

Zelfbeeld en LVB

Een kwalitatief onderzoek naar het ondersteunen van de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld bij jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Samenvatting

Het huidige zorgbeleid in Nederland is gericht op normalisatie en participatie in de maatschappij. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn dit onhaalbare waarden vanwege hun ontwikkelingsachterstand. Een onderliggende oorzaak is een verstoorde ontwikkeling van het zelfbeeld. Om de jongeren te kunnen versterken in hun eigen kracht, is het voor hen van belang een gezond, zowel realistisch als positief, zelfbeeld te ontwikkelen. De afhankelijkheid van hulpverlening benadrukt het belang om handvaten te ontwikkelen voor hulpverleners om met deze jongeren aan een gezond zelfbeeld te werken. De handvaten zijn op basis van dit praktijkgericht onderzoek binnen instelling X naar voren gekomen. De gestelde onderzoeksvraag hierbij is: *'Hoe kunnen hulpverleners binnen instelling X een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld van cliënten met een licht verstandelijke beperking tussen de 16 en 23 jaar oud?'*

Uit theoretisch vooronderzoek is een model van het zelfbeeld naar voren gekomen en een kader geschetst over de ontwikkeling van het zelfbeeld. Op basis hiervan is het kwalitatieve praktijkgerichte onderzoek opgezet. Hierbij zijn vijf hulpverleners en vijf cliënten geïnterviewd binnen instelling X. Door middel van deze interviews is het huidige zelfbeeld van de cliënten vastgesteld, onderzocht wat een gezond zelfbeeld voor deze cliënten zou betekenen en bevraagd wat er voor nodig is om de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld te kunnen ondersteunen. Uit de resultaten van dit onderzoek is geconcludeerd dat de cliënten een onrealistisch en negatief zelfbeeld hebben. Dit is het gevolg van de cognitieve ontwikkelingsachterstand en verschillende negatieve ervaringen uit het verleden. Een realistisch zelfbeeld kan zich ontwikkelen door passende doelen te stellen, iets waar de cliënten ondersteuning bij behoeven van de hulpverleners. Om een positief zelfbeeld te ontwikkelen moeten de cliënten een positieve attributiestijl ontwikkelen. In de ondersteuning van een gezond zelfbeeld is het van belang rekening te houden met de ontwikkelingsfase waarin de verschillende aspecten van het zelfbeeld zich bevinden, zodat de cliënten niet over- of ondervraagd worden. Vanwege de diversiteit van de doelgroep moet het zelfbeeld individueel in kaart gebracht worden.

Onder de hulpverleners ontbreekt de kennis om met cliënten aan het zelfbeeld te werken en worden er hulpmiddelen gewenst. Over de benodigde vaardigheden beschikken de hulpverleners, echter kunnen zij deze vaardigheden pas adequaat inzetten wanneer ze beschikken over de benodigde kennis.

Voorwoord

Binnen de zorg heb ik zowel in mijn werk als privé gezien dat het met name binnen grote instellingen vaak lastig is om de persoon achter de ‘cliënt’ te blijven zien. Verder te kijken dan diagnoses en dossiers, maar echt in contact te staan met de persoon die je voor je hebt. Verbinding en authenticiteit zijn dan ook waarden die voor mij zeer belangrijk zijn binnen het werkveld. Mezelf leren kennen heeft mij sterker gemaakt als persoon. Ik wil niets liever dan dit doorgeven aan anderen via mijn werk. Maar hoe doen we dit binnen de complexiteit van de huidige samenleving en de verzakelijking van de zorg? Wanneer we nog amper aandacht hebben om stil te staan bij wie we zelf zijn... Vanuit die gedachten ben ik gestart met mijn onderzoek en na flink verdiepen, brainstormen en sparren ben ik uitgekomen op het onderwerp ‘zelfbeeld’. Het onderzoek heeft me een nieuwe blik geworpen op hoe we met cliënten werken en wat ik daar zelf belangrijk in vind. De opgedane inzichten sluiten naadloos aan op de visie die ik al had.

Sinds maart jl. ben ik werkzaam binnen instelling X, waar ik als assistent groepsleider werk met jongeren met een licht verstandelijke beperking. Om de doelgroep en de organisatie beter te leren kennen heb ik verzocht mijn onderzoek binnen instelling X uit te mogen voeren. Het zelfbeeld is dan ook een thema wat voor deze doelgroep en de hulpverleners een moeilijk onderwerp is om aan te werken. Het onderzoek vormt mijn afstudeeropdracht aan de opleiding Sociale Studies aan de Fontys in Eindhoven. Deze scriptie is de afsluiting van het GGZ agoog profiel.

Trots ben ik op hoe het onderzoek zich heeft vormgegeven en wat eruit naar voren is gekomen. Hier ben ik echter niet in mijn eentje voor verantwoordelijk. Daarom wil ik mijn dank uiten aan instelling X, welke het mogelijk heeft gemaakt om mijn onderzoek binnen de organisatie uit te voeren. Met name de respondenten, zowel hulpverleners als cliënten, spelen hierin een essentiële rol. Daarnaast wil ik mijn directe collega's bedanken voor het meedenken en -lezen op verschillende momenten van het onderzoek en de gedeelde enthousiasme. In het bijzonder wil ik mijn dank aan Bregje Dreesen benadrukken. Zij heeft me ondersteund in het uitvoeren van mijn onderzoek door middel van brainstormmomenten, het meelesen, haar contacten binnen de organisatie en een overziende blik. Ook wil ik mijn dank uiten aan mijn onderzoeksdocenten Lily van den Dobbelssteen en Maria Stortelder, die me kritisch hebben ondersteund en teruggefloten waar nodig.

Nikki van Deun
Augustus, 2018

Mijn naam is Bregje Dreesen. Ik werk al ruim 12 jaar binnen [instelling X] en ben momenteel werkzaam in de functie van senior groepsleider. In februari van dit jaar is Nikki bij mij terecht gekomen met de vraag om haar afstudeeronderzoek binnen [instelling X] te mogen uitvoeren.

Ik heb Nikki leren kennen als een zeer enthousiaste student, met een duidelijke visie op haar afstudeeropdracht. Vanaf de start is Nikki duidelijk geweest over haar thema, ze wilde zich graag richten op de identiteitsontwikkeling van jongeren met een licht verstandelijke beperking. Regelmatig hebben wij samen zitten sparren om de probleemstelling concreter te krijgen. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat Nikki zich is gaan richten op het thema zelfbeeld. Dit is een zeer relevant thema binnen deze doelgroep en heeft dan ook meteen mijn interesse gewekt. Binnen de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren hebben wij bijna altijd te maken met jongeren die een negatief zelfbeeld hebben, een niet realistisch zelfbeeld hebben of een verstoord zelfbeeld hebben. Aangezien onze jongeren vaak een rugzak vol minder positieve ervaringen met zich mee dragen en vanuit hun eigen systeem of netwerk niet geleerd hebben om op een gezond positieve manier naar zichzelf te kunnen kijken. Daarnaast speelt de cognitieve beperking een duidelijke rol. In de behandeling van deze jongeren lopen wij er tegenaan dat wij niet altijd goed weten af te stemmen en aan te sluiten op het zelfbeeld dat jongeren hebben, waardoor wij onze jongeren overvragen en behandeling kan stagneren.

Ik ben dan ook erg blij met de resultaten en inzichten die Nikki aan ons heeft gepresenteerd. Het geeft ons tools en meer inzicht in factoren die van belang zijn bij het ontwikkelen van een positief zelfbeeld, die voor de behandeling van onze jongeren zeer helpend en waardevol kunnen zijn.

*Wij willen Nikki dan ook bedanken voor haar enthousiasme en inzet. - **Bregje Dreesen***

Inhoud

Inleiding.....	6
Context en probleemschets.....	7
Probleemanalyse	7
Probleemstelling	10
Doelstelling	11
Onderzoeksvragen	12
Begripsafbakening	12
Theoretisch kader.....	14
Licht verstandelijk beperkt	14
Ontwikkeling van het zelfbeeld	15
Gezond zelfbeeld	19
Methodologie.....	20
Onderzoekspopulatie en steekproef	20
Dataverzamelmethode	21
Meetinstrument	22
Data-analyse	24
Resultaten.....	26
Zelfbeeld cliënten	26
Gezond zelfbeeld	31
Begeleiding	33
Conclusie.....	36
Aanbevelingen	37
Discussie.....	39
Betekenis en bruikbaarheid	39
Sterkte- zwakteanalyse	40
Literatuurlijst.....	42
Bijlagen.....	44
Topiclijst	44
Interview cliënten	45
Interview hulpverleners	46
Toestemmingsverklaring	47
Codeboom cliënten	50
Codeboom hulpverleners	51

Inleiding

De afgelopen jaren hebben er veel veranderingen plaatsgevonden binnen de gezondheidszorg. De onlangs ingevoerde participatiewet, volgend uit normalisatieprincipes in ons zorgbeleid (Wilterdink & Heerikhuizen, 2007), doet een beroep op de zelfredzaamheid van cliënten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Daar doet de individualisering van onze samenleving nog een schep bovenop (Centraal Bureau Statistiek, 2017). Binnen zorginstellingen wordt hierdoor veel aandacht besteed aan participatie en eigen kracht (Gemeenteraden, 2014). Zo ook binnen instelling X, een zorgorganisatie verspreid over Limburg en Brabant, welke zorg biedt aan jongeren met een licht verstandelijke beperking (Bierings, 2016). Volledig zelfstandige deelname aan de maatschappij is voor deze jongeren echter haast onhaalbaar (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017). Uitsluiting van de samenleving of faalervaringen die hierdoor volgen hebben invloed op het zelfbeeld van de jongere (Tieleman, 2011). In de praktijk blijkt het moeilijk voor hulpverleners om hierin te begeleiden.

Een licht verstandelijke beperking (ook LVB genoemd) is een ontwikkelingsstoornis, welke een chronisch verminderde zelfredzaamheid als gevolg heeft (De Beer, 2016). De ontwikkelingsstoornis beïnvloedt ook de vorming van het zelfbeeld, een proces dat voor jongeren zeer actueel is (Kohnstamm, 2009c). Dit is zichtbaar op de woongroepen van instelling X. Het zelfbeeld heeft invloed op hoe een persoon zich voelt, denkt en gedraagt. Het vormt de basis voor de eigen kracht en mogelijkheid tot participatie. Door hulpverleners werkzaam binnen instelling X wordt dit bevestigd. Ze signaleren een verstoord zelfbeeld bij de LVB jongeren. Toch is het moeilijk voor hulpverleners om te ondersteunen richting een positief en realistisch zelfbeeld.

In dit onderzoek wordt gekeken naar het zelfbeeld van enkele cliënten en de begeleidingsbehoeften die naar voren komen. Hoe hulpverleners aan kunnen sluiten op de ontwikkeling van een gezond, positief en realistisch, zelfbeeld, zal daarop volgen. Aan de hand daarvan wordt getracht handvaten te bieden aan de hulpverleners binnen instelling X om met de jongeren te begeleiden in hun ontwikkeling.

Het onderzoeksrapport is als volgt ingedeeld. In het eerste hoofdstuk wordt de probleemanalyse beschreven, waarbij een context wordt geschetst met de probleemstelling, doelstelling van het onderzoek en de onderzoeksvragen. Daarna volgt het theoretisch kader, theoretische achtergrondinformatie betreffende het probleem. Vervolgens wordt de uitvoering van het praktijkonderzoek toegelicht door de methodologie te beschrijven. Ook wordt hier uitgelegd hoe de data-analyse plaatsvindt om tot resultaten te komen. Nadat het kwalitatieve onderzoek op basis van interviews is uitgevoerd, zullen in het hoofdstuk dat volgt de resultaten ervan uitgewerkt worden, deze volgen uit interviews met cliënten en hulpverleners. In het volgende hoofdstuk wordt in de conclusie antwoord gegeven op de onderzoeksvragen, waaruit een aantal aanbevelingen volgen. Het onderzoeksrapport eindigt met de discussie, waarin de bruikbaarheid van het onderzoek wordt beschreven met een kritische analyse.

Context en probleemschets

Probleemanalyse

Samenleven

Sinds de jaren 60 zijn de zorgprincipes van de politiek omgeslagen van separatie naar normalisatie. Mensen met een afwijking worden niet langer gescheiden van onze samenleving, maar worden betrokken bij de maatschappij. Normalisatie houdt dan ook in dat hetgeen wat binnen de samenleving als ‘normaal’ wordt gezien ook een richtlijn vormt voor mensen met een beperking. Hieruit volgt het integratieprincipe, wat hen stimuleert deel te nemen aan de maatschappij. De belangrijkste waarde die binnen dit proces geldt is inclusie, het insluiten en accepteren van mensen met een beperking op basis van gelijke rechten en plichten. Dit vereist respect voor verschillen, verantwoordelijkheid voor elkaar en onderlinge tolerantie (Wilterdink & Heerikhuizen, 2007). De onlangs ingevoerde transitiewetten binnen de zorg, gaande over participatie, passend onderwijs en gelijke behandeling, sluiten ogenschijnlijk aan op deze normalisatie visie. Een belangrijke waarde hierin is gelijkheid, gelijke kansen voor iedereen om deel te nemen aan de maatschappij (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Door het invoeren van deze wetten worden cliënten gestimuleerd te integreren in de samenleving, met als ideaalbeeld inclusie. Het deelnemen hieraan vereist echter een zekere vorm van sociale adaptatie, aanpassing en zelfredzaamheid, wat met name voor mensen met een beperking moeilijk is (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017). De impliciet geldende normen en waarden worden door mensen met een beperking moeizaam verwerkt, wat voor negatieve ervaringen kan zorgen. Op die manier kan het politieke inclusie-ideaal zich in de praktijk omkeren tot exclusie: uitsluiting van degenen die zich niet aan kunnen passen (Kolen, 2017).

Een andere beweging die plaatsvindt binnen de Nederlandse samenleving is het individualiseren (Centraal Bureau Statistiek, 2017). Waarden als keuzevrijheid, onafhankelijkheid en dus autonomie, worden steeds belangrijker, wat de sociale cohesie lijkt aan te tasten (Wilterdink & Heerikhuizen, 2007). Ook vanuit de overheid wordt er steeds meer de nadruk gelegd op eigen rechten en plichten (Roes & Boelhouwer, 2004). De Wet Maatschappelijke Ondersteuning laat met kernwaarden als zelfredzaamheid en autonomie deze individualiseringstendens ook tot de zorg intreden (Nictiz, 2013). Daarnaast zwakt de Nederlandse cultuur en identiteit af door beperkte middelen wat betreft verbindende activiteiten. Cultuur, vrije tijdsbesteding en het verenigingsleven bieden mensen normen, stabiliteit, zekerheid en het gevoel ergens bij te horen, oftewel sociale verbondenheid (Schnabel, 2004). Door financiële beperkingen op deze gebieden lijken de genoemde waarden steeds meer af te nemen en ontstaat er een gebrek aan collectieve identiteit (Kolen, 2017). Met deze toenemende individualisering wordt de mogelijkheid tot identificatie met de omgeving afgenomen door een versplinterde samenleving. De traditionele rolpatronen verdwijnen en de vroeger zo belangrijke normen en waarden vervagen (De Wachter, 2015). Het afnemen van collectieve waarden vermindert het psychisch welbevinden en maakt het

zelfs voor mensen zonder beperking moeilijk een weg hierin te vinden. Het vormgeven van een eigen identiteit en een realistisch zelfbeeld krijgen een lagere prioriteit. (Johnson & Duberley, 2010)

Niet alleen het individualisme, maar ook financiële bezuinigingen hebben invloed gehad op de sociale cohesie in ons land. Binnen de zorg vindt er een sterke economisering plaats. Sinds 2006 is door middel van de zorgverzekeringswet de marktwerking binnen de zorg op gang gebracht. Het achterliggende principe is dat de kwaliteit van de zorg omhoog gaat (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). In de praktijk blijkt dat de verzakelijking van de zorg voornamelijk de nadruk legt op kwantiteit in plaats van kwaliteit. Zaken als creativiteit, betrokkenheid en motivatie worden hierdoor aangetast (Hermsen, Embregts, Hendriks & Frielink, 2011). Decentralisatie van de zorg, door middel van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, resulteert in het efficiënter omgaan met financiële middelen. Sindsdien zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitgaven van de zorgbudgetten, waardoor de nadruk is komen te liggen op meetbaarheid en kostenreductie (Nictiz, 2013). De zorginstanties worden omgetoerd tot productiebedrijven, wat maakt dat er een waardenconflict lijkt te ontstaan: winst tegenover kwaliteit. Dit heeft als gevolg dat essentiële factoren in de zorg die niet in cijfers vast te leggen zijn onderbelicht raken (Verhaeghe, 2016). Er ontstaat een spanningsveld tussen de kwantitatieve en kwalitatieve benadering van de zorg, wat maakt dat haast tegenstrijdige waarden tegenover elkaar komen te staan (Van Os, 2015).

Perspectief bieden

Op het gebied van zorg zijn gemeenten in Noord- en Midden-Limburg tot een gezamenlijk beleid gekomen dat aansluit op de huidige normen en wetten die van toepassing zijn op de zorg (Gemeenteraden, 2014). Zorginstelling X, die zorg biedt aan jongeren met een licht verstandelijke beperking, heeft locaties die verspreid zijn over deze regio. Afgestemd op zowel het landelijke beleid als op de behoeften van de doelgroep, biedt instelling X een geïntegreerd, domein overschrijdend aanbod van zorg, onderwijs en arbeid. Hiermee wordt getracht de complexiteit van de problematiek te dekken (Koning, 2017). Ondanks dat de woongroepen therapeutische leefmilieus zijn, exclusief van onze samenleving, probeert instelling X de cliënten te ondersteunen richting integratie in de maatschappij (Koraal Groep, 2017a). Dit houdt in de praktijk in dat er met de cliënten gewerkt wordt aan participatie en zelfredzaamheid. Om dit te verwerkelijken ontwikkelen cliënten competenties voor het alledaagse leven, versterken ze hun sociaal netwerk en werken ze aan structuur en dagbesteding (Gastenhof, 2016). Daarnaast krijgt de cliënt de ruimte om zijn of haar eigen behandeldoelen op te stellen, om zo gepaste zorg te kunnen bieden (Koraal Groep, 2017a). Met het oog op participatie wordt er toegewerkt naar het deel laten nemen van de cliënt aan de maatschappij: een plek in het reguliere onderwijs, het vervullen van passend werk en het aangaan van sociale relaties (Bierings, 2016). Hiermee sluit het beleid van de jeugdzorg en gehandicaptenzorg, sectoren waar de LVB jongeren onder vallen, aan op de participatiewens vanuit de overheid. Inclusie is dan ook een van de kernwaarden van de organisatie (Koraal Groep, 2017a). Naast de praktisch gerichte basis begeleiding, biedt instelling X ook individuele therapie aan op basis van verschillende modules. Dit kan mogelijk cognitieve gedragstherapie zijn, psychomotorische therapie, EMDR, systeemtherapie, animal assisted therapy, projecten gebaseerd op het ervaringsleren, drama- en creatieve therapie, zingeving en technologische behandelmethodes. Instelling X werkt op deze manier innoverend en past zich continu aan op de doelgroep en onze samenleving (Koraal Groep, 2017a).

In de regio Noord- en Midden-Limburg richten orthopedagogische instellingen zich voornamelijk op integratie in de samenleving door middel van ‘zorgproducten’. Het uitvoeren van deze zorg wordt ingekaderd door financiële middelen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). Omdat de zorgkosten nu op gemeentelijk niveau worden verdeeld, kiezen de gemeenten voor efficiënte zorg, ofwel lage kosten en meetbare resultaten. Hierbij wordt er uitgegaan van maatschappelijke belangen (Gemeenteraden, 2014). Dit beperkt zorginstellingen in de mogelijkheden om kwalitatieve zorg te bieden.

De toenemende economisering heeft een sterk effect op de uitvoering van de zorg voor licht verstandelijk beperkten. Hulpverleners geven aan dat er een ‘verzakelijking’ plaatsvindt, waarbij bureaucratie in de zorg, individualisme in de samenleving en verminderde motivatie en betrokkenheid van de professionals belangrijke aspecten zijn. Er wordt gesproken over een gebrek aan tijd en geld, toenemende regels, strenge normen en het gevoel dat productieprocessen voorrang krijgen op menslievende zorg. Dit heeft als gevolg dat het steeds moeilijker wordt om in te spelen op de zorgbehoeften van de cliënten. Voor zaken die niet uit te drukken zijn met behulp van metingen is haast geen ruimte meer (Hermsen, Embregts, Hendriks & Frielink, 2011).

Eigen kracht

De situatie binnen de woongroepen van instelling X kunnen bekeken worden vanuit het perspectief van de cliënten en de hulpverleners. De cliënten, jongeren tussen de 16 en 23 jaar met een licht verstandelijke beperking, krijgen vooral te maken de maatschappelijke wens tot inclusie en de collectieve waarden van de samenleving. De hulpverleners krijgen met name te maken met de economisering en de ‘verzakelijking’ van de zorg.

De beperkingen die de LVB problematiek met zich meebrengt, achterstand op cognitief, emotioneel en sociaal niveau, maken het moeilijk voor de jongeren om te participeren binnen onze maatschappij (De Beer, 2016). Zelfstandige deelname aan het reguliere onderwijs of integratie op de arbeidsmarkt zijn geen realistische doelstellingen voor de jongeren vanwege het beperkt sociaal adaptatievermogen. Jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn door hun problematiek niet volledig zelfredzaam en hebben in dit proces begeleiding nodig (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017). Doordat ze niet zelfstandig kunnen functioneren worden ze afhankelijk van hun omgeving, wat betreft werk, onderwijs, wonen en sociale steun. De LVB’ers leven dan ook vaak in een therapeutisch milieu en maken gebruik van aangepast werk en/of onderwijs (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). Er wordt vanuit de participatievisie verwacht dat ze integreren in de ‘normale’ samenleving. Het aanpassen aan de sociale normen is voor hen haast onmogelijk, wat in de praktijk kan resulteren in pestgedrag of uitsluiting (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017). Verstandelijk beperkte jongeren worden daardoor gelimiteerd in het deelnemen aan het reguliere onderwijs, sport of vrije tijdsverenigingen en sociale activiteiten en blijven hierdoor vaak afhankelijk van het aanbod van de zorg. Door langdurig afhankelijk te zijn van anderen leren de jongeren minder om te vertrouwen op zichzelf (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). Ook uitsluiting of faalervaringen hebben invloed op het zelfbeeld van de jongere (Tieleman, 2011). Niet alleen een lager gevoel van zelfvertrouwen, maar ook een verminderd vermogen tot identificatie met anderen spelen een rol in de vorming van het zelfbeeld (Kohnstamm, 2009c).

Naast de verwachtingen die van buitenaf gelden voor de jongeren, zijn er ook behoeften die vanuit henzelf komen. Ondanks de verstandelijke beperking willen de jongeren hetzelfde als leeftijdsgenoten: werken, een eigen woning, relaties opbouwen (L. Massij, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Ze vergelijken zich met anderen, willen steeds meer zelf bepalen en eigen keuzes maken (Rot, 2013). Groei in autonomie, wat een

ontwikkelingstaak is in de adolescentiefase, betekent voor opvoeders en begeleiders loslaten en ruimte bieden om te experimenteren (Tieleman, 2011). In de ontwikkeling van autonomie is het leren van kennis en vaardigheden essentieel, deze zelfinzichten bepalen een deel van je zelfbeeld (Kohnstamm, 2009b). Vanwege de cognitieve achterstand is het vermogen tot zelfreflectie voor deze cliënten echter laag, wat kan leiden tot een verstoord zelfbeeld of een lage eigenwaarde (De Beer, 2016).

Voor de hulpverleners heeft de economisering er op de werkvloer toe geleid dat efficiëntie en meetbaarheid voorop staan en onmeetbare zaken minder aandacht krijgen. Deze onmeetbare zaken, die de kwaliteit van de zorg zouden verbeteren, zijn bijvoorbeeld vertrouwen, creativiteit en respect. Als belemmerende factoren worden geld, bureaucratie en indicatiestellingen genoemd in het onderzoek ‘De verzakelijking van de zorg’ (Hermsen, Embregts, Hendriks & Frielink, 2011). Dit wordt in de praktijk bevestigd door hulpverleners van instelling X. Vanwege de belemmerende factoren hebben hulpverleners op dit moment onvoldoende mogelijkheden om aandacht te besteden aan het onmeetbare zelfbeeld van de cliënt. Door beperkte tijd en een lage personeelsbezetting, wordt er vaak te weinig stilgestaan bij dit thema (B. Dreesen, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Doordat een verstoord zelfbeeld niet altijd zichtbaar is voor buitenstaanders, moet de hulpverlener alert zijn hier niet in mee te gaan. Dit risico wordt ook benadrukt in de ‘Handreiking Balans in beeld’ (Rot, 2013). In de begeleiding op de woongroepen wordt beperkt afgestemd op het zelfbeeld van de cliënt (B. Dreesen, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Daardoor worden de mogelijkheden van de jongeren ook door de hulpverleners vaak onder- of overschat (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). De werkwijze van de hulpverleners legt de nadruk met name op het behalen van praktische, meetbare doelen, zonder te kijken naar achterliggende factoren als het zelfbeeld (Gastenhof, 2016).

Begeleiders lijken een belangrijke ontwikkelingsopgave te hebben in de ontwikkeling van het zelfbeeld, kijkend naar de ontwikkelingsfase en problematiek van de cliënten. De jongeren met een licht verstandelijke beperking hebben namelijk een vergrote kans op een verstoord zelfbeeld en lage eigenwaarde (De Beer, 2016). Hieruit volgt problematisch gedrag, zoals zelfbeschadiging, pestgedrag, verlegenheid of geremdheid, maar ook uitdagend gedrag, geloof in onrealistische werkelijkheid en vasthouden aan externe opvattingen (Becker, 2012). Ondanks de beperkte kennis en aandacht rondom het thema op de woongroepen van instelling X, wordt bijbehorend probleemgedrag wel gesignaleerd: verstoord sociaal contact, destructief gedrag, automutilatie, beperkte zelfzorg, overmatig of te weinig eten, directe behoeftebevrediging, ongezonde sociale relaties, pestgedrag en moeite met grenzen en structuur. Daarnaast lopen er vaak zaken mis in de communicatie tussen cliënt en betrokken partijen als ouders of leerkrachten (L. Massij, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Dit kan vervolgens weer het zelfbeeld beïnvloeden, waardoor een negatieve spiraal kan ontstaan die hulpverleners nog niet weten te doorbreken (Rot, 2013).

Probleemstelling

Het normalisatieprincipe binnen de huidige maatschappij, waar integratie en participatie centraal staan, heeft als gevolg dat er te hoge verwachtingen worden gesteld aan jongeren met een licht verstandelijke beperking. Vanuit de ontwikkelbehoefte zich te meten met hun omgeving, overvragen de jongeren ook zichzelf door een beperkt zelfinzicht. De afhankelijkheid die de LVB-problematiek met zich meebrengt en het onvermogen om te voldoen

aan ontwikkelbehoeften, passend bij de leeftijd van de cliënten, kunnen belemmerend zijn voor de ontwikkeling van het zelfbeeld. Een thema waar vanuit de hulpverlening weinig aandacht aan wordt besteed, passend bij de economisering in de zorg. Hulpverleners hebben de begeleidingstaak om cliënten te versterken in hun eigen kracht. Door beperkte tijd en middelen weten de hulpverleners echter niet aan te sluiten op het zelfbeeld van de cliënten, ondanks het risico op een verstoorde ontwikkeling hiervan. Hierdoor blijft de negatieve spiraal rondom het zelfbeeld van de cliënt bestaan, waardoor de eigen kracht van de cliënten nauwelijks benut wordt. Het probleem is dus dat hulpverleners door onvoldoende middelen de ontwikkeling van het zelfbeeld van de jongeren met een licht verstandelijke beperking niet kunnen ondersteunen.

Verificatie

Vanuit de praktijk wordt er door hulpverleners van instelling X bevestigd dat bij de LVB jongeren vaak sprake is van een negatief zelfbeeld, maar ook een irrealistisch zelfbeeld lijkt veel voor te komen (J. Bocken, Persoonlijke communicatie, 1 maart 2018). In de praktijk uit een verstoord zelfbeeld zich in het gedrag van de jongeren op verschillende wijzen: overcompensatie in het sociaal contact (bijvoorbeeld door ‘fantasier verhalen’), destructief gedrag (in extreme gevallen automutilatie), beperkte zelfzorg, overmatig of te weinig eten, directe behoeftebevrediging, ongezonde sociale relaties, pestgedrag en moeite met grenzen en structuur. Daarnaast lopen er vaak zaken mis in de communicatie tussen cliënt en betrokken partijen als ouders of leerkrachten (L. Massij, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Ook meten de jongeren zich continu met leeftijdsgenoten, die vaak op een ander niveau zitten dan de cliënt zelf (B. Dreesen, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Deze gedragskenmerken worden bevestigd door de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra, 2014).

In de begeleiding op de woongroepen wordt weinig afgestemd op het zelfbeeld van de cliënt, wat maakt dat de jongeren worden overschat of onvoldoende uitgedaagd. Cliënten doen zich vaak anders voor dan ze daadwerkelijk zijn, wat kan duiden op een onwerkelijk of juist ondergewaardeerd zelfbeeld (J. Bocken, Persoonlijke communicatie, 1 maart 2018). Hulpverleners spreken uit dat hier haast geen rekening mee wordt gehouden (L. Massij, Persoonlijke communicatie, 14 maart 2018). Doordat een verstoord zelfbeeld niet altijd gezien wordt door buitenstaanders, moet de hulpverlener alert zijn en hier niet als vanzelfsprekend in meegaan. Dit risico wordt ook benadrukt in de handreiking ‘Balans in Beeld’ (Rot, 2013).

Daarbij spelen ook praktische factoren een rol. Vanwege de lage personeelsbezetting is er weinig tijd om elke jongere voldoende aandacht te geven, zodat er rekening gehouden kan worden met de manier waarop ze over zichzelf denken (B. Dreesen, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018). Hulpverleners geven aan niet over de benodigde kennis en hulpmiddelen te beschikken om de ontwikkeling van het zelfbeeld van de jongeren te ondersteunen (L. Massij, Persoonlijke communicatie, 14 maart 2018). Er wordt door hen een behoefte uitgesproken om hier handvaten voor geboden te krijgen (B. Dreesen, Persoonlijke communicatie, 1 maart 2018).

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van kennis over en inzicht in de ontwikkeling van het zelfbeeld van jongeren met een lichtverstandelijke beperking, zodat er aan hulpverleners, pedagogisch hulpverleners en sociaal

agogen, binnen instelling X handvaten kunnen worden geboden om de jongeren te ondersteunen in het ontwikkelen van een gezond zelfbeeld. Wanneer hulpverleners daar op passende wijze aandacht aan kunnen besteden, kan dit bijdragen aan een vermindering van het vastgestelde probleemgedrag en erkenning van het ontwikkelingsniveau om onder- of overvraging te verminderen. Dit kan instelling X helpen aan te sluiten op de waarden van het landelijke zorgbeleid, door eigen kracht te versterken en bij te dragen aan het streven naar autonomie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016), ondanks het onvermogen van de licht verstandelijk beperkte jongeren om zelfstandig deel uit te maken van de samenleving en het verminderd zelfinzicht (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017).

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag die aansluit op de doelstelling van het onderzoek luidt:

- *Hoe kunnen hulpverleners binnen instelling X een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld van cliënten met een licht verstandelijke beperking tussen de 16 en 23 jaar oud?*

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden wordt deze opgedeeld drie deelvragen:

- *Wat voor zelfbeeld hebben de cliënten met een licht verstandelijke beperking die tussen de 16 en 23 jaar oud zijn?*
- *Wat betekent een gezond zelfbeeld voor deze cliënten?*
- *Wat is ervoor nodig om de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld te ondersteunen?*

Begripsafbakening

Hulpverleners:

De hulpverleners die werkzaam zijn op de groepen van instelling X zijn groepsleiders, ofwel pedagogisch hulpverleners en sociaal agogen. De groepsleiders bieden begeleiding in het dagelijks functioneren en geven uitvoer aan het behandelprogramma voor de cliënten. Ze begeleiden de cliënten op verschillende levensgebieden, en ondersteunen in het behalen van persoonlijke doelen. De hulpverleners zijn altijd aanwezig binnen de leefmilieus, het contact wordt afgestemd op de behoeften van de cliënt. Elke groepsleider is persoonlijk begeleider van één van de cliënten (B. Dreesen, Persoonlijke communicatie, 22 februari 2018).

Instelling X:

Instelling X is een orthopedagogisch behandelinstituut voor jongeren met een lichtverstandelijke beperking welke therapeutische leefmilieus, speciaal onderwijs, aangepaste arbeidsmogelijkheden en zorg biedt. De instelling heeft verschillende woongroepen waar cliënten voor langere tijd kunnen verblijven om toe te werken naar zelfstandigheid (Koraal Groep, 2017b).

Zelfbeeld:

Het zelfbeeld is de manier waarop je over jezelf denkt. Dit is op te delen in vier deelaspecten: zelfbesef,

zelfkennis, zelfwaardering, zelfvertrouwen. Het zelfbeeld kan onderverdeeld worden in het rationele, hoe realistisch een zelfbeeld is, en het irrationele zelfbeeld, of iemand een positief of negatief zelfbeeld heeft (Kohnstamm, 2009a).

Gezond zelfbeeld:

Het zelfbeeld van een persoon kan zowel positief of negatief zijn, als ook realistisch of onwerkelijk. Een gezond zelfbeeld houdt in dat iemand realistisch en positief over zichzelf denkt. Een negatief of onrealistisch zelfbeeld vormt een risico voor een volledig functionerend persoon, doordat het zelfbeeld niet meer in overeenstemming is met de omgeving (Zimbardo, Johnson & McCann, 2013).

Cliënt:

De cliënten zijn jongeren met een licht verstandelijke beperking die in behandeling zijn bij instelling X en binnen therapeutische leefmilieus, de woongroepen, verblijven. De cliënten wonen hier vrijwillig voor onbepaalde tijd, met het doel meer zelfstandigheid te ontwikkelen en te werken aan bijkomstige problemen. De cliënten zijn in zorg vanwege de licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen of een onveilige thuissituatie (Gastenhof, 2017).

Jongeren:

Jongeren zijn in dit geval personen met de kalenderleeftijd tussen de 16 en 23 jaar oud. Die bevinden zich qua leeftijd in de ontwikkelingsfase van de adolescentie. Jongeren maken tijdens de adolescentie een sterke ontwikkeling door op biologisch, sociaal en cognitief gebied (Tieleman, 2011).

Licht verstandelijk beperkt:

Een licht verstandelijke beperking houdt in dat iemand een achterstand heeft in het cognitief vermogen en in de sociaal/emotionele ontwikkeling als gevolg hiervan. Deze achterstand is ontstaan tijdens de eerste vier levensjaren. Er is sprake van een IQ tussen de 50-85 (De Beer, 2016). De beperking in cognitieve en sociale, ofwel adaptieve, functies, uit zich in gedragsproblemen. LVB-ers hebben moeite met het omgaan met emoties en zich aanpassen aan anderen. Dit resulteert vaak in impulsief en agressief gedrag, maar ook een laag moreel denkvermogen (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). De licht verstandelijke beperking uit zich op verschillende levensgebieden, zoals sociaal contact, wonen, werken, onderwijs en vrijetijdsbesteding (American Psychiatric Association, 2013).

Bijdrage leveren:

Met een bijdrage leveren wordt bedoeld het door de hulpverleners tegemoetkomen aan de benodigde omgevingsaspecten en opvoedopgaven die noodzakelijk zijn voor de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld voor de jongeren. Hierbij wordt bedoeld het creëren van een veilige leefomgeving waarin ontwikkelen en leren mogelijk wordt gemaakt (Becker, 2012).

Theoretisch kader

Omdat elk individu, met name de jongeren met een licht verstandelijke beperking, zich op een ander punt begeeft in de ontwikkeling, zowel qua kalender-, cognitieve-, als sociaal emotionele leeftijd, bestaat het risico dat er een algemene maat gesteld wordt, waar niet iedereen onder valt (De Poorter, 2013). We spreken over de ontwikkeling en hebben in deze doelgroep te maken met verschillende ontwikkelingsfasen, die niet eenvoudig vast te stellen zijn. Daarom is het van belang te kijken naar de gehele ontwikkeling van het zelfbeeld, zodat vervolgens aangesloten kan worden op de begeleidingsbehoeften. Om vast te stellen hoe hulpverleners hierop in kunnen spelen is het van belang de ontwikkelingsfasen in beeld te hebben en te kunnen herkennen. Door middel van begeleidingstaken die aansluiten op de fase waarin de jongere zich bevindt, kan de ontwikkeling van een positief en realistisch zelfbeeld worden ondersteund.

Licht verstandelijk beperkt

De DSM definieert een licht verstandelijke beperking als volgt:

‘Verstandelijke beperking is een stoornis die gedurende de ontwikkelingsperiode ontstaat. Bij een verstandelijke beperking dienen beperkingen te bestaan in zowel het verstandelijk functioneren als het adaptief functioneren in conceptuele, sociale en praktische domeinen. Er moet voldaan worden aan de volgende drie criteria:

a. Beperkingen in intellectuele functies, zoals redenering, probleemoplossing, planning, abstract denken, oordelen, academisch leren en leren uit ervaring, en praktisch inzicht beoordeeld door zowel klinische evaluatie als individuele, gestandaardiseerde intelligentietesten.

b. Beperkingen in adaptief functioneren, welke resulteren in niet voldoen aan ontwikkelingsnormen en sociaal-culturele normen voor persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning begrenzen de adaptieve beperkingen het functioneren in een of meer activiteiten in het dagelijks leven, zoals communicatie, sociale participatie en zelfstandig wonen, en op meerdere gebieden, zoals thuis, school, werk en recreatie.

c. De intellectuele en adaptieve beperking is ontstaan tijdens de ontwikkelingsperiode.’ (American Psychiatric Association, 2013)

LVB jongeren hebben een IQ tussen de 50-85, wat zich uit in leerproblemen. Verder kenmerkt de problematiek van zich door een achterstand in verstandelijke ontwikkeling ten opzichte van hun leeftijdsgenoten. Hoewel de jongeren een kalenderleeftijd hebben van 12 tot 18, bevinden ze zich cognitief op het niveau van een schoolkind (De Beer, 2016). Dit maakt dat de adaptieve vaardigheden, het aanpassingsvermogen, bij deze jongeren minder ontwikkeld zijn (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017). In combinatie met bijkomende problematiek, zoals een psychiatrische stoornis, medisch-organische problemen of problemen in het gezin of sociale context,

kunnen ernstige gedragsproblemen volgen. Daarnaast kenmerkt de problematiek zich door het chronische karakter en de behoefte aan langdurige ondersteuning (Moonen & Verstegen, 2006).

Het beperkt aanpassingsvermogen uit zich op drie verschillende vlakken: cognitief, emotioneel en sociaal. Wanneer naar het IQ van de LVB'er wordt gekeken, blijkt er vaak sprake te zijn van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel: het performale IQ is hoger dan het verbale IQ, wat betekent dat het taalbegrip lager is dan het vermogen tot uitvoeren van concrete handelingen. (De Beer, 2016). Hierdoor worden, in combinatie met het feit dat het uiterlijk niet afwijkend is, vanuit de omgeving te hoge verwachtingen gesteld aan de jongeren (Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra, 2014). De cognitieve achterstand houdt bij de licht verstandelijke beperking ook in dat er sprake is van minder werkgeheugen. Zaken als informatie verwerken en onthouden, plannen, zelfsturing, het onderscheiden van hoofd- en bijzaken en concentratievermogen worden hierdoor beperkt (Zoon, 2013).

Op emotioneel vlak hebben LVB'ers moeite met het herkennen en benoemen van emoties. De emotionele ontwikkeling loopt binnen deze problematiek achter op de cognitieve ontwikkeling. Dit betekent niet dat de jongeren geen emoties voelen, integendeel. Ze vinden het echter wel lastig deze te herkennen en te benoemen. Het reguleren van deze emoties is een bijna onmogelijke opgave, waardoor vaak impulsief of agressief gedrag plaatsvindt. De jongeren zijn beperkt in staat hierop te reflecteren en zich in te leven in anderen. Daarnaast is er weinig moreel besef (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). Het zelfinzicht van jongeren met LVB is beperkt en de zelfsturing is laag, wat in combinatie met veel negatieve ervaringen zorgt voor een laag of irreëel zelfbeeld. De jongeren hebben vaak weinig zelfvertrouwen of overschatten zichzelf (Zoon, 2013).

Daarnaast lopen jongeren met een licht verstandelijke beperking een flinke achterstand op in de sociale ontwikkeling. Door zowel de cognitieve als emotionele verstoring kunnen ze zich moeilijk verplaatsen in anderen of communiceren op hetzelfde niveau. Het verwerken van sociale informatie verloopt moeizaam, waardoor situaties vaak verkeerd of vijandig geïnterpreteerd worden. Abstracte begrippen of complex taalgebruik wordt vaak niet begrepen (Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra, 2014). Het beperkt vermogen tot sociale aanpassing resulteert in verminderde zelfredzaamheid (Expertisecentrum verstandelijke beperking, 2017). De jongeren zijn niet in staat (zelfstandig) deel te nemen aan 'normale' sociale activiteiten als werk, school en vrije tijdsbesteding. Ook de praktische zelfredzaamheid, dagindeling, zelfzorg, huishouden, contacten onderhouden, is sterk verminderd ten opzichte van adolescenten zonder beperking (Rot, 2013).

Ontwikkeling van het zelfbeeld

Volgens Kohnstamm bestaat het zelfbeeld uit vier basis principes die een wisselwerking op elkaar hebben: zelfbesef, zelfvertrouwen, zelfwaardering en zelfkennis. Deze verschillende facetten van het 'zelf' spelen ieder hun eigen rol per ontwikkelingsfase (Kohnstamm, 2009a). Daarnaast kan er ook gesproken worden over het zelfconcept door Carl Rogers. Hij gaf aan dat er bij een volledig functionerend persoon sprake is van een positief als realistisch zelfbeeld (Zimbardo, Johnson & McCann, 2013). Dit illustreert het belang van het zelfbeeld voor de ontwikkelende jongeren, maar ook voor de niet volledig functionerende LVB'ers. Aan de hand van de

verschillende levensfasen komen de verschillende facetten naar voren, evenals de benodigde omgevingsaspecten waar de opvoeder of hulpverlener in tegemoet kan komen.

Jonge kind

Tijdens de eerste twee levensjaren is er nog geen sprake van een zelfbeeld. Wel vindt in deze periode, van 0 tot 4 jaar, de hechting plaats. Deze hechtingsperiode is cruciaal voor het ontwikkelen van basisvertrouwen. Omdat het kind nog volledig afhankelijk is van de ouders, zullen zij die veiligheid moeten bieden. Hechting vindt plaats wanneer er sprake is van een duurzame gevoelsmatige relatie tussen het kind en een of meer specifieke personen waarmee het kind regelmatig omgaat. Meestal de moeder en/of vader (Tieleman, 2011). Een veilige hechting vanuit ouderliefde, biedt de basis voor eigenliefde en zelfwaardering op latere leeftijd (Kohnstamm, 2009a). Het bieden van veiligheid, responsief en aanwezig zijn, kan de hechting versterken (Becker, 2012). In de eerste levensjaren identificeren kinderen zich met hun naasten. Zonder straffen en belonen nemen kinderen automatisch gedrag over van degenen in de naaste omgeving. Dit geldt ook voor gevoelens van vertrouwen en waardering. Door middel van modelling, het fungeren als voorbeeldfiguur, kan er door de opvoeders een invloed uitgeoefend worden op de ontwikkeling van het kind en dus ook het zelfbeeld (Kohnstamm, 2009a).

Rond het tweede levensjaar start de ontwikkeling van het zelfbeeld, door het opkomen van zelfbesef. Het kind wordt zich bewust van zijn eigen bestaan. Dit zelfbewustzijn heeft tot gevolg dat het kind zich gaat losmaken van de ouder. Dit zelfbesef vormt de basis voor zelfvertrouwen. Het idee ergens toe in staat te zijn, dus niet meer volledig afhankelijk van de opvoeder, biedt competentiegevoelens die maken dat je op jezelf kunt vertrouwen. Deze fase kenmerkt zich door opstandig gedrag, dingen zelf willen doen, herkenning van zichzelf in de spiegel, gevoelens van trots, maar ook angst, over het eigen kunnen. In de opvoedingsstijl is het van belang ruimte te bieden voor plezier in eigen prestaties voor een positief zelfbeeld en zelfstandigheid (Kohnstamm, 2009a). Tussen het 3^e en 4^e jaar neemt het lichaamsbesef sterk toe en het kind zich bewust wordt van zijn of haar geslacht. Ook emoties worden bewust ervaren, wat voor een gevoel van onbegrip of machteloosheid kan zorgen (Zimbardo, Johnson & McCann, 2013). Een gevoel van kwetsbaarheid speelt mee rond deze tijd, wat een invloed kan hebben op de zelfwaardering en het zelfvertrouwen (Kohnstamm, 2009a).

Kinderen ontwikkelen pas vanaf het eind van de kleuterperiode het realiteitsbesef, wat maakt dat het rond die tijd lastig is om de werkelijkheid en fantasie van elkaar te onderscheiden. Jonge kinderen zijn ook nog niet in staat op zichzelf te reflecteren, wat maakt dat de zelfkennis nog beperkt is. De zelfkennis bestaat voornamelijk nog uit uiterlijke kenmerken en emoties (Kohnstamm, 2009a).

Kinderen die onveilig gehecht zijn, zoals vaak voor komt bij kinderen met een licht verstandelijke beperking, kunnen een gespleten zelfbeeld ontwikkelen, gedeeltelijk bewust en gedeeltelijk onbewust. *‘Zulke kinderen lijken vol zelfvertrouwen, want ze gedragen zich op het oog zelfverzekerd, maar dieper en voor de bewuste beleving onbereikbaar is er een gevoel van waardeloosheid en niks-kunnen. Deze gespletenheid kan leiden tot gedragsproblemen.’* In dergelijke gevallen is de zelfwaardering laag, waardoor er een vertekend zelfbeeld ontstaat. Het is van belang aandacht te besteden aan het zelfvertrouwen en de zelfwaardering van het kind, om de gespletenheid te herstellen (Kohnstamm, 2009a).

Schoolkind

Wanneer het kind naar de basisschool gaat, zo rond 5 jarige leeftijd, veranderen er een aantal cruciale zaken in de ontwikkeling. Deze levensfase staat in het teken van competentieontwikkeling en sociale vergelijking

(Kohnstamm, 2009b).

Op school leert het kind zaken als rekenen, lezen en schrijven. Deze competenties dragen sterk bij aan de ontwikkeling van het zelfbeeld. Wanneer het kind merkt steeds meer vaardigheden te verwerven, biedt dit zelfvertrouwen. Hierbij is positieve bekrachtiging door de opvoeder van belang. Wanneer dit niet of onvoldoende gebeurt, kan dit voor een laag zelfbeeld zorgen (Becker, 2012). Wanneer het gevoel van eigenwaarde niet bevestigd wordt, kan agressie of slechte schoolprestaties het gevolg zijn. Bijvoorbeeld bij faalangst is het zelfbeeld van het kind lager dan de werkelijke competenties (Tieleman, 2011). In dit geval is de irrationele kant van het zelfbeeld, de (onder)waardering, sterker dan de rationele kant van het zelfbeeld, de zelfkennis (Kohnstamm, 2009b).

Wanneer het kind zich incompetent voelt, kan er sprake zijn van geleerde hulpeloosheid. Er bestaat dan een vaag beeld van de eigen kwaliteiten en prestaties, wat maakt dat het kind lui kan overkomen. Er is voor het kind geen zicht op oorzaak en gevolg van het eigen handelen. Dit kan ontstaan door een onwillekeurige en onregelmatige opvoeding (Kohnstamm, 2009b). Het bieden van positieve bekrachtiging, gezien en gestimuleerd worden, is in deze zeer belangrijk (Becker, 2012).

Om het zelfbeeld te versterken kunnen opvoeders op een aantal dingen letten. Wanneer ouders een gevoel van zelfvertrouwen en competentie uitstralen, neemt het kind dit over. Hierdoor versterkt de basis van het zelfbeeld door geleende kracht. Een optimistische houding kan hier sterk aan bijdragen. Ook kan het gevoel van eigenwaarde versterkt worden door positieve bevestiging, zonder straffen. Het zelf laten ontdekken en kinderen stimuleren na te denken over eigen gedrag en dat van anderen, biedt zelfkennis en zelfwaardering (Kohnstamm, 2009b). Hierdoor ontwikkelt het kind een positieve attributiestijl, waarbij successen aan het eigen handelen worden toegeschreven (Aronson, Wilson & Akert, 2009).

Doordat schoolkinderen kinderen een moreel besef gaan ontwikkelen, kan het zijn dat er discrepantie ontstaat tussen het werkelijke zelf en de ideale-ik. Ze zijn in staat keuzes te maken en te bepalen wat goed en fout is. Ze nemen niet langer enkel de moraal van ouders over. Hierbij wordt zelfreflectie gestart, maar ook het vermogen te oordelen over klasgenoten. Het zelfbeeld vormt tijdens de schoolperiode aan de hand van sociale vergelijking, kinderen worden zich bewust van hun collectieve positie. Dit leidt tot conformisme en kan verschillende uitkomsten hebben wat betreft een irrealistisch zelfbeeld (Kohnstamm, 2009b). Dit heeft te maken met een te hoge zelfwaardering door te veel positieve bevestigingen of externaliserend gedrag. Ook kunnen gevoelens van falen de overhand nemen, wat zorgt voor een laag zelfbeeld (Kohnstamm, 2009b). De attributietheorie beschrijft hoe mensen geneigd zijn successen en falen te verklaren (Aronson, Wilson & Akert, 2009). Wanneer kinderen geneigd zijn alleen successen aan zichzelf toe te schrijven, ontwikkelt een narcistisch, irrealistisch zelfbeeld. Hierbij kan schuldgevoel erg bedreigend zijn. Een lage zelfwaardering, door sociale vergelijking en mogelijk een laag competentiegevoel, kan leiden tot faalangst en weinig zelfvertrouwen. Wanneer kinderen zowel successen als falen aan zelf toeschrijven biedt dit een gebalanceerd zelfbeeld (Kohnstamm, 2009b).

Kinderen met een verminderd cognitief vermogen zijn minder in staat in te schatten wat ze van zichzelf en anderen kunnen verwachten. Het tekort aan zelfreflectie kan door verminderde zelfkennis en zelfwaardering resulteren in onaangepast gedrag, agressieve gevoelens en uitingen. Dit kan zich, door een lage zelfwaardering, uiten in pestgedrag, maar ook in de slachtofferpositie door weinig zelfvertrouwen (Kohnstamm, 2009b).

Dit proces van sociale vergelijking en zelfwaardering kan in goede banen worden geleide door de zone van naaste ontwikkeling van Vygotskij. In de schoolleeftijd is school de zone waarin de naaste ontwikkeling van het

kind op gang wordt gebracht. De opvoedopgave hierin is om het kind een ontwikkelgebied te bieden waarin het kind zich zeker voelt. Door hem uit te dagen onder vertrouwde omstandigheden, ontwikkelt het kind een positieve zelfwaardering en zelfvertrouwen (Becker, 2012).

Rond de 8 of 9 jaar gaan kinderen nadenken over zichzelf. Dit maakt dat zelfkennis ontwikkelt en ook zelfwaardering verandert. Schoolkinderen denken voornamelijk nog in competenties en feiten over zichzelf. (Kohnstamm, 2009b). Volgens de ontwikkelingsstadia van Piaget is het kind in staat zich situaties voor te stellen, maar nog niet in staat logisch te redeneren of abstract te denken (Becker, 2012). Dit maakt dat een schoolkind zichzelf op een andere manier zou omschrijven dan een adolescent. Het schoolkind zou spreken over feiten en competenties, maar geen vergelijkingen of interpretaties (Kohnstamm, 2009b).

Wanneer het kind minder in staat is te reflecteren op zichzelf, ontwikkelt zich een zelfbeeld dat afwijkt van leeftijdsgenoten. Het kind kan zichzelf over- of onderschatten. Waar prosociaal gedrag kan leiden tot een positief zelfbeeld, kan een afwijkend zelfbeeld zorgen voor verstoorde sociale contacten. Dit maakt dat kinderen het beste functioneren in een klas en omgeving met anderen die een vergelijkbaar intelligentieniveau hebben (Kohnstamm, 2009b).

Ook fantasie kan bijdragen aan het reflectievermogen. Het lezen van een boek biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid tot identificatie. Dit is echter voor kinderen met een lage verbale intelligentie vaak lastig. In dat geval kunnen beelden, games of toneelstukken bijdragen aan het reflectievermogen en zelfvertrouwen. Games en films hebben een egocentrisch karakter, maar stimuleren het abstracte denkvermogen (Kohnstamm, 2009b).

Adolescent

De adolescentie, van 12 tot 19 jaar, kenmerkt zich door afscheiding van anderen en ontwikkelen van eigenheid. Hierbij komt het zelfbeeld onder grote druk te staan. In deze levensfase vinden er lichamelijk, cognitief en sociaal veel veranderingen plaats (Tieleman, 2011).

Steeds meer plaats wordt ingeruimd voor psychische eigenschappen, relationele begrippen, opvattingen en overtuigingen. Adolescenten zijn zich vaker bewust van hun eigen tegenstrijdigheden. Adolescenten kunnen door hun toenemende cognitieve mogelijkheden gedifferentieerder en in abstractere termen over zichzelf denken (Tieleman, 2011). Hun zelfkennis neemt toe door de ontwikkeling van het moreel besef, het geweten (Kohnstamm, 2009c). Er vindt een sterke bewustzijnsontwikkeling plaats, maar ook de voortplantingsdrang komt op (Keenan, Evans & Crowley, 2016). Deze valt samen met lichamelijke veranderingen (Tieleman, 2011). Er vindt lichamelijke rijping plaats, waardoor het zelfvertrouwen vaak afneemt. Dit brengt een grote onzekerheid met zich mee (Kohnstamm, 2009c). Bevestiging van leeftijdsgenoten speelt dan ook een grote rol in deze fase. De verschillende sociale rollen zijn hierbij van belang en veranderen het zelfbeeld (Keenan, Evans & Crowley, 2016).

Er ontstaat een discrepantie tussen de ideale en de werkelijke ik, waardoor de zelfwaardering achteruit gaat. In de theorie van Harter wordt beschreven hoe adolescenten op basis van deze kennis zichzelf waarderen. Hier staan drie contrasten tegenover elkaar: het ik-ideaal, het uiterlijk en acceptatie door anderen. Vanwege de onderlinge strijd tussen deze contrasten vindt er in de adolescentiefase altijd een daling in de zelfwaardering plaats (Harter, 1988). Dit wordt geïllustreerd wanneer een adolescent om een zelfbeschrijving wordt gevraagd (Zimbardo, Johnson & McCann, 2013).

Het eerste gedeelte van de adolescentie staat in het teken van exploratie, ookwel het psychosociale moratorium genoemd. Het zelfbeeld wordt in grote lijnen vastgelegd, samen met veel verwarring en onzekerheid (Tieleman, 2011). Hierbij treedt er vaak adolescentie-egocentrisme op, wat maakt dat ze het onderscheid tussen hun eigen denken en dat van de ander niet maken. Dit kan zich op twee manieren uiten. Sommigen denken dat ze continu aangekeken worden door iedereen, als een imaginair publiek. Dit maakt dat ze zeer zelfbewust zijn, maar zich ook je onbevangenheid mist en snel schaamt. Ook kan het egocentrisme resulteren in een gevoel dat er niemand anders op de wereld is, het gevoel een persoonlijke legende te zijn. Dit kan zich uiten in extreme emoties of gevoelens van eenzaamheid (Kohnstamm, 2009c).

De late adolescentie is met name gericht op verfijning, vergelijken en beoordelen. Hierbij spelen leeftijdsgenoten een belangrijke rol. Nadenken over waarden en normen komt pas in de zelfbewuste fase, die hoort bij de tweede helft van de adolescentie (Kohnstamm, 2009c). Dit kan voor een kritische houding zorgen richting ouders. Het geeft aan dat de jongere autonomie ontwikkelt en zich als gelijkwaardig begint te voelen ten opzichte van volwassenen (Tieleman, 2011). In deze fase doen jongeren vaak hun intrede in het werklevens, het nemen van verantwoordelijkheden, waardoor het egocentrische aspect van de adolescentie afneemt. De zelfwaardering neemt toe (Kohnstamm, 2009c).

In de adolescentie kunnen zich problemen voordoen wanneer het kind de zelfbeelden niet kan assimileren. Dit houdt in dat het kind het zelfbeeld cognitief kan bevatten. Een ongenueanceerd zelfbeeld is het gevolg: gebrek aan zelfvertrouwen, verlegenheid of geremdheid, maar ook uitdagend gedrag, geloof in onrealistische werkelijkheid en vasthouden aan externe opvattingen. Dit maakt dat een kind moeite heeft met sociale aanpassing. Het opdoen van veel verschillende ervaringen kan het kind overvragen (Becker, 2012).

Om het proces rondom het zelfbeeld te begunstigen is een autoritatieve opvoedstijl passend. Dit houdt in dat er betrokkenheid en affectie wordt getoond en op basis van gelijkwaardigheid wordt onderhandeld. Het opleggen van grenzen biedt de veiligheid en het vertrouwen van het gezin, maar het maken van een eigen keuze rondom deze grenzen draagt bij aan de zelfwaardering. Het maken van deze afweging draagt bij aan de zelfstandigheid (Tieleman, 2011).

Gezond zelfbeeld

Samengevat: het zelfbeeld bestaat uit vier aspecten: zelfbesef, zelfvertrouwen, zelfwaardering en zelfkennis. Zelfkennis en zelfbesef vormen de rationele kanten en zelfwaardering en zelfvertrouwen vormen het irrationele zelfbeeld (Kohnstamm, 2009b). Deze verschillende aspecten staan per levensfase in een bepaalde verhouding met elkaar en worden door verschillende factoren beïnvloed. Wanneer er sprake is van een negatief of positief zelfbeeld, spreken we over zelfwaardering en zelfvertrouwen. Zelfbesef en zelfkennis maken of iemand een realistisch zelfbeeld heeft. Ook onderling hangen de verschillende aspecten met elkaar samen. Om vast te stellen welke opvoedstijl passend is bij de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld, moet er gekeken worden naar de ontwikkelingsfase en de bijbehorende behoeften. Op deze manier kunnen opvoeders of hulpverleners bijdragen aan een gezond zelfbeeld, dat aansluit bij de ontwikkelingsbehoeften van de cliënt.

Methodologie

Onderzoekspopulatie en steekproef

In het praktijkonderzoek zal de ondersteuning van een gezonde ontwikkeling van het zelfbeeld van jongeren met een licht verstandelijke beperking onderzocht worden. De betrokken actoren in dit onderzoek zijn zowel hulpverleners als cliënten. Hulpverleners die werkzaam zijn bij instelling X, die zorg bieden voor licht verstandelijk beperkten, en de LVB jongeren die binnen diezelfde context zorg ontvangen als cliënten. Dit maakt dat ze beiden actoren zijn binnen dezelfde onderzoekssituatie, ofwel de centrale onderzoekseenheid, en vormen samen de totale onderzoekspopulatie van dit onderzoek. Om een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, worden beide groepen geselecteerd als subpopulaties (Baarda et al., 2013).

De genoemde hulpverleners, ook wel groepsleiders, bestaan uit sociaal agogen en sociaal pedagogisch hulpverleners. Zij hebben dezelfde taken en verantwoordelijkheden en zijn werkzaam op de woongroepen, therapeutische leefmilieus, waar de jongeren verblijven. De groepsleiders bieden begeleiding in het dagelijks functioneren en geven uitvoer aan het behandelprogramma voor de cliënten. De populatie hulpverleners bestaat uit zowel mannen als vrouwen. De geschatte man/vrouw-verdeling is respectievelijk 20-80%. De leeftijd varieert tussen de 20 en 60 jaar oud.

De cliëntenpopulatie bestaat uit jongeren met een licht verstandelijke beperking. Zij zijn tussen de 16 en 23 jaar oud en verblijven op de genoemde woongroepen. Hier ontvangen zij de begeleiding en behandeling die uitgevoerd wordt door de genoemde hulpverleners. De jongeren variëren sterk in afkomst en achtergrond. Deze factoren worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De man/vrouw-verdeling onder de cliënten is naar schatting 50-50%.

Aan de hand van de beschreven populatie wordt een selecte steekproef genomen, die een afsplitsing is van de totale onderzoekspopulatie, om het onderzoek uitvoerbaar te maken binnen de beschikbare tijd en middelen. In totaal is er ruimte voor tien interviews, wat betekent dat er vijf hulpverleners en vijf cliënten deelnemen als respondenten. Omdat deze steekproef erg klein is in verhouding tot de totale populatie zullen de resultaten niet generaliseerbaar zijn, wat de externe validiteit laag maakt.

In dit onderzoek wordt gekozen voor een niet-gerichte selecte steekproef. De deelnemers worden geselecteerd op basis van de beschikbare tijd en aanwezigheid op de locatie waar de interviews gehouden worden, ook wel de vindplaatsgerichte steekproef genoemd (Baarda et al., 2013). Er is gekozen om verspreid over twee woongroepen tien respondenten te werven. Dat wil zeggen drie hulpverleners en drie jongeren op één woongroep en twee hulpverleners en twee jongeren op de andere woongroep. De keuze voor een vijf/vijf verdeling tussen de twee populaties is gemaakt, zodat de perspectieven van beide partijen even sterk meewegen in de resultaten van dit onderzoek.

In de hulpverlenersteekproef is getracht de verhoudingen van de onderzoekspopulatie aan te houden. Dit betekent dat er gekozen is voor een man/vrouw-verhouding waarbij één man bevraagd zal worden en vier vrouwen. De

respondenten zijn allemaal in de functie als groepsleider. Vanwege het feit dat de werkzaamheden hetzelfde zijn, wordt hun opleidingsachtergrond buiten beschouwing gelaten.

Onder de cliënten wordt rekening gehouden met de leeftijd en het geslacht van de jongeren. De leeftijd van de cliënten moet tussen de 16 en 23 liggen. Ook in deze steekproef wordt geprobeerd de man/vrouw-verhouding gelijk te houden aan de totale populatie, hierdoor worden twee jongens en drie meiden gekozen. De jongeren verblijven allemaal binnen de twee genoemde woongroepen van instelling X. Onder alle deelnemende jongeren is sprake van een licht verstandelijke beperking.

In de benadering van de respondenten wordt gebruik gemaakt van verschillende contactpersonen binnen de organisatie. De onderzoeker is zelf werkzaam binnen instelling X, wat maakt dat de benodigde contactgegevens reeds beschikbaar zijn. Voorafgaande het contactleggen, wordt eerst gepeild wie mogelijk geïnteresseerd is in deelname aan het onderzoek, via een medewerker die langer in dienst is en meerdere contacten heeft. Na blijk van interesse is via e-mailcontact een introductiebrief gestuurd over de inhoud en duur van de interviews (Baarda et al., 2013). Vervolgens zijn er via de mail en telefonisch contact afspraken voor de interviews gepland.

Dataverzamelmethode

Het onderwerp zelfbeeld en de ontwikkeling hiervan gaat over belevingen en ervaringen. Om dit te meten is het van belang dat er sprake is van diepgang in het interview. Het vragen naar behoeften, gedachten en gevoelens van de respondenten gebeurt door middel van een kwalitatief onderzoek (Baarda et al., 2013).

In de openingsfase van het interview wordt aan de respondenten gevraagd een mindmap te maken rondom het thema ‘zelfbeeld’. Aan de hand van deze associatieve techniek wordt een beeld gevormd van wat de respondenten al voor kennis in huis hebben rondom het thema (Baarda et al., 2013). Ook kan dit als hulpmiddel fungeren om later in het interview op terug te blikken. Dit biedt op een laagdrempelige opening aan het gesprek. Aan de hand daarvan wordt het interview op informele wijze voortgezet. Deze informele sfeer schept vertrouwen richting de respondenten, wat de betrouwbaarheid van de antwoorden verhoogt (Baarda et al., 2013).

In de kern van het interview wordt er een onderscheid gemaakt in de gestructureerdheid van de vragen tussen de hulpverleners en de cliënten. Bij de hulpverleners wordt er gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview. Dit houdt in dat er, aan de hand van topics uit het theoretisch kader, vragen worden opgesteld die als leidraad fungeren tijdens het gesprek. Hier kan van afgeweken worden, maar de vooraf opgestelde vragen vormen de hoofdlijnen voor het gesprek (Baarda et al., 2013). Hier is voor gekozen om het interview te sturen, zodat er niet te ver van de kern afgedwaald kan worden, in verband met de brede thematiek.

In het interview met de cliënten wordt er gebruik gemaakt van een gestructureerd interview op basis van topics uit het theoretisch kader. Dit betekent dat het interview bestaat uit vooraf geformuleerde vragen die de hoofdlijn vormen van het gesprek (Baarda et al., 2013). Hier is voor gekozen omdat de topics complexe begrippen zijn, die de jongeren vanwege hun cognitieve beperking mogelijk niet begrijpen. Het is daarom van belang deze in heldere concrete begrippen te bevragen, zodat de cliënt niet overvraagd wordt. Ook wordt er gebruik gemaakt van schaalvragen en het visualiseren van begrippen, door middel van schematische weergaven, om aan te sluiten op het niveau van de cliënt.

De interviews vinden individueel en mondeling plaats in een aparte ruimte, zodat het gesprek niet gestoord kan worden of beïnvloed door externe factoren. Hier worden in overleg met de respondent afspraken over gemaakt, dit met betrekking tot het tijdstip, tijdsduur en de locatie. Er wordt in tijdsduur rekening gehouden met de spanningsboog van de respondent: cliënten maximaal 45 minuten en de hulpverlener ongeveer 60 minuten. Door dezelfde topics onder zowel de cliënten als de hulpverleners te bevragen, is er sprake van triangulatie. Dit houdt in dat er vanuit verschillende perspectieven eenzelfde onderwerp bevraagd wordt. Hieruit kunnen later conclusies getrokken worden, die bijdragen aan de interne validiteit van de verkregen informatie (Baarda et al., 2013).

Voorafgaande aan het interview vindt er een korte kennismaking plaats en wordt er een korte uitleg gegeven over de inhoud en context van het onderzoek. Er wordt een toestemmingsverklaring ondertekend voor deelname aan en opname van de interviews. Hierbij wordt besproken dat de gegevens anoniem verwerkt worden en na afloop van het onderzoek vernietigd. De respondenten worden geïnformeerd over hun recht om zich op elk moment terug te mogen trekken uit het onderzoek en te alle tijden gegevens op mogen vragen. Voor de presentatie van de resultaten zullen de betrokkenen, indien gewenst, uitgenodigd worden.

Meetinstrument

Op basis van het theoretisch vooronderzoek rondom het onderzoeksthema is een topiclijst (zie Topiclijst) opgesteld met de belangrijkste onderwerpen en deelaspecten. Dit zijn topics die direct te linken zijn aan de gestelde onderzoeksvragen en die tijdens het interview ter sprake moeten komen (Baarda et al., 2013). Uit de theorie is op te maken hoe de gekozen topics en deelaspecten waarneembaar zijn in de praktijk. Deze topiclijst vormt het raamwerk voor beide interviews. Op basis van deze indeling zijn er per waarneembaar deelaspect interviewvragen opgesteld. Deze vragen zijn aangepast op de doelgroep. Met de vragenlijst voor de cliënten (zie Interview Cliënten) ligt de nadruk op hun zelfbeeld en de deelaspecten. Dit wordt gedaan met heldere concrete vragen, zoals ‘Ben je wel eens trots op jezelf?’ en ‘Voel je je ooit onzeker?’. Deze vragen worden afgewisseld met gesloten schaalvragen en een schematisch invulmodel (zie *Figuur 2: Invulmodel cliënten*). Wanneer de vragen niet begrepen worden kunnen deze toegelicht worden met voorbeelden. Op die manier wordt het interview aangepast op het niveau van de jongeren. Ook wordt onder hen gevraagd hoe ze denken over de huidige begeleiding, om informatie te krijgen over wat cliënten belangrijk vinden.

In de vragenlijst voor de hulpverleners (zie Interview Hulpverleners) wordt ook gevraagd naar het zelfbeeld van de cliënten, om deze antwoorden later met elkaar te kunnen vergelijken. Deze vraagstellingen zijn breder en complexer. De vragen over een gezond zelfbeeld worden met name bij de hulpverleners dieper uitgevraagd. Vanwege de beperking van de cliënten is dit geen thema waar uitgebreid met hen over gesproken kan worden. Binnen het onderwerp begeleiding wordt bij de hulpverleners uitgevraagd hoe zij op dit moment werken en wat er nodig is om de begeleiding van de jongeren te verbeteren. Aan de hand van deze topics en bijbehorende vragenlijsten, gebaseerd op de theoretische achtergrondkennis, kan praktijkonderzoek gedaan worden om antwoord te geven op de drie gestelde deelvragen van dit onderzoek.

De opbouw van de inhoudelijke vragen zal ingedeeld worden van breed naar smal. Dit is een manier om het onderwerp van het interview steeds meer te specificeren (Baarda et al., 2013). Eerst wordt er een zeer brede

oriënterende vraag gesteld over het zelfbeeld, waarnaar de verschillende aspecten bevestigd zullen worden. Vervolgens komt het topic aan bod waarin gesproken wordt over wat een gezond zelfbeeld is. Uiteindelijk spitsen de vragen zich toe op de ondersteuning van dit gezonde zelfbeeld en hoe de respondenten hierover denken. Ook uit de opbouw van de vragen en de antwoorden die gegeven worden, kunnen later wellicht conclusies getrokken worden. Er wordt bijvoorbeeld naar de voorkennis gevraagd, ‘Wat betekent zelfbeeld voor jou?’ en de invloed van het bespreekbaar maken van dit thema, ‘Wordt er aandacht besteed aan het zelfbeeld?’. Buiten de kernvragen die opgesteld zijn op basis van de theorie, worden ook inleidende vragen gesteld om algemene kennis op te doen over de respondent en het thema in te leiden. Op deze manier went de respondent aan de interviewsituatie (Baarda et al., 2013). Het inleiden van het thema wordt zo open mogelijk begonnen met een zeer brede beginvraag, om de respondent zo min mogelijk te sturen (Baarda et al., 2013). Ter afsluiting zal worden teruggeblikt op de eerdere vragen en zal het interview kort geëvalueerd worden.

Betrouwbaarheid/Validiteit

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt gemeten op basis van incidentele afwijkingen. Om invloeden die toevallige afwijkingen kunnen veroorzaken in de resultaten te beperken, worden er maatregelen getroffen. Dit maakt de resultaten, de uiteindelijke conclusies en de antwoorden op de onderzoeksvraag betrouwbaarder. Er zijn drie punten die invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid: de onderzoeker, de onderzoeksmethode en de onderzoekssituatie (Baarda et al., 2013).

Om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen is met verschillende factoren rekening gehouden. Om te beginnen stelt de onderzoeker zich nieuwsgierig, oprecht geïnteresseerd en informeel op. Dit maakt dat er een sfeer ontstaat waarin de respondent uitgenodigd wordt om eerlijk antwoord te geven. Daarnaast worden de interviews afgenomen op een plek die voor de respondent bekend is en vertrouwd voelt. Dit maakt dat de respondent minder tijd nodig heeft om te wennen aan de interviewsetting. De interviews worden afgenomen in een aparte ruimte, zodat de gesprekken niet verstoord worden door andere aanwezigen. Dit bevordert de concentratie van de deelnemer en de soepele voortgang van het gesprek. Hierbij wordt de tijdsduur van het interview aangepast op de concentratieboog van de respondent: voor cliënten maximaal 45 minuten en hulpverleners ongeveer 60 minuten. Ook sluit de onderzoeker in taalgebruik, houding en gebruikte middelen aan op het niveau van de respondent. In de vragenlijsten wordt gebruik gemaakt van dubbele vraagstellingen, om te meten of de antwoorden consistent zijn. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van gesprekstechnieken als samenvatten en doorvragen. Dit kan toevallige fouten filteren.

Het vastleggen van de interviews gebeurt direct ter plekke door middel van een geluidsopname, wat maakt dat er geen vertraging plaatsvindt tussen de gesprekken en de registratie. Hoe kleiner de vertraging tussen afname en registratie van de interviews, hoe kleiner de kans op vertekening van de resultaten. Ook worden observaties direct genoteerd, door middel van veldnotities. De respondenten zijn op de hoogte van de opnames, wat kan maken dat de antwoorden beïnvloed worden. Echter wordt deze opname zo onopvallend mogelijk gemaakt en wordt besproken dat deze anoniem verwerkt worden en later zullen worden vernietigd. Ook hier wordt de respondent van op de hoogte gebracht.

Om de validiteit, ofwel geldigheid, van een onderzoek vast te stellen, wordt er gekeken naar systematische afwijkingen in het onderzoek. Dit meet of de resultaten overeenkomen met de werkelijke onderzoekssituatie en of er een juiste afspiegeling wordt geschetst. Er zijn verschillende manieren om de validiteit te verhogen (Baarda

et al., 2013).

Binnen dit onderzoek wordt op meerdere wijzen gebruik gemaakt van triangulatie om de validiteit van het onderzoek te verhogen. Triangulatie houdt in dat de interpretaties en bevindingen niet slechts afhangen van één waarneming, maar dat er gebruik wordt gemaakt van informatie uit verschillende invalshoeken. Dit kan door gebruik te maken van meerdere databronnen, maar ook verschillende dataverzamelmethode (Baarda et al., 2013). Door te kiezen voor twee subpopulaties, die beiden iets zeggen over hetzelfde onderwerp, wordt er gebruik gemaakt van meerdere databronnen. De mogelijkheid om deze verschillende perspectieven met elkaar te vergelijken, zorgt voor een hoge validiteit van de resultaten. Er ontstaat zo een completer beeld van de onderzoekssituatie. Tijdens het interviewen bestaat het risico dat er veel sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven. Met name bij de cliënten is dit een kenmerkende eigenschap. Dit verlaagt de validiteit van de resultaten. Ook kan de beperking van de cliënten invloed hebben op de geldigheid van de resultaten. Deze invloed wordt geminimaliseerd door middel van triangulatie.

In dit onderzoek is ook gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode: het theoretische onderzoek, het raadplegen van professionals en het uitvoeren van empirisch onderzoek. Het theoretische vooronderzoek maakt dat er een gerichte vragenlijst opgesteld kan worden, om de interne validiteit te vergroten. Dit is de mate waarin de resultaten uit het empirisch onderzoek te generaliseren zijn naar de theorie (Baarda et al., 2013). Daarnaast vindt er ook peer debriefing plaats, door het verkrijgen van feedback vanuit experts, collega's en mede-onderzoekers. Dit verbreedt het perspectief van de onderzoeker op het onderzoek zelf. Het verhoogt de intersubjectieve betrouwbaarheid, wat betekent dat er geen tunnelvisie ontstaat bij de onderzoeker (Baarda et al., 2013). Gedurende het interviewen wordt ook een audit trail, bestaande uit een logboek en onderzoeksmemo's, bijgehouden om systematische afwijkingen in het onderzoek te kunnen signaleren (Baarda et al., 2013).

Data-analyse

Aan de hand van de opgestelde topiclijst en bijbehorende interviewvragen, worden de interviews gehouden onder de cliënten en hulpverleners. Tijdens het interviewen wordt een opname gemaakt om de resultaten later te kunnen verwerken. De interviews worden getranscribeerd, de letterlijk uitgeschreven geluidsopname (Baarda et al., 2013). In het uitschrijven van de interviews wordt aangegeven welke vraag wordt gesteld uit de vragenlijst, wie welke uitspraak doet (onderzoeker of respondent) en de letterlijke uitspraken die gedaan worden.

Wanneer de interviews getranscribeerd zijn, worden de teksten opgedeeld in fragmenten, betekenisvolle stukken tekst. Elk fragment krijgt een of meerdere codes die de inhoud van het fragment in kernwoorden weer geeft, dit wordt het open coderen genoemd. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van samenvattend coderen, om op overzichtelijke wijze weer te geven waar de fragmenten over gaan (Baarda et al., 2013). Voorbeelden van deze open codes zijn 'familie', 'zelfinzicht' en 'begeleiding'. Na het open coderen wordt er nogmaals gekeken of de codes dekkend zijn voor de fragmenten, of dat er nog iets aan toegevoegd of aangepast moet worden. Hierbij moet ervoor gewaakt worden dat de codes geen interpretaties worden, maar enkel een samenvattende functie hebben. Hieruit blijkt dat verschillende codes in meerdere interviews terugkomen.

Vervolgens worden alle open codes samen in een overzicht gezet. Hierin worden bepaalde hoofdcodes

onderscheiden, waardoor er verschillende groepen ontstaan. Er komen bijvoorbeeld meerdere codes naar voren die vallen onder sociale contacten, maar ook veel codes die horen bij begeleidingsaspecten. Binnen de begeleidingsaspecten krijgen codes een extra label (+ / -), om aan te geven of de uiting over de begeleiding positief of negatief is. Het aanbrengen van een logische structuur in de codes heet het axiaal coderen (Baarda et al., 2013). Zo worden verschillende categorieën vastgesteld, die te koppelen zijn aan het theoretisch kader en de deelvragen. De axiaal codes die gebruikt worden, zijn gebaseerd op de topics die volgen uit het theoretisch kader. In dit geval zijn dat ‘zelfbeeld’ met de deelaspecten ‘zelfbesef’, ‘zelfkennis’, ‘zelfvertrouwen’ en ‘zelfwaardering’, ‘gezond zelfbeeld’ en ‘begeleiding’. Aan de hand van deze onderverdeling worden fragmenten verbonden aan de onderzoeksvragen.

Het eindproduct van dit proces van coderen wordt zichtbaar in een tabel, de codeboom (zie Codeboom cliënten en Codeboom hulpverleners). Door dit proces uit te voeren worden de eerder gemaakte fragmenten gekoppeld aan de verschillende deelvragen. Hierdoor kan op systematische wijze, betekenisvolle informatie geselecteerd worden om de deelvragen te beantwoorden (Baarda et al., 2013). Ook kunnen verbanden herkend worden, doordat sommige fragmenten onder verschillende axiaal codes kunnen vallen.

Resultaten

Aan de daadwerkelijke interviews hebben vijf cliënten en vijf hulpverleners meegewerkt. De respondenten uit de werkelijke steekproef voldoen aan de eerder beschreven voorwaarden. De verhouding tussen de twee woongroepen is niet gelijk geworden. Er zijn vanuit de ene woongroep twee respondenten geïnterviewd en op de andere woongroep acht, in verband met beperkte beschikbaarheid van de respondenten. Tijdens het interviewen blijkt dat de cliënten niet allemaal voldoen aan de vooraf gestelde voorwaarden. De leeftijdsvoorwaarde klopt wel, de groep bestaat uit jongeren van 17 tot 21 jaar oud. Echter heeft één van de jongeren een IQ van 100, wat maakt dat die niet onder de LVB doelgroep valt. Toch schijnt dit vaker voor te komen binnen organisatie X, wat maakt dat het niet storend is voor de afspiegeling van de doelgroep. Om de verhouding cliënt/hulpverlener wel zo gelijk mogelijk te maken, is ervoor gekozen om de persoonlijk begeleiders van de deelnemende cliënten te nemen als respondenten.

Zelfbeeld cliënten

Bij het uitvragen van het zelfbeeld onder de cliënten is gebleken dat het zelfbeeld wordt beschreven vanuit verschillende invalshoeken: sociaal, zijn, doen, denken en voelen. In de interviews met de hulpverleners wordt direct de koppeling gelegd naar de vier deelaspecten van het zelfbeeld: zelfbesef, zelfkennis, zelfvertrouwen en zelfwaardering. Op basis van deze aspecten wordt antwoord gegeven op de vraag *‘Wat voor zelfbeeld hebben de cliënten met een licht verstandelijke beperking die tussen de 16 en 23 jaar oud zijn?’*.

Zelfbesef

Op het sociale stuk van het zelfbeeld blijkt dat er een aantal overeenkomsten zijn tussen de antwoorden van de respondenten. Het gevoel ‘anders zijn dan anderen’ komt vaak naar voren. De jongeren vergelijken zichzelf met anderen, wat maakt dat ze zich onzeker voelen door het idee anders te zijn. Een aantal zegt dit vroeger meer te hebben gedaan, maar zich hierin ontwikkeld te hebben. Dat de jongeren zichzelf zijn wordt door de hulpverleners bevestigd. Wel stellen ze zich wat passender op in sociaal contact: minder agressief, minder meelopen, minder teruggetrokken. De beperkte mate van aanpassing lijkt aan te sluiten op de eerder beschreven LVB problematiek (American Psychiatric Association, 2013). Het verlaagde adaptieve vermogen zou een oorzaak kunnen zijn voor het feit dat de jongeren ‘zichzelf zijn’, ongeacht wat anderen verwachten. Wel geven ze aan zich vroeger meer aangepast te hebben aan anderen. Die sociale vergelijking in aanpassing is kenmerkend voor de schoolfase (Kohnstamm, 2009b). Het feit dat de jongeren aangeven zich hierin ontwikkeld te hebben en het gevoel hebben nu (meer) zichzelf te kunnen zijn, klinkt als een overgang naar de adolescentiefase. In de vroege adolescentie ontwikkelt het zelfbesef zich sterk, wat kan resulteren in egocentrisme door het gevoel anders te zijn dan anderen, wat schaamte met zich meebrengt (Kohnstamm, 2009c). Dit gevoel en besef beschrijven een aantal van de jongeren. Door alle ondervraagde hulpverleners wordt benoemd dat de jongeren

egocentrisch zijn. Dit vanwege het onvermogen zich in te leven in een ander. Het wijst op een hoge mate van zelfbewustzijn, wat ondersteund wordt door het verantwoordelijkheidsgevoel wat de jongeren hebben. Zowel het verantwoordelijkheidsgevoel als het verhoogde zelfbesef zijn kenmerkend voor de adolescentiefase (Kohnstamm, 2009c).

‘Omdat ik zelf op een groep woon. Dus dan is het moeilijk voor mij om te zeggen hoe iemand die niet op een groep woont zijn leven moet leven. Want ik zit in een hele andere situatie, dus ik reageer anders op dat soort dingen omdat ik op een groep zit.’ (Cliënt 1)

‘Ja ik bedoel dat iedereen z’n problemen heeft, bij mij is het net anders dan bij iemand anders, maar ik schaam me er wel eens over.’ (Cliënt 5)

‘Zijn de jongeren egocentrisch? Ja vaak wel. Niet egoïstisch. Want ze zijn ook echt heel lief voor elkaar, dat wel. Maar op het moment dat er een conflict is of iets, dan is het echt vooral kijken naar hoe voel ik dit en wat vind ik hiervan. Dan kunnen ze heel slecht hun eigen aandeel zien.’ (Hulpverlener 9)

De link tussen het zelfbesef en de zelfwaardering die in de theorie wordt beschreven (Kohnstamm, 2009c), lijkt in de praktijk te worden bevestigd. Het sociale aspect van het zelfbeeld hangt sterk samen met het voelen. Jongeren noemen gevoelens als kwetsbaarheid, schaamte, onzekerheid en vertrouwen, die beïnvloed worden door sociale aspecten. Deze naar binnen gerichte emoties beschrijven hoe de jongeren zichzelf waarderen en vergelijken met anderen. De link tussen sociaal en voelen lijkt illustrerend te zijn voor de link tussen zelfbesef en zelfwaardering (Kohnstamm, 2009c). Ook hulpverleners geven aan dit te zien bij de jongeren. Ze zijn continu bezig zichzelf met leeftijdsgenoten te meten. Dit maakt dat de jongeren maatstaven voor zichzelf aanhouden, waaraan ze niet kunnen voldoen vanwege hun verstandelijke beperking. Het niet kunnen voldoen aan hun ‘ideale-ik’ en het oordelen is kenmerkend voor een verlaagde zelfwaardering, passend bij vroege adolescenten (Kohnstamm, 2009c).

De hulpverleners geven nog nadrukkelijk aan dat bijna alle cliënten over een zeer beperkt sociaal netwerk beschikken. Ook dit kan bijdragen aan een afwijkend zelfbeeld (Kohnstamm, 2009b). Met name tijdens de adolescentie zijn sociale rollen van belang voor de ontwikkeling van het zelfbeeld (Keenan, Evans & Crowley, 2016).

Zelfkennis

Onder het stuk ‘zijn’ vallen de persoonlijke kenmerken. Wat opvalt bij deze vragen is dat de jongeren met name noemen wat ze doen, niet zozeer welke persoonlijke eigenschappen ze hebben. Het beschrijven van enkele persoonlijke kenmerken en het vergrote zelfinzicht wijst op een bepaalde mate van zelfkennis. Om zelfkennis op te doen is zelfreflectievermogen vereist. Het nadenken over eigen gedrag en dat van anderen biedt zelfkennis en zelfwaardering (Kohnstamm, 2009b). De LVB problematiek kenmerkt zich echter door een beperkt cognitief en dus ook reflectief vermogen (Zoon, 2013), wat volgens de hulpverleners in de praktijk ook een moeilijke vaardigheid blijft voor de jongeren. Wanneer er wordt gevraagd aan de jongeren om zichzelf te beschrijven, worden er met name feiten en competenties genoemd, geen vergelijkingen of interpretaties. Dit lijkt te wijzen op een schoolkind-niveau (Kohnstamm, 2009b).

'Ik ben (naam), 17, zit op school. Ik ga naar de zomer naar het Gilde. Werk 20 uur per week, loop stage. Dat was het wel. Ik heb twee zussen, een broer en een broertje. En ik woonde bij mijn vader. Ze zijn wel wat ouder. Uhm ja, ik sport, fitness. En dit jaar de mont ventoux, maar het was vandaag zwaar.' (Cliënt 3)

Uit de theorie blijkt dat een beperkt reflectievermogen, kan resulteren in een afwijkend zelfbeeld, waardoor de jongeren zichzelf gaan over- of ondervragen (Zoon, 2013). Het over- of ondervragen lijkt onder deze jongeren sterk aanwezig. Door de hulpverleners wordt dit met name beschreven als het stellen van te lage of te hoge doelen. Dit heeft volgens hen vervolgens een sterke invloed op het zelfvertrouwen. Ook vanuit de theorie wordt aangegeven dat het zelfvertrouwen sterk afhangt van competentiegevoelens, die zich ontwikkelen door het behalen van gestelde doelen. Dit staat met name tijdens de schoolkind periode op de voorgrond wanneer ook de zelfkennis zich zou ontwikkelen (Kohnstamm, 2009b).

Ook op het gebied 'denken' worden minder uitgebreide antwoorden gegeven door de jongeren. De ontwikkeling van moreel besef lijkt bij alle jongeren niet actief aanwezig. Wanneer gevraagd wordt naar hun eigen overtuigingen, spreken enkele vanuit een eigen ervaring, maar geven beperkt antwoord. Volgens de hulpverleners lijkt er sterk sprake te zijn van een externe moraal, met name die van thuis uit is meegekregen. De beperking op het vlak 'denken' is toe te linken naar de LVB problematiek. De ontwikkeling van het abstract denken, zoals het moreel besef rondom normen en waarden, vereist een zeker cognitief vermogen. Hier hebben de jongeren vanwege het lagere IQ een achterstand in (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). Zowel de stukken 'zijn' en 'denken' komen overeen met het aspect 'zelfkennis' van het zelfbeeld en zijn zeer afhankelijk van het cognitief vermogen van de jongeren. De cognitieve beperking, die het vermogen tot abstract denken vermoelijk, zorgt ervoor dat de jongeren op het gebied van zelfkennis zich in de schoolkind fase lijken te bevinden (Kohnstamm, 2009b). De hulpverleners bevestigen dit. Het reflectievermogen van de jongeren maakt dat ze weinig inzicht hebben in hun eigen capaciteiten en tekortkomingen. Ook zijn de jongeren beperkt in staat om over oorzaken en gevolgen na te denken, wat invloed heeft op het stellen van realistische doelen. De jongere kan zichzelf hierdoor over- of onderschatten (Kohnstamm, 2009b).

'Zelfreflectie is vaak laag. Dat is toch wat ik al zei, ze zien vaak wel alles wat de ander doet maar kunnen ze zichzelf vaak moeilijk verplaatsen in wat hun gedrag met de ander doet. Ze voelen vaak wel heel erg wat doet het met mij. Dat is iets waar we constant aan proberen te werken: wat doet je gedrag met anderen en wat heeft het voor gevolg. Oorzaak gevolg is vaak ook heel lastig. En zelfkennis uit zich ook vaak in overschatting van zichzelf. De ene denkt bijvoorbeeld gewoon dat ie een hbo-opleiding kan doen. Of dat iemand bij z'n eerste baantje meteen denkt in de horeca te kunnen werken wat natuurlijk super stressvol is. Horeca lijkt makkelijk maar is het natuurlijk totaal niet. En dan voelen ze zich te goed om bij een boer te werken. En dan grijpen ze te hoog eigenlijk meteen.' (Hulpverlener 9)

Zelfvertrouwen

Wat opvalt op het gebied van 'doen' is dat de jongeren die wat meer inzicht hebben op het gebied van zelfkennis ook een uitgebreidere beschrijving geven over wat ze 'doen' en kunnen. Ook geven deze jongeren concreet antwoord over hun beperking, de vaardigheden waar ze nog moeite mee hebben. Dit inzicht lijkt een gebalanceerd beeld te bieden van de eigen kwaliteiten en valkuilen. Toch geeft een van deze drie jongeren aan minder zelfvertrouwen te hebben. Hier lijkt een negatieve zelfkennis aan ten grondslag te liggen. Het 'zijn' stuk

wordt door deze respondent voornamelijk beschreven op basis van eigenschappen waar hij onzeker over is. Ook de hulpverleners benadrukken dat de jongeren over veel, met name praktische, vaardigheden beschikken, maar op sommige vlakken afhankelijk zijn van begeleiding. Hier worden door zowel jongeren als hulpverleners zaken genoemd als financiën, afspraken maken en nakomen en de kamerzorg. De jongeren die een minder genuanceerde zelfbeschrijving geven presenteren zichzelf erg zelfverzekerd. Wanneer naar hun vaardigheden wordt gevraagd kunnen ze moeilijk hierop antwoorden. Dit zijn dezelfde jongeren die minder uitgebreid antwoord geven op het gebied van 'zijn' en 'denken'. Dit lijkt erop te wijzen dat de twee onderdelen van het zelfbeeld, zelfkennis en zelfvertrouwen, sterk met elkaar samenhangen (Kohnstamm, 2009b). Ook hulpverleners bevestigen deze verbinding tussen zelfkennis en zelfvertrouwen.

'Maar als jij beseft door je succeservaringen, ik kan het wel, kun je die wel weer opkrikken (zelfvertrouwen) waarmee je uiteindelijk jezelf beter leert kennen en die ook weer groeit (zelfkennis).' (Hulpverlener 10)

Geen fouten willen maken is iets wat bij vier van de vijf jongeren naar voren komt. Dit heeft bij elke jongere betrekking op een andere situatie, maar het blijkt hen wel bezig te houden. Ze leggen de lat hoog voor zichzelf. Zoals ook uit de theorie naar voren komt, kan faalangst samenhangen met minder zelfvertrouwen door een laag competentiegevoel of sterke sociale vergelijking. Zoals onder bij het aspect 'sociaal' al naar voren kwam, vergelijken de jongeren zich sterk met anderen. Het lage zelfvertrouwen kan dus te maken hebben met weinig inzicht en de eigen competenties, de zelfkennis, maar ook met de sociale vergelijking, het zelfbesef (Kohnstamm, 2009b). Daarbij benoemen de hulpverleners dat het zelfvertrouwen van de jongeren met name voortkomt uit ervaringen uit het verleden. De jongeren zijn vaak teleurgesteld en hebben 'de deksel op de neus gekregen', waardoor ze minder competentiegevoelens hebben.

'En mij wordt gezegd 'je mag fouten maken, je hoort fouten te maken'. Maar dat vind ik lastig, want voor mij is dat zo'n groot punt. Omdat er al zo veel fouten zijn gemaakt, dat ik daar gewoon bang voor ben om fouten te maken. Dan ben ik best streng voor mezelf.' (Cliënt 5)

'Ik denk vaak de deksel op de neus gehad. 'Zie je wel, ik kan het toch niet.' (Hulpverlener 10)

Het lage zelfvertrouwen kan toe te schrijven zijn aan het verminderde inzicht in de eigen capaciteiten. Dit kan een gevolg zijn van de LVB-problematiek (Zoon, 2013), waarbij sprake is van een verminderd reflectievermogen zoals ook in de schoolkind fase het geval is (Kohnstamm, 2009b). Dit zou het geval kunnen zijn bij de jongeren die zich zekerder presenteren, maar minder inzicht bieden in hun capaciteiten. Bij de andere jongeren, die meer inzicht hebben, lijkt meer sprake te zijn van het sociale vergelijken. In combinatie met het verhoogde zelfbesef past dit erg bij de vroege adolescentiefase. Het brengt in bepaalde situaties een vorm van faalangst met zich mee, wat weer voor minder zelfvertrouwen kan zorgen (Kohnstamm, 2009c). Een van deze drie jongeren geeft aan hier veel last van te ervaren, de andere twee slechts in bepaalde situaties. Op het gebied van zelfvertrouwen lijken de helft van de cliënten zich in de schoolfase te bevinden en de andere helft in de vroege adolescentie fase. Dit sluit aan bij de diversiteit van de doelgroep (De Poorter, 2013).

Zelfwaardering

Ook op het gebied van 'voelen' lijkt hetzelfde te gelden als bij 'doen': de jongeren die wat genuanceerder reflecteren kunnen ook wat uitgebreider beschrijven hoe ze zich voelen en waarom dit zo is. Eén van de jongeren

geeft aan met name veel negatieve emoties te ervaren en een zeer lage zelfwaardering te hebben. Met name is deze respondent onzeker door persoonlijke eigenschappen, op het gebied van 'zijn', en in sociaal contact. Hij schaamt zich ervoor anders te zijn dan anderen en is streng voor zichzelf. Dit geven ook de andere twee respondenten aan. Doordat ze anders zijn, vanwege ziekte of gezinsproblemen, zijn ze streng voor zichzelf geworden. Ze schamen zich ten opzichte van anderen en drie respondenten geven dan ook aan bang te zijn anderen te kwetsen. Daarnaast noemen twee jongeren gepest te worden door leeftijdsgenoten. Dit brengt een gevoel van kwetsbaarheid. Er lijkt een samenhang te bestaan tussen 'sociaal', 'zijn' en 'voelen'. De jongeren die bang zijn om fouten te maken, geven wel duidelijk aan ook trots te zijn op zichzelf en succes aan zichzelf toe te schrijven. Hierdoor lijken ze zichzelf meer te waarderen dan omlaag te halen. De respondenten die wat minder uitgebreide beschrijvingen geven, geven aan zeer positief over zichzelf te denken. Emotioneel worden er met name trots en zelfverzekerdheid genoemd, schaamte of kwetsbaarheid zeggen ze nauwelijks te ervaren. De hulpverleners geven echter aan dat de jongeren zichzelf vaak anders presenteren dan hoe ze zich daadwerkelijk voelen. Dit kan duiden op een gespleten zelfbeeld. Dit komt vaker voor bij kinderen met een licht verstandelijke beperking, ze lijken vol zelfvertrouwen, maar van binnen is er sprake van een zeer lage zelfwaardering (Kohnstamm, 2009a).

Het eerder beschreven verband tussen 'sociaal', 'zijn' en 'voelen' komt sterk overeen met zelfbesef, zelfkennis en zelfwaardering. In de pubertijd, vroege adolescentie, worden jongeren zich bewuster van zichzelf, krijgen zicht op hun beperking en gaan zichzelf hierdoor minder waarderen. Er wordt vaak gezien dat jongeren in de vroege adolescentie, tot ongeveer 15 jaar, een sterker zelfbewustzijn ontwikkelen wat onzekerheid met zich meebrengt, waardoor zelfwaardering omlaag gaat (Kohnstamm, 2009c). Dit lijkt hier ook het geval. De beperking(en) die de jongeren hebben- worden als oorzaak aangewezen voor het feit dat de jongeren zich anders voelen dan anderen.

Een beperkende factor op het gebied van zelfwaardering die ook door hulpverleners wordt genoemd is dan ook het minimale sociale netwerk dat de jongeren hebben. Vanwege de LVB problematiek is het lastig om een netwerk op te bouwen, hier kan vaak een hechtingsstoornis aan ten grondslag liggen (De Beer, 2016). Dit heeft als gevolg een verminderde zelfwaardering (Kohnstamm, 2009c), zoals ook door de hulpverleners geconstateerd wordt. De lage zelfwaardering kan de oorzaak zijn van het gespleten zelfbeeld (Kohnstamm, 2009c), waardoor de jongeren zich zekerder presenteren dan dat ze zich daadwerkelijk voelen.

'Uhm, ja... Dat vind ik ook wel...ja nee. Bij sommige cliënten vind ik dat je dat duidelijk ziet, zoals ze zich presenteren zijn ze ook gewoon. Maar ik denk dat ze zich over het algemeen vaak wat beter voordoen dan dat ze zijn. Of je moet ze echt beter leren kennen, of langer kennen vaak, vooral langere tijd. Voordat je kan zien dat dit echt is zoals de cliënt is. Dat kun je niet, daar heb je even tijd voor nodig. Als je dan kijkt naar hoe ze zich presenteren... Ik zei net dat is voor allebei, maar als ik er wat dieper over nadenk denk ik dat in de meeste gevallen het helemaal niet is. Dat ze helemaal niet zo zijn zoals ze zich voordoen. Maar dat ik daar pas achter kom nadat ik ze echt een hele tijd ken en een hele tijd met ze gewerkt heb.' (Hulpverlener 7)

De cognitieve beperking vanuit de LVB problematiek lijkt zich ook op het gebied van zelfwaardering te uiten. Door het verminderd vermogen tot zelfreflectie, hebben de jongeren minder vat op hun emoties. Ook is er wat vaker sprake van impulsief of agressief gedrag (MEE Zuid-Holland Noord, 2015). Alle respondenten geven echter aan zich te hebben ontwikkeld op dit gebied. Het impulsieve, agressieve gedrag kan een uiting zijn van de

eigenwaarde die niet bevestigd wordt (Tieleman, 2011). Dat de jongeren dit nu minder ervaren, kan dus betekenen dat hun zelfwaardering aan het stijgen is. Dit is kenmerken voor groei binnen de schoolkindfase (Kohnstamm, 2009b).

Gezond zelfbeeld

Een gezond zelfbeeld betekent dat iemand realistisch en positief over zichzelf denkt (Zimbardo, Johnson & McCann, 2013). Of het zelfbeeld van de jongeren realistisch is, wordt bepaald door het rationele zelfbeeld, het zelfbesef en zelfkennis. Een positief zelfbeeld wordt gevormd door het irrationele zelfbeeld, het zelfvertrouwen en zelfwaardering (Kohnstamm, 2009b). Vanuit deze begrippen en de antwoorden van de respondenten wordt gekeken naar ‘*Wat betekent een gezond zelfbeeld voor deze cliënten?*’.

Rationeel zelfbeeld

In het beschrijven van het zelfbeeld van de jongeren is gebleken dat de jongeren een redelijk sterk zelfbesef hebben, hoewel deze niet in verhouding staat tot hun kalenderleeftijd. De respondenten hebben de kalenderleeftijd van 17 t/m 21 jaar oud, maar lijken qua zelfbesef in de vroege adolescentiefase te zitten. Op het vlak van zelfkennis lijken de jongeren wat minder sterk te zijn, vanwege een verminderd reflectief vermogen als gevolg van hun cognitieve beperking. Het lijkt dat de jongeren qua zelfinzicht op schoolkind-niveau functioneren. Samen zou dit betekenen dat het rationeel zelfbeeld van de jongeren niet in balans is vanwege de deelaspecten van het zelfbeeld, maar ook niet in verhouding staan tot de werkelijke leeftijd die ze hebben. Dat de jongeren qua verstandelijke ontwikkeling achter lopen op hun leeftijdsgenoten wordt vanuit de theorie bevestigd (Zoon, 2013). Ook hulpverleners geven aan dit in de praktijk te ervaren. Volgens hen bevinden de jongeren zich verstandelijk in de pubertijd, ofwel vroege adolescentie. Dit lijkt te kloppen voor het zelfbesef van de jongeren. Op het gebied van zelfkennis lijken de jongeren echter in de schoolkindfase te zitten.

Naast de verhouding tussen het zelfbeeld en de kalenderleeftijd, blijkt ook uit de zelfbeoordeling van de respondenten dat het zelfbeeld niet realistisch is. Deze zelfbeoordeling hebben de cliënten gegeven door antwoord te geven op de schaalvragen voor ieder deelaspect van het zelfbeeld. De cijfers die de jongeren zichzelf geven zijn veel minder genuanceerd dan wie ze in werkelijkheid zijn (zie *Figuur 3: Zelfbeoordeling cliënten*). Een ongenuanceerd zelfbeeld kan als gevolg hebben een gebrek aan zelfvertrouwen, verlegenheid of geremdheid, maar ook uitdagend gedrag, geloof in onrealistische werkelijkheid en vasthouden aan externe opvattingen (Becker, 2012). Hierdoor kunnen de jongeren moeite hebben met sociale aanpassing, wat volgens de hulpverleners het geval is. Met name het gebrek aan zelfvertrouwen en uitdagend gedrag worden vaker genoemd. Wat betreft het realistisch zelfbeeld lijkt er één respondent een wat genuanceerdere zelfbeoordeling te geven. Dit kan te herleiden zijn naar het IQ van deze respondent, die aanzienlijk hoger is dan de andere cliënten. De hulpverleners geven aan dat de jongeren vaak onhaalbare doelen stellen, doordat ze weinig inzicht hebben in hun eigen capaciteiten. De jongeren zijn zich bewust van hun omgeving en de verantwoordelijkheden die bij hun leeftijd horen, maar hebben beperkt zicht op hun eigen capaciteiten. Het vooruit denken, plannen en plannen is moeilijk voor de jongeren, zoals ook vanuit de theorie wordt bevestigd (Zoon, 2013), wat maakt dat de jongeren vaak onrealistische doelen stellen en zichzelf overvragen. Met name het stellen van haalbare doelen wordt vanuit de hulpverleners vaak naar voren gebracht. Wanneer de gestelde doelen meer aansluiten op het

ontwikkelingsniveau van de jongere, kan dat bijdragen aan een realistisch zelfbeeld. Ook wordt een aantal keer benadrukt dat de zelfkennis van de jongeren omhoog moet om aan het rationeel zelfbeeld te werken.

‘Spiegelen daarin. ‘Ja kijk die woont daar, dat wil ik ook.’ Maar misschien nog niet het beseef hebben van ik kan daarheen. ‘Ja maar ik woon hier toch al het langst?!’ Ja maar heb je alle stappen bereikt die je moet bereiken om dat te kunnen. Soms dat inzicht niet hebben. Wel willen, niet wetende wat is daarvoor nodig en wat zijn de consequenties als het wel gaat zoals je zou willen.’ (Hulpverlener 10)

‘Ze moeten leren doelen die ze hebben bij te stellen, of een andere weg te vinden om hun doel te bereiken en daar hulp bij leren vragen.’ (Hulpverlener 8)

Irrationeel zelfbeeld

Wanneer wordt gekeken naar het irrationele zelfbeeld, het stuk zelfvertrouwen en zelfwaardering, blijkt dat de jongeren zichzelf, op een uitzondering na, erg positief scoren. Dit ondanks het feit dat er verschillende punten worden genoemd die het irrationele zelfbeeld op een negatieve manier beïnvloeden. Op één respondent na geven de jongeren allemaal aan zeer tevreden te zijn over zichzelf. Echter is gebleken dat het zelfbeeld van de jongeren wat minder realistisch is dan ze zelf inschatten. Dit kan invloed hebben op de beoordeling die de jongeren zichzelf geven. Ook kan volgens de hulpverleners zo zijn dat de jongeren zichzelf positiever presenteren, dan hoe ze zich daadwerkelijk beoordelen.

Vanuit de hulpverleners wordt er ander beeld geschetst van het irrationele zelfbeeld van de jongeren. Ze geven aan dat de jongeren vaak onzeker zijn over hun capaciteiten en een lage eigenwaarde hebben. De oorzaak hiervan ligt met name in ervaringen uit het verleden. Steeds gehoord te hebben niks te kunnen, maar ook vaak faalervaringen en -gevoelens te hebben meegemaakt. Dit haalt zowel het zelfvertrouwen als de zelfwaardering omlaag. Echter presenteren de jongeren zichzelf vaak positiever, dan hoe ze zich daadwerkelijk voelen. Succeservaringen delen ze trots aan iedereen, maar de negatieve ervaringen houden ze meer voor zichzelf. Het negatieve zelfbeeld van jongeren uit zich dan ook vaak in terugtrekken, opgeven, opstandigheid of zelfs destructief gedrag. Meer naar binnen gericht, terwijl succesmomenten eerder naar buiten gericht worden geuit.

‘Wanneer het minder gaat dan vertellen ze er niet over. Dan moeten we er zelf een beetje achter komen. Dan horen we het via via, bijvoorbeeld als ze op het werk ontslagen zijn of zo. En dan gaan we bijvoorbeeld met de jongeren in gesprek. Dan komt naar boven wat er is gebeurd en gaan ze het vertellen. Anders horen we het eigenlijk niet wanneer het niet goed gaat.’ (Hulpverlener 6)

Wat betreft het irrationele zelfbeeld geven de hulpverleners aan dat het belangrijk is voor de jongeren om successen te ervaren. De jongeren lijken zich in hun zelfvertrouwen op het schoolkindniveau te begeven, wat betekent dat hun competentiegevoel begint te ontwikkelen. Dit draagt bij aan het zelfvertrouwen (Kohnstamm, 2009b). Qua zelfwaardering bevinden de jongeren zich in de vroege adolescentie, waar de zelfwaardering vaak afneemt vanwege het verhoogde zelfbeseef (Kohnstamm, 2009b). Naast het verhoogde zelfbeseef, spelen er bij de jongeren ook veel negatieve ervaringen uit het verleden mee, die een verlagende invloed hebben op de zelfwaardering. Om het irrationele zelfbeeld positiever te maken lijkt het van belang met name aandacht te besteden aan de zelfwaardering, dit wordt door de hulpverleners benadrukt. Het bewust opdoen van succeservaringen zou zowel het zelfvertrouwen als de zelfwaardering volgens hen omhoog halen. Dit maakt dat

er een positieve attributiestijl wordt ontwikkeld, waarbij successen aan het eigen handelen worden toegeschreven (Aronson, Wilson & Akert, 2009).

‘Ik denk ook alleen diegenen die het wel eens geprobeerd en ervaren hebben. Want we hebben er bijv. een die heel lang thuis heeft gezeten en met hem gesolliciteerd. Nee dat kan ik allemaal niet. Maar nu is ie ergens aan de gang, merkt dat ie het kan en hij zoekt verder naar nieuw werken ook iets moeilijkers. Dus ik denk om ze daar te motiveren en het te proberen, heel laagdrempelig inzetten, dat ze door kunnen groeien.’ (Hulpverlener 8)

‘Overschatten. Ik denk dat je dan bij de zelfkennis zit. Dan moet je je kennis toch even wat duidelijker hebben. Als dat duidelijk is, kun je ook weer beter aan die andere punten werken... Dan weet je wat je basis is en wat je hebt, ... Ik zou zelf in eerst instantie bij de zelfwaardering en zelfvertrouwen kant beginnen.’ (Hulpverlener 9)

‘Zelfwaardering... Ik denk dat daar wel een hoop aan ten grondslag ligt.’ (Hulpverlener 10)

Ook wordt vanuit de hulpverleners regelmatig de wisselwerking tussen het rationele en het irrationele zelfbeeld genoemd, waarbij met name het stuk zelfkennis aan bod komt. De licht verstandelijke beperking en het tekort komen op zelfreflectie lijkt voor alle jongeren in meer of mindere mate te gelden. Verder lijkt er een sterk verband tussen de twee helften, maar waar de basis ligt lijkt moeilijk vast te stellen. De hulpverleners benadrukken vaak dat de kenmerken van het zelfbeeld erg verschillend zijn per persoon, dus dat er individueel gekeken moet worden naar het zelfbeeld. Wel wordt aangegeven dat de zelfwaardering van de jongeren vaak aangetast is vanwege alles wat ze hebben meegemaakt. Om een gezond zelfbeeld te ontwikkelen lijkt het dus belangrijk aandacht te besteden aan het deelaspect zelfkennis en zelfwaardering.

Begeleiding

Om antwoord te geven op de vraag ‘Wat is ervoor nodig om de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld te ondersteunen?’ zijn de respondenten bevestigd over begeleidingsaspecten, waarna de antwoorden gekoppeld kunnen worden aan de theoretische inzichten.

Wanneer de cliënten worden bevestigd over de begeleiding wordt aangegeven dat er weinig aandacht wordt besteed aan het zelfbeeld. De hulpverleners geven aan allemaal aandacht te besteden aan het zelfbeeld, maar wat minder expliciet. Wanneer het niet bewust met de jongeren besproken wordt, kan het zijn dat de jongeren het zelf niet door hebben.

‘Ik denk dat als je de cliënt zou vragen hoe werkt de groepsleiding met jou aan je zelfbeeld er misschien gewoon ‘niet’ als antwoord op gegeven wordt. Omdat je het minder bewust inzet.’ (Hulpverlener 7)

Alle respondenten geven aan het belangrijk te vinden dat er aandacht besteed wordt aan het zelfbeeld. Een cliënt denkt dat het beter is om het er in groepsverband over te hebben met jongere kinderen, de ander denkt dat individuele gesprekken rondom dit thema belangrijk zijn. De hulpverleners zelf denken dat het belangrijk is om het zelfbeeld in individuele gesprekken op te pakken. Wanneer er rekening gehouden wordt met de complexiteit van het thema en de diversiteit van de doelgroep die meerdere malen benoemd wordt, lijkt individuele aandacht

het meest passend. Op die manier wordt niet iedereen over een kam geschoren (De Poorter, 2013).

Om aan te sluiten op het niveau van de cliënt is het van belang ook voor het zelfbeeld te kijken in welke fase de jongere zich bevindt. Zoals eerder al beschreven is, maakt ieder deelaspect van het zelfbeeld een eigen ontwikkeling door.

Het zelfbesef van de jongeren lijkt ontwikkeld tot adolescentieniveau, wat maakt dat het voor de jongeren belangrijk is hen ook als adolescenten te zien. De leeftijdsadequate en gelijkwaardige bejegening dragen zowel bij aan het zelfbesef als de zelfwaardering (Kohnstamm, 2009c) en sluiten ook aan op de begeleidingsbehoeften voor de adolescentiefase (Tieleman, 2011).

‘Het is natuurlijk wel, iedereen heeft andere fases of andere bedtijden of wat dan ook. Maar ik denk dat als wij hier met een van 20, een van 13 en een van 17 zitten dan is het niet dat de een het wel mag en de ander niet. Het is wel dat je een kind volwassener beredeneert of zo snap je. Kinderen van 12 of 13 snappen nog niet alles en wij snappen dat beter. Maar het is wel dat ze voor iedereen even veel respect hebben.’ (Cliënt 5)

De hulpverleners geven aan nog meer in te zetten ten behoeve van het zelfbeeld van de jongeren. Zo wordt aangegeven dat er veel gebruik wordt gemaakt van positief bekrachtigen, successen benadrukken en nabijheid bieden. Deze begeleidingsaspecten sluiten aan op een autoritatieve begeleidingsstijl en zijn bevorderend voor het irrationele zelfbeeld (Tieleman, 2011). Ook geven ze aan de nadruk te leggen op de eigen verantwoordelijkheid, zelf proberen en experimenteren, om het zelfvertrouwen op te laten bouwen. Deze manier van begeleiden past bij de behoeften van adolescenten. Echter bevinden de jongeren zich qua zelfvertrouwen op schoolkindniveau. Het experimenteren en zelf proberen heeft als risico dat de jongeren overvraagd worden door het opdoen van verschillende ervaringen. Voor het schoolkind is het met name van belang om een vertrouwde omgeving te bieden, positief te bekrachtigen, gezien te worden en optimisme uit te stralen (Becker, 2012). Een optimistische houding kan de jongere geleende kracht bieden en bijdragen aan zowel zelfkennis als zelfwaardering (Kohnstamm, 2009b). De hulpverleners geven aan verschillende van deze vaardigheden in te zetten: positiviteit, stimuleren tot leren en het hebben van een voorbeeldfunctie. Wat vanuit de jongeren nog benoemd wordt is het belang van een veilige omgeving en het hanteren van duidelijke grenzen. Hier mag volgens hen nog meer aandacht aan besteed worden. Dit sluit aan op zowel de behoeften van het schoolkind als de behoeften van de adolescent (Tieleman, 2011). Vanwege de hechtingsproblematiek die naar voren is gekomen, wordt ook het belang van een veilige omgeving en responsieve opvoeders benadrukt. Dit draagt bij aan gevoelens van vertrouwen en waardering (Kohnstamm, 2009a). Om de gespletenheid van het zelfbeeld te herstellen is een regelmatige opvoeding (Kohnstamm, 2009b) en het gezien worden van belang (Becker, 2012). Het belang van een alerte en bewuste houding wordt ook door de hulpverleners benadrukt.

Wat betreft het rationele zelfbeeld noemen veel begeleiders te ondersteunen bij het opstellen van realistische en haalbare doelen. Dit draagt niet alleen bij aan het rationele zelfbeeld, vanwege het inzicht in het eigen kunnen, maar heeft vervolgens ook weer invloed op het irrationele zelfbeeld door succeservaringen die het gevolg kunnen zijn (Aronson, Wilson & Akert, 2009). De jongeren geven zelf aan zich weleens te overvragen, maar zijn zich hier volgens de hulpverleners niet altijd van bewust. Ook wordt er veel aandacht besteed aan zelfreflectie, wat bij kan dragen aan zelfkennis (Kohnstamm, 2009b). Dit blijft echter een moeilijk punt vanwege de cognitieve beperking (Zoon, 2013). Een hulpverlener geeft dan ook aan dat werken op gevoelsniveau, oftewel het irrationele zelfbeeld, wellicht effectiever is waardoor het rationele zelfbeeld vanzelf beïnvloed wordt.

‘Onze kinderen kunnen natuurlijk heel slecht verwoorden. Ze zijn allemaal LVB, wat betekent dat ze cognitief allemaal heel laag zitten. Dus uhm ja ze zijn gewoon niet zo sterk verbaal. En met gevoel, dat hebben ze wel heel vaak, dat weten ze dan niet altijd te benoemen, maar dat hebben ze wel. Dus als je daar dan aan gaat werken... ja.’ (Hulpverlener 9)

Positieve begeleidingsaspecten die door de jongeren worden genoemd hebben vooral te maken met praktische zaken en zelfredzaamheid. Dit kan het zelfvertrouwen van de jongeren stimuleren (Kohnstamm, 2009c). Verder zijn de cliënten met name heel kritisch op de begeleiding. Wat hierin voornamelijk naar voren komt is het over- of ondervragen door de hulpverleners en de aandacht aan sociaal contact. Enkele jongeren geven aan te weinig uitgedaagd te worden. De begeleiding sluit niet aan op hun behoeften qua zelfredzaamheid en praktische vaardigheden. Eén cliënt geeft aan hierdoor motivatie te verliezen. Anderen hopen op een andere plek de uitdaging en begeleiding te kunnen vinden waaraan ze behoeften hebben. Twee jongeren geven aan dat de begeleiding op sociaal gebied niet naar wens verloopt. Ze zeggen te veel gewaarschuwd te worden rondom sociaal contact, maar zijn het daar niet mee eens. Vanuit de hulpverleners wordt dit bevestigd, zij vinden het sociaal netwerk zeer belangrijk. Ook voor de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld is dit een belangrijke factor (Keenan, Evans & Crowley, 2016).

Daarnaast spreken de jongeren bepaalde wensen uit rondom hun begeleiding. Wat een aantal keer naar voren komt is dat het prettig is wanneer de verschillende hulpverleners duidelijke grenzen stellen en hier consequent in zijn. Het belang van consequenties en hen hier zelf over na laten denken wordt benadrukt. Dit sluit aan op het creëren van een veilige ontwikkelomgeving (Becker, 2012). Verder geeft een cliënt aan dat het prettig is wanneer groepsleiding positief bekrachtigt, echter moet dit niet te veel gebeuren om ongemakkelijke gevoelens te voorkomen. De jongere kan hierdoor het gevoel krijgen te veel in de gaten gehouden te worden. Dit benadrukt het verhoogd zelfbesef en het gevoel bekeken te worden, zoals jongeren in de vroege adolescentie dit ook vaak ervaren (Kohnstamm, 2009c).

‘Dat hoeft niet zo vaak. Na een keer is het wel genoeg. Het is meer voor mezelf dat ik het niet prettig vind. Want dan voel ik me, hoe moet ik dat zeggen... Als iemand me de hele tijd complimenten geeft bijvoorbeeld als ik een uur aan het koken ben en iemand complimenteert mij vijf keer, dat betekent dat diegene zijn aandacht legt op mij en op me aan het letten is. Dan voel ik me bekeken.’ (Cliënt 1)

Een aantal hulpverleners geven aan het zelfbesef te stimuleren, door de verantwoordelijkheid van de jongeren te benadrukken. Echter lijken de jongeren zich al heel bewust van zichzelf, wat voor een verlaging op andere aspecten van het zelfbeeld kan zorgen (Kohnstamm, 2009c). Een stuk realiteitstoetsing wordt ook vaker genoemd en lijkt van belang voor de LVB problematiek (Rot, 2013), om zelfinzicht en zelfkennis te stimuleren (Kohnstamm, 2009a).

Om met de jongeren aan een positief en realistisch zelfbeeld te werken, geven de hulpverleners aan behoefte te hebben aan bepaalde middelen. Zo wordt er onder andere gesproken over meer kennis door eventueel een training, een module en ondersteuning vanuit collega's.

Conclusie

Door middel van dit onderzoek is onderzocht: *‘Hoe kunnen hulpverleners binnen instelling X een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld van cliënten met een licht verstandelijke beperking tussen de 16 en 23 jaar oud?’*. Er is gebleken dat LVB jongeren een zelfbeeld hebben dat qua ontwikkelingsniveau niet aansluit op hun daadwerkelijke leeftijd. Over het algemeen lijkt het zelfbeeld te zijn gestagneerd rond het begin van de pubertijd, de vroege adolescentie. Dit geldt echter niet voor alle jongeren, een aantal jongeren bevinden zich qua zelfbeeld nog in de schoolkindfase. Deze spreiding sluit aan op het feit dat de doelgroep zeer divers is. Er lijkt een samenhang te bestaan in de ontwikkeling van het zelfbeeld en het IQ van de jongeren. Het lage IQ vermindert het reflectievermogen van de jongeren, waardoor de zelfkennis beperkt blijft en ook het zelfvertrouwen minder ontwikkelt. Naast het IQ lijkt ook het sociale contact een belangrijke factor te zijn voor het zelfbeeld. Dit netwerk is bij de jongeren zeer beperkt, wat een beperkende invloed kan hebben op verschillende deelaspecten van het zelfbeeld, zoals zelfbesef en zelfwaardering. Ook negatieve ervaringen uit het verleden spelen hierin een belangrijke rol. Om een gezond zelfbeeld te ontwikkelen, is het van belang dat het zelfbeeld realistisch en positief is. Een realistisch zelfbeeld zou voor de jongeren met een licht verstandelijke beperking betekenen dat ze inzicht hebben in hun kwaliteiten en beperkingen, waardoor in staat zijn passende en haalbare doelen te stellen. Een positief zelfbeeld zou zich kunnen ontwikkelen wanneer de jongeren een positieve attributiestijl ontwikkelen. Een gezond zelfbeeld zou dus betekenen dat de jongeren inzicht hebben in zichzelf en hun positie in de maatschappij, en daarnaast het gevoel hebben terug te kunnen vallen op hun eigen vaardigheden en de succeservaringen aan zichzelf toeschrijven. Begeleiders kunnen deze ontwikkeling ondersteunen, door met name een veilige en stimulerende omgeving te bieden. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met de ontwikkelingsfase waarin de jongere zich bevindt, zodat deze niet overvraagd wordt, maar passende sturing krijgt. Ook bij het vormen van passende doelen spelen hulpverleners een belangrijke rol, zodat de jongeren zichzelf niet over- of ondervragen. De hulpverleners moeten hierbij alert zijn op de ontwikkelingsfase van het zelfbeeld van de jongere om aan te sluiten op de behoeften van de jongere, met name in het begrenzen en experimenteren. Wanneer het zelfbeeld van de jongere in kaart is gebracht kan vastgesteld worden welke wijze van begeleiding het meest passend is. In deze is het van belang voldoende kennis te hebben over het zelfbeeld, de ontwikkeling daarvan en de bijbehorende begeleidingsaspecten.

Om een bijdrage te kunnen leveren aan de ontwikkeling van het zelfbeeld van jongeren is het voor hulpverleners van belang eerst het zelfbeeld per individu in kaart te brengen. De licht verstandelijke beperking is een brede en complexe problematiek, welke zich op verschillende vlakken van het zelfbeeld kan uiten. De deelaspecten van het zelfbeeld die in kaart worden gebracht zijn zelfbesef, zelfkennis, zelfvertrouwen en zelfwaardering. Wanneer het zelfbeeld van de jongere onrealistisch is, kan de hulpverlener aan de hand van de vastgestelde ontwikkelingsfase interventies inzetten die het zelfbesef en/of de zelfkennis verhogen zoals ondersteunen in het stellen van haalbare doelen. Wanneer er sprake is van een negatief zelfbeeld is het van belang een positieve attributiestijl te stimuleren en hiervoor een passende omgeving te bieden, zodat het zelfvertrouwen en de zelfwaardering vergroten. Op die manier kan bijgedragen worden aan de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld.

Aanbevelingen

In dit onderzoek is bevestigd dat het van belang is om aandacht te besteden aan het zelfbeeld van jongeren met een licht verstandelijke beperking, omdat deze vaak verstoord is bij de cliënten. Het probleem is echter dat hulpverleners niet weten hoe ze jongeren in hun zelfbeeld kunnen ondersteunen. Om de ontwikkeling van een gezond zelfbeeld te kunnen ondersteunen zijn drie factoren van belang: vaardigheden om aan de benodigde begeleidingsbehoeften te kunnen voldoen, kennis over het zelfbeeld en de ontwikkeling daarvan en middelen om met het zelfbeeld aan de slag te gaan. Deze bieden kennis en inzichten waar de hulpverleners behoefte aan hebben, zodat aan het vastgestelde probleem kan worden gewerkt.

Vaardigheden

Uit de interviews is gebleken dat haast alle hulpverleners beschikken over voldoende vaardigheden om de jongeren in hun zelfbeeld te ondersteunen. Velen zetten deze vaardigheden dan ook, al dan niet bewust, in om een gezond zelfbeeld te stimuleren. Hierbij mag gedacht worden aan het ondersteunen bij het stellen van passende doelen en positief bekrachtigen. Wat in deze van belang is, is om bij het inzetten van deze vaardigheden rekening te houden met de ontwikkelingsfase van het zelfbeeld van de cliënt. Deze kan verschillen per persoon, maar ook per deelaspect van het zelfbeeld. Op dit moment wordt hier nog niet op aangesloten. Ook door hulpverleners wordt benadrukt dat er vaak niet aangesloten wordt op de ontwikkelingsfase van de cliënt. De oorzaak hiervan lijkt het ontbreken van de benodigde kennis.

Kennis

Om op het bestaande zelfbeeld aan te kunnen sluiten is een zekere kennis over het zelfbeeld en de deelaspecten essentieel. Bij het ondervragen van de hulpverleners is gebleken dat iedereen een eigen definitie hanteert, welke vaak moeilijk concreet af te bakenen is. Kennis over het zelfbeeld is bij de hulpverleners onvoldoende aanwezig. Om op passende wijze aan te kunnen sluiten op het zelfbeeld van elke jongere, is het van belang kennis te ontwikkelen onder de hulpverleners. Op korte termijn zou dit geïmplementeerd kunnen worden, door de hulpverleners informatie aan te leveren over het zelfbeeld. Wanneer de informatie beschikbaar is op de woongroepen, kunnen de hulpverleners deze kennis inzetten in de praktijk.

Op lange termijn zou een training rondom dit thema helpend zijn, zodat hulpverleners inzicht krijgen in het zelfbeeld en de ontwikkeling daarvan. Tijdens deze training kunnen de hulpverleners theoretische informatie kunnen krijgen over het zelfbeeld, wat dit inhoudt en hoe het opgebouwd is. Hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt en welke factoren hier invloed op hebben. En over hoe de verschillende deelaspecten te meten zijn en welke interventies passend zijn bij een verstoring daarvan. In deze training zouden de deelnemers met elkaar kunnen sparren, om ook elkaar te kunnen ondersteunen waar nodig. Deze interventie zou organisatie breed ingezet kunnen worden.

Voor meer kennis rondom het zelfbeeld bij de cliënten zou er op grotere schaal vastgesteld kunnen worden hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt binnen de gehele cliëntenpopulatie. Om dit in kaart te brengen zou het beschreven onderzoek herhaald kunnen worden met een grotere steekproef. Wellicht dat de huidige resultaten daardoor versterkt worden, of dat daar nieuwe bruikbare kennis uit naar voren komt. Dit kan mogelijk op langere termijn uitgevoerd worden. Een dergelijk onderzoek kan binnen de organisatie uitgevoerd worden, maar ook binnen het totale zorgaanbod voor LVB in Nederland. Een taak die een expertisecentrum op zich zou kunnen nemen. Op die manier kan er op grotere schaal aan een gezonde zelfbeeldontwikkeling bij LVB'ers gewerkt worden, wat hun

vermogen tot participatie zal vergroten. Immers biedt een gezond zelfbeeld de basis voor volledig functionerende personen.

Middelen

Daarnaast is het belangrijk dat er hulpmiddelen beschikbaar zijn voor de hulpverleners om in de praktijk met de jongeren aan het zelfbeeld te kunnen werken. Een beschikbaar dossier met interventies per deelaspect zou helpend zijn, zodat de drempel om er bewust mee aan de slag te gaan verlaagd wordt. Ook maakt dit dat de jongeren bewust aan hun zelfbeeld werken, wanneer dit expliciet benoemd wordt door de hulpverleners. Een dergelijk dossier zou op korte termijn opgestart kunnen worden, welke op langere termijn aangevuld kan blijven worden. Deze werkwijze zou door de gedragswetenschapper gekozen kunnen worden, welke vervolgens door de hulpverleners in de praktijk gebracht wordt. Hierbij kan het gaan over methodes zijn die tussen hulpverlener en cliënt uitgevoerd worden, maar wellicht ook methodes waar de cliënt zelf mee aan de slag kan. Digitale materialen, zoals apps, films of games, lijken aan te sluiten op de interesses van de cliënt, maar kunnen ook effectief zijn in de vorming van het zelfbeeld. Met name voor de LVB jongeren is spelenderwijs leren effectiever dan verbale en cognitieve interventies. Dit is iets wat de hulpverleners, in samenwerking met de gedragswetenschappers, kunnen ontwikkelen. Binnen de organisatie zijn diverse modules en apps beschikbaar, die eventueel aan een ‘zelfbeeld-dossier’ toegevoegd kunnen worden. Zo in er gesproken over de module ‘GPS naar Mars’ en bestaan er apps waarmee de jongeren continu kunnen reflecteren op hoe ze zich voelen door middel van afbeeldingen en pictogrammen. Daarnaast zouden er door de hulpverleners modules ontwikkeld kunnen worden die aansluiten op het verbeteren van het zelfbeeld van de jongeren. Zoals een respondent aangaf is dit gebruikelijk binnen de organisatie. Dit kan op lange termijn verwerkelijkt worden. Wanneer de beschreven middelen effectief blijken binnen onderzochte woongroepen, kan dit uitgebreid worden naar andere groepen binnen de instelling. Dit is op lange termijn de taak van beleidsmakers, zoals gedragswetenschappers en teamleiders.

Discussie

Uit de aanbevelingen is het advies naar voren gekomen om meer onderzoek te doen. Hierbij kan een kritische blik op het huidige onderzoek sturing bieden voor de toekomst. Eerst wordt de betekenis van het onderzoek beschreven en in welke mate is de verkregen informatie bruikbaar. In de sterkte-zwakke analyse wordt de validiteit en betrouwbaarheid beschouwd (Baarda et al., 2013).

Betekenis en bruikbaarheid

Binnen onze samenleving vinden er een aantal bewegingen plaats, die zich doortrekken naar het zorgbeleid in Nederland. Normaliseren wordt door de politiek benadrukt, waardoor participatie en integratie prioriteit worden (Wilterdink & Heerikhuizen, 2007), waardoor er een beroep wordt gedaan op zelfredzaamheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016); individualisering vindt plaats, vanwaar de eigen kracht nog meer wordt benadrukt (Centraal Bureau Statistiek, 2017); economisering zorgt voor de ‘verzakelijking’ van de zorg, waardoor er minder aandacht is voor onmeetbare zaken (Hermsen, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2011). Deze veranderingen spelen ook binnen instelling X, waar jongeren met een licht verstandelijke beperking zorg geboden wordt (Bierings, 2016). Door de benoemde ontwikkelingen worden deze cliënten over- of ondervraagd door zowel de omgeving, als door zichzelf. Dit uit zich vervolgens in probleemgedrag op verschillende levensgebieden (Rot, 2013). Om deze complexe problematiek aan te pakken en hulpverleners handvaten te bieden, wordt het zelfbeeld aangenomen als onderliggende oorzaak. Een verstoord zelfbeeld is een veel voorkomend probleem bij LVB’ers (De Beer, 2016). Door onderzoek te doen naar de ontwikkeling van het zelfbeeld bij LVB jongeren en te kijken hoe hulpverleners een gezonde ontwikkeling kunnen stimuleren, wordt getracht de cliënten te versterken in hun eigen kracht en het beschreven probleem aan te pakken.

Concluderend in dit onderzoek wordt gesteld dat jongeren met een licht verstandelijke beperking veelal een onrealistisch of negatief zelfbeeld hebben. Dit lijkt voort te komen uit verminderde zelfkennis vanwege de cognitieve beperking en een lage zelfwaardering door het opdoen van negatieve ervaringen. Zelfreflectie en het inzetten van een positieve attributiestijl zijn zaken die voor de cliënten moeilijk zijn. Om een realistischer zelfbeeld te ontwikkelen kunnen hulpverleners een bijdrage leveren door te ondersteunen bij het stellen van haalbare doelen. Om een positiever zelfbeeld te ontwikkelen kunnen hulpverleners een bijdrage leveren door een veilige en stimulerende omgeving te bieden.

Als gekeken wordt naar de koppeling tussen de conclusie en het vastgestelde probleem, blijkt dat er raakvlakken zijn maar ook problemen. Door het zelfbeeld te kiezen als onderliggend probleem wordt de problematiek waar hulpverleners in de praktijk tegen aan lopen niet volledig aangepakt. Het over- en ondervragen van de cliënten komt in het praktijkonderzoek veelvuldig aan bod en komt in de conclusie terug in het stellen van haalbare doelen, wat bij kan dragen aan een realistischer zelfbeeld. Het genoemde probleemgedrag dat in de probleemanalyse genoemd wordt als gevolg van een negatief zelfbeeld komt ook in het praktijkonderzoek naar

voren. Hierbij wordt getracht hulpverleners handvaten te bieden, met name in het vormgeven van de behandelomgeving. Echter wordt in de probleemanalyse de aanname gedaan dat een verstoord zelfbeeld de oorzaak is van het probleemgedrag, terwijl dit feitelijk niet onderbouwd is. Er mag dus geen verband worden vastgesteld tussen de beschreven conclusie, probleemstelling en probleemanalyse. Ondanks dat het zelfbeeld vanuit de praktijk wordt bevestigd als actuele problematiek in het werken met de cliënten, heeft de keuze voor het zelfbeeld niet voor een oplossing van het praktijkprobleem gezorgd.

Daarbij is het zelfbeeld een thema dat niet enkel binnen de werkzaamheden van de hulpverleners opgepakt kan worden. De aanbevelingen die uit de conclusie naar voren komen zijn dan ook gedeeltelijk gericht op beleidsmakers zoals teamleiders, gedragswetenschappers en behandelaren, maar niet geconcretiseerd richting hulpverleners. De doelstelling van dit onderzoek is gericht op de hulpverleners, terwijl de ontwikkeling van het zelfbeeld niet volledig binnen het sociaal agogisch werkveld valt. Ook dit maakt dat de doelstelling niet behaald is, wat het onderzoek grotendeels onbruikbaar maakt voor de beroepspraktijk. De aanbevelingen zijn hierdoor niet implementeerbaar.

Sterkte- zwakteanalyse

Om de waarde van de resultaten van dit onderzoek te bepalen, wordt een beschouwing gegeven van de sterke en zwakke punten van het onderzoek. De validiteit beschrijft de mate waarin er binnen het onderzoek sprake is van systematische fouten. Hiermee wordt de geldigheid van de resultaten beschreven. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de externe en interne validiteit (Baarda et al., 2013).

In het beginstadium van dit onderzoek is een onvoldoende onderbouwde aanname gedaan bij het analyseren van het gesignaleerde probleem. Omdat het theoretisch kader voortbouwt op de deze aanname biedt het volgende praktijkonderzoek geen oplossing voor de probleemstelling. Door het onderzoek te richten op het zelfbeeld is er te sterk afgedwaald van de beroepspraktijk. Daarnaast is de gekozen steekproef zeer klein vanwege beperkte tijd en middelen, waardoor deze niet generaliseerbaar is naar de onderzoekspopulatie. Er kan vastgesteld worden dat de externe validiteit van de resultaten zeer laag is.

Wanneer gekeken wordt naar de interne validiteit, blijkt dat deze hoger is door diverse methodologische keuzes. Vanwege het toepassen van triangulatie is de interne validiteit van de resultaten verhoogd. Zowel hulpverleners als cliënten zijn bevraagd over dezelfde onderzoekssituatie, waardoor de waarde van de antwoorden vergroot werd. Daarnaast is in dit onderzoek gebruik gemaakt van meerdere databronnen, zoals het voorafgaande literatuuronderzoek, het raadplegen van professionals uit de beroepspraktijk en het daadwerkelijke praktijkonderzoek. Op basis van vooronderzoek is getracht de interviews zo passend mogelijk vorm te geven, aansluitend op de doelgroep en het onderzoeksthema. Hierbij is regelmatig overleg gevoerd met mede-onderzoekers en collega's. Ook hiermee is geprobeerd de interne validiteit te verhogen. Echter blijven de resultaten ongeldig, vanwege een foutieve keuze in de basis van het onderzoek.

De betrouwbaarheid beschrijft in hoeverre er sprake is van incidentele afwijkingen welke de resultaten kunnen beïnvloeden. Hierbij wordt gekeken naar de onderzoeker, de dataverzamelmethode en de onderzoekssituatie (Baarda et al., 2013).

Door middel van een geïnteresseerde en informele houding heeft de onderzoeker geprobeerd een uitnodigende

sfeer te creëren waarin de respondenten open en eerlijk kunnen zijn. Hierin is opgevallen dat hulpverleners eerlijker lijken te antwoorden dan cliënten. Hulpverleners antwoorden doordacht en lijken oprecht, terwijl cliënten sociaal wenselijk of wat overdreven lijken te reageren. Dit maakt de antwoorden van de hulpverleners betrouwbaarder dan de antwoorden van de cliënten.

In de dataverzamelmethode is ernaar gestreefd de interviews zoveel mogelijk af te stemmen op de respondent, om toevallige afwijkingen te beperken. Met name de keuzes voor een semi-gestructureerd interview voor hulpverleners en een gestructureerd interview voor cliënten blijken zeer passend bij de doelgroep en het thema, vanwege de complexiteit van het onderwerp en het cognitieve vermogen van de respondent. De interviews zijn aangepast op het begripsniveau van de respondenten en het concentratievermogen. Hierom is de keuze gemaakt voor twee interviews die aansluiten op de hulpverleners of cliënten. Ook deze keuze is gemaakt om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen.

Factoren die de betrouwbaarheid mogelijk hebben aangetast, waren het humeur van de respondenten en enkele omgevingsfactoren. Twee cliënten waren voorafgaande aan de interviews negatief gestemd. Bij één van hen was dit tijdens het interview nog zichtbaar en in haar antwoorden terug te horen. Twee hulpverleners werden tijdens de interviews meerder malen gestoord door collega's of telefoongesprekken. Naar vermoeden heeft dit geen invloed gehad op de inhoud van de antwoorden, maar hierdoor werd de concentratie verstoord.

Samengevat kan gesteld worden dat de betrouwbaarheid van de resultaten voldoende is. Echter zijn de resultaten niet valide, ofwel ongeldig, vanwege een systematische fout aan het begin van het onderzoek. De opzet van het onderzoek biedt informatie en inspiratie voor een vervolgonderzoek, maar is op deze manier onbruikbaar binnen het sociaal agogisch werkveld.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.). Washington, DC.
- Aronson, E., Wilson, T. & Akert, R. (2009). *Sociale psychologie* (5e ed.). Amsterdam: Pearson.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T. & De Goede, M. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek; Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., De Goede, M. & Kalmijn, M. (2010). *Basisboek Enqueteren*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Becker, A. (2012). *Inleiding in de pedagogiek*. Assen: Van Gorcum.
- De Beer, Y. (2016). *Kompas Licht Verstandelijke Beperking*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Bierings, J. (2016). *Beleidsplan 2017 Koraal Groep Jeugdzorg*. Koraal Groep.
- Centraal Bureau Statistiek (2017, 23 december). *Worden we individualistischer?* Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/52/worden-we-individualistischer->
- Expertisecentrum verstandelijke beperking (2017, 10 januari). *Sociale adaptatie*. Opgehaald van Verstandelijkbeperkt.nl: www.verstandelijkbeperkt.nl
- Gastenhof (2016). *Eerstegraads Strategie*. Roermond: Koraal Groep.
- Gastenhof (2017). *Zelf... maar niet alleen*. Maasbracht: Koraal Groep.
- Gemeenteraden (2014). *Beleidsplan Jeugdhulp 2014-2016*. Midden-Limburg.
- Harter, S. (1988). *Developmental Processes: The Construction of the Self*.
- Hermesen, M., Embregts, P., Hendriks, A. & Frielink, N. (2011). De menselijke maat van de zorg. Menslievende zorg aan mensen met een lichte verstandelijke beperking. Een exploratief onderzoek. *Nederlands Tijdschrift in de Zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen*, 4, 260-277.
- Johnson, P. & Duberley, J. (2010). Anomie and culture management: reappraising Durkheim. (T. Author(s), Red.) *Organization*, 18(4), 563–584.
- Keenan, T., Evans, S. & Crowley, K. (2016). *Introduction to Child Development* (3e ed.). London: Sage.
- Kohnstamm, R. (2009a). *Kleine ontwikkelingspsychologie deel 1: Het jonge kind* (6e ed., Vol. 1). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kohnstamm, R. (2009b). *Kleine ontwikkelingspsychologie deel 2: De schoolleeftijd* (4e ed., Vol. 2). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kohnstamm, R. (2009c). *Kleine ontwikkelingspsychologie deel 3: De puberjaren* (4e ed., Vol. 3). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Kolen, M. (2017). *De ongekende mogelijkheid van het alledaagse*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- De Koning, D. (2017). *Samen op eigen kracht*. Koraal Groep.
- Koraal Groep (2017a). *Jaarverslag 2016*. Sittard: Auteur.
- Koraal Groep (2017b). *Samen op eigen kracht*. Sittard: Auteur.
- MEE Zuid-Holland Noord (2015, september). *LVB-ers die uit balans zijn. Hoe herken je ze, hoe ga je ermee om?* Delft: Specialistenpool.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2015, 1 januari). *Jongeren en werkstress: zeven wetenschappers over oorzaken en oplossingen*. Den Haag/Leiden: Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid; TNO; Nederlands Focal Point.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Moonen, X. & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Nictiz (2013). *Wet- en regelgeving in de zorg*. Den Haag: Auteur.
- Van Os, J. (2015). *De DSM-5 voorbij!* Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- De Poorter, D. (2013). Creëer begrip en kansen voor LVB-jongeren. *LVB-symposium*.
- Roes, T. & Boelhouwer, J. (2004). Politieke paradoxen en sociaal beleid. In J. Steyaert, & H. Swinnen, *Het soortelijk gewicht van sociaal beleid* (pp. 163-180). Utrecht: Uitgeverij Verwey-Jonker instituut.
- Rot, E. (2013, April). *Handreiking Balans in Beeld*. Opgehaald van Kennisplein Gehandicaptensector: www.kennispleingehandicaptensector.nl/balansinbeeld
- Schnabel, P. (2004). *Individualisering en sociale integratie*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Van Sprang, A. (2011). *Orthopedagogiek* (12e ed.). Den Haag: Boom Lemma.
- Tieleman, M. (2011). *Levensfasen* (2e ed.). Den Haag: Boom Lemma.
- Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (2014). *Factsheet Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Auteur.
- Verhaeghe, P. (2016). *Identiteit*. Amsterdam/Antwerpen: De Bezige Bij.
- De Wachter, D. (2015). *Borderline times*. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.
- Wilterdink, N. & Van Heerikhuizen, B. (2007). *Samenlevingen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Zimbardo, P., Johnson, R. & McCann, V. (2013). *Psychologie, de essentie* (2e ed.). Amsterdam: Pearson.
- Zoon, M. (2013, juli). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Opgehaald van Nederlands Jeugdinstituut: www.nji.nl

Bijlagen

Topiclijst

Zelfbeeld

Zelfbesef

- Realiteitsbesef
- Emoties
- Sociale verhouding

Zelfvertrouwen

- Competentiegevoel
- Moed
- Bekwaamheid
- Lichamelijke veranderingen

Zelfwaardering

- Trots
- Sociale vergelijking
- Egocentrisme
- Eigenheid

Zelfkennis

- Uiterlijk
- Competenties
- Moreel besef

Gezond zelfbeeld

Rationeel zelfbeeld

- Realistisch
- Discrepantie
- Kennis

Irrationeel zelfbeeld

- Waardering
- Positief

Begeleiding

Negatief zelfbeeld

- Eigenwaarde
- Zelfvertrouwen

Irreëel zelfbeeld

- Zelfbewustzijn
- Zelfkennis

Middelen

- Kennis
- Inzicht
- Vaardigheden

Interview Cliënten - gestructureerd

Algemeen

- Hoe oud ben je? (en man/vrouw?)
- Hoe lang verblijf je hier nu?
- Kun je een beschrijving geven van jezelf?
- Weet je wat een zelfbeeld is? (mindmap maken)

Zelfbeeld (korte uitleg over 4 facetten van zelfbeeld)

Zelfbesef

- Ben je veranderd de laatste jaren? (lichamelijk)
- Fantaseer je weleens? (dagdromen, verhalen bedenken, toneel spelen)
- Welke emoties ervaar je ooit? (hoe merk je dat?)
- Voor wie ben jij belangrijk?
schaalvraag → schaal 0-10

Zelfvertrouwen

- Kun je beschrijven wat je allemaal kunt?
- Hoe zelfstandig ben jij? (hulp nodig?)
- Ben je wel eens onzeker over jezelf? (wat dan?)
- Voel je je wel eens kwetsbaar?
schaalvraag → schaal 0-10

Zelfwaardering

- Ben je wel eens trots op jezelf? (waarop?)
- Vergelijk je jezelf veel met anderen? (aanpassen of anders zijn → jezelf zijn?)
- Schaam je je wel eens?
- Voel je je ooit eenzaam of alleen?
schaalvraag → schaal 0-10

Zelfkennis

- Kun je een nog eens een beschrijving geven van jezelf?
- Doe je wel eens dingen die eigenlijk niet goed zijn?
- Vind je dat dan zelf, of zeggen anderen dat?
schaalvraag → schaal 0-10

Gezond zelfbeeld

Rationeel zelfbeeld

- Zou je iets aan jezelf willen veranderen? (doen of zijn, goed/fout, ideale-ik)

Irrationeel zelfbeeld

- Hoe tevreden ben je over jezelf? (oordeel, schaamte, angst)

Begeleiding

Middelen

- Staan de begeleiders stil bij hoe jij jezelf ziet?
- Begrijpen begeleiders waarom jij je zo voelt?
- Past de manier van begeleiden bij wat jij prettig vindt?
- Wordt je voldoende uitgedaagd of juist overvraagd?

Interview Hulpverleners - semi-gestructureerd

Algemeen

- Hoe oud ben je? (en man/vrouw?)
- Hoe lang werk je hier nu?
- Wat is het IQ van de jongeren?
- In welke ontwikkelingsfase bevinden de jongeren zich?
- Wat is een zelfbeeld?

Zelfbeeld

Zelfbesef

- Hebben lichamelijke veranderingen invloed op het zelfbeeld van de jongeren?
- Hoe is het realiteitsbesef van de jongeren? (Fantasie/werkelijkheid)
- Zijn de jongeren zich bewust van de sociale rollen?

Zelfvertrouwen

- Hoe afhankelijk zijn de jongeren van de begeleiding?
- Is er sprake van bekwaamheid van de jongeren?
- Zijn er jongeren met een gespleten zelfbeeld?

Zelfwaardering

- Hebben de jongeren plezier in hun eigen prestaties?
- Vergelijken jongeren zich veel met anderen?
- In welke mate stellen de jongeren zich gelijkwaardig op naar volwassenen?

Zelfkennis

- Hoe reflecteren de jongeren op zichzelf?
- Hoe is het moreel besef van de jongeren?

Gezond zelfbeeld

Rationeel zelfbeeld

- Hoe merk je dat er sprake is van een onrealistisch zelfbeeld?
- Wat is de oorzaak hiervan?
- Op welke manier zou het zelfbeeld realistischer zijn?

Irrationeel zelfbeeld

- Hoe merk je dat er sprake is van een negatief zelfbeeld?
- Wat is de oorzaak hiervan?
- Op welke manier zou een positief zelfbeeld gevormd kunnen worden?

Begeleiding

Negatief zelfbeeld

- Hoe sluit je aan op een negatief zelfbeeld?

Irreëel zelfbeeld

- Hoe sluit je aan op een irreëel zelfbeeld?

Middelen

- Wordt er in de begeleiding aandacht besteed aan het zelfbeeld?
- Welke kennis is er rondom (de ontwikkeling van) het zelfbeeld van de cliënten?
- Wat is er nodig om hierin ondersteuning te bieden voor de cliënt?

Toestemmingsverklaring

Hierbij geef ik (naam),

toestemming aan onderzoeker Nikki van Deun, student aan de opleiding Sociale Studies bij Fontys Hogescholen te Eindhoven, om de resultaten van het interview te gebruiken ten behoeve van het afstudeeronderzoek. Tijdens het interview zal er gebruik gemaakt worden van een geluidsopname. Deze gegevens zullen te allen tijde vertrouwelijk worden behandeld en anoniem verwerkt worden. Na afloop van het onderzoek worden alle gegevens vernietigd. *

Plaats:

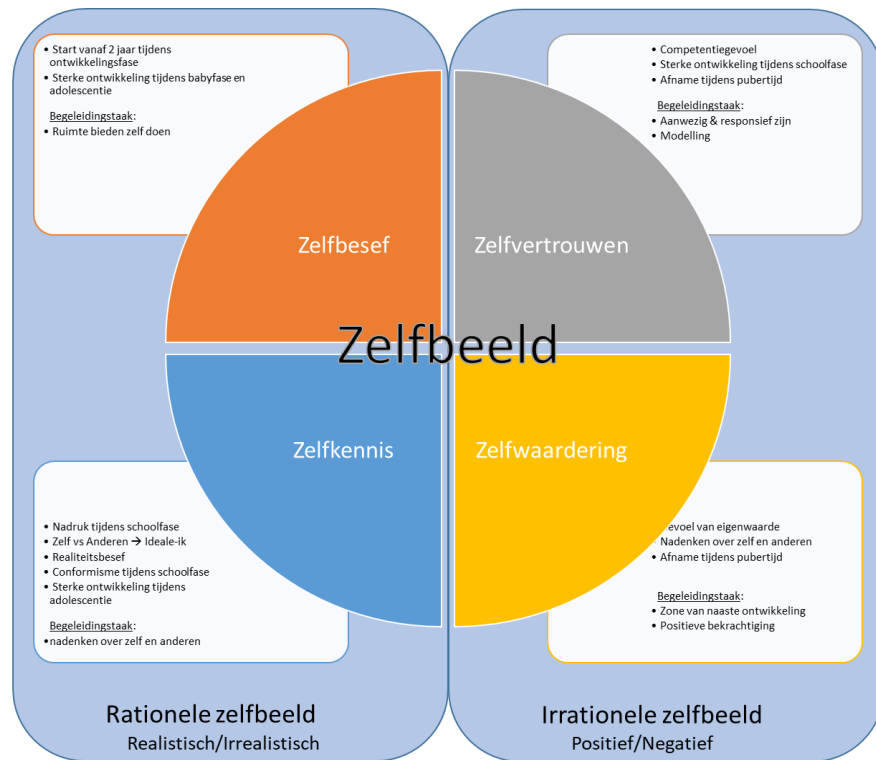
Datum:

Dhr. / Mevr.

Naam:

Handtekening:

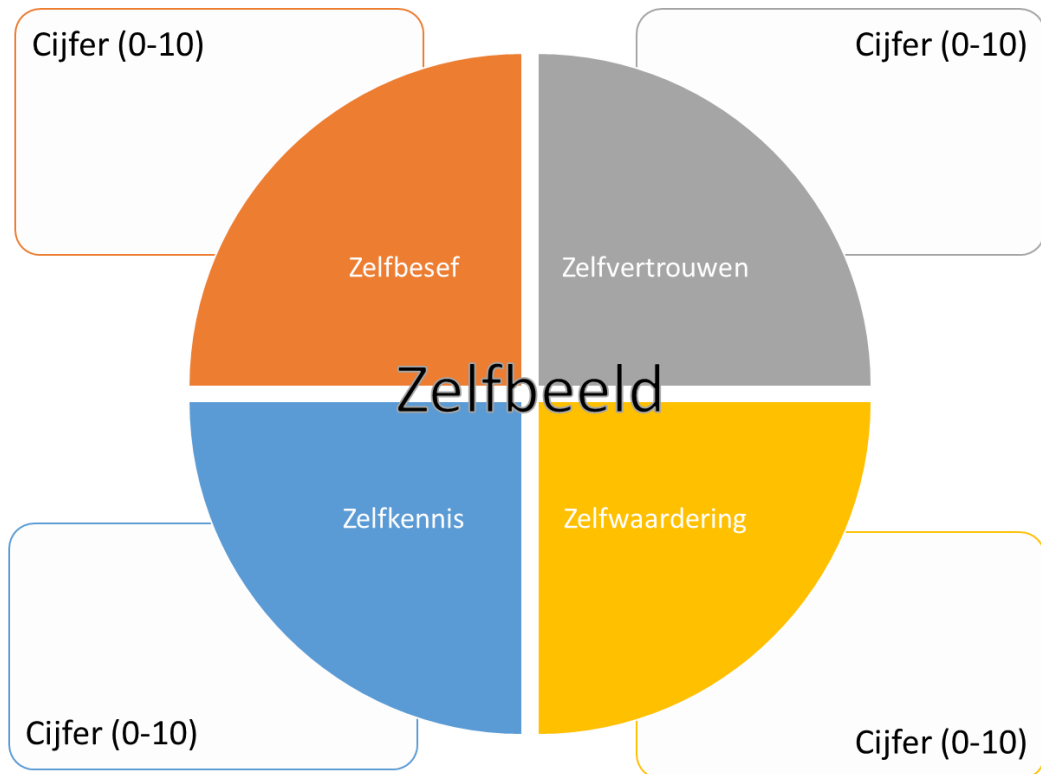
* Resultaten kunnen te allen tijde worden opgevraagd of ingetrokken door betrokkene.



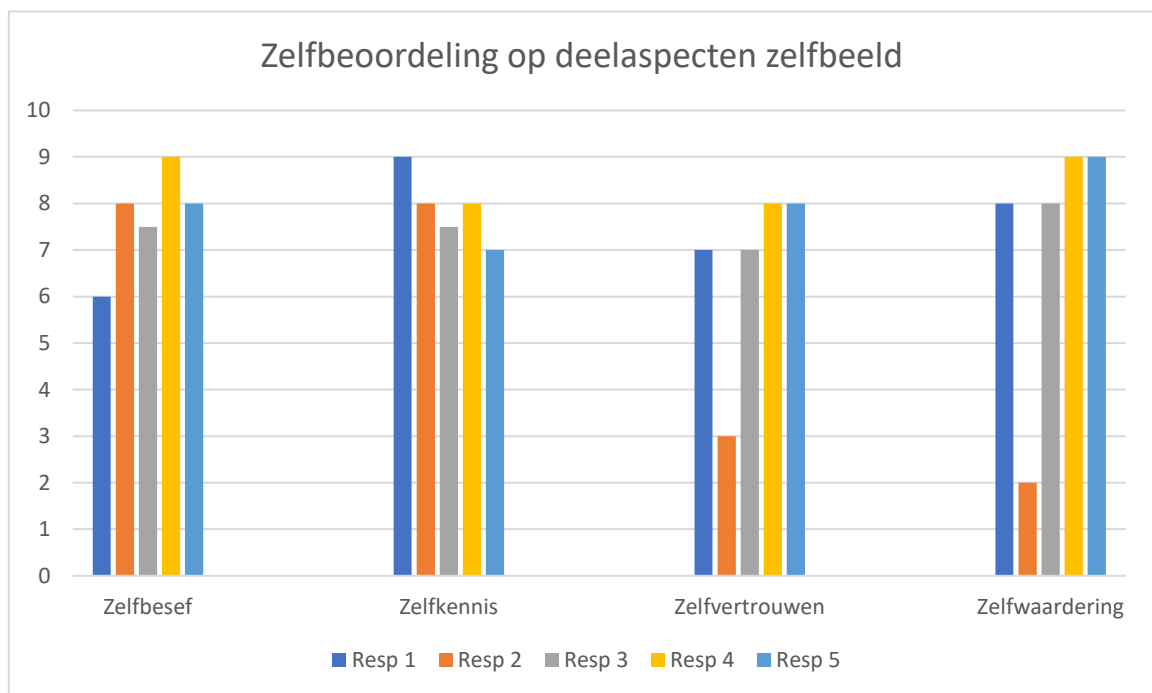
Figuur 1: Theoretisch model

Ontwikkelingsfase	Zelfbeeld	Kenmerken	Verstoring	Begeleidingsbehoefte
Jonge Kind	Zelfbesef Zelfvertrouwen	Hechting Competentiegevoel Realiteitsbesef	Gespleten zelfbeeld	Responsief & aanwezig zijn
Schoolkind	Zelfwaardering Zelfkennis	Competentieontwikkeling Sociale vergelijking Moreel besef Zelfreflectie	Geleerde Hulpeloosheid Faalangst Verstoorde attributiestijl Verstoorde sociale contacten	Stabiel en consequent Positieve bekrachtiging Modelling Zone van naaste ontwikkeling Boeken/Games/Toneel (stimuleert reflectievermogen)
Adolescentie	Zelfbesef Zelfkennis	Lichaamsbesef Morele ontwikkeling Sociaal oordelen	Onzekerheid Onderwaardering	Grenzen stellen Exploratie toestaan

Tabel 1: Ontwikkeling zelfbeeld



Figuur 2: Invulmodel cliënten



Figuur 3: Zelfbeoordeling cliënten

Deelvraag 1: Huidig zelfbeeld Jongeren					Deelvraag 2: Gewenst zelfbeeld		Deelvraag 3: Begeleiding zelfbeeld
Zelfbesef	Zelfkennis	Zelfvertrouwen	Zelfkennis	Zelfwaardering	Eigen beeld	Ontwikkeling	Begeleiding
Sociaal	Zijn	Doen	Denken	Voelen	Inzicht	Ontwikkeling	Zorg
Sociale steun	Assertiviteit	Zelfstandig	Fantaseren	Emoties	<u>Concept</u>	Leertijd	Verblijf
Sociaal contact	Motivatie	Praktische vaardigheden	Dagdromen	Emotioneel	Concept zelfbeeld	Ontwikkeling	Nieuw verblijf
Sociale rollen	Alert	Prioriteiten	Beelddenken	Emoties onderdrukken	Concept zelfbesef	Verandering	Reden verblijf
Sociaal netwerk	Druk	Werk	Abstracte gedachten	Emotionele uitbarsting	Concept zelfwaardering	Kwetsbare leertijd	Begeleiding
Familie	Lichaam	Rustmoment	Praktische gedachten	Emotionele momenten	Concept zelfkennis	Pubertijd	Diversiteit
Ouders	Tattooage	Vrijtijdsbesteding	Consequenties overzien	Lichamelijke emotie	Concept zelfkennis	Lichamelijke verandering	Bezuinigingen
Gezin	Mannelijkheid	Verveling	Zelfreflectie	Boosheid	Beoordeling	Verandering prioriteiten	Weinig taken
Gezinsproblemen	Meelevend	Dagbesteding	Zelfinzicht	Verdriet	Beoordeling zelfbeeld	Emotioneel verleden	Groepsgenoten
Gescheiden ouders	Openheid	Werk	<u>Moreel besef</u>	Vrolijk	Beoordeling zelfbesef	Emotionele verandering	Complimenten
Vrienden	Streng	Opleiding	Slechte keuzes	Gespannen	Beoordeling zelfvertrouwen	Verhuizen	Waarschuwing begeleiding
Afstand vrienden	Eerlijkheid	Agresstief gedrag	Consequenties	Trots	Beoordeling zelfwaardering	Toekomst	<u>Negatief</u>
Internetvrienden	Slim	Zelfredzaamheid	Eigen norm	Vertrouwen	Beoordeling zelfkennis	Toekomstplannen	Zorgindicatie -
Sociale invloed	Niveau	Vaardigheden	Sociale normen	Eenzaamheid	<u>Inzicht</u>	Doelen	Huishouden -
Sociaal oordeel	Verharding	Beperkingen	Eigen keuze	Onzeker	Zelfbeschrijving 1	Bereikte doelen	Sociaal netwerk -
Sociale angst	<u>Afwijkend</u>	Financien	Overtuiging	Kwetsbaar	Zelfbeschrijving 2	Succeservaring	Beargumenteren -
Social media	Ziekte	Afspraken		Schaamte	Zelfbeeld	Balans	Behandeling -
Vergelijken	Transgender	Koken			Zelfvertrouwen	Wens	Hulp vragen -
Jezelf zijn	ADHD	Sport			Zelfwaardering	Tevredenheid	Leertijd begeleiding
Anders zijn		Weglopen					Consequent -
Luisteren		Spijbelen					Beloftes -
Middelpunt		Doorzetten					Gehoord worden -
Bevestiging		Beschermingsmechanisme					Aandacht zelfbeeld -
Respect		Meelopen					Uitdaging -
Gelijkwaardigheid		Afsluiten					Grenzen -
Kwetsen		Afzonderen					Vermieling -
Aandacht anderen		Verantwoordelijkheid					Middelengebruik -
Jezelf vergeten		Falen					Weinig hulp -
		Huishouden					Groepslessen zelfbeeld -
		Overvragen					Persoonlijke benadering -
		Hulp vragen					Overvragen -
		Middelengebruik					<u>Positief</u>
		Kattekwaad					Uitdaging +
		Feesten					Gehoord worden +
		<u>Interesses</u>					Aandacht rationele zelfbeeld +
		Internet					Tijdsafspraken +
		TV serie					Hulp huishouden +
							Gelijkwaardige bejegening +
							Zorgzaamheid +
							Leertijdsadequaat +
							Koken +



Tabel 2: Codeboom cliënten

Deelvraag 1: Huidig zelfbeeld jongeren					Deelvraag 2: Gewenst zelfbeeld		Deelvraag 3: Begeleiding zelfbeeld	
Zelfbesef	Zelfkennis	Zelfvertrouwen	Zelfwaardering	Ontwikkeling	Rationeel zelfbeeld	Irrationeel zelfbeeld	Begeleiding	
Sociale rollen	Capaciteiten	Competentiegevoel	Hechting	IQ	Zelfbesef	Zelfvertrouwen	<u>Zelfbesef</u>	
Lichaamsbesef	Beperking	Experimenteren	Hechtingsstoornis	Ontwikkelingsfase	Zelfkennis	Zelfwaardering	Bewustzijn	
Verantwoordelijkheid	Hulp vragen	Ervaren	Vertrouwen	Puberaal	Realistisch zelfbeeld	Positief zelfbeeld	Social media	
Zelfbewust	Zelfreflectie	Doelen	Bescherming(smechanisme)	Verandering	Onrealistisch zelfbeeld	Negatief zelfbeeld	Bewuster inzetten	
Ziekteinzicht	Zelfinzicht	Succeservaring	Oordelend		Korte/Langet termijn	Gevoelsniveau	Eigen verantwoordelijkheid	
Seksualiteit	Inzicht	Faalenvaring	Vergelijken		Realistische doelen	Destructief gedrag	Realiteitsvoetsing	
Toekomstperspectief	Niveau	Afhankelijkheid	Presenteren			Negatieve stemming	<u>Zelfkennis</u>	
(on)Realistisch	Herhaling	Zelfstandigheid	Overschreeuwen			Opstandigheid	Alerte houding	
Toekomst	Zoeken	Zelfredzaamheid	Overkomen			Uiten	Eerlijk	
Toekomstplannen	Vooruit denken	Zelfverzekerd	Motivatie			Terugtrekken	Cocretiseren	
Egocentrisch	Actueel	Onderschaten	Ideale-Ik			Isoleren	Realistische doelen	
Omgeving	Belang	Overvragen	Jezelf zijn			Binnenhouden	<u>Zelfvertrouwen</u>	
Context	Interesses	Overschatten	Status			Opgeven	Bevestigen	
Anders zijn	Moraal	Onzekerheid	Gelijkwaardig		Verbinding		Positief bevestigen	
Sociaal	Externe moraal		Trots		Denken vs Voelen		Positiviteit	
Sociaal netwerk	Eigen moraal		Sociaal contact				Ervaringsleren	
Relaties			Bevestiging				Zelf doen	
Rolverdeling			Wederzijdse beïnvloeding				Voorbeeld	
Groepsdynamiek			Lichamelijk				<u>Zelfwaardering</u>	
Volwassen			Zelfzorg				Gelijkwaardige bejegening	
Inle <u>ve</u> n			Zelfverzorging				Nabijheid	
Aanpassen							Positief bekrachtigen	
Instrumenteel							Complimenten	
Normen/Waarden							Positiviteit	
Maatschappelijke norm							Succesverhalen	
							Motivatie cliënt	
							Werkdruk	
							Individuele gesprekken	
							Training	
							Handvaten	
							Anderen betrekken	
							Handelingsverleggen	
							Hulpmiddel	
							Kennis	
							Prioriteiten	
							Individueel	
							Aandacht zelfbeeld	
							Begeleiding	
							Therapie	
							Concept zelfbeeld	
								↑

Tabel 3: Codeboom hulpverleners

