja ik ben heel vaak geïsoleerd. Uhm bijna wekelijks wel een keer zeg</i>

		kliniek als vernederend ervaarde.	<i>maar. Het langste was uhm 2,5 week ofzo, dus ja, ja dat voelt ook, dat doen ze op een hele vernederende manier. Je wordt meegenomen, wordt dan opgehaald door bewakers en dan ga je naar beneden, naar de isoleercel. Dan moet je je helemaal strippen, waar het personeel bij is. Dus niet alleen waar de beveiliging bij is ook het personeel, vaak juist dan ook het personeelslid wat een probleem met jou heeft.”</i>
Ongelijk behandeld worden door personeel	Inductief	De participant beschrijft hoe je behandeld werd afhankelijk was van het personeelslid.	I: “En dat verschilde dus ook per personeelslid?” P: “Heel erg, heel erg.” I: “Hoe je behandeld werd?” P: “Ja.”
Machtsverhouding	Inductief	De participant beschrijft dat in de kliniek een machtsverhouding aanwezig was.	“Maar ja, macht doet ook rare dingen met mensen. Dat heb ik ook wel gemerkt.”
Niet betrokken bij beslissingen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant niet betrokken was bij beslissingen.	P: “Dan, dan, dan was het zo, of had uitgesproken, dan was het zeg maar zo dat aanwezig personeel vragen mochten stellen aan mij en dan zei gewoon de hoofdbehandelaar zeg maar dan word je nu gevraagd om weer terug te gaan naar je, naar je cel. En namen zij zeg maar, werd er nog over met de hoofdbehandelaar dan in

			<i>samenspraak met de manager uhm een beslissing gemaakt.”</i> I: <i>“Dus die keuzes lagen echt vooral daar?”</i> P: <i>“Ja, ja.”</i>
Niet werken aan grotere doelen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant tijdens opname niet aan grotere doelen werkte.	I: <i>“Zat daar ook iets van een uhm, een, een doel bij om bijvoorbeeld contacten te behouden of om hun te vragen hoe het met hun ging op dat moment?”</i> P: <i>“Nee, nee, nee.”</i> I: <i>“Het was meer instrumenteel eigenlijk?”</i> P: <i>“Ja, ja.”</i>
Walgelijke omgeving	Inductief	De participant beschrijft zijn periode in de kliniek als walgelijk.	<i>“En toen is zeg maar uhm de tbs ingegaan. Uhm, uhm. Dat was, uhm, walgelijk. Echt walgelijk.”</i>
Afkeer opname	Inductief	De participant verteld over zijn afkeer tegenover zijn opname.	<i>“Als ik van tevoren geweten had, dat tbs dat inhield. Dan was ik zeker in hoger beroep gegaan.”</i>
Bescherming naasten	Inductief	De participant beschrijft hoe hij zijn naasten wilde beschermen	<i>“Ik, ik, dat uhm, ik wil liever niet dat je deze mensen ziet.”</i>
Jezelf kleineren	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij zichzelf kleineert.	<i>“[Moet even slikken]. Mijn ouders, zijn, waren echt fantastische mensen. Nooit een vlieg kwaad gedaan, en uhm, dan heb je zo’n kind, ja, tja, uhm, ja dat vond ik echt verschrikkelijk.”</i>

Overstuur door handelen van personeel	Inductief	De participant beschrijft hoe hij overstuur kon raken door het handelen van personeel.	<i>“En toen was ik ook helemaal overstuur. Ik denk, ik, geen haar op mijn hoofd, die daaraan denkt om die meid ook maar met één vinger aan te raken. Dan denk ik van, zien jullie mij daarvoor aan.”</i>
Hopeloos voelen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij zich hopeloos voelde.	<i>“Ik zeg, ik zei ook zoets van schiet mij maar dood. Zo, zo iemand ben ik niet. Zo iemand wil ik ook niet zijn.”</i>
Ontwijken van personeel	Inductief	De participant beschrijft hoe hij tijdens zijn opname in de kliniek bepaalde personeelsleden ontweek.	<i>“En dan was er een vrouw, [naam]. Ik zal die vrouw ook nooit vergeten. En die had echt de p op mij in. Dus als zij werkte, dan wist ik al van tevoren, dat wordt weer de iso in. Dus ik verstopte me gewoon voor haar.”</i>
Geen houding weten te nemen	Inductief	De participant beschrijft hoe hij zich geen houding wist te geven tijdens zijn opname.	P: <i>“Die vrouw stond gewoon heel sterk in haar schoenen en die werd daar niet anders van. Die sterker nog die wilde dat graag, die wilde graag dat onderste, die wilde, die wilde niet een uhm een uhm leuk antwoord, een sociaal acceptabel antwoord zoals ze dat noemen. Ze zegt ik wil weten hoe je er echt over denkt. Dus die bleef mij porren net zo lang tot er.”</i> I: <i>“Tot er wat uit kwam.”</i>

			P: <i>“En daar mocht dat wel en op de afdeling mocht dat niet.”</i> I: <i>“En hoe voelde dat voor jou dat dit bij haar wel mocht?”</i> P: <i>“Ja heel fijn, ja heel fijn, ja, ja.”</i> I: <i>“Lijkt me dan ook wel weer lastig als je dan weer terugkomt op de afdeling, of niet?”</i> P: <i>“Ja, dat is heel moeilijk. Die, die, dat verschilt zo veel van elkaar.”</i>
Negatieve verwachtingen over beeld dat anderen over je hebben	Inductief	De participant verteld over hoe hij had verwacht dat anderen veel negatiever over hem spraken.	P: <i>“Ja die waren veel minder negatief dan ik had verwacht.”</i> I: <i>“Ja? Dus je had jezelf eigenlijk dan, lager ingeschaald, dan wat anderen van jou zeiden?”</i> P: <i>“Nou heel veel.”</i>
Geen na-hulp	Inductief	De participant verteld dat na zijn opname hij geen na-hulp ontving.	<i>“Ja, zo maar zonder na-hulp of wat dan ook.”</i>
Valse verwachtingen	Inductief	De participant verteld dat hij na zijn opname hele andere verwachtingen had welke niet zijn nagekomen.	<i>“Ik denk ik begin een nieuw leven maar zo.”</i>
Dieptepunt	Inductief	De participant beschrijft het bereiken van een dieptepunt.	I: <i>“Dus dit was ook een soort dieptepunt, hoor ik dat goed?”</i> P: <i>“Ja, ja verschrikkelijk, ja verschrikkelijk.”</i>

Steun naasten	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant nog steun van zijn naasten kreeg.	<i>“En toen alle mensen om mij heen hadden een, een soort interventie gepland.”</i>
Gedrag omgeving veranderd	Inductief	De participant beschrijft hoe het gedrag van zijn omgeving was veranderd.	<i>“Uhm en in deze periode ben ik nog een keer voor een verjaardag uitgenodigd. Maar, ja dat was ook, ja, uhm, ze deden wel aardig tegen me, maar ik zag dat er iets was. Het was weg. Ja, de magie was weg.”</i>
Uitzichtloos	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant zijn leven als uitzichtloos ervaarde.	<i>“Uhm, [moment stilte]. Het is wel wat beter geworden sinds ik, uhm, in [jaartal] ben ik zeg maar hier was ik gewoon [verwijst naar de herstelruimte], want ik kwam vaak in de bibliotheek, want ik vind de bibliotheek een rustgevende plek. Toen kwam ik een van de initiatiefnemers tegen [Naam] en die ken ik van het leger des heils. Daar werkte de toen. En uhm, ik was echt, uhm, echt aan het einde van mijn Latijn. Ik denk uhm, voelde me nog steeds diezelfde hufter als dat ik was. Tja ik was, eigenlijk van plan om ermee te stoppen, dat was in uhm, [jaartal], ik kon, ik kon het er eigenlijk niet bij hebben. Ik kon het niet meer aan.”</i>

Van betekenis zijn	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant van betekenis kon zijn.	<i>“En toen op een geven moment weet ik nog wel, was er een bezoeker en die vroeg naar mij. Ik zeg van huh? Iemand wil met mij praten? Iemand die problemen heeft wil met mij praten? Ik denk nou, die heeft echt een probleem weet je wel? Nou toen bleek dus dat ik wel van betekenis kon zijn voor mensen.”</i>
Angst voor afwijzing	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant bang was voor afwijzing.	P: <i>“Ja een beetje dollen, en beetje leuk doen, tot dat je erachter komt wie ik ben. En dan is het over.”</i> I: <i>“Dus je zou mensen het liefst ontlopen?”</i> P: <i>“Ja.”</i> I: <i>“En waar was je dan het meest bang voor?”</i> P: <i>“Dat, dat ze erachter zouden komen dat ik een tbs verleden heb.”</i> I: <i>“En dan, wat zou er dan gebeuren?”</i> P: <i>“En ik denk dan, ja wie wil er iets met een voormalig tbs'er te maken hebben.”</i>
Acceptatie	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat de participant werd geaccepteerd	<i>“Ja, uhm, ja zij laat mij dan ook zien dat, ja je hebt die dingen gedaan, ja dat is zo, maar ja, ja, dat is niet het enige wat je bent, wie je bent en uhm, ja dus ja, dus dat wel.”</i>

Vertrouwen	Deductief	De participant omschrijft hoe hij vertrouwen ervaaarde.	<i>“Dat er iemand in je armen ligt, die je 100% vertrouwt.”</i>
Veiligheid	Deductief	De participant verteld over de positieve impact van een veilige ruimte.	P: <i>“En hier ook heel erg geëxperimenteerd, zo van nou hier heb ik dus uhm, mijn verleden, kon ik, inzetten voor iets positiefs. Ik kon dat om het ijs te breken, bij andere mensen.”</i> I: <i>“Want wat maakte die herstelruimte zo’n positieve plek voor jou?”</i> P: <i>“Dat, het voelt heel veilig.”</i>
Geen afwijzing	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij geen afwijzing voelde.	<i>“Uhm, uhm, uhm, tja, uhm, toen ik daarmee, experimenteerde om gewoon eerlijk te zijn over wat ik had gedaan, en hoe ik me daarbij voelde enz. Kwam ik erachter dat niemand mij afwees. Niet één, dat is niet een keer gebeurd”</i>
Je verhaal kunnen doen	Deductief	De participant spreekt over hoe hij zijn verhaal kon delen.	<i>“Ik denk van goh geven ze je toch de kans om, om je uit te spreken.”</i>
Familiegevoel	Deductief	De participant spreekt over hoe hij weer een familiegevoel kreeg.	<i>“Ja je komt echt, ook als vrijwilliger. Het is, het is net familie.”</i>
Er mogen zijn	Deductief	De participant spreekt over hoe hij het gevoel kreeg dat hij er mocht zijn.	<i>“En dat je je kwetsbaar op durft te stellen naar anderen toe, zonder en dat je dat dan ook ervaart dat je er niet op wordt afgerekend.”</i>

Oprechtheid	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij zich gezien en gehoord voelt.	<i>“Ja en dan denk ik ja mensen geven, ik geef echt om mijn collega’s en mijn collega’s geven ook echt om mij.”</i>
Gebrek hiërarchie/gelijkheid	Deductief	De participant spreekt met veel lof over het nakomen en realiseren van een plek waar iedereen gelijk is.	<i>“Dit, uhm, dit, uhm het gebrek aan de hiërarchie die hier is. Hier is iedereen, in het begin had ik nog zoiets van iedereen gelijk, yeah right, weet je wel? Dat heb ik wel vaker gehoord, maar de mensen hier menen dat ook werkelijk.”</i>
Hel	Inductief	De participant beschrijft de periode na ontslag uit de kliniek als een hel.	I: <i>“En hoe zag die eerste periode erna uit, want dit is dan [jaartal]?”</i> P: <i>“Dat was echt, dat was een hel voor mij.”</i>
Lastig te accepteren	Inductief	De participant beschrijft hoe lastig het was om te accepteren dat zijn verwachtingen over ontslag uit de kliniek niet zijn uitgekomen.	<i>“En uhm, in eerste instantie was ik heel euforisch. Maar kwam al snel tot de conclusie dat ik nog steeds dezelfde persoon was als daarvoor. Dus uhm, ja, [kort moment stilte], tja, dus ja dat was, dat was heel moeilijk.”</i>
Angst	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij voor iedereen en zichzelf bang was.	<i>“Maar uhm, bang voor iedereen en uhm, vooral voor mijzelf.”</i>
Isoleren	Deductief	De participant beschrijft hoe hij zichzelf isoleerde.	<i>“Nou mijn vriendengroep, ik uhm, daar heb ik afstand van genomen.”</i>
Niet thuis voelen	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij zich	<i>“En toen dacht ik, dat voelt zo, ik voelde me er ook niet meer tussen. Het zijn</i>

		niet meer thuis voelde in zijn netwerk.	<i>allemaal mensen met gezinnen. Ja, de magie was weg.”</i>
Jezelf het niet waard vinden	Deductief	De participant beschrijft hoe hij zichzelf het niet waard vinden.	<i>“Want ik heb dit verhaal wel 100 keer verteld. Maar [diepe zucht] ik heb sinds kort weer een relatie. Echt een, [moment stilte en diepe zucht]. Tja zeg ik ook altijd wel, ik ben jou helemaal niet waard.”</i>
Contact ontwijken	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij ieder contact met anderen ontweek.	<i>“Uhm, uhm, als ik zeg maar van mijn huis hiernaartoe ging, dan stipte ik een route uit dat ik zo weinig mogen mensen tegenkwam. Ik liep hele rare routes. Tijden hield ik ook rekening mee.”</i>
Contact oppervlakkig houden	Deductief	De participant verteld over hoe hij het contact met anderen oppervlakkig hield.	<i>“En in gesprekken met mensen had ik zoiets van ja, ik kreeg, uhm makkelijk contact met mensen, maar altijd op een oppervlakkig niveau. Ja een beetje dollen, een beetje leuk doen, tot dat je erachter komt wie ik ben.”</i>
Geen houding weten te nemen	Inductief	De participant verteld over hoe hij zichzelf geen houding wist te geven.	<i>“Ik wist eigenlijk helemaal niet meer hoe ik met mensen om moest gaan.”</i>
Zin in het leven	Inductief	De participant beschrijft hoe hij weer zin in het leven heeft.	<i>“En dat vind ik ook zo bijzonder aan mijn huidige vriendin, die [moet lachen]. Ze heeft een schilderij voor mij gemaakt. Van een uhm, een Feniks, een soort vogel die ja, ze heeft mij gewoon</i>

			<i>een beetje weer tot leven gewekt eigenlijk. Ik, ik krijg weer zin in dingen.”</i>
Geen zwaar gevoel	Inductief	De participant verteld over hoe hij geen zwaar gevoel meer heeft.	<i>“En sinds die tijd voel ik niet iedere keer dat zwaard boven mijn hoofd.”</i>
Levenslust vinden	Inductief	De participant beschrijft hoe hij weer levenslust heeft gevonden.	<i>“Aan de ene kant kun je bijna zeggen dat ik mijn leven te danken heb aan de herstelruimte, aan de andere kant maken ze dan, het maakt iets in je wakker en nu wil ik meer.”</i>
Lichamelijk onwel worden van eigen reflectie	Inductief	De participant beschrijft hoe hij lichamelijk onwel werd na het zien van zijn eigen reflectie.	<i>“Toen ik in mijn huidige woning kwam had ik zo’n hekel aan mijzelf dat ik letterlijk de spiegels uit de WC en de douche heb gehaald. Ik kon mijn eigen gezicht niet meer zien. Dat vond ik, ik werd gewoon lichamelijk niet goed van mijzelf.”</i>
Verminderd zelfstigma	Inductief	De participant verteld dat zijn zelfstigma is verminderd.	<i>“En zeker met zoiets, iets waar ik dan mee te kampen had, uhm, zelfstigma en ik wil niet zeggen dat ik er helemaal vanaf ben. Maar dan, dan werkt dit echt heel goed, ja heel goed, ja, ja.”</i>
Verhoogde eigenwaarde	Inductief	De participant beschrijft hoe hij zijn eigenwaarde heeft teruggevonden.	<i>“Ja hier heb ik geleerd, dat ik gewoon, dat ik zelf ook een bepaalde waarde heb zeg maar.”</i>

Persoonlijke groei	Inductief	De participant verteld over de persoonlijke groei die hij heeft doorgemaakt.	<i>“Ja. Dat, dat, dat is ook wat ik hier geleerd heb. Ik, ik zag mensen altijd, uhm, uhm, als een middel om te krijgen wat ik wilde. Op ieder gebied eigenlijk. En uhm, dus, uhm, ik, ik, ik zag het altijd een beetje als een soort spel en nu zie ik mensen voor, uhm, wat ze werkelijk zijn. Voor wie ze werkelijk zijn en het gaat mij om de persoon zelf. En als mensen door hebben, dat, dat niet gespeeld is maar dat je dat echt meent en daar ook iets voor over hebt. Uhm, dan, dan, dan is dat heel, ook heel fijn voor jezelf.”</i>
Verbeterd zelfbeeld	Deductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat zijn zelfbeeld is verbeterd.	<i>“Dat heeft mijn zelfbeeld ook wel goed gedaan.”</i>