

Student: Femke Valcke
Promotor: Katia Perquy
Academiejaar 2008 - 2009
Bachelor in de Orthopedagogie

'Laten we het potje openen'

Het bespreekbaar maken en vorm geven van seksualiteit in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking, binnen een leefgroep.

Student: Femke Valcke

Promotor: Katia Perquy

Academiejaar 2008 - 2009

Bachelor in de Orthopedagogie

'Laten we het potje openen'

Het bespreekbaar maken en vorm geven van seksualiteit in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking, binnen een leefgroep.

VOORWOORD

Bij aanvang van dit eindwerk wil ik graag even de tijd nemen om een aantal mensen te bedanken. Dit werk is met veel energie tot stand gekomen en met hulp en ondersteuning vanuit vele hoeken. Zonder hen had ik dit niet bereikt!

Mijn dank gaat eerst en vooral uit naar Bart Schokkaert, mijn mentor op mijn stageplaats. Bedankt om in mij te geloven en mij de vrijheid te geven om mezelf nog beter te leren kennen en te ontplooiën. Mede door jou is mijn eindwerk geworden wat het is. Ook gaat mijn dank uit naar de collega's op mijn stageplaats, voor de plezante jaren en de vele tips die jullie mij gaven. Uiteraard wil ik jullie ook bedanken voor het vele geduld dat jullie gehad hebben met mij en om de enthousiaste medewerking waar op ik steeds kon rekenen.

Mijn grote dank gaat uit naar de bewoners van mijn stageplaats, voor de vele mooie momenten samen. Velen onder jullie leerden mij om geregeld stil te staan en te genieten van de kleine dingen in't leven. Jullie vormden de voornaamste inspiratiebron voor dit eindwerk en ik draag deze dan ook graag aan jullie op.

Dank aan Katia Perquy, mijn stagebegeleidster, voor alle goede raad die je me gaf en vooral om me aan te zetten tot verdere reflectie.

Bedankt ook aan Evy, Sofie en mijn mentor om mijn eindwerk inhoudelijk door te lezen. Jullie mening betekende veel voor me. Bedankt papa, voor de verbeteringen die je aanbracht. Zonder jullie tips was ik meerdere malen over mijn woorden gestruikeld.

Tot slot wil ik nog mijn ouders, Sofie en Simon bedanken, voor hun onvoorwaardelijke steun tijdens mijn studies. Ze hebben mij meermaals door moeilijke momenten geholpen en betekenen alles voor me. Zonder jullie stond ik niet waar ik nu sta en was ik niet wie ik nu ben.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	4
1 VOORSTELLING VOORZIENING	5
1.1 DOELGROEPEN: WIE KAN ER TERECHT?	5
1.2 OPVANGVORMEN.....	5
1.3 DE DAGELIJKSE WERKING	6
1.3.1 <i>De verzorging</i>	6
1.3.2 <i>Leefgroepenwerking</i>	7
1.3.2.1 Onderhoudstaken.....	7
1.3.2.2 Projectwerking.....	7
1.3.2.3 Niveaugroep	7
1.3.3 <i>Namiddagwerking</i>	8
1.3.3.1 Atelierwerking.....	8
1.3.3.2 Belevingsactiviteiten	8
1.3.3.3 Beweging.....	8
1.3.3.4 Activiteiten buitenshuis	8
1.4 BESLUIT	9
2 MOTIVATIE	10
2.1 GEEN VISIE.....	10
2.2 KWALITEIT VAN LEVEN	10
2.3 HET RECHT OP SEKSUALITEITSBELEVING	11
2.3.1 <i>Veranderende sociale denkwijzen</i>	11
2.3.2 <i>Het zal wel overgaan</i>	12
2.3.3 <i>De rechten volgens het International Planned Parenthood Foundation-Charter</i>	12
2.3.3.1 Het recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid	13
2.3.3.2 Het recht op gelijkwaardigheid	13
2.3.3.3 Het recht op privacy	13
2.3.3.4 Het recht op informatie en onderwijs	14
2.3.3.5 Het recht om vrij te zijn van mishandeling en foltering.....	15
2.3.3.6 Overige rechten.....	15
3 PERSONEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING	16
3.1 DEFINITIE VOLGENS AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES	16
3.2 DE ONTWIKKELINGSLEEF TIJD	17
3.3 HET SOCIAAL-EMOTIONEEL FUNCTIONEREN	18
3.3.1 <i>Het emotionele niveau van functioneren</i>	18
3.3.2 <i>Het sociale niveau van functioneren</i>	18
3.3.3 <i>Een spanningsveld tussen het sociale en het emotionele niveau van functioneren</i>	18
3.3.4 <i>De emotionele ontwikkelingstheorie volgens Dösen</i>	19
3.3.4.1 De adaptatiefase (0 tot 6 maanden)	19
3.3.4.2 De socialisatiefase (6 tot 18 maanden)	19
3.3.4.3 De individuatiefase.....	20
3.3.5 <i>Persoonlijke noot</i>	20
4 SEKSUALITEIT	21
4.1 HET BEGRIP SEKSUALITEIT	21
4.1.1 <i>Seksualiteit, een visie</i>	21
4.1.2 <i>Sociale perspectieven</i>	21
4.2 DE SEKSUELE ONTWIKKELING.....	22
4.2.1 <i>Ontwikkelingsfasen volgens Sigmund Freud</i>	22
4.2.1.1 De orale fase	22
4.2.1.2 De anale fase	22
4.2.1.3 De fallische fase of de vroeg-genitale fase.....	23
4.2.1.4 De latentiefase	23
4.2.1.5 Genitale fase	23
4.2.1.6 Fixatie en regressie.....	23
4.2.1.7 Link doelgroep.....	24
4.2.2 <i>Persoonlijke aanvulling: huidcontact, de tastzin!</i>	24

5	SEKSUALITEIT EN PERSONEN MET EEN BEPERKING	25
5.1	SEKSUALITEIT EN EEN BEPERKING	25
5.1.1	<i>De lichamelijke ontwikkeling</i>	25
5.1.2	<i>Psychoseksuele ontwikkeling</i>	25
5.1.3	<i>Kennisverwerving</i>	25
5.1.4	<i>Gemiste experimenteerkansen</i>	26
5.1.5	<i>Pre-orgastische fase</i>	26
6	VORMING EN VOORLICHTING: EEN VERSCHIL?.....	27
6.1	SEKSUELE VOORLICHTING.....	27
6.2	SEKSUELE VORMING	27
6.3	ALGEMENE DOELEN VAN VORMING	28
6.3.1	<i>Informatieoverdracht</i>	28
6.3.2	<i>Weerbaarheidvergroting</i>	28
6.3.3	<i>Vergroten van positief zelfbeeld</i>	28
6.3.4	<i>Het leren hanteren van waarden en normen</i>	29
6.3.5	<i>Gezond met je eigen lichaam omgaan</i>	29
6.3.6	<i>Preventie</i>	29
7	VISIE.....	30
7.1	WAT.....	30
7.1.1	<i>Moet inspireren en stimuleren</i>	30
7.1.2	<i>Duidelijkheid</i>	30
7.1.3	<i>Gedragen door alle geledingen</i>	30
7.1.4	<i>Ieder op één lijn</i>	30
7.1.5	<i>Een collectief proces</i>	31
7.2	VISIE HUMIVAL	31
7.3	WAAROM EEN VISIE ROND SEKSUALITEIT?	31
7.4	MIJN VISIE	31
8	MIJN DOELGROEP	33
8.1	HERMENEUTISCHE CIRKEL: DE METHODIEK.....	33
8.1.1	<i>De onderdelen van de hermeneutische cirkel</i>	33
8.1.1.1	<i>De lichamelijke ontwikkeling</i>	33
8.1.1.2	<i>De verstandelijke ontwikkeling</i>	33
8.1.1.3	<i>De sociale ontwikkeling</i>	33
8.1.1.4	<i>De emotionele ontwikkeling</i>	34
8.1.1.5	<i>De psychische en / of psychiatrische problematiek</i>	34
8.1.1.6	<i>De levensgeschiedenis</i>	34
8.1.2	<i>Werking van de hermeneutische cirkel</i>	34
8.2	BEWONER L.....	35
8.2.1	<i>Algemene voorstelling bewoner</i>	35
8.2.2	<i>Hermeneutische cirkel</i>	37
8.2.3	<i>Emotionele ontwikkeling</i>	38
8.2.4	<i>Persoonlijke bevindingen over hoe seksualiteit in bewoner zijn/ haar leven vorm kan krijgen</i> 38	
8.2.4.1	<i>Handen in de mond</i>	38
8.2.4.2	<i>De tastzin</i>	38
8.2.4.3	<i>Het plezier van naar het toilet gaan</i>	39
8.2.4.4	<i>Een erectie</i>	39
8.3	BEWONER M.	40
8.3.1	<i>Algemene voorstelling bewoner</i>	40
8.3.2	<i>Hermeneutische cirkel</i>	42
8.3.3	<i>Emotionele ontwikkeling</i>	43
8.3.4	<i>Persoonlijke bevindingen over hoe seksualiteit in de bewoner zijn/ haar leven vorm kan krijgen</i> 43	
8.3.4.1	<i>Handen in de mond</i>	43
8.3.4.2	<i>Badmomenten</i>	43
8.3.4.3	<i>De tastzin</i>	43
8.3.4.4	<i>Een open pamber</i>	44
8.3.4.5	<i>Een orgasme</i>	44
8.4	BEWONER S.....	45

8.4.1	Algemene voorstelling bewoner	45
8.4.2	Hermeneutische cirkel.....	47
8.4.3	Emotionele ontwikkeling.....	48
8.4.4	Persoonlijke bevindingen over hoe seksualiteit in bewoner zijn /haar leven vorm kan krijgen 48	
8.4.4.1	Masturbatie.....	48
8.4.4.2	Het toiletmoment	49
8.4.4.3	Een open pamber.....	49
8.4.4.4	Het badmoment.....	49
8.4.4.5	De tastzin.....	49
8.4.4.6	Een orgasme.....	49
9	ALGEMENE TIPS.....	50
10	HET PROCES BINNEN HET TEAM	51
10.1	VRAGENLIJST	51
10.1.1	<i>De opzet: waarom een vragenlijst?</i>	51
10.2	TEAMVERGADERING 1	52
10.3	DE VOORLICHTING	53
10.4	TEAMVERGADERING 2.....	53
10.4.1	<i>Consensus</i>	53
10.4.1.1	Op een andere manier	53
10.4.1.2	Nieuwe inzichten zorgen voor nieuw gedrag.....	54
10.4.1.3	De tips.....	54
10.4.1.4	Privacy	55
10.4.1.5	Meerwaarde?.....	55
11	REFLECTIE (ALGEMEEN BESLUIT)	56
12	BIBLIOGRAFIE.....	57
13	BIJLAGEN	59
13.1	VRAGENLIJST EMOTIONELE ONTWIKKELING	59
13.1.1	<i>Eerste adaptatie (0-6 maanden)</i>	59
13.1.2	<i>Eerste socialisatie (6-18 maanden)</i>	59
13.1.3	<i>Eerste individualisatie (18-36 maanden)</i>	59
13.1.4	<i>Eerste identificatie (3-7 jaar)</i>	59
13.1.5	<i>Realiteitsbewustwording (7-12 jaar)</i>	60
13.2	VRAGENLIJST HERMENEUTISCHE CIRKEL	71
13.3	BRIEF EN VRAGENLIJST COLLEGA'S	73
	ERRATA	75

INLEIDING

Mijn eindwerk gaat over seksualiteit binnen het leven van personen met een beperking. Meer bepaald over het bespreekbaar maken en vorm geven van seksualiteit in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking, binnen een leefgroep.

Van kleins af is er een open communicatie in mijn gezin betreffende dit onderwerp, wat waarschijnlijk de reden is waarom dit thema me aanspreekt en aan het hart ligt. Ik streef naar de rechten, de mogelijkheden en vooral naar de optimalisatie van de kwaliteit van het leven van personen met een beperking. Mede daarom wil ik ook een aanzet geven tot het 'recht' seksualiteit.

Ook personen met een verstandelijke beperking beleven seksualiteit en hebben het recht dit aspect in hun leven te integreren. Het is aan ons, als begeleider om dit tot nu toe onbespreekbare onderwerp binnen deze voorziening te openen! "Op welke manier kunnen we seksualiteit in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking binnen de leefgroep, bespreekbaar maken en mee vorm geven?" Dit is een niet vanzelfsprekende vraag waarop ik een antwoord probeer te bieden in dit eindwerk. Dit doe ik door elke persoon in zijn individu te bekijken, daar het bijna onmogelijk is, een kant en klaar concept te bieden die toepasselijk is voor alle personen. Door elk individu te bekijken vanuit verschillende invalshoeken - met behulp van de hermeneutische cirkel - kom ik tot een aantal tips en handvaten die we als begeleider kunnen hanteren om seksualiteit een zo goed mogelijke plaats te geven binnen het leven van de cliënt. Een leidraad die steun kan bieden en een start kan zijn naar een nieuw begin!

Mijn hoofddoestelling is eerst en vooral een aanzet geven tot een visie met betrekking tot seksualiteit. Verder hoop ik via dit eindwerk mijn team te overtuigen van mijn visie en samen stappen te ondernemen, om seksualiteitsbeleving een plaats te kunnen geven in het leven van de doelgroep. Hierbij hoop ik dat mijn theoretische inzichten een steun kunnen bieden om bepaalde keuzes en/of stappen te ondernemen. Als laatste hoop ik dat we als team langer zullen stilstaan bij 'seksueel' gedrag, onze eigen waarden en normen betreffende seksualiteit ('vorming') en meer inzichten hebben verworven dankzij de 'voorlichting'.

Om jou als lezer een duidelijk beeld te scheppen betreffende mijn inzichten en proces, kent mijn eindwerk een bepaalde structuur. Als eerste schep ik een beeld over de voorziening waar ik stage loop, waarna ik graag mijn motivatie over de keuze van het onderwerp "seksualiteit" weergeef. Vooraleer ik van start ga met het begrip seksualiteit, wil ik graag verduidelijken wat een verstandelijke beperking inhoudt. Enkel via deze weg kan je een volledig en vooral duidelijk beeld verkrijgen betreffende mijn doelgroep. Na dit hoofdstuk beschrijf ik het begrip seksualiteit en doe ik de seksuele ontwikkeling volgens Freud uit de doeken. Om hierop aan te sluiten heb ik het graag even over seksualiteit, handicap en de gelijkenissen en verschillen met de 'normale' ontwikkeling. Verder geef ik het verschil aan tussen voorlichting en vorming en geef ik een aanzet tot een visie. Na deze visie stel ik mijn doelgroep uitgebreid voor en reik ik suggesties aan voor elk individu. Als laatste suggereer ik enkele algemene tips en beschrijf ik het proces binnen het team.

Doorheen dit eindwerk heb ik zoveel mogelijk geprobeerd om de theorie te koppelen aan de praktijk. Naast een uitgebreide literatuurstudie legde ik ook de link met mijn eigen bevindingen, inzichten en ervaringen. Ik hoop dan ook van harte dat dit eindwerk een voorbeeld en/of inspiratiebron kan zijn voor allerlei organisaties die met deze doelgroep werken. Daarnaast hoop ik dat ik hen kan overtuigen om seksualiteit op een ander 'niveau' te bekijken en niet enkel te zien als 'het hebben van geslachtsgemeenschap'. Voor deze organisaties/voorzieningen kan dit eindwerk een aantal handvaten aanreiken om seksualiteit een plaats te geven binnen het leven van personen met een verstandelijke beperking

1 VOORSTELLING VOORZIENING

Daar ik jou als lezer een zo goed mogelijk beeld wil schetsen betreffende het reilen en het zeilen van de leefgroep waar ik stage loop, leek het me bijna vanzelfsprekend de voorziening even voor te stellen. Om dit op een overzichtelijke manier te kunnen doen liet ik me inspireren door de voorstellingsbrochure van de voorziening zelf en mijn stagebundel van vorig jaar.

1.1 DOELGROEPEN: WIE KAN ER TERECHT?

Zoals af te leiden uit de titel van mijn eindwerk, loop ik stage in een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking. Meer concreet is mijn stageplaats een tehuis waar volwassen personen met een verstandelijke beperking en eventuele meervoudige beperking terecht kunnen. Het zijn volwassenen die grotendeels niet tewerkgesteld kunnen worden in een beschutte werkplaats. Onder begeleiding en via ondersteuning kunnen ze wel enkele activiteiten aan. Hetzij via diverse ateliers, hetzij via deelnemen aan projecten, helpen aan de schoonmaak, enzovoort. Slechts enkelen onder hen zijn wel bekwaam om een officieel erkende beschutte werkplaats te bezoeken, zij behoren tot het tehuis voor werkenden. De leeftijd waarop ze terecht kunnen in de voorziening is officieel vanaf de leeftijd van 21 jaar.

1.2 OPVANGVORMEN

Binnen de werking van de voorziening zijn er verschillende opvangvormen.

Als eerste is er het tehuis voor werkenden. Zoals eerder vermeld zijn de personen die hieronder behoren wel bekwaam om een officieel erkende werkplaats te bezoeken. Deze mensen gaan overdag werken en verblijven 's avonds in de voorziening.

Verder heeft de voorziening ook een tehuis voor niet-werkenden. Dit is zowel een bezigheids- als nursingstehuis. In een bezigheidstehuis worden arbeidsvervangende activiteiten aangeboden, vaardigheden aangeleerd en/of onderhouden en dit alles volgens de mogelijkheden van elke persoon. Nursing wordt gezien als een zorgvorm die valt onder het tehuis niet-werkenden. Hier ligt het accent op de paramedische behandeling en de verzorging. Het tehuis niet-werkenden bestaat in deze voorziening uit drie leefgroepen. De leefgroepen bestaan uit personen die in de voorziening wonen en waarvan de zorg opgenomen wordt door de begeleiders. De bewoners van het tehuis niet-werkenden zijn niet bekwaam om een officieel erkende werkplaats te bezoeken. Deze onbekwaamheid wordt ingevuld door de mogelijkheden van het bezigheidstehuis. De personen kunnen deelnemen aan verschillende ateliers en projecten. Dit kan gaan van kaarsen maken tot werken in de tuin. Alles is afhankelijk van de persoon zijn of haar keuze en die persoon in kwestie zijn of haar mogelijkheden. Daar waar het kan, gaan de bewoners in het weekend en/of vakanties naar huis voor enkele dagen. Het sociaal contact wordt onderhouden, in hoeverre dit mogelijk is.

Als laatste heeft de voorziening ook een dagcentrum. Het dagcentrum is erkend voor tien personen, maar in werkelijkheid komen er meer dan tien aansluiten bij de dagwerking van het dagcentrum. Het dagcentrum biedt niet-werkende meerderjarigen arbeidsvervangende activiteiten aan. Dit wil zeggen dat het dagcentrum personen ontvangt die in de voormiddag aangepaste activiteiten aangeboden krijgen in het dagcentrum zelf en in de namiddag kunnen ze deelnemen aan de ateliers die worden georganiseerd binnen het tehuis niet-werkenden. De personen met een beperking wonen thuis, enkel hun dagbesteding vindt plaats in de voorziening. Het zijn mensen die niet kunnen worden tewerkgesteld, ook niet in de beschutte werkplaatsen

De leefgroep waar ik stage loop behoort tot het tehuis niet-werkenden en bestaat uit een zeer heterogene groep. Dit zowel qua leeftijd als qua problematiek. Dit is bij deze een kleine situatieschets, iets later bespreek ik uitgebreid met welke specifieke doelgroep ik aan de slag ga.

1.3 DE DAGELIJKSE WERKING

Persoonlijk vind ik het niet onbelangrijk dat je een beeld krijgt over de dagelijkse werking binnen de leefgroep waar ik stage loop. Op deze manier kan het duidelijker worden waarom de personen met een diep verstandelijke beperking deels uit de boot vallen binnen de dagelijkse werking. *Uiteraard wil ik hier vermelden dat er binnen de voorziening al veel gebeurd is voor de personen met een diep verstandelijke handicap. Voor mij als stagiaire is het echter niet evident deze vooruitgang op te merken, daar dit over een langere periode gaat. In mijn ogen is er binnen de voorziening al veel bereikt, maar er kan nog meer! Ik heb geleerd dat je heel veel moet willen om iets kleins te bereiken. Alleen door het “streven naar”, kunnen we komen tot kleine veranderingen.*

1.3.1 De verzorging

In de leefgroep waar ik stage loop wordt er aan de verzorging veel tijd besteed. De verzorging staat er bijna centraal. Hoewel dit zoveel als mogelijk geminimaliseerd is, toch ervaar ik het als een belangrijk deel van de dagelijkse werking. Niet alleen de hygiëne wordt belangrijk geacht binnen de sector van gehandicaptenzorg, ook de zelfredzaamheid wordt voorop gesteld. Hiermee wordt bedoeld dat men zoveel als mogelijk de bewoners zal stimuleren om bepaalde zaken ‘zelf te doen’ waardoor de zelfredzaamheid verhoogd wordt. Bij bepaalde bewoners is de zelfredzaamheid op vlak van verzorging moeilijk. Meer concreet gaat het hier over de personen met een diep verstandelijke beperking. Ze zijn op vlak van verzorging volledig afhankelijk van de begeleiding. Dit is een eerste voorbeeld waarin ze verschillen met de andere bewoners van de leefgroep. Je kan hierbij de bedenking maken dat we als begeleider de persoonlijke levenssfeer van de meeste bewoners verschillende malen per dag binnen treden. En dus niet alleen die van de personen met een diepe verstandelijke beperking. Toch vind ik dat er een groot verschil is. Een persoon met net dat beetje zelfbeschikkingsrecht en zelfredzaamheid maakt het verschil. Uiteraard kunnen we als begeleider ook zijn privésfeer gaan betreden maar hij heeft de mogelijkheid om er bijvoorbeeld voor te kiezen hem vandaag eens niet zo grondig te wassen als anders. Ook hij heeft de mogelijkheid om duidelijk te maken dat hij even alleen wil zijn tijdens dit intieme moment of om zijn zelfbeeld en zelfwaarde omhoog te krikken omdat hij zich zelf kan wassen, enzovoort. Nu kunnen we ons de bedenking maken dat een persoon met een diep verstandelijke beperking vaak niet over deze mogelijkheden beschikt. Wij bepalen steeds opnieuw of ze vandaag in bad of op bed gewassen worden, wij bepalen of dit grondig of minder grondig gebeurt, wij bepalen steeds opnieuw wat er gebeurt en hoe het gebeurt. Of dit nu naar de wens is van de bewoner of niet, we blijven gissen en proberen te doen wat WIJ als juist achten.

Net omdat deze personen zo afhankelijk zijn van derden is het uiterst belangrijk rekening te houden met de individuele noden en behoeften van de zorgvrager. De sfeerschepping wordt op deze momenten belangrijk geacht, daar een verzorgingsmoment een betreding is van de persoonlijke levenssfeer van de bewoner. Om de bewoners zoveel mogelijk op hun gemak te stellen tijdens de verzorgingsmomenten is er een badkamer binnen de leefgroep waar ik stage loop, omgebouwd tot een snoezelbadkamer. Hierdoor voelen niet alleen de bewoners zich meer op hun gemak, ook de begeleiders voelen zich meer relaxt en brengen dit gevoel en deze stemming over op de bewoner.

1.3.2 Leefgroepenwerking

De voormiddag wordt ingevuld door enerzijds onderhoudstaken en anderzijds door de projectwerking en de niveaugroep (snoezelmoment). Via een doorschuifstelsel wordt er voor gezorgd dat elke bewoner zowel eens kan deelnemen aan het project als een onderhoudstaak opneemt.

1.3.2.1 Onderhoudstaken

In de voormiddag nemen de bewoners een stuk van het onderhoud op zich. Dit geeft hen een verantwoordelijkheidsgevoel en laat hen beseffen dat iets waar zij gebruik van maken ook moeten worden onderhouden worden. Dit alles gebeurt uiteraard mits ondersteuning en controle. Opnieuw kunnen we stellen dat de personen met een diep verstandelijke beperking hiertoe niet kunnen bijdragen. *Hierbij wil ik echter opmerken dat de personen met een diep verstandelijke beperking soms bewust in de groep verblijven tijdens de onderhoudstaken. Ook al kunnen ze niet echt deelnemen aan de taken, toch is de sfeer die er op dat moment heerst van belang. Het kan de personen in kwestie het gevoel geven erbij te horen, een deel van de groep te zijn. Vooral S. is hier heel gevoelig voor.*

1.3.2.2 Projectwerking

De projectwerking kan opgesplitst worden in 3 soorten activiteiten. Zo is er de maandagvoormiddag bewonersgesprek, de dinsdagvoormiddag gaan we om boodschappen en de rest van de week wordt er gewerkt rond een bepaald thema. Het thema van het project verandert om de week en wordt door het team gekozen. Dit kan gaan van beweging tot kookactiviteiten. Nu wordt er bijvoorbeeld gewerkt rond Pasen en worden er eitjes beschilderd, tekeningen gekleurd, etc. Opnieuw kan hier gesteld worden dat de personen met een diep verstandelijke beperking hier niet kunnen participeren. Ze kunnen wel deelnemen aan de activiteiten mits continue ondersteuning. Helaas vindt niet elke begeleider hier de tijd voor, wat ik kan begrijpen. *Na een gesprek hierover met een collega wil ik hierbij aanvullen dat het vaak niet mogelijk is voor de begeleiding daar de personen met een diep verstandelijke beperking een individuele hulpvraag hebben. En dus: "nood hebben aan een meer individuele begeleiding."*

1.3.2.3 Niveaugroep

Cru gesteld kunnen we zeggen dat de personen met een diep verstandelijke beperking niet thuisshoren in deze dagelijkse werking, in de voormiddag althans. Net om deze reden werd er een niveaugroep gecreëerd. Deze groep bestaat uit personen met een ernstige tot diepe verstandelijke beperking. In deze groep wordt er gewerkt rond de benaderingswijze basale stimulatie, alsook wordt er gewerkt met klankschalen. De activiteiten hier zijn vooral gericht op de exploratie van zichzelf en de omringde wereld. Het zijn activiteiten die de zintuigen prikkelen, de ontwikkeling stimuleren en langs deze weg de kwaliteit van leven voor deze personen optimaliseren. *Tijdens "niveau" zet ik een rustig muziekje op, maak het donker, doe kaarsen branden en steek een wierookstokje aan. Op dit moment ben ik zelf een en al rust. De bewoners plaats ik op het trilpodium en ook ikzelf neem plaats. Ik ervaar elke trilling door mijn volledige lichaam. Sa. Lacht terwijl ze naar het lichtspektakel kijkt. M. geniet van de rust en van de voetmassage die ik haar geef. L. is heel alert, zowel naar de geluiden toe als naar hetgeen hij waarneemt. Echt genieten doen we!* Met dit voorbeeld wil ik aantonen dat de activiteiten die plaats vinden binnen de niveaugroep voor een buitenstaander kunnen overkomen als niets doen. Maar het gewoon liggen naast een bewoner, zijn hand vastnemen en hem laten ervaren wat rondom hem gebeurt, is voldoende om tot rust te komen, de band tussen jou en de bewoner te optimaliseren en zijn eigen lichaam te laten ervaren.

1.3.3 Namiddagwerking

De namiddagwerking is onderverdeeld in 5 grote activiteitengroepen, namelijk:

- Atelierwerking;
- Belevingsactiviteiten;
- Beweging;
- Activiteiten buitenshuis.

Zoals u wellicht opmerkt som ik maar 4 activiteitengroepen op, terwijl het er om 5 gaat. Weliswaar met reden. Daar de ouderenwerking niet echt een plaats heeft binnen mijn leefgroep vind ik het niet nodig hier verder op in te gaan en verduidelijk ik enkel de begrippen die wel hun plaats vinden in de leefgroep.

1.3.3.1 Atelierwerking

In de namiddag zijn er verschillende ateliers waaraan de bewoner kan deelnemen, dit wordt de atelierwerking genoemd. De bewoner krijgt één maal per jaar de kans om te bepalen aan welke ateliers hij of zij wil deelnemen (bak, kaarsen, handwerk en papier, tuin, enzoverder). In het atelier zelf staat het product centraal. Het heeft hen het gevoel dat zij iets gemaakt hebben. *Tijdens het bakatelier was G. echt lastig. Ze had er geen zin in en wou niet meewerken. Ik motiveerde ze door haar voor een keuze te stellen. Indien ze mee zou werken, zou ze de cake die ze dan zelf gemaakt had, mogen uitdelen aan de begeleiding van de leefgroepen. Indien ze niet mee zou werken, zou ze geen zelfgemaakte cake hebben. G. had direct beslist en ging voor de eerste keuze. Ze zou meewerken. Zo trots als ze was ging ze van begeleider naar begeleider met steeds opnieuw de vermelding: 'ik heb dit zelf gemaakt'.*

1.3.3.2 Belevingsactiviteiten

De bewoners waar ik mee aan de slag ga nemen niet deel aan de atelierwerking, wel aan de belevingsactiviteiten. Bij de belevingsactiviteiten staat het werken naar het product niet centraal, maar wel het beleven van een activiteit. De activiteit moet door de bewoner als zinvol worden ervaren en bijdragen tot de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid. Zo is er snoezelen en crea-actief, expressie en klus.

1.3.3.3 Beweging

Beweging wordt vooral georganiseerd voor personen met een specifieke hulpvraag naar beweging toe. Zo zijn er in mijn leefgroep drie rolstoelgebruikers, die ook de personen zijn met een diep verstandelijke beperking. Zij hebben weinig of geen beweging. Voor hen wordt er bijvoorbeeld hippotherapie (het tinkerbed) georganiseerd. Ook zijn er personen in de leefgroep die nood hebben aan een andere soort beweging. Zo wordt er ook deelgenomen aan snoezelzwemmen, wandelen en fietsen. Ook is er elke donderdag een sportnamiddag. Op dinsdag mag elke bewoner ZELF kiezen aan welke activiteit hij of zij zal deelnemen. De bewoners die zelf geen keuze kunnen maken worden hierbij ondersteund door begeleiders van de leefgroep.

1.3.3.4 Activiteiten buitenshuis

Binnen Humival wordt er gestreefd om een aantal activiteiten buitenshuis uit te voeren. Zo gaat G. bijvoorbeeld de woensdag als vrijwilliger werken in het hondenasiel te Waarschoot. *Dit bevordert zijn gevoel van zelfwaarde en zelfbepaling want hij KAN werken!* Ook dit is zeer moeilijk voor de personen met een diepe verstandelijke beperking en dit mede door hun rolstoelgebruik en hun verstandelijke beperking.

1.4 BESLUIT

Wanneer ik de volledige dagdagelijkse werking bekijk kan ik besluiten dat er steeds opnieuw iets nieuws gecreëerd is om de personen met een diep verstandelijke beperking toch een plaats te kunnen geven in het dagdagelijkse gebeuren. Dit is uiteindelijk helemaal niet slecht want er wordt ingegaan om de individuele noden, vragen en behoeften. Uiteraard doet dit besluit je nadenken over verdere nieuwe ontwikkelingen en ondernemingen. Stel, je wilt een visie creëren betreffende seksualiteit en je wilt aan de slag gaan met seksuele vorming. Mooi! Want we gaan steeds verder om de kwaliteit van leven van de bewoners te bevorderen en te optimaliseren. Maar dan bots je op het grote verschil in de mogelijkheden en beperkingen van de personen met een diep verstandelijke beperking en de andere bewoners. Het is bijna vanzelfsprekend dat zij opnieuw uit de boot zullen vallen. Als ik genuanceerder kijk naar dit feit kan ik stellen dat deze doelgroep ook wensen en behoeften heeft betreffende het onderwerp seksualiteit. Weliswaar op een andere manier dan de bewoners met een lichte tot matige verstandelijke handicap.

2 MOTIVATIE

De reden waarom ik seksualiteit een vorm wil geven binnen het leven van de personen met een diepe verstandelijke beperking binnen de leefgroep, heeft verschillende redenen.

2.1 GEEN VISIE

Binnen de leefgroep waar ik stage loop is er nog geen sprake van een visie met betrekking tot seksualiteit. In de loop van dit jaar wordt er een werkgroep opgestart die met seksuele vorming en/of voorlichting aan de slag zal gaan. Deze werkgroep zal leefgroeptoverstijgend zijn, wat wil zeggen dat elke leefgroep en het dagcentrum hieraan zal deelnemen. Daar de leefgroep zo heterogeen is, is het bijna onmogelijk om een algemeen concept te creëren die voor elke bewoner gepast is. Ieder individu functioneert op een verschillend sociaal en emotioneel niveau. Hoogstwaarschijnlijk zullen de personen met een diep verstandelijke beperking hier uit het oog verloren worden, daar zij enorm verschillen qua ontwikkelingsniveau met de andere bewoners. Daar ik vind dat ook zij recht hebben om seksualiteit binnen hun leven een vorm te geven, neem ik deze doelgroep op mij. Ik zal komen tot een aantal handvaten en tips die begeleiders kunnen hanteren om seksualiteit bespreekbaar te maken en mee vorm te geven binnen het leven van personen met een diepe verstandelijke beperking.

Door dit te doen geef ik een stuk van een visie mee die kan opgenomen worden binnen de werking. Want net door het aanreiken van handvaten, tips en eventuele vorming en / of voorlichting kunnen we er als begeleider achter gaan staan en er ook naar gaan handelen. Net door ernaar te handelen kan een visie gestalte krijgen op de werkvloer. Personen met een beperking zijn zeer afhankelijk van de zorgverleners, dus ook van de visie die zij dragen. Door het geven van voorlichting/vorming, erover te praten en handvaten aan te reiken waarnaar we ons kunnen gedragen, geven we aan dat seksualiteit gezien wordt als iets normaal, iets alledaags en iets gewoons. Net door ons handelen, geven wij de visie gestalte.

Daar er binnen de leefgroep nog geen visie gehanteerd wordt is het belangrijk dat het gehele team een eensgezindheid creëert betreffende het geven van vorming/voorlichting en de manier waarop dit gebeurt. Er moet een eensgezindheid zijn betreffende ons handelen om op een zo goed mogelijke manier seksualiteit mee vorm te geven binnen het leven van de cliënten. Daarom is het van belang om - nadat ik mijn theoretische en persoonlijke inzichten op papier gezet heb - met het gehele team samen te zitten en samen te beslissen welke visie we zullen dragen.

2.2 KWALITEIT VAN LEVEN

Een andere reden waar ik mijn motivatie vind is in het feit dat we de laatste jaren heel wat paradigmaverschuivingen zien met betrekking tot de hulpverlening. Ook in de gehandicaptensector kunnen we deze evoluties niet negeren. Meer dan ooit is er aandacht voor de persoon als individu en wordt er gestreefd naar kwaliteit van leven. Wanneer we kijken door de bril van Shallock - een van de belangrijkste onderzoekers in de gehandicaptenzorg, de goeroe van kwaliteit van bestaan en de vader van de ask-me methode - kunnen we ons leven opsplitsen in acht kerndimensies. Die er stuk voor stuk voor zorgen dat de kwaliteit van ons leven bevorderd wordt. Het geven van seksuele vorming kan in dit kader gezien worden als een reden om te komen tot een kwaliteitsvoller leven. "De acht dimensies volgens Shallock zijn:

- Materieel welbevinden;
- Fysiek welbevinden;
- Emotioneel welbevinden;
- Persoonlijke ontwikkeling;

- Interpersoonlijke relaties;
- Zelfbepaling;
- Sociale inclusie;
- Rechten.” (Van Loon, Van Hove, 2001, p.237-240)

Ikzelf sta heel sterk achter deze bevinding omdat ik geloof in het feit dat we steeds beter kunnen. Steeds opnieuw kennen en leren we verschillende nieuwe mogelijkheden aan, om alles te kunnen optimaliseren. Zo ook de kwaliteit van leven. Ikzelf acht ons als begeleiders voor een groot stuk verantwoordelijk voor het leven van de cliënt. Wij hebben immers hun leven voor een groot stuk in handen. Voor ons persoonlijk is het al niet evident om een kwaliteitsvol leven te leiden. Wat moet dit dan wel niet zijn voor personen met een verstandelijke beperking? Net daarom moeten wij als begeleider het heft in handen nemen en streven naar het ‘wel-zijn’ van de cliënt. Het blijven zoeken naar openingen om steeds hun kwaliteit van leven te optimaliseren en te bevorderen is voor mij een uitdaging. Ik stel me vaak in de plaats van de cliënt en dit heeft me steeds die boost om blijven door te gaan. Zouden we zelf ook niet hopen op mensen met nieuwe inzichten die er kunnen voor zorgen dat ons leven meer kwaliteit krijgt....?

De effecten die het geven van seksuele vorming / beleving kunnen hebben op de kwaliteit van het leven lijken miniem, maar zijn in werkelijkheid heel groots. Door de vorming kan het individu weerbaarder worden en zelf zijn grenzen gaan stellen, wat op zijn beurt effect kan hebben op de zelfbepaling. Hoe meer het individu zich ontwikkelt, des te meer invloed dit heeft op de kwaliteit van zijn leven. Dit wil dus zeggen dat door de vorming /voorlichting de persoon zich verder kan ontwikkelen waardoor de kwaliteit van leven bevorderd wordt. Een niet onbelangrijke dimensie is het creëren van interpersoonlijke relaties. Net door de vorming en de effecten die deze heeft, wordt de cliënt in staat gesteld zinvolle en ‘veilige’ contacten aan te gaan. Als laatste zien we dat een persoon met een beperking evenveel rechten heeft als een ‘gewone’ persoon. Net door het recht op seksualiteit niet onder stoelen en/of banken te steken kan ook dit onderwerp een groei zijn naar kwaliteit van leven!

Van Hove merkt hier terecht op dat niet alleen een objectieve interpretatie maar ook een subjectieve interpretatie van kwaliteit van leven, van belang is. Zo kan een team het niet belangrijk of onnodig vinden om seksuele vorming aan te reiken, terwijl de cliënt in kwestie wel over seksualiteit wil praten, het wil beleven en met vragen zit. Het tegenovergestelde kan ook. Overleg is hierbij een vereiste! (Van Hove, Staessens, 2008)

Wel wil ik hier opmerken dat seksualiteit een plaats geven in het leven van een persoon met een diep verstandelijke beperking, op een andere manier plaatsvindt dan ‘gewoon’ seksuele vorming geven. Toch blijf ik er in geloven dat ook bij deze mensen de kwaliteit van leven geoptimaliseerd kan worden, door dit thema te openen.

2.3 HET RECHT OP SEKSUALITEITSBELEVING

2.3.1 Veranderende sociale denkwijzen

Door de groei naar autonomie is er heel wat veranderd. De maatschappelijke ontwikkelingen hebben een enorme invloed gehad op de opvoeding en de heersende sociale denkwijzen. De eenrichtingscommunicatie tussen ouders en kind heeft plaats gemaakt voor het tweerichtingsverkeer. Er is nu een open communicatie tussen ouders en kind, er is sprake van overleg en dialoog in plaats van een bevelshuishouding. Er wordt de ouders niet meer verteld hoe ze moeten opvoeden, er is geen handleiding meer en geen of weinig sociale controle. Een ouder geeft nu zelf zijn waarden en normen mee en het kind beslist uiteindelijk zelf wat hij van het aangereikte meeneemt. Al deze veranderingen hebben ook hun weerslag gehad op de communicatie betreffende seksualiteit. Vroeger was het praten en communiceren over seksualiteit een taboe. Het werd gezien als een kwaad. Nu wordt dit alles veel normaler geacht, immers bij de ‘normale’ mensen.

Wat niet wil zeggen dat er in elk gezin openlijk gepraat wordt over seksualiteit. Er heerst nog steeds een taboe maar die is veel ingeperkter dan vroeger. (Bruyninckx, Bus-sens,2008) *Wanneer ik dit betrek op de doelgroep personen met een verstandelijke beperking kan ik besluiten dat er een enorme groei plaatsvindt. Het thema seksualiteit wordt geopend en meer en meer kan er over gepraat, gediscussieerd en nagedacht worden. Weliswaar hangt dit alles af van generatie tot generatie. Zo is het praten over seksualiteit bij personen met een verstandelijke beperking voor sommige onder ons al niet evident. Als we dan kijken naar de ouders van onze cliënten, die een stukje ouder zijn, kunnen we de bedenking maken dat dit voor hen zeker niet evident moet zijn. Zij hebben dit alles voor een hele tijd als taboe ervaren en nu plots zou daar verandering in komen. Hierbij kunnen we botsen op weerstand. Wat dan ook begrijpelijk is wanneer we het vanuit hun standpunt bekijken....*

2.3.2 *Het zal wel overgaan...*

Wanneer we het hebben over seksualiteit bij personen met een beperking voelen we nog steeds die taboesfeer die er rond hangt. "Dit kan mogelijk te maken hebben met de invul-ling van het begrip seksualiteit. Zo kan men van mening zijn dat seksualiteit enkel kan tus-sen man en vrouw en binnen een langdurige en liefdevolle relatie. Of men is in de overtuiging dat mensen met een verstandelijke handicap geen seksuele behoeften hebben. Er is nochtans geen reden om aan te nemen dat er op dit vlak een wezenlijk verschil be-staat tussen personen met een verstandelijke handicap en anderen. Zij kunnen evenzeer genieten van hun eigen lichaam, verliefd worden, seksuele gevoelens hebben en verlan-gen naar een ander...."(De Lovie, 2004, p. 7)

Vele mensen zien seksualiteit bij personen met een beperking eerder als een extra pro-bleem. Ook al wordt dit thema in de gehandicaptensector bijna een rage toch wil het me-rendeel dit thema onbesproken laten. We horen dan uitspraken zoals: " We moeten de kat niet bij de melk zetten", " De onze hebben daar gelukkig geen last van", of "Het zal wel overgaan", enzoverder. Net omdat seksualiteit WEL leeft bij personen met een beperking wil ik mijn eindwerk hieraan wijden. Vele mensen willen het niet onder ogen zien dat er zo iets als seksualiteit bestaat bij deze doelgroep en houden liever het potje dicht. Maar ik niet! Het is hun volste recht en het is aan ons om voor dit recht op te komen en er voor te pleiten! Seksualiteit bestaat...ook bij hen!

2.3.3 *De rechten volgens het International Planned Parenthood Founda-tion-Charter*

Vanwege het heersende taboe vond ik het uitermate belangrijk om duidelijk te maken dat personen met een beperking ook gewoon mensen zijn. Mensen die rechten hebben, net als ons. Ik koos ervoor om de rechten te gaan bekijken vanuit het IPPF, daar dit internatio-naal is. Alsook om het feit dat ik me aansluit bij hun mening dat wij als begeleider ons steentje moeten bijdragen om op te komen voor de rechten van personen met een beper-king. Het International Planned Parenthood Foundation (IPPF) stelde in 1995 het IPPF-charter on sexual and reproductive rights op. IPPF is de grootste non-profit organisatie ter wereld voor gezinsplanning, seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Volgens het charter hebben ook voorzieningen de plicht om de zorgvragers zoveel mogelijk kansen te geven betreffende seksualiteit en relatievorming. We hebben als begeleider de ethische plicht hen te begeleiden en te ondersteunen bij de volgende rechten. Daar de personen met een verstandelijke beperking niet altijd de mogelijkheden hebben om op te komen voor hun rechten is het net aan ons om dit te doen! Om een concreet beeld te vormen van hun rechten zet ik ze hier nog even op een rijtje.

2.3.3.1 Het recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid

Hieronder wordt verstaan dat personen met een beperking de vrijheid moeten hebben om hun seksuele en reproductieve leven te kunnen beleven en te kunnen controleren. Meer concreet wordt hiermee bedoeld dat niemand een persoon kan verplichten tot abortus, sterilisatie en/of een gedwongen zwangerschap. De persoon zelf moet over de vrijheid beschikken om zelf te bepalen wat hij wil betreffende zijn seksuele leven. Alle personen hebben het recht om vrij te zijn van angst, schaamte, schuld en andere factoren die hun seksuele leven belemmeren. *Nu kan je de bedenking maken of dit niet te zwart-wit gesteld is. Wat als het bijvoorbeeld om medische redenen beter is om iemand te steriliseren? Persoonlijk ben ik van mening dat de persoon in kwestie steeds het recht heeft om dit te weigeren. Natuurlijk is dit bij personen met een diep verstandelijke beperking bijna onmogelijk. Zij hebben de verbale mogelijkheid niet om dit te weigeren, hun bewindvoerder beslist voor hen. Wanneer we beslissen in de plaats van een persoon is het noodzakelijk om alles af te wegen en op een balans te plaatsen. Enkel zo kan de 'juiste' keuze gemaakt worden. Hoe discussieerbaar dit voorbeeld ook is, de persoon in kwestie moet naar mijn mening kunnen beslissen over zichzelf tot zover dit mogelijk is!* (Conix, Claerhout, Rykaert, 2005, p. 20)

2.3.3.2 Het recht op gelijkwaardigheid

Door de paradigmaverschuivingen is er plaats gemaakt voor een gelijkwaardige benadering. Deze gelijkwaardige benadering moet ook voortvloeien in het recht vrij te zijn in je seksuele en reproductieve leven. Een persoon met een handicap mag dus niet gediscrimineerd worden in zijn of haar seksuele en reproductieve leven. Dit geldt natuurlijk op alle vlakken en gaat van toegang tot informatie tot de toegang tot gezondheidsdiensten. *Net door de personen met een diep verstandelijke beperking de kans te geven om seksualiteit te beleven en een plaats te geven, geven wij hen de kans om nog meer gezien te worden als 'gelijk'. Wij kunnen hen de ruimte geven hun recht te beleven!*

(Conix, Claerhout, Rykaert, 2005, p. 23)

2.3.3.3 Het recht op privacy

Privacy is net al seksualiteit, een begrip die een heel persoonlijke invulling kan krijgen. Ik wil even stil staan bij het feit dat het voor ons begeleiders, bijna een gewoonte is om dag in dag uit de persoonlijke levenssfeer van de bewoners te betreden. Uiteraard kan ik begrijpen dat er na een bepaalde tijd een vertrouwensband ontstaan is tussen de begeleider en de zorgvrager. Door dit vertrouwen zullen zij je zonder problemen binnen laten in hun privésfeer. Maar uiteindelijk moeten we ook in het licht brengen dat het niet anders kan. De bewoners zijn in een bepaalde mate afhankelijk van de begeleiders waardoor ze bijna niet anders kunnen dan de begeleiders toelaten in hun privésfeer. Enkel zo kunnen ze op een adequate manier ondersteund worden. *Hierbij wil ik opmerken dat het grootste deel van de personen met een diep verstandelijke beperking - binnen mijn leefgroep - het niet kan verwoorden of ze er al dan niet akkoord mee zijn. Deze zijn totaal afhankelijk van de hulpverleners.* (Conix, Claerhout, Rykaert, 2005, p. 22)

— Waar trek je de grens?

Voor de bewoners zelf is het wellicht iets heel normaal dat ze elke dag door iemand anders gewassen worden, dat iedereen binnentreedt in die intieme sfeer. Toch moeten we stilstaan bij het feit dat de bewoners ook recht hebben op privacy. Privacy is in mijn ogen het recht hebben op veiligheid, bescherming van je eigen lichaam, emoties, enzovoort. Wanneer ik echter de verklaring opzoek in een woordenboek vind ik deze verklaring: 'de mogelijkheid om in eigen omgeving helemaal zichzelf te zijn'. (Van Dale)

In 'onze' leefwereld wordt er voor alles een oplossing gevonden. We zijn immers 'vrije' mensen die doen en laten wat we willen. 'Als het voor ons kan moet het dus ook voor deze doelgroep kunnen' leid ik af uit de opkomende trends van empowerment, emancipatie en het burgerschapsparadigma (Van Genneep, 2007). Maar waar trek je nu de grenzen?

Persoonlijk denk ik dat grenzen betreffende privacy zeer moeilijk vast te leggen zijn. Iedereen gaat er anders mee om, afhankelijk van zijn of haar eigen waarden en normen. Wanneer ik de situatie van de bewoners bekijk heb ik het gevoel dat wij moeten opkomen voor hun privacy want uiteindelijk hebben wij voor een stuk hun leven in handen. Wij moeten hen ondersteunen daar waar zij beperkingen ondervinden. Veel bewoners beseffen niet eens dat er zoiets als privacy bestaat. Daarom vind ik het enorm belangrijk dat wij deze taak uitvoeren in functie van hen. Voor ons is het vanzelfsprekend dat we iedere bewoner in hun blootje zien en zomaar de kamers binnen en buitenlopen. Maar als we ons nu eens in de plaats van de bewoners zouden stellen.... Eerst en vooral leven ze samen met andere bewoners die ze niet eens zelf mogen kiezen hebben. Dag in dag uit leven ze samen en zien ze elkaar in elke situatie en op elke mogelijke manier. Wat als daar nog eens bijkomt dat ook elke bewoner je zomaar in je blootje kan zien. Wij zouden zoiets kennen als 'schaamte'. Vele bewoners kennen dit begrip en gevoel niet, voor hen is een gewoonte, iets wat volstrekt normaal is, want het is al hun hele leven zo.

Wanneer ik van de ene op de andere dag in een leefgroep zou gestoken worden bij mensen die ik niet zelf heb gekozen en wanneer iedereen zomaar mijn intieme privésfeer binnen en buiten loopt zou ik het benauwd krijgen.

— Besluit

Privacy is een recht van iedereen, ook van personen met een handicap. Daar vele bewoners niet voor hun eigen rechten kunnen opkomen is het van belang dat iedere begeleider hierin zijn rol opneemt, weliswaar naar zijn eigen waarden en normen. Er zijn voor elkeen grenzen aan privacy en die bepaal je zelf. Jij handelt naar wat jij belangrijk vindt. Ook heb je aandacht voor de wensen en noden van de bewoner. Je probeert je steeds empathisch in te leven in zijn omstandigheden / situatie. Naast het handelen naar eigen waarden en normen moeten er enkele gemeenschappelijke en concrete afspraken vastgelegd worden met betrekking tot privacy. Bijvoorbeeld: de gordijnen steeds sluiten, geen twee bewoners op dezelfde moment in één badkamer, enzovoort. *Ik wil hier opmerken dat er bij het recht op privacy niet alleen rekening dient gehouden te worden met waarden en normen. We moeten realistisch zijn en steeds rekening houden met de werking op zich en de tijdsdruk die deze soms met zich meebrengt. Op zo'n momenten is het inderdaad niet evident om te gaan streven naar het recht op privacy en wordt dit meer dan eens uit het oog verloren. Naar mijn persoonlijke mening kan dit echter geen reden zijn om de persoon in kwestie zijn recht te verwaarlozen.*

Privacy is een veel besproken en belangrijk onderwerp. Hierbij moet er niet alleen gekeken worden naar de persoon zelf maar ook naar zijn haar wensen, gevoelens, behoeften. Als ook naar de situatie en je eigen waarden en normen. Dit alles op elkaar afstemmen is en blijft een moeilijk proces dat niet onberoerd zal blijven!

2.3.3.4 Het recht op informatie en onderwijs

Ook personen met een beperking hebben het recht te weten hoe hun lichaam ineen steekt, wat bepaalde gevoelens betekenen, enzovoort. Ze hebben recht op informatie over hun seksuele gezondheid en over methoden om de gezondheid en het welzijn te verzekeren. Kennis is macht. Wanneer men niet over kennis beschikt is men kwetsbaarder en is er een grotere kans op seksueel misbruik, onmacht en verlegenheid. *Uiteraard is het niet evident informatie toe te kennen aan personen met een diep verstandelijke beperking. Hun snapen draagvermogen is hiervoor te miniem. Toch ben ik van mening dat we hen steeds hun*

recht moeten toekennen en zoveel mogelijk info moeten geven als we kunnen, en dit op elke mogelijke manier. (IPPF-charter voor seksuele en reproductieve rechten)

2.3.3.5 Het recht om vrij te zijn van mishandeling en foltering

Dit recht komt een groot stuk tot uiting door het recht op informatie te verwezenlijken. Als ook door het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken is de kans groter dat dit recht tot uiting komt. Net door erover te praten, te overleggen en te discussiëren zijn we meer alert voor signalen. Waardoor we op zijn beurt de vrijheid een stuk kunnen garanderen. (IPPF-charter voor seksuele en reproductieve rechten)

2.3.3.6 Overige rechten

Uiteraard zijn er nog meer rechten betreffende seksualiteitsbeleving, maar aangezien ik zal werken met personen met een diep verstandelijke beperking lichtte ik enkel deze toe die van belang zijn in hun leefwereld.

3 PERSONEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

3.1 DEFINITIE VOLGENS AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Vooraleer ik van start ga wil ik toelichten wat er wordt verstaan onder een persoon met een verstandelijke beperking. Dit mede om de individuen waar over in dit eindwerk zal geschreven worden beter te kunnen begrijpen en een grotere empathie te kunnen verkrijgen door inzicht te hebben in de problematiek. Om te kaderen wat er nu wordt verstaan onder een verstandelijke beperking maak ik gebruik van de terminologie die gebruikt wordt in het American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Ik koos voor deze definitie daar op mijn stageplaats de individuele hulp en dienstverleningsplannen opgesteld worden naar de principes van deze definitie. Het leek me dan ook vanzelfsprekend om vanuit deze invalshoek te vertrekken. Het AAIDD verwoordt een verstandelijke beperking als "(...) een huidige manier van functioneren met substantiële beperkingen. Deze toestand wordt gekenmerkt door een significant benedengemiddeld intellectueel functioneren dat parallel loopt met beperkingen op twee of meer van de volgende gebieden van adaptief gedrag:

- Communicatie;
- Zelfzorg;
- Wonen;
- sociale vaardigheden;
- gebruik maken van de voorzieningen in de maatschappij;
- zelfbepaling;
- gezondheid en veiligheid;
- functionele schoolse vaardigheden;
- vrije tijd;
- werk.

Als laatste moet de verstandelijke handicap gemanifesteerd zijn voor een leeftijd van 18 jaar." (Luckasson e.a., 1992)

Door deze nieuwste visie van AAIDD wordt de medische kijk voor een groot stuk doorbroken. Er wordt niet enkel en alleen gekeken naar de tekorten met betrekking tot het intellectueel functioneren. Personen worden nu via een uitgebreid procedure in kaart gebracht. Het individu wordt gezien als een persoon met zowel mogelijkheden als beperkingen.

Zoals ik al eerder verwoordde koos ik voor de definitie van AAIDD omdat deze gebruikt wordt binnen de voorziening zelf. Persoonlijk vind ik het positief dat deze terminologie gehanteerd wordt om een persoon in kaart te brengen. Dit omdat men ook het kunnen van de cliënt bekijkt. Ik zie het gebruik van deze definitie ook als een ontwikkelingsgerichte visie. Want door niet alleen de beperkingen maar ook de mogelijkheden van de cliënt in kaart te brengen is er onrechtstreeks een geloof in het verder ontwikkelen van de mogelijkheden van de cliënt.

De procedure waarmee een cliënt in beeld gebracht wordt via AAIDD kunnen we onderscheiden in drie grote stappen:

- Het labelen (het toetsen van de persoon in kwestie aan de definitie)
- De beeldvormende stap
- Het uitbouwen van een ondersteuningsplan.

De beeldvormende stap bestaat uit vier grote dimensies waardoor een persoon in kaart gebracht kan worden. In vergelijking met vroeger wordt hier niet enkel het intellectueel functioneren bekeken maar wel: (Aga, 2005-2006, pag. 5)

1. Intellectueel functioneren en adaptieve vaardigheden;
2. Psychologisch en emotioneel functioneren;
3. Etiologische factoren: gezondheid en fysieke kenmerken;
4. Omgevingsfactoren.

De laatste stap: het uitbouwen van een ondersteuningsplan, is niet echt van toepassing met oog op mijn eindwerk, daar ik enkel tot doel heb een beeld te vormen betreffende een verstandelijke handicap. Ik beperk me dus enkel tot het benoemen van deze stap.

3.2 DE ONTWIKKELINGSLEEF TIJD

Zoals Bosch (1996, pag.33) verwoordde kan iemand zijn verstandelijke beperking gekoppeld worden aan een bepaalde ontwikkelingsleeftijd, die gerelateerd is aan de normaal verloopende ontwikkeling. Het leek me niet onbelangrijk hierop een zicht te krijgen nu we weten wat een verstandelijke beperking inhoudt. Om een goede inschatting te kunnen maken van de behoeften van personen met een verstandelijke beperking is het van belang dat de persoon steeds in zijn geheel, zijn totaliteit wordt bekeken. Het ervaren van seksualiteit wordt steeds op een eigen manier beleefd. Wanneer we een idee krijgen van de ontwikkelingsleeftijd van de specifieke doelgroep waarmee ik met mijn eindwerk aan de slag zal gaan zal het voor jullie, de lezers, des te evidentier zijn om jullie in te leven in mijn situatie.

Net zoals Bosch zal ik verwijzen naar de gekende indeling die gehanteerd wordt door Keersop en Van de Kerkhof (Bosch, 1996, pag. 33-34). Uiteraard kan je hier opmerken dat ik enkel naar de tekorten kijk en daarjuist nog aan het pleiten was voor het gebruik van AAIDD, daar deze ook de mogelijkheden van de cliënt in kaart brengt. Ik wil hierbij even verduidelijken dat ik me zeer bewust ben over het feit dat ik hier wel aan hokjesdenken doe, uiteraard met een reden. Door de cliënten te kunnen plaatsen in deze tabel krijgen we een beter zicht op een deel van hun functioneren, namelijk de ontwikkelingsleeftijd. De ontwikkelingsleeftijd en IQ worden dan ook door mezelf gezien als een hulpmiddel om het individu beter te kunnen begrijpen. Het kan gezien worden als een methode, een instrument om net de beeldvorming over de cliënt te verruimen!

	IQ	Ontwikkelingsleeftijd
Lichte verstandelijke beperking	55-70	8 tot 12 jaar
Matige verstandelijke beperking	40-55	5,5 tot 8 jaar
Ernstig verstandelijke beperking	20-40	3 tot 5,5 jaar
Diepe verstandelijke beperking	0-20	0 tot 3 jaar

3.3 HET SOCIAAL-EMOTIONEEL FUNCTIONEREN

Personen met een diep verstandelijke beperking vertonen vaak een grote kwetsbaarheid betreffende het sociaal-emotioneel functioneren. Doordat het sociaal- emotionele niveau van functioneren vaak verschilt van het verstandelijke niveau van functioneren worden deze personen vaak in mogelijkheden onder- of overschat. Het sociaal-emotioneel functioneren slaat voor een groot stuk op de draagkracht van een persoon. Personen met een verstandelijke beperking kunnen vaak niet 'dragen' wat ze verstandelijk laten uitschijnen. *Bijvoorbeeld: Zo is S. een persoon met een diep verstandelijke handicap die zich verbaal kan uitdrukken. Ze kan duidelijk maken wat ze bedoelt en als ze een goede dag heeft gaat ze een gesprekje aan uit eigen initiatief. Ze kan dan wel spreken en heeft de indruk alles te begrijpen. Toch moeten wij ons dan de vraag stellen of ze in staat is bepaalde taken te volbrengen. We moeten ons steeds afvragen of S. in staat is om een bepaalde taak te 'dragen'. Wat iemand op verstandelijk niveau laat uitschijnen is vaak niet zo het geval op sociaal-emotioneel niveau. We moeten als begeleider in ons achterhoofd houden dat de sociaal-emotionele ontwikkeling vaak wat achterblijft op de verstandelijke ontwikkeling. Vaak botsen we in de praktijk op discrepanties en tegenstrijdigheden.*

3.3.1 *Het emotionele niveau van functioneren*

Het emotionele niveau van functioneren slaat vooral op de draagkracht van iemand. Wat kan iemand aan? Kan de persoon om met stress-situaties? Heeft hij een frustratietolerantie? Het emotionele heeft ook te maken met je gemoedstoestand, je gevoelens op dat moment. Het emotionele functioneren heeft een enorme invloed op iemand zijn gehele functioneren. Want wat je emotioneel 'draagt' laat je sociaal uitschijnen. Dit wil zeggen dat datgene wat zich innerlijk afspeelt, uiterlijk zichtbaar is. Hoe groter de draagkracht van een persoon hoe beter hij zich kan gedragen naar de heersende waarden en normen. *Bijvoorbeeld: wanneer je verdriet hebt, ben je sneller gestrest, je kan minder verdragen. Dit draag je en of je het nu wil of niet, op sociaal vlak zal dit ook zichtbaar zijn*

(Bosch, Suykerbuyck, 2006, pag. 29-30).

3.3.2 *Het sociale niveau van functioneren*

Het sociale niveau van functioneren slaat op hoe iemand met een ander omgaat. Hoe gaat iemand om met seksualiteit ten opzichte van zichzelf en anderen? Kan iemand omgaan met gevoelens en grenzen van de ander? Bij het sociale niveau is vaker sprake van aangeleerd gedrag. De sociale ontwikkeling loopt meestal evenredig met de emotionele ontwikkeling. Vandaar dat deze vaak in één adem worden genoemd. *Ik ga even verder op het voorgaande voorbeeld: Doordat je verdriet hebt ben je minder spraakzaam, je zoekt minder snel contact met anderen en je reageert boos als de begeleider jou vraagt te helpen met de afwas. Eigenlijk zou je liever op je eentje in je kamer zitten in plaats van vriendelijk te moeten doen en zoveel mensen rondom je te hebben. Of je het nu wil of niet...wat je draagt, draag je uit.* (Bosch, Suykerbuyck, 2006, pag.37-38)

3.3.3 *Een spanningsveld tussen het sociale en het emotionele niveau van functioneren*

Zoals ik vermeldde is het vaak zo dat het sociale niveau van functioneren parallel loopt met het emotionele niveau van functioneren. Echter in bepaalde gevallen is dit niet zo. *Hierbij verwijs ik naar het voorgaande voorbeeld van S. Op sociaal vlak laat ze uitschijnen dat ze emotioneel veel kan dragen. Ze draagt dingen uit die ze emotioneel eigenlijk niet kan dragen. Doordat ze zo verbaal is geeft ze ons de indruk veel te weten en te begrijpen. Het ge-*

volg hiervan is dat wij een verkeerd beeld krijgen en haar overvragen. Er is dus een spanningsveld tussen het emotionele en het sociale. Belangrijk hierbij is dat we bij een dergelijk spanningsveld een goede ondersteuning bieden waarbij we aandacht hebben voor bevestiging, bekrachtiging en waarbij wij het klankbord zijn voor de heersende waarden en normen. Want de zorgvrager kan wel laten uitschijnen zich volgens de heersende waarden en normen te gedragen, wat hij uitdraagt kan hij niet altijd dragen! (Bosch, E., Suykerbuyck, E., 2006, pag. 39).

3.3.4 De emotionele ontwikkelingstheorie volgens Dösen

Ik heb ervoor gekozen om via dit kader de emotionele ontwikkeling te gaan bekijken daar deze indeling betreffende de emotionele ontwikkeling ook gebruikt wordt bij de methodiek van de hermeneutische cirkel. De Tsjech Dösen die deze schaal ontwikkelde zegt dat mensen worden geboren met een aantal basale emoties. Dit zijn emoties die gedurende het leven verder ontwikkeld worden maar die je al vanaf de geboorte bezit. Dösen gelooft dat we de emotionele ontwikkeling kunnen opsplitsen in verschillende fasen. Om tot een optimale ontwikkeling te komen moet elke fase optimaal doorlopen worden vooraleer over te kunnen gaan naar de volgende fase. Net zoals de ontwikkelingstheorie van Freud, die later zal toegelicht worden, volgt de ene fase de andere op. Dösen plaatst bij elke fase een aantal persoonlijkheidskenmerken die moeten bereikt worden alvorens te kunnen overgaan naar de volgende fase. Om een persoon zo goed mogelijk bij een emotionele ontwikkeling te kunnen plaatsen ontworpen Dösen een vragenlijst voor de emotionele ontwikkeling (zie bijlage). De vragenlijst bekijkt een persoon op 10 verschillende domeinen. Door de vragenlijst op een zo correct mogelijke manier in te vullen krijgen we een concreter beeld van die persoon en kunnen we deze gaan linken aan de emotionele ontwikkeling. Daar de doelgroep waarmee ik aan de slag ga, zich bewegen tussen de eerste drie fasen behandel ik enkel deze.

3.3.4.1 De adaptatiefase (0 tot 6 maanden)

Deze fase wordt ook wel de **lichaamsgebonden ervaringsfase** genoemd. In deze fase staat de **sensorische integratie en integratie van ruimte, tijd en personen** centraal. Sensorische integratie wil meer concreet zeggen, dat het kind in de deze fase heel veel waarneemt via de zintuigen. Een waarneming is vaak een aanleiding tot een activiteit. De samenwerking tussen het waarnemen en wat daarop volgt wordt de sensorische integratie genoemd. *Bijvoorbeeld M. kan niet tegen teveel drukte. Dit kan zowel teveel lawaai zijn als teveel zien. Ze neemt dit dus waar. Het gevolg hiervan is dat ze begint te jammeren, te roepen. Dit proces tussen wat ze waarneemt en hetgeen ze doet is sensorische integratie.*

Volgens Piaget verloopt de cognitieve ontwikkeling van een kind in deze fase via het aanleren van reflexieve activiteiten. Later leert het kind ook uit ervaringen die ontstaan uit eigen activiteiten. In deze fase zal het kind dan ook eigen schema's ontwikkelen voor actie en reactie. Op emotioneel gebied kunnen we zeggen dat er in deze fase sprake is van een zogenaamde **autistische fase**. Het kind is alleen bezig met sensaties die voortkomen uit zichzelf en heeft geen oog voor de wereld rondom zich. Bowlby vermeldt hierbij dat het kind vanaf de tweede levensmaand terecht komt in de symbiotische fase. Dit wil zeggen dat het kind zich niet los ervaart van de opvoeder. Er is nog geen onderscheid tussen ik en de ander. Ieder kind wordt met deze aanleg geboren daar het lichamelijk contact tussen het kind en de opvoeder bevorderd wordt. Ziehier opnieuw het belang van de tastzin. (Dösen, 1990)

3.3.4.2 De socialisatiefase (6 tot 18 maanden)

In deze fase spelen zowel **hechting** als het opbouwen van een emotionele **veiligheid** een grote rol. Op emotioneel gebied kunnen we echt gaan zien dat de symbiotische relatie met de opvoeder plaats maakt voor **separatie en individuatie**. Het kind leert zijn eigen gren-

zen kennen, het wil weglopen maar heeft toch de nabijheid van moeder nog nodig. Het kind bevindt zich op de balans van **vertrouwen en wantrouwen**. Vertrouwen in zichzelf maar toch nog wantrouwen en daarom de nabijheid van moeder nodig te hebben. Op sociaal gebied zien we de eerste hechting die duidelijk wordt in de nood aan lichamelijk contact van bepaalde personen. Dit vooral wanneer er vreemde personen aanwezig zijn. In deze fase gaat het kind **geleidelijk aan ook associaties gaan maken**. Het kind gaat langzaam gaan denken op grond van zijn ervaringen. (Dösen, 1990)

3.3.4.3 De individuatiefase

In de individuatiefase staan **afstand** nemen van het lichamelijke contact, communicatie op afstand en opbouw van een unieke persoonlijkheid centraal. In deze fase wordt het **IK**, het geweten ontwikkeld. Het kind is geleidelijk in staat om **doelbewuste veranderingen** aan te brengen in de omgeving. Het kind is zich bewust van zijn motoriek en objectpermanentie vindt plaats. Op emotioneel gebied zien we dat het kind zich bevindt op de balans van **autonomie en afhankelijkheid**. Het kind wil zichzelf als een zelfstandig individu beschouwen en wil ervaren dat het zijn wil kan bekomen. Het wil loskomen van de moeder maar tegelijk heeft het een angst voor verlies. Op sociaal gebied zien we dat het kind de omgeving ontdekt en onderzoekt maar dit vanuit de veilige basis. Ook in deze fase zien we de start van de **interesse voor leeftijdsgenootjes**. (Dösen, 1990)

3.3.5 *Persoonlijke noot*

Tijdens mijn proces doe ik in de praktijk eigenlijk niets met het emotionele ontwikkelingsniveau en in deze noot wil ik even motiveren en/verduidelijken waarom. Ikzelf zal voor elke bewoner een hermeneutische cirkel opstellen op seksueel vlak. Op deze manier kunnen we als team een idee krijgen over de mogelijkheden en moeilijkheden op seksueel gebied. Ikzelf vond het niet onbelangrijk om ook een zicht te hebben op de emotionele ontwikkelingsleeftijd. Op deze manier kunnen de bewoner in kwestie niet gaan overvragen wanneer we stappen ondernemen, maatregelen treffen en beslissingen nemen binnen het team. Bij elke beslissing die we nemen als team, moeten we oog hebben voor de draagkracht van een bewoner. Ikzelf zal via de vragenlijst en de schaal bepalen in welke emotionele ontwikkelingsfase de bewoner zich al dan niet bevindt, weliswaar in overleg met het team. Voor mij persoonlijk is de emotionele ontwikkelingsleeftijd van belang voor verdere stappen. Aldus mijn motivatie.

4 SEKSUALITEIT

4.1 HET BEGRIP SEKSUALITEIT

4.1.1 *Seksualiteit, een visie.*

Seksualiteit is een begrip die vele invullingen kent en moeilijk te beschrijven valt. In de literatuur vond ik verschillende invullingen en beschrijvingen. Hieruit kon ik besluiten dat seksualiteit iets is, waar je een persoonlijke betekenis aan geeft en waar in je eigen waarden en normen spelen een grote rol in spelen. De invulling ervan wordt verwoord naargelang wat je zelf ervaart onder seksualiteit. Hierbij wil ik kaderen dat seksualiteit via twee visies kan bekeken worden. Zo is er de smalle visie die seksualiteit enkel ziet als de begeerte naar geslachtsgemeenschap tussen mensen en de geslachtsgemeenschap zelf. De bredere visie daarentegen, ziet seksualiteit als een geheel, waarbij verschillende aspecten een rol spelen. Seksualiteit is veel meer dan zich voortplanten en het hebben van geslachtsgemeenschap. Het gaat gepaard met gevoelens, met identiteit, met ontwikkeling en zoveel meer. Seksualiteit bestaat door de betekenis die je eraan heeft. (Van der Doef, 2007, p.12) Net zoals ik hierboven al verwoordde is de invulling van seksualiteit iets heel persoonlijks. Daar mijn mening aansluit bij de bredere visie wil ik ook jullie ervan overtuigen om via deze zienswijze verder te gaan denken. Want enkel wanneer je er zelf van overtuigd bent dat seksualiteit zo veel meer is kan je pas gaan handelen naar je overtuiging. Ik ben me heel bewust van het feit dat ik niet zomaar jullie mening kan veranderen en dit wil ik ook niet. Wel wil ik jullie vragen jullie open te stellen voor deze bredere visie en zo mijn standpunten te begrijpen. Op deze manier kunnen we gaan begrijpen dat seksualiteit niet enkel voorkomt bij volwassenen maar dat ze een plaats hebben in ieders leven; ook bij personen met een verstandelijke handicap.

Als ik het begrip toch zo objectief mogelijk moet gaan definiëren beschrijf ik seksualiteit als: “Alle gedragingen en gevoelens die met je eigen lichaam en dat van een ander te maken hebben en die een speciaal gevoel bij jezelf en/ of de ander veroorzaken.” (Van der Doef, 2007, p.11) Het gevoel dat het opwekt kan zowel prettig als onprettig ervaren worden. Ik koos deze beschrijving daar ik vind dat deze het nauwst aansluit bij de bredere visie en omdat ze seksualiteit bij personen met een beperking niet uitsluit!

4.1.2 *Sociale perspectieven*

Ik linkte seksualiteit aan de cursus gespreksmodellen van Vera Van Hove uit het 3^e jaar orthopedagogie. Dit lijkt misschien absurd maar in deze cursus wordt er geschreven over sociale perspectieven. Met sociale perspectieven wordt bedoeld: “een denkbeeld, oordeel dat heerst in de maatschappij over een welbepaald thema / onderwerp”. Net zoals we kunnen zeggen dat de maatschappij een persoon iemand met een beperking maakt. Zo is seksualiteit ook datgene wat het voor de maatschappij betekent. Seksualiteit is een deel van ieders leven. Zo wordt dit jammer genoeg niet steeds ervaren door de maatschappij. Binnen onze maatschappij heersen er nogal wat sociale perspectieven en representaties. De maatschappij heeft een bepaald beeld betreffende seksualiteit en wie hier niet aan voldoet ervaart een druk om zich te verantwoorden. Aangezien personen met een verstandelijke handicap niet voldoen aan het beeld van de maatschappij en ze zich niet kunnen verantwoorden vallen zij opnieuw buiten de kwestie. De veronderstelling dat seksualiteit niet bestaat bij personen met een verstandelijke beperking is dan een gevolgtrekking die wordt gemaakt door de maatschappij. Als ik dit denkproces kritisch bekijk kan ik besluiten dat een groot deel van onze maatschappij naar seksualiteit kijkt volgens de smalle visie. Het is dus aan ons, als begeleider, opvoeder, coach om mensen te overtuigen om via de bredere visie te gaan kijken. Het is niet vanzelfsprekend om een beeldverschuiving binnen de maatschappij te creëren. Wel kunnen we beginnen met ons zelf. Door zelf te gaan han-

delen naar de visie en dit voor te leven kan je een rolmodel zijn voor je collega's. Een start naar een nieuw begin!

4.2 DE SEKSUELE ONTWIKKELING

We kunnen zeggen dat de ontwikkeling van een persoon in een aantal fasen kan ingedeeld worden. De ontwikkeling van baby tot volwassene kan getypeerd worden in het opeenvolgen van taken die moeten vervuld worden, alvorens over te gaan naar de volgende fase. Om een taak goed te kunnen uitvoeren moet er een balans zijn tussen de taken en de vaardigheden die de persoon bezit. Wanneer er een te zware taak is of er te veel ontwikkelingstaken op een bepaald tijdstip zich aandienen, kan er een verstoring optreden. Ook wanneer er onvoldoende vaardigheden aanwezig zijn. De seksuele ontwikkeling kan je sterk vergelijken met de algemene ontwikkeling. Om zich op een gezonde manier seksueel te kunnen ontwikkelen moet er in het leven van een kind aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Enkel wanneer er aan de voorwaarden voldaan wordt kan het kind overstappen naar de volgende fasen en kan fixatie en regressie gaan plaatsvinden.

4.2.1 Ontwikkelingsfasen volgens Sigmund Freud

Sigmund Freud, de Weense arts, psychiater en grondlegger van de diepte-psychologie is één van de eersten die stelde dat seksualiteit niet begint in de puberteit maar al vanaf het eerste levensjaar een plaats krijgt. Hij gelooft dat ieder van ons van bij de geboorte een soort seksuele energie meekrijgt waardoor het kind in staat is om lustgevoelens te ervaren.

In de theorie van Freud komt het er op neer dat een persoon in zijn ontwikkeling verschillende fasen doorloopt. Eigen aan die fasen is, dat elke fase door een specifieke erogene zone gekenmerkt wordt, die instaat voor de beleving van lust. Seksualiteit is dus het ervaren van plezier door de erogene zones. Net zoals bij de algemene ontwikkeling start de volgende fase pas nadat de vorige doorlopen is. De opeenvolging van de fase ligt vast maar de tijd die een persoon door brengt in dezelfde fase, hangt af van individu tot individu. Freud onderscheidt vijf fasen die genoemd zijn naar de erogene zone die in de fase centraal staat. Zo hebben we de orale; de anale; de fallische; de latentie en de genitale fase. De opeenvolging van de fasen ligt vast. Echter de tijd waarin een bepaalde zone centraal staat, verschilt van persoon tot persoon.

4.2.1.1 De orale fase

In deze fase staat de erogene zone 'de mond' centraal. Dit is de eerste fase waarin een pasgeborene zich bevindt. Voor een pasgeborene baby is een directe behoeftebevrediging heel belangrijk. Wanneer dit niet gebeurt voelt de baby zich niet prettig en communiceert hij dat door te huilen. Dit is immers de enige vorm van communicatie waartoe hij in staat is. Hij beleeft dus lust via de mond. In het begin zijn de belevingen van lust eerder gericht op de voedselinname (denk maar aan de zuigreflex). Iets later zal de pasgeborene zelf op zoek gaan naar lustvolle prikkels. Het zuigen, dingen in de mond stoppen, het bijten en geluiden maken, zijn lustvol. De baby exploreert en ontdekt alles via zijn mond.

4.2.1.2 De anale fase

De lustbevrediging wordt hier geassocieerd met de anus. Het kind beleeft plezier aan het ontlasten en het urineren en heeft er ook interesse voor. Freud stelt in deze fase de begrippen activiteit en passiviteit centraal. Dit mede omdat de zindelijkheidsstraining in deze fase plaatsvindt. Activiteit wordt gezien als het pogen om de darmactiviteit onder controle te krijgen, terwijl passiviteit gezien wordt als het laten begaan en gebeuren. Deze twee begrippen heeft het kind een soort macht over het eigen lichaam, een keuzevrijheid. Doordat

het kind een zodanig plezier beleeft aan het ontlasten en het urineren, gaat het kind dit 'oefenen'. Door de spieren te oefenen (het steeds ontspannen en het sluiten van de spieren) worden de spieren gevoeliger, wat op zijn beurt die bevrediging stimuleert.

4.2.1.3 De fallische fase of de vroeg-genitale fase

In deze fase staat de 'fallus' centraal. Het kind heeft een enorme aandacht voor het eigen geslachtsorgaan en ontdekt het geslachtsverschil. Het kind leert dat het lust kan krijgen en plezier kan beleven door te spelen met / stimulatie van de eigen geslachtsorganen. Dit wordt ook wel de kinderlijke genitale zelfbevrediging genoemd. Het geslachtsverschil wordt volgens Freud beleefd als het al dan niet bezitten van een penis. Dit wordt verduidelijkt in het oedipus- en elektracomplex. De jongen heeft immers de idee dat het meisje haar pie-mel is kwijtgeraakt en dit zorgt voor angst, ook wel castratieangst genoemd. De jongen is bang dat dit bij hem ook zou kunnen gebeuren. Bij het meisje echter roept het ontdekken van geslachtsverschil gevoelens van jaloezie op. Ze heeft het gevoel dat haar tekort ge-daan werd daar zij geen penis heeft en de jongen wel.

Zoals eerder vernoemd treedt in deze fase het oedipuscomplex bij de jongens en het elek-tracomplex bij de meisjes op. Bij het oedipuscomplex wordt de jongen verliefd op zijn moe-der. Hij ziet de vader als zijn rivaal want deze eist alle liefde van de moeder op. Ergens is de jongen bang dat de vader zijn liefde voor de moeder zal ontdekken en als straf hem zal castreren (castratieangst). Om de angst te doen verdwijnen, identificeert de jongen zich met de vader en kijkt naar hem op. Hij verdringt het verlangen naar zijn moeder en de angst voor vader naar het onbewuste. Bij het elektracomplex voelt het meisje zich aange-trokken tot de vader en wordt de moeder gezien als concurrentie. Het kind wil goed staan bij de vader in de hoop dat ze zijn penis krijgt. Echter, ook zij moet tot het besef komen dat het enige wat ze kan krijgen van haar vader (en alle andere mannen) een kind is. Ze iden-tificeert zich dus met haar moeder om zo ook een kind te kunnen krijgen van vader.

4.2.1.4 De latentiefase

In deze fase is er weinig of geen aandacht voor seksualiteit. Het is net alsof de seksualiteit tot rust komt want er zijn geen uiterlijke tekenen meer van seksualiteit. Deze fase is minder op lust gericht dan de voorgaande fasen. Het kind is minder egocentrisch en er is een drang naar het weten. Er is eerder een zakelijke belangstelling voor seksualiteit. Echter wanneer de nieuwsgierigheid in de vorige fase onderdrukt werd is er een grote kans dat de weetdrang van het kind niet gaat doorzetten. Zijn nieuwsgierigheid bezorgde hem toen al genoeg narigheid.

4.2.1.5 Genitale fase

Na de rustfase (latentiefase) zet de seksuele ontwikkeling zich voort. Wat in de vorige fa-sen niet goed gegaan is zet zich voort tot in de volwassenheid. Bijvoorbeeld: stel dat een kind in de anale fase teveel vrijheid kreeg bij de zindelijkheidstraining. Het kind deed maar waar hij zin in had en er werden geen grenzen gesteld. Het gevolg op latere termijn is dat kinderen niet hebben leren omgaan met frustraties en geen weerbaarheid ontwikkeld heb-ben. Ze zijn veel kwetsbaarder hierdoor en kunnen niet overweg met stresssituaties.

4.2.1.6 Fixatie en regressie

Wanneer een kind normaal ontwikkelt loopt de ene fase bijna automatisch over in de ande-re. In bepaalde gevallen blijft men steken in een bepaalde fase van de ontwikkeling. Dit proces wordt ook wel fixatie genoemd. Het kind blijft bevrediging zoeken door een hande-ling te stellen die thuishoort in een vroegere fase. Wanneer een kind zich in de anale fase zou moeten bevinden maar nog steeds alles in de mond steekt en plezier beleeft aan zuigen kunnen we spreken van fixatie. Ook kennen we het begrip regressie, waarbij het kind

terugkeert naar de vorige fase. Dit komt voor wanneer er te grote eisen en verwachtingen gesteld worden aan het kind die hij op dat moment nog niet aankan. Het gevolg hiervan is dat het kind enkel inspanningen wil doen, als die leiden tot directe bevrediging. Wanneer dit niet het geval is gaan ze terug naar een fase waar hun inspanningen wel direct leiden tot bevrediging. Men kan met andere woorden stellen dat fixatief gedrag, het gevolg is van een tekort aan behoeftebevrediging. Zolang dit probleem niet opgelost raakt blijft het kind in de fase steken.

4.2.1.7 Link doelgroep

Ikzelf heb ervoor gekozen om te werken met de ontwikkelingstheorie van Freud daar ik er rotsvast ben van overtuigd dat er bij de doelgroep sprake is van fixatie en regressie, dit door hun verstandelijke en sociaal emotionele ontwikkeling. Door deze theorie ben ik me nog een concreter beeld gaan vormen over de doelgroep. Als ik nu kijk naar de gedragingen die de bewoners stellen kan ik voor een groot stuk het waarom gaan verklaren en kan ik hun gedrag interpreteren. Verder zal ik mijn inzichten toelichten en hoop ik ook je te overtuigen om vanuit deze bril te kijken. (Schellaert, 2008)

4.2.2 *Persoonlijke aanvulling: huidcontact, de tastzin!*

Wat Freud echter niet heeft vernoemd en in tal van andere boeken wel beschreven staat is het belang van huidcontact. De tastzin is bij een pasgeborene zo goed ontwikkeld dat elke vorm van huidcontact voor hem alsook een bron van bevrediging is. Ook dit aspect is voor hen seksualiteit. Wanneer je dus als ouder / begeleider oog hebt voor deze tastzin draag je bij tot de seksuele ontwikkeling bij het kind. Het heeft het kind niet alleen een prettig gevoel het heeft ook een enorme invloed op hun seksualiteitsbeleving later. Het huidcontact, de aanrakingen, etc. geven het kind een vorm van veiligheid. Het kind leert dat anderen hem een prettig gevoel kunnen bezorgen door hem aan te raken. Als laatste leren de kinderen door de aanrakingen hun eigen lichaam ervaren en ze worden er geleidelijk aan bewust van. Ze ondervinden dat een streling over de rug heel anders aanvoelt dan een hand door het haar.

We kunnen de tastzin ook gaan associëren met de fallische fase, waarin we zien dat het kind plezier beleeft door zijn eigen geslachtsdelen aan te raken. Het kind ervaart dat hij ook zichzelf een prettig gevoel kan geven door zichzelf aan te raken. Hij leert dat hij niet enkel een prettig gevoel kan krijgen door anderen. Hierdoor leert hij het onderscheid zien tussen zichzelf en de ander. Het is belangrijk dat we het gedrag binnen de fallische fase niet willen afleren. Zo kan immers een schuldgevoel ontstaan en zal het kind ook op latere leeftijd een gevoel van schuld ervaren wanneer hij zijn geslachtsdelen aanraakt, wat zeker niet de bedoeling is!

5 SEKSUALITEIT EN PERSONEN MET EEN BEPERKING

5.1 SEKSUALITEIT EN EEN BEPERKING

Zoals eerder vermeldt kunnen personen met een verstandelijke beperking ook seksualiteitsbeleving hebben. Elke mens maakt immers een seksuele ontwikkeling door. Het hebben van seksuele gevoelens is niet gekoppeld aan het ontwikkelingsniveau. Een achterstand in de ontwikkeling heeft wel veel invloed op de manier waarop seksuele gevoelens geuit en beleefd worden. Het lichaam rijpt zich meestal wel volgens de kalenderleeftijd. Een persoon met een verstandelijke beperking kan 'volwassen' seksueel gedrag ontwikkelen. Maar zijn of haar kennis en emotionele en sociale vaardigheden kunnen onvoldoende zijn ontwikkeld om hier op een volwassen manier mee om te gaan. *Bijvoorbeeld: L. is lichamelijk ontwikkeld zoals een volwassen man zou moeten ontwikkeld zijn op seksueel gebied. Hij functioneert echter op een ontwikkelingsniveau van 0 tot 3 jaar. Hierdoor bevindt hij zich in de orale en anale fase. Net zoals ons heeft L. seksuele gevoelens maar hij uit ze op het niveau dat eigen is aan zijn verstandelijke ontwikkeling. Hier is dus sprake van fixatie en/ of regressie.*

5.1.1 De lichamelijke ontwikkeling

De lichamelijke ontwikkeling op seksueel vlak verloopt meestal normaal of hoogstens op een iets ander tempo, dit wil zeggen wat vroeger of later in vergelijking met de 'normale' ontwikkeling. Bij personen met een verstandelijke beperking zorgt de evolutie van het lichaam voor een disharmonisch verschil. Concreet betekent dit dat de personen lichamelijk wel volwassen worden maar dat hun cognitieve en emotionele ontwikkelingsniveau blijft bij dat van een kind. Voor de omgeving is dit vaak een moeilijk punt om mee om te gaan. (De Wilde, 2008, p. 30)

5.1.2 Psychoseksuele ontwikkeling

Op dit vlak kunnen we duidelijkere verschillen zien in vergelijking met de 'normale' ontwikkeling. Het ontwikkelen van een geslachtsidentiteit verloopt moeilijker en duurt langer net zoals de lichaamsbeleving en de zelfwaardering hun gevolgen hebben. Met die gevolgen bedoel ik onder meer de onteigening van het eigen lichaam. Doordat de personen met een diep verstandelijke beperking veel ondersteuning nodig hebben bij activiteiten van het dagelijkse leven, hebben deze personen het gevoel dat hun lichaam niet meer van hen is. *Dag in dag uit treedt elke begeleider in de intieme sfeer van deze personen, iedereen heeft hen al naakt gezien, wij kennen hun lichaam beter dan zij het kennen. Vanzelfsprekend toch, dat zij niet het gevoel hebben dat hun lichaam van hen is?* (De Wilde, 2008, p. 30)

5.1.3 Kennisverwerving

Kennisverwerving kan als een van de belangrijkste verschillen gezien worden tussen personen "met" en personen "zonder" een beperking. Personen "met" een beperking hebben veel minder kans om aan informatie te raken. Ze hebben minder bronnen ter beschikking, ze kunnen minder beroep doen op leeftijdsgenoten, etc. Vaak zijn zij het slachtoffer van de heersende taboe betreffende personen met een beperking en seksualiteit. Vele personen met een beperking hebben geen benul van seksualiteit. Bij ons daarentegen wordt het van jongs af aan, als pap in de mond gegeven, hetzij op school, hetzij thuis. Als we het cru stellen kunnen we zeggen dat personen "met" een beperking afhankelijk zijn van ons als begeleider en vooral van onze visie! (Bosh & Suykerbuyk, 2006, p. 47)

5.1.4 *Gemiste experimenteerkansen*

Zoals ik daarnet beschreef dringen meerdere personen per dag de privésfeer van de persoon met een beperking binnen. Deze personen worden dag in dag uit omringd door verschillende mensen. De kans om even alleen te zijn bestaat bijna niet! Het gevolg hiervan is dat ze de kans niet krijgen om zelf te leren uit hun ervaringen en zo zelf hun kennis bij te sturen. Hun kans om te experimenteren, intieme activiteiten te stellen die ze leuk vinden en dit zonder dat iemand dit weet is heel klein. *Zo weet iedereen dat S. tijdens het toiletmoment na het middagmaal masturbeert. Ik vind het dan bijna vanzelfsprekend dat we haar die tijd gunnen. Dit is immers het enige moment van de dag waarop ze dit ongestoord kan doen en alleen is. Want terwijl S. op het toilet zit, zijn de andere bewoners aan het eten.* Wij kunnen dus als begeleider hun experimenteerkansen een stuk opvangen door hen wel die kans te laten, hen de ruimte te geven om alleen te zijn en deze activiteiten te stellen. Ook al zijn we er van op de hoogte, toch kunnen we hen in de mate van het mogelijke hun experimenteerkans bieden. En door dit te doen streven we onrechtstreeks ook naar het recht op privacy en intimiteit. (Bosh & Suykerbuyk, 2006, p. 47)

5.1.5 *Pre-orgastische fase*

“Personen met een diep verstandelijke beperking blijven steken in de pre-orgastische fase: ze zijn wel opgewonden maar komen niet klaar.” (Suykerbuyk, 2007, p.11) Om een orgasme te bereiken is meestal stimulatie van de kittelaar (clitoris) nodig, soms ritmische bewegingen in de vagina, soms stimuleren van de zogenaamde G-plek. Om uit te drukken dat in principe elke vrouw in staat is tot een orgasme, maar dit nog niet heeft ervaren wordt de term 'pre-orgastisch' gebruikt in plaats van 'niet orgastisch', om aan te geven dat de vrouw nog in het stadium zit v or het orgasme. Ik geloof in het feit dat ook deze personen een orgasme kunnen hebben, maar dat ze niet over de mogelijkheden beschikken om tot een orgasme te komen. *Zo zijn de vrouwelijke bewoners spastisch. Wel kunnen ze doelgerichte bewegingen maken zoals aan hun neus krabben wanneer het jeukt, enzoverder. Net omdat ze spastisch zijn is het voor hen veel moeilijker om zich te kunnen 'masturberen'. Dit kan een reden zijn waarom ze niet tot het hoogtepunt van een orgasme komen.* Op zich hoeft dit geen probleem te zijn, zolang de persoon in kwestie er plezier aan beleefd is het oke. Natuurlijk is het wel moeilijk om te achterhalen of dit al dan niet als een probleem ervaren wordt door de persoon. Indien we echter zouden weten dat het als een probleem ervaren wordt kunnen we naar oplossingen gaan zoeken. Nu kunnen we hen enkel de mogelijkheid bieden om te kunnen masturberen. Maar dit is een begin! (Kroef, 2007, p. 11)

6 VORMING EN VOORLICHTING: EEN VERSCHIL?

6.1 SEKSUELE VOORLICHTING

Seksuele voorlichting belicht het geven van informatie. Het is “het geven van informatie over medische, emotionele en psychosociale aspecten van seksualiteit.(Sensoa) Zo kan er voorlichting gegeven worden over de voorplanting, het verschil tussen jongens en meisjes, verliefd zijn, kinderen krijgen, soa's, enzovoort.

Seksuele voorlichting is naar mijn mening niet onbelangrijk voor de doelgroep waar ik mee zal werken. Enkelen onder jullie kunnen zich nu de vraag stellen waarom we aan voorlichting zouden doen als de cliënten in kwestie er toch geen notie van hebben. Zoals ik eerder beschreef heeft ieder van ons recht op informatie. Ik vind het dan ook maar normaal dat wij als begeleider in de mate van het mogelijke zoveel mogelijk kennis meegeven aan de zorgvragers. Laat mij het aantonen met een voorbeeld. Bijvoorbeeld: tijdens een verzorgingssituatie probeer ik altijd te zeggen wat ik ga doen. Zo zeg ik dat ik nu het haar zal wassen, dat ik haar linkerbeen zal opheffen etc. Ook al begrijpt de persoon in kwestie mij niet, toch hebben ze het recht te weten wat er zal gebeuren. Je kunt hier natuurlijk zo ver in gaan als je zelf wilt. Je kunt mijn handelen ook gaan bekijken vanuit andere functies. Zo kan mijn handelen tijdens een verzorgingssituatie ervoor zorgen dat de cliënt zich meer op zijn gemak voelt. Je praat tegen haar. Dat kan haar het gevoel geven van er te zijn, bewust te worden van zichzelf. Door dit voorbeeld aan te reiken probeer ik je duidelijk te maken dat voorlichting geven ook andere functies kan hebben. Blijf gewoon geloven in de mogelijkheden van je cliënt is mijn boodschap. Je kunt je cliënt zo goed kennen als je zelf denkt, maar je volledig verplaatsen in zijn leefwereld/belevingswereld is onmogelijk. Net daarom vind ik het belangrijk om zoveel mogelijk aan te reiken. Jou handelen heeft altijd een effect!

6.2 SEKSUELE VORMING

Seksuele vorming is echter veel breder dan seksuele voorlichting. Seksuele vorming speelt zich af op drie grote terreinen en deze zijn informatieoverdracht, het aanleren van vaardigheden en meningsvorming. “ Seksuele vorming is gericht op de wisselwerking tussen het individu en de omgeving” (Jeugd en seksualiteit, 2001, pag. 5) Een belangrijk verschil tussen vorming en voorlichting is het feit dat waarden en normen een belangrijke plaats innemen in de vorming, terwijl er bij voorlichting geen plaats is voor gevoelens laat staan voor waarden en normen. Door seksuele vorming leert men eigen waarden en normen kennen maar ook die van de anderen. Seksuele vorming is dus niet waarde vrij, ze is medebepaald door het mens- en maatschappijbeeld. Wanneer je zelf vorming geeft zal je geregeld botsen op je eigen waarden en normen. Zoals ik al neerschreef is seksualiteit iets heel persoonlijks. Dit komt door je eigen invulling ervan. Net door die persoonlijke invulling bots je in de praktijk vaak op tegenstrijdigheden. Hetzij met het team, hetzij met de cliënt. Ieder heeft zijn idee en invulling ervan. Het is net de kunst om open te staan voor andere meningen maar toch de jouwe niet opzij te schuiven.

Ook seksuele vorming kan een plaats krijgen in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking. Vorming gaat over gevoelens, waarden en normen. Net zoals ieder van ons kennen ook personen met een verstandelijke beperking gevoelens. De manier waarop ze ermee omgaan is natuurlijk verschillend en eigen aan het ontwikkelingsniveau. Ikzelf zal eerder aan vorming gaan doen omdat ik meer zal doen dan enkel informatie geven. Dit alles draait ten slotte niet alleen om de personen met een beperking maar ook om het volledige team. Het is van belang dat het team meewil met het concept rond seksuele vorming. Ook bij dit proces zullen waarden, normen en gevoelens te pas komen.

6.3 ALGEMENE DOELEN VAN VORMING

6.3.1 *Informatieoverdracht*

Kennis is macht! Dit zowel voor de personen met een handicap als voor het team. Personen met een beperking hebben zoals eerder beschreven recht op kennis en informatie. Het is aan ons om dit recht waar te maken. Want door kennis te verlenen verkleinen we de kans op misbruik, onmacht, kwetsbaarheid en verlegenheid. (Bosch & Suykerbuyk, 2006, pag. 47)

Steeds opnieuw kunnen we personen met een beperking iets bijbrengen. Het blijven geloven in hun mogelijkheden als persoon zorgt voor de motivatie om hen steeds opnieuw kennis te verlenen. Persoonlijk vind ik, of ze het nu begrijpen of niet, het is van belang dat jij hen de kans bied, dit "recht" te hebben. Hoe meer kennis we opdoen als team, hoe meer inzicht we hebben in de persoon, hoe meer wij als team de kwaliteit van leven voor de persoon met een beperking kunnen optimaliseren. Want door meer kennis te hebben kunnen we ons beter inleven in de zorgvragers waar door we meer doordachte beslissingen maken.

6.3.2 *Weerbaarheidvergroting*

Zoals hierboven beschreven is kennis macht. Meer concreet wil dit zeggen dat het hebben van kennis en ervaringen tot weerbaarheid leidt. Door kennis te hebben betreffende seksualiteit krijg je zicht op je eigen waarden en normen. Je kunt je eigen grenzen gaan bepalen, aangeven wat je wel en niet graag hebt. (Bosch & Suykerbuyk, 2006, pag.48) *Voor mijn doelgroep is dit naar mijn mening heel moeilijk daar twee onder hen geen verbale mogelijkheden hebben. Wel kunnen wij als begeleider veel afleiden uit hun non-verbale communicatie. Uit hun non-verbale signalen die gevoelens weergeven, kunnen we afleiden of ze iets al dan niet graag hebben. Gevoelens spelen dus ook een belangrijke rol. Bijvoorbeeld: tijdens een verzorgingsmoment spoel ik M. af met de sproeier. Wanneer ik de zeepresten in haar schaamstreek afspoel lacht ze uitbundig. Hieruit kan ik afleiden dat dit haar een prettig gevoel heeft. Ik laat de sproeier even hangen. M. geniet.*

Weerbaarheidvergroting is voor deze doelgroep zeer moeilijk daar ze geen besef hebben van hun eigen grenzen, schaamte, laat staan waarden en normen. Bij deze personen is de IK, het geweten, weinig of niet ontwikkelt. Hetgeen ze ervaren is een prettig of onprettig gevoel en ze weten hoe ze dit gevoel kunnen creëren. *Als ik kijk naar het team kunnen wij door het hebben van kennis wel onze eigen grenzen aangeven op vlak van seksualiteit bij de doelgroep. Zo kunnen we als team de kennis hebben, dat hulpmiddelen aanreiken bij deze doelgroep wettelijk toegelaten is, maar geven we als grens aan dat dit te ver gaat voor ons.*

6.3.3 *Vergroten van positief zelfbeeld*

Binnen seksuele vorming kunnen we het lichaam centraal plaatsen. We krijgen er info over, we associëren gevoelens bij bepaalde handelingen van het lichaam, enzoverder. Die kennis over het eigen lichaam draagt bij tot het zelfbeeld dat we hebben. Want het lichaamsbeeld dat we voor ogen hebben, is voor een groot stuk verantwoordelijk voor het beeld dat we hebben van onszelf. (Bosch & Suykerbuyk, 2006, pag. 48) Het is dus van belang om bewust te worden van het eigen lichaam. Hoe meer bewustwording er is, hoe groter het positief zelfbeeld kan zijn. Ook bij personen met een diep verstandelijke beperking kunnen we hun lichaamsbeeld vergroten. Dit gebeurt uiteraard op een ander niveau in vergelijking met personen met een licht verstandelijke handicap. Zo hebben visualisaties bijna geen effect op hen. Wel kunnen we hun eigen lichaam laten ervaren door heel basaal te gaan werken. *Zo wordt de Shantalamassage door veel begeleiders ook meegenomen in de verzorging. Door gebruik te maken van deze technieken kan de cliënt zich ontspannen waar-*

door de spasticiteit afneemt en bijvoorbeeld kleren beter aangaan, etc. Dit kan voor hen ook een vorm van seksualiteit zijn. *Bijvoorbeeld: aanraking is door de ogen van een pasgeborene een vorm van lust.* Door heel basaal te gaan werken kunnen deze personen zich bewust worden van hun eigen lichaam en door de aanrakingen krijgen ze het gevoel van veiligheid en geborgenheid. Wat op zijn beurt hen het gevoel heeft de moeite waard te zijn.

6.3.4 *Het leren hanteren van waarden en normen*

“Bij de meeste mensen met een diepe verstandelijke handicap staat de lust centraal en deze wordt vrij primair een plek gegeven. Drift, lustbeleving is snel zichtbaar, beleefde lust en onlust worden uiteraard zonder scrupules getoond.” (Bosh & Suykerbuyk, 2006, pag. 98). Zoals hier staat zijn personen met een diep verstandelijke beperking gericht op lust en onlust. Ze hebben geen besef van de heersende en gangbare waarden en normen en dit kan hen ook niet aangeleerd worden. Ze kunnen hun driften niet in bedwang houden. Ze gaan steeds op zoek naar de zo snel mogelijke bevrediging. Of dit nu kan of niet daar staan ze niet bij stil. *Bijvoorbeeld: S. zit s’avonds vaak in de relaxzetel in de leefgroep. Terwijl iedereen zijn bezigheid heeft zoals kleuren, muziek luisteren, tv kijken,... wrijft S. met haar hand over haar vagina en lacht ze. Ze heeft er geen besef van dat dit niet hoort volgens de heersende waarden en normen. Het enige wat haar drijft zijn haar lustgevoelens. Ikzelf geef haar hier de ruimte voor en leg een dekentje over haar. Op die manier kan ze doen en laten wat ze wil zonder dat er iemand daar last van heeft. Gedurende het proces van mijn eindwerk merk ik op dat heel wat collega’s me hierin volgen en ook zo gaan handelen.*

6.3.5 *Gezond met je eigen lichaam omgaan*

Bij de informatieoverdracht wordt het belang van hygiëne aangegeven. (Bosch & Suykerbuyk, 2006, pag. 50) Dit alles lijkt vanzelfsprekend maar kan in de praktijk heel wat anders zijn. Daar de personen met een diep verstandelijke beperking qua verzorging volledig afhankelijk zijn van de begeleiding, vind ik het noodzakelijk nogmaals op het belang van hygiëne te wijzen. *Bijvoorbeeld: tijdens een verzorgingsmoment steek ik L. in bad. Keer op keer ondervind ik dat er veel vuiltjes onder zijn voorhuid steken wanneer ik zijn penis was.* Het is van belang om zeer strikt om te springen met de hygiëne daar er snel infecties of ontstekingen ontstaan in de intieme zones. Ook wil ik opmerken dat we bij de vrouwelijke zorgvragers zuinig moeten omspringen met zeep in de schaamstreek. Door een teveel gebruik van zeep gaan de slijmvliezen uitdrogen en klopt de zuurtegraad niet meer. Het gevolg hiervan is dat er vaginale infecties en /of ontstekingen ontstaan. Indien hier niet op gelet wordt kan dit chronisch worden. Niet alleen de hygiëne van de geslachtsdelen is belangrijk, ook de handhygiëne mogen we niet uit het oog verliezen. *Bijvoorbeeld: het ontsmetten van de handen na het in de mond steken, masturberen, enzoverder.*

6.3.6 *Preventie*

Met preventie wordt bedoeld dat personen door de kennis weerbaarheid ontwikkelen waardoor ze hun eigen grenzen aangeven. Dit kan ervoor zorgen dat misbruik voorkomen wordt. Daar personen met een diep verstandelijke beperking dit zelf weinig of niet kunnen aangeven zijn zij een zeer kwetsbare groep en dus heel afhankelijk van bescherming. (Bosch & Suykerbuyk, 2006, pag. 50)

Het is belangrijk om de cliënten hun verhaal te kunnen lezen en dit hangt opnieuw af van de kennis die we als team bezitten. Bij preventie wil ik er ook op duiden dat dit niet alleen over bescherming van de persoon met een beperking gaat maar ook over de bescherming van jezelf. Het is ook voor jou, als begeleider belangrijk om te weten waar jou grenzen liggen, wat kan en niet kan. Hoe ver kan en mag je wettelijk gaan, om de kwaliteit van leven te verbeteren? Wanneer overschrijd je een grens? Dit alles zijn redenen waarom seksuele vorming een collectief proces moet zijn!

7 VISIE

7.1 WAT

Vooraleer ik mijn visie op papier wil zetten met betrekking tot seksualiteit, vond ik het niet onbelangrijk om vooraf na te gaan wat een visie nu eigenlijk is. Ik liet mij hiervoor inspireren door het vak Social Profit Management. Zo blijkt dat een visie een concrete vertaling is van hoe een organisatie haar waarden op lange termijn hoopt te realiseren. Een visie is toekomstgericht, dit wil zeggen dat een visie moet aangeven waar de organisatie in de volgende periode naartoe wil evolueren. Een visie heeft de organisatie een gevoel van richting. Het duidt op welke manier men de missie wil nastreven. Verder is het van belang dat alle medewerkers geraakt worden door de visie. Enkel wanneer zij er volledig achterstaan en de visie meedragen kunnen zij de energie zoeken om de doelstellingen van de organisatie te helpen bereiken. Met andere woorden, zonder visie kan men niets bereiken. Want wanneer er geen visie is kan het gedrag van de medewerkers ook niet beïnvloed worden. Een visie is een heel belangrijk onderdeel van een organisatie, daar het waardepatroon dat schuilt in de visie, in tijden van chaos het enige houvast is dat oriëntatie kan bieden.

Alsook moet een goede visie aan een aantal voorwaarden voldoen namelijk:

- Moet inspireren en stimuleren;
- Duidelijkheid;
- Gedragen door alle geledingen;
- Ieder op 1 lijn;
- Collectief proces.

7.1.1 *Moet inspireren en stimuleren*

Een visie moet in staat zijn mensen te verenigen. Het is van belang dat een visie meer is dan enkel een uitgangsbord. Het moet gedragen worden door alle medewerkers. Om dit te kunnen bereiken is het noodzakelijk dat de visie inspireert en stimuleert!

7.1.2 *Duidelijkheid*

Een visie moet zo duidelijk mogelijk zijn daar er kan op terug gevallen worden bij moeilijke en grote beslissingen. Want zoals eerder vermeld is een visie, in tijden van chaos, een houvast die oriëntatie biedt.

7.1.3 *Gedragen door alle geledingen*

Enkel wanneer de visie gedragen wordt door ALLE medewerkers kan men spreken van een goede visie. Doordat ze gedragen wordt door iedereen wordt ze net authentiek.

7.1.4 *Ieder op één lijn*

Ten slotte kan een visie de mensen in een organisatie op één lijn brengen waardoor coördinatie kan ontstaan.

7.1.5 Een collectief proces

Het laatste puntje waardoor een visie een goede visie kan worden is het proces dat eraan voorafgaat. In de praktijk ziet men vaak dat een visie wordt opgesteld aan de top en dat er van de rest van de organisatie verwacht wordt dat ze zich er achter stellen en dat alles hen maar opgelegd wordt. Niet te verwonderen dat er bij deze situaties bijna of geen motivatie is vanuit het team. Er is immers geen betrokkenheid geweest! Mijn mening hierover is dat elk lid van het team, van de organisatie waarop de visie betrekking heeft, de kans moet krijgen om zijn of haar inbreng te doen betreffende de visie. Ieder van hen moet de gelegenheid krijgen opmerkingen en suggesties toe te voegen aan het voorstel tot een visie. Hierbij wil ik even toelichten dat ik een aanzet zal geven tot een visie maar dat ik het volledige team de kans zal geven hun inbreng te doen. Dit is ook de reden waarom ik mijn volledige eindwerk zal toelichten op de teamvergadering. Hierbij is iedereen betrokken en is er tijd en ruimte voor discussie en overleg.

(Cuyvers & Mertens, 2000, pag. 28-30)

7.2 VISIE HUMIVAL

Op mijn stageplaats is er zo goed als geen visie betreffende het onderwerp seksualiteit. Binnenkort wordt er wel een werkgroep opgestart die hiermee aan de slag zal gaan maar dit is tot nu toe enkel nog toekomstmuziek. *Tijdens de opbouw van mijn eindwerk is de werkgroep opgestart en is de visie in volle ontwikkeling.*

7.3 WAAROM EEN VISIE ROND SEKSUALITEIT?

Zoals ik hierboven neerschreef, is een visie belangrijk daar het ons handelen stuurt. Het bepaalt hoe we omgaan met de bewoners. Het is niet onbelangrijk op te merken dat ook wij geleid worden door onze eigen waarden en normen. We handelen naar wat we zelf belangrijk vinden. *Zo vind ik het bijvoorbeeld heel belangrijk om bewust om te gaan met privacy, ik zal altijd de deuren sluiten tijdens een verzorgingsmoment. Dit komt vanuit het feit dat ik zelf veel belang hecht aan privacy. Het gaat hier over mijn eigen waarden en normen. Iemand die minder op privacy gericht is zal er ook niet zo op letten om steeds alle deuren te sluiten. Ook dit geeft de waarden en normen van de persoon aan.*

Net omdat de waarden en normen onder personen onderling zoveel verschillen is het aangewezen dat elk van ons zich bewust is van de eigen waarden en normen en die van een ander. Ook in een team kunnen er verschillende meningen heersen. Om tot een visie te komen waar ieder achter staat en één lijn vormt moeten we open staan voor ieder zijn mening en opvattingen. In een visie wordt duidelijk om welke manier we personen met een beperking bejegenen. Met een visie en de attitudes die hieruit volgen, kunnen we aangeven dat seksualiteit iets normaal is, iets wat tot iedereen toebehoort. Dit wil dus zeggen dat we door een goede visie op te maken de cliënt opnieuw een stukje meer betrekken in het 'gewone' leven. We bevestigen hen als volwaardige burger. Want...seksualiteit is van iedereen!

(Bosch. E., Suykerbuyk, E., 2006, pag. 45)

7.4 MIJN VISIE

Ikzelf wil een voorzet geven en neerschrijven hoe ik denk over seksualiteit, wat mijn drijfveren zijn en van welke overtuigingen ik streef naar seksualiteit. Ik ben van mening dat elke persoon op aarde het recht heeft op seksualiteit. Hierbij wil ik het burgerschapsparadigma betrekken die zegt dat ook personen met een beperking moeten gezien worden als een volwaardige burger en op een volwaardige manier moeten kunnen deelnemen aan de maatschappij. Ze hebben dus alle rechten en vrijheden zoals iedere burger deze heeft.

Seksualiteit is iets dat leeft bij elk menselijk wezen, zo ook bij personen met een verstandelijke handicap. Uiteraard kan deze seksualiteit vele vormen aannemen.

Het is belangrijk dat personen met een verstandelijke beperking een zo normaal mogelijk leven leiden. "(...) Ze moeten zeggenschap hebben (in de mate van het mogelijke) over hun eigen lichaam. Zeggenschap, keuzevrijheid en inspraak zijn allemaal items die behoren tot het emancipatorisch gedachtegoed. Via dit gedachtegoed wordt hun gevoel van zelfstandigheid, hun zelfbeeld bevorderd. Het gevoel iemand te zijn! Je probeert iemand dat te geven wat hij van je vraagt, wat hem in de verf doet komen en dat is uiteraard bij iedereen verschillend." (Bosch, 1997)

8 MIJN DOELGROEP

De doelgroep waar ik mee aan de slag zal gaan zijn 3 personen met een diepe verstandelijke beperking. Als we de indeling van Keersop en Van de Kerkhof herbekijken kunnen we zien dat deze personen zich op een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 3 jaar bevinden. Dit wil dus zeggen dat zij op een intellectueel niveau van 0 tot 3 jaar zitten. Om een beter beeld te krijgen van de mogelijkheden, de beperkingen, kortom de belevingswereld van de bewoners schets ik iedere bewoner individueel aan de hand van de hermeneutische cirkel.

8.1 HERMENEUTISCHE CIRKEL: DE METHODIEK

Nu we een visie hebben, hebben we nood aan een methodiek die de visie recht doet.

De hermeneutische cirkel is een methodiek waardoor je de verschillende aspecten van het functioneren van een persoon in kaart kunt brengen. Door deze methodiek krijgen we een snel en vooral een totaalbeeld van een persoon. De hermeneutische cirkel hanteert een narratief mensbeeld wat wil zeggen dat de mens gezien wordt als meer dan de som van de delen. De cirkel stelt ons begeleiders in staat om iemand zijn functioneren te bekijken vanuit verschillende invalshoeken. Dit is dan ook het doel van deze methode. Het wil ons in staat stellen het verhaal van de cliënt te begrijpen, te verstaan.

Ikzelf zal ook gebruik maken van de leer van de hermeneutiek om de bewoners waarmee ik zal werken zo goed mogelijk in kaart te brengen. Want zoals Bosh verwoordt: “de toepassing van de hermeneutische visie is ook zeer geschikt om een zo goed mogelijke inschatting te maken van een bepaald persoon, in dit geval op seksueel vlak.” (Bosh & Suykerbuyck, 2000, pag.53)

8.1.1 *De onderdelen van de hermeneutische cirkel*

De hermeneutische cirkel bestaat uit zes onderdelen die elk op hun beurt de moeite waard zijn om bekeken te worden. Hoewel we de onderdelen van elkaar kunnen onderscheiden zijn ze toch onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het laat zien dat we een mogelijk probleem vanuit verschillende kanten kunnen belichten die hetzij onrechtstreeks, hetzij rechtstreeks een invloed op elkaar uitoefenen.

8.1.1.1 De lichamelijke ontwikkeling

Mensen met een verstandelijk handicap doorlopen de lichamelijke ontwikkeling op dezelfde manier als mensen zonder een dergelijke handicap. Het is dus van belang rekening te houden met de leeftijdsfase waarin de betrokkene zich bevindt. (Bosch E., Suykerbuyck E., 2006, pag.54).

8.1.1.2 De verstandelijke ontwikkeling

Kennis van iemands ‘snapvermogen’ draagt bij aan de kennis van diens hulpvragen en aan een meer op maat toegesneden seksuele voorlichting. (Bosch E., Suykerbuyck E., 2006, pag.54).

8.1.1.3 De sociale ontwikkeling

Bij het sociale gaat het om de vraag hoe iemand met de ander omgaat of hoe iemand op de ander gericht is. Er kan sprake zijn van sociaal gewenst gedrag, dit ziet er natuurlijk prima uit en komt de beeldvorming van de cliënt ten goede. Het vergemakkelijkt het sociale verkeer en interacties kunnen hierdoor prettiger verlopen. Maar met dit soort gedrag houdt men de schijn op en vaak is er sprake van een lage emotionele ontwikkeling, men laat dingen zien die men eigenlijk niet zo goed aankan. Hierdoor wordt duidelijk dat de sociale en

de emotionele ontwikkeling vaak met elkaar in verband staan en dat dit kan zorgen voor spanning (Bosch E., Suykerbuyk E., 2000, pag.37).

8.1.1.4 De emotionele ontwikkeling

De emotionele ontwikkeling blijft vaak achter op de cognitieve ontwikkeling. Cognitie kan men ook wel vertalen als “kunnen” en “bevatten”. Het emotionele kan men vertalen als “aankunnen”. Het aankunnen verwijst naar de basis en is de draagkracht van een persoon. Dankzij deze argumentatie is de emotionele ontwikkeling in het midden van de cirkel geplaatst (Bosch E., Suykerbuyk E., 2000, pag.29).

8.1.1.5 De psychische en / of psychiatrische problematiek

Hierbij moet men denken aan bijvoorbeeld hechtingsproblemen, depressiviteit, traumatische gebeurtenissen enzovoort. In het boek van Bosh en Suykerbuyk vinden we deze fase niet terug bij de hermeneutische cirkel. Ikzelf plaats deze fase er wel bij daar ik geloof dat bijvoorbeeld een traumatische gebeurtenis een effect kan hebben op de seksuele ontwikkeling van een persoon.

8.1.1.6 De levensgeschiedenis

Ieder mens heeft zijn eigen geschiedenis, en door deze geschiedenis is men geworden wie men nu is. Bij persoonlijke levensgeschiedenis wordt gedacht aan: opvoedingsgeschiedenis, ontwikkelingsgeschiedenis, bijzondere gebeurtenissen, seksuele opvoeding, afkomst, milieu, cultuur (Bosch E., Suykerbuyk E., 2000, pag.55)

8.1.2 *Werking van de hermeneutische cirkel*

Net zoals bij de schaal van de emotionele ontwikkeling wordt er bij de hermeneutische cirkel gebruik gemaakt van een vragenlijst. Op deze manier worden alle 6 de gebieden op een correcte manier ingevuld. Zo krijgen we het verhaal van de cliënt te zien op seksueel gebied. De volledige vragenlijst met betrekking tot het seksueel gebied is te vinden in de bijlage.

8.2 BEWONER L

8.2.1 Algemene voorstelling bewoner

Beperkingen/moeilijkheden

- L. kan niet praten en niet zelfstandig eten. (maaltijdbegeleiding);
- Verzorgingsmomenten gebeuren volledig door de begeleiding;
- Incontinent;
- Spasmen;
- Regelmatig overgeven;
- Doet geen huishoudelijk taken (heeft enkel belevingsactiviteiten bv. snoezelen);
- Kan vrije tijd niet zelf invullen;
- Bevindt zich in de lichaamsgebonden ervaringsfase;
- Epilepsie;
- Kan zich zelfstandig niet begeven in de buitenwereld;
- Stoelgangproblematiek;
- Geen probleemoplossend vermogen;
- Fysieke beperking.

Mogelijkheden

- Gebruik van non-verbale communicatie, hij reageert met geluiden wanneer hij iets aangenaam of minder leuk vindt. Ook gebruikt hij zijn mimiek;
- Kan gevoelens uiten;
- Kan stappen mits ondersteuning;
- Ruimtelijke oriëntatie.

Leeftijd

L. is geboren op 28-07-1972.

Persoonlijkheid

- L. is iemand die openstaat voor contacten en reageert er ook spontaan op;
- L. is een opgewekte jongen die vaak begint te lachen als hij wat aandacht krijgt.

Sociale contacten

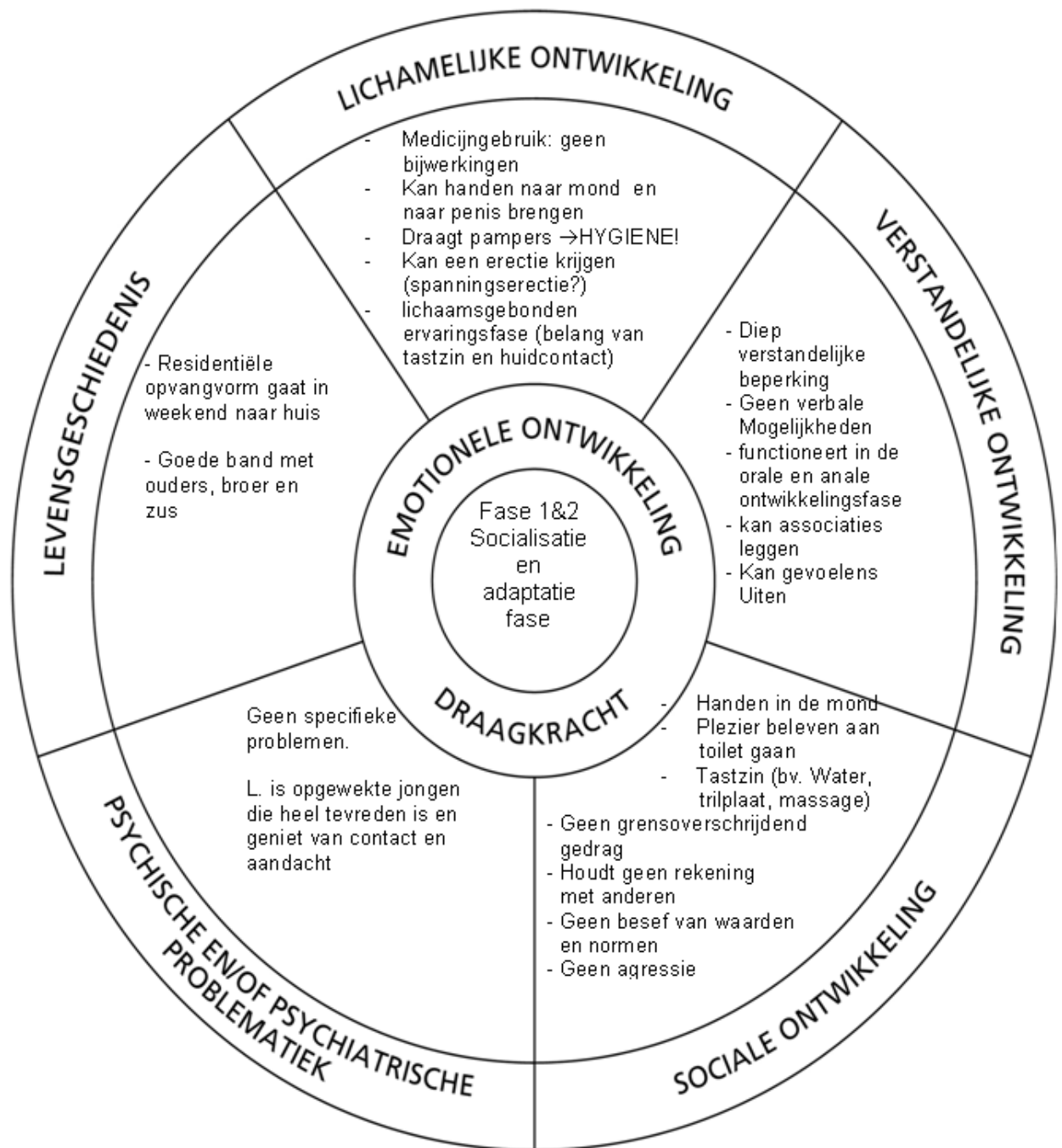
L. heeft een goede band met zijn ouders, broer en zus. L. gaat in het weekend naar huis. L. zoekt uit zichzelf oogcontact met de begeleiding, hij kent en herkent ze. Voor ons is het makkelijker om contact te hebben met L. bij de verzorgingsmomenten. L. is iemand die niet zo veel contact heeft met de medebewoners doordat hij niet zoveel in de leefgroep is doordat hij deelneemt aan de activiteiten van de niveaugroep. *Met contact bedoel ik eerder verbaal contact omdat er wel kan gezegd worden dat L. medebewoners aantrekt en uitnodigt*

tot contact. Dit door zijn non-verbale communicatie. Hij heeft een goed contact met de begeleiding maar is er ook afhankelijk van.

Zorgvraag/belangrijke punten

- Eten wordt fijngesneden + maaltijdbegeleiding;
- Handen worden steeds in zijn broek gestoken of onder het tafeltje van zijn rolstoel (anders steekt hij zijn handen constant in zijn mond);
- L. wordt gefixeerd wanneer hij niet in zijn rolstoel zit om overgeven tegen te gaan;
- Werken rond basale stimulatie;
- Letten op het ritme, het volume en de stemhoogte die je in het spreken legt. Dit is belangrijk wanneer je de aandacht van L. wil trekken;
- Zelf activiteiten aanbieden;
- Vooral sensorische prikkels aanbieden;
- L. bewust verschillende lichaamshoudingen laten aannemen;
- Kussen onder hoofd leggen bij epilepsie- aanvallen;
- Laxerende siroop toedienen wanneer er geen stoelgang is.

8.2.2 Hermeneutische cirkel



8.2.3 *Emotionele ontwikkeling*

Gedurende mijn stage leer ik de bewoners beter en beter kennen. Onbewust ga je observeren maar je doet daar niet echt iets mee. Wanneer ik van start ging met de theoretische inzichten van mijn eindwerk, merkte ik op hoeveel we als begeleider in de dagelijkse situaties observeren maar waarmee we helemaal niets doen. We stellen er ons geen vragen bij, we gaan dingen als 'normaal' gaan zien. Na de kennis die ik allemaal opgedaan heb kan en durf ik zeggen dat we achter elk uiterlijk waarneembaar gedrag het waarom in vraag moeten stellen. Dit kan ons immers helpen verder te raken in zorg op maat en kan een aangepaste hulpvraag doen creëren.

Na het invullen van de vragenlijst omtrent de emotionele ontwikkeling kan ik besluiten dat L. zich voornamelijk bevindt in de adaptatiefase maar ook voor een klein deel te plaatsen is in de socialisatie fase. L. is iemand waarbij vooral de sensorische integratie centraal staat. Alsook is er een integratie van ruimte. De reden waarom ik naast de resultaten van de vragenlijst, hem ook in de socialisatiefase plaats is het feit dat L. bepaalde associaties kan leggen. *Bijvoorbeeld wanneer we met hem naar de gang gaan weet hij dat hij in zijn bedje zal mogen en zijn vreugde laat hij dan ook merken door te lachen. Ook wanneer hij merkt dat we de badkamer in gaan weet hij dat hij in aanraking zal komen met water. Alsook dit maakt hem blij.*

8.2.4 *Persoonlijke bevindingen over hoe seksualiteit in bewoner zijn/haar leven vorm kan krijgen*

8.2.4.1 *Handen in de mond*

Als ik L. zou moeten plaatsen in een seksuele ontwikkelingsfase plaats ik hem zowel bij de orale als bij de anale ontwikkelingsfase. L. steekt heel vaak zijn handen in zijn mond. Het is bijna een automatisme. Om dit tegen te gaan worden L. zijn handen steeds onder de plank van zijn rolstoel gestoken. Op zich geen slecht initiatief, als je weet dat er vaak wondjes ontstaan, door het steeds opnieuw in de mond steken van de handen. Echt hygiënisch is het ook niet. Ook tijdens het toiletmoment worden L. zijn handen vast gestoken. Op zich vind ik dit geen slecht initiatief, het is een afspraak die gemaakt is met reden. Daar ik nu weet wat het voor L. betekent om de handen in de mond te steken zou ik graag eens terugkomen op deze afspraak. Voorheen werd de gezondheid en de hygiëne van L. voorop gesteld. Nu zou ik graag eens de seksualiteitsbeleving voorop stellen, wat niet wil zeggen dat ik hygiëne en gezondheid niet belangrijk acht. Ik geloof gewoon in het feit dat het kunnen hebben van een seksualiteitsbeleving veel kan doen met een mens. Het kan de kwaliteit van hun leven verbeteren. Stel dat jij iemand bent zoals L., het enige waar je steeds opnieuw naar zoekt is directe behoeftebevrediging. Als je honger hebt wil je eten, als je je goed wil voelen zoek je ook steeds opnieuw naar die vorm die je lust kan bevredigen. L. ervaart veel via zijn mond. Hij ervaart plezier aan geluiden maken, aan het bijten en zuigen op zijn handen en/ of vingers. Dit is voor hem zijn seksualiteit. Wanneer we dit weten, kunnen we besluiten dat wij als begeleiders hier verkeerd op reageren. Door het initiatief dat voorheen zo een goede oplossing leek, ontnemen we L. zijn lustvolle activiteiten. *Mijn voorstel hierbij is dat we L. bijvoorbeeld tijdens het snoezelen de kans kunnen geven om zijn lustvolle activiteiten te laten ervaren. Dit is naar mijn mening het ideale moment daar de tastzin van L. voor hem ook kan gezien worden als een vorm van seksualiteit.*

8.2.4.2 *De tastzin*

Zoals eerder beschreven is de tastzin een heel belangrijk item in de seksuele ontwikkeling van een persoon. Dit is zo vanaf het begin van de ontwikkeling tot het einde van de ontwikkeling. Voor L. is een aanraking niet alleen lustvol, het geeft hem veiligheid en geborgenheid. Het laat hem ervaren iemand te zijn. Daarnaast wordt hij zich door verschillende

aanrakingen ook bewust van zijn eigen lichaam. In de dagelijkse werking zijn er naar mijn mening enkele ideale momenten om deze vorm van 'seksualiteit' te benutten. Net door die intieme momenten te hebben met een bewoner creëer je meer en meer een band. Zo zie je maar dat seksualiteit veel meer doelen voor ogen heeft dan enkel de beleving van lust!

Ten eerste denk ik aan het snoezelen. De massage van de handen en de voeten, het spelen met scheerschuim, kriebelen, enzovoort zijn steeds opnieuw andere aanrakingen. Het materiaal dat wordt gebruikt heeft steeds een andere structuur waardoor alles nog anders aanvoelt. Dit alles kan voor de bewoner een bewustwording zijn van het lichaam en dit terwijl hij geniet van de aanraking en de aandacht. Ook tijdens badmomenten kunnen we inspelen op deze aanrakingen. Denk maar aan de douchekop op een iets zachtere of net een iets hardere sproeistand zetten. We kunnen snoezelbadjes geven en L. echt laten voelen aan het water, hem het laten aanraken. We kunnen specifiek op een lichaamsdeel gaan sproeien zodat hij ook het bestaan ervan ervaart. Ook hierin kunnen we zover gaan als we zelf willen. Wees creatief en benut deze momenten! Wat ik wel nog wil opmerken bij verzorgingssituaties is het feit dat we er echt moeten op letten om L. zijn penis grondig te wassen. Concreet bedoel ik hiermee dat we de vuiltjes van onder de voorhuid moeten halen want dit kan echt zorgen voor infecties. Dit kunnen we doen door de voorhuid naar achter te brengen en met de sproeier alle vuiltjes weg te spoelen.

8.2.4.3 Het plezier van naar het toilet gaan

Wanneer we L. op het toilet plaatsen zien we dat hij lacht. Hij is blij dat hij naar het toilet mag en kan gaan. Wanneer we ons niet afvragen waarom dit zo is vinden we dit bijna 'raar' want wie beleeft er nu plezier door naar het toilet te gaan. Als ik je nu zeg dat L. zich in de anale fase bevind kunnen we dit alles beter gaan begrijpen. Want in deze fase wordt de lustbevrediging geassocieerd met de anus. Dit wil dus zeggen dat L. plezier beleeft en lust ervaart door te 'spelen' met de anus. Als we hierbij verder gaan nadenken kan dit misschien ook een van de redenen zijn waarom L. soms last heeft van stoelgangproblematiek. Misschien wil hij wel zijn wil laten zien. Misschien wil hij wel zelf beslissen of hij al dan niet kiest voor activiteit of passiviteit. *Ik stel voor om de toiletsituatie te behouden zoals ze nu is. L. krijgt hier ruim de tijd om te 'genieten' van dit moment.*

8.2.4.4 Een erectie

Ook L. krijgt geregeld een erectie tijdens een bad of toiletmoment. We kunnen hiervoor twee verklaringen hebben. Enerzijds valt dit te verklaren vanuit het feit dat "personen met een verstandelijke beperking zeer gevoelig zijn voor stress. Door hun verstandelijke leeftijd kunnen ze niet echt overweg met hun seksuele gevoelens en dit veroorzaakt angst. Die angst veroorzaakt spanning waardoor het adrenalinegehalte in hun bloed gaat stijgen". (Suykerbuyk, 2007, pag.11) Een spanningserectie wordt dit ook wel genoemd. Anderzijds kan het ook een gewone lichamelijke reactie zijn die aangeeft dat de persoon zich prettig voelt. Concreet wil dit dus zeggen dat we ervoor moeten zorgen dat L. zich tijdens zo'n momenten op zijn gemak voelt. Vele begeleiders hebben het er moeilijk mee wanneer een cliënt een erectie krijgt en gaan zich schamen, het lastig vinden of zich zelfs onveilig voelen. Weliswaar voelt de cliënt de sfeer die er heerst aan. Tijdens intieme momenten is het de bedoeling dat er ook een intieme sfeer heerst waarbij we op een respectvolle manier omgaan met de cliënt. *Wanneer L. een erectie krijgt moeten we dit gaan zien vanuit zijn situatie. We moeten het gaan zien zoals een normale lichamelijke reactie. Als begeleider moet je in principe niets met een erectie. Wel moet je er elke keer opnieuw voor zorgen dat er geen spanning heerst. Wanneer jij als begeleider een rustige, kalme en respectvolle manier omgaat met de cliënt kan de spanning afnemen. Door dit te doen ervaar je of L. een erectie heeft om dat hij zich prettig voelt, of als hij er één heeft uit spanning.*

8.3 BEWONER M.

8.3.1 Algemene voorstelling bewoner

Beperkingen/moeilijkheden

- M. begrijpt geen verbale communicatie;
- Ernstige mentale beperking;
- Fysisch beperkt;
- Kan niet praten;
- M. is op alle gebieden volledig afhankelijk van de begeleiding;
- Spasticiteit (spastische quadriplegie);
- X-benen;
- Lichte scoliose lumbaal;
- Vatbaar voor verkoudheden en middenoorontstekingen;
- Zweet vlug;
- Gezondheid heeft grote invloed op haar gemoedstoestand;
- Geen probleemoplossend vermogen (eerder lust en onlust);
- Aangepaste rolstoel met zitschelp;
- Vaak problemen met stoelgang (wekelijks een lavement);
- Kan niet kauwen en voedsel niet zelf van de lepel nemen
- Kan niet deelnemen aan huishoudelijke taken wegens de ernst van haar handicap;
- M. neemt niet deel aan productieve ateliers, het beleven staat bij haar centraal bv. snoezelen;
- Incontinent.

Mogelijkheden

- Uit zich door non-verbale taal (bv; zich opspannen, lachen, roepen,...);
- Reageert positief op tactiel (tastbaar) contact (wel afhankelijk van gemoedstoestand);
- Kan echt genieten van haar zintuigen die geprikkeld worden;
- Ze kan doelgerichte handelingen stellen zoals krabben aan haar neus wanneer hij kriebelt;

- Ze stelt handelingen maar kan er niet op reageren. Bijvoorbeeld; roepen bij het niet verdragen van de drukte om haar heen → kan de groep niet verlaten door lichamelijke beperking.

Leeftijd

M. is geboren op 29-12-1959 en bevindt zich in de lichaamsgebonden ervaringsfase.

Persoonlijkheid

M. is iemand die niet van drukte houdt. Wanneer er teveel drukte is begint ze te jammeren of te roepen.

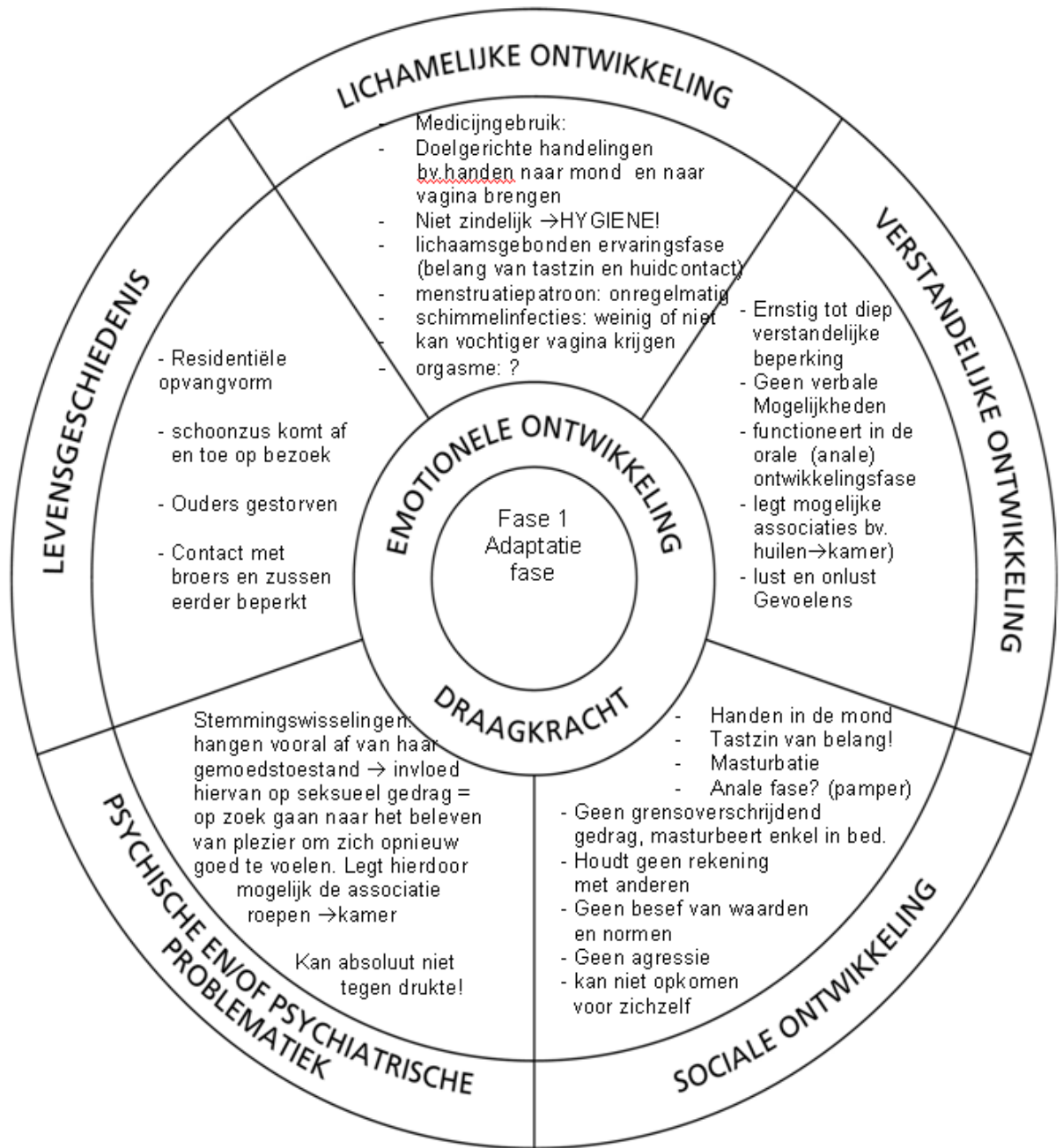
Sociale contacten

- Het ene moment is M. graag in de leefgroep, het andere moment is ze liever alleen. M. heeft met de medebewoners weinig spontaan contact. Voor M. is het moeilijk om contact te leggen met andere bewoners door het niet kunnen verplaatsen en het gebruik van non-verbale communicatie. De contacten die M. met de begeleiding heeft zijn vooral lichamelijke contacten. (basale stimulatie, verzorging,...);
- De schoonzus van M. komt geregeld op bezoek. Soms lacht M. wel eens, maar of dit eerder een reactie is op de aanwezigheid van familie of gewoon ligt aan M. haar goedstoestand op dat moment blijft een vraagteken;
- De mama en de papa van M. is gestorven alsook haar ene broer. Haar andere broer komt heel af en toe op bezoek en haar schoonzus komt wekelijks.

Zorgvraag/belangrijke punten

- Verzorgingsmomenten blijven belangrijke contactmomenten;
- Tijdens verzorgingsmomenten: aandacht voor basale stimulatie! (sfeerschepping, lichaamscontact,...);
- Oordopjes insteken bij badmoment (gehoorgang is operatief verwijderd en er bestaat gevaar voor hersenvliesontsteking als er water in haar oor kan komen);
- Handschoen aandoen bij slapengaan (steekt hand anders in neus, oor en mond);
- Handen regelmatig inwrijven met bodylotion → droge huid;
- Maaltijdbegeleiding;
- Aandacht voor genoeg drinken → zweet veel;
- Vooral rond haar zintuigen werken en haar het gevoel geven van veiligheid;
- Bewust zijn van eigen lichaamstaal bv. een plotse toenadering van ons kan voor M. een schrikreactie opwekken zodat ze zich opspant;
- Oog hebben voor de vele non-verbale taal en proberen de signalen op een correcte wijze te interpreteren;
- Zoveel mogelijk individueel bezig zijn met M. (daarom niveaugroep);
- Eén maal in de week een lavement steken;
- M. bewust laten worden van het eigen lichaam en de verschillende ledematen.

8.3.2 Hermeneutische cirkel



8.3.3 *Emotionele ontwikkeling*

Naar mijn mening bevindt M. zich in de adaptatiefase. M. neemt heel veel waar via haar zintuigen en leert daar ook uit. De waarnemingen geven dus aanleiding tot een activiteit. *Bijvoorbeeld: M. komt per toeval aan haar vagina, ze ontdekt dat dit een plezierig gevoel is en ze blijft dit regelmatig doen.* Dit wil dus zeggen dat de sensorische integratie centraal staat in het leven van M. Ik plaatste M. in deze fase daar ik vind dat ze nog niet echt associaties maakt. En als ze deze zou maken zijn deze heel beperkt. M. heeft wel oog voor hetgeen wat rondom haar gebeurt maar kan zich er snel aan storen. Bijvoorbeeld: teveel drukte. Ze heeft veel meer oog voor zichzelf, de sensaties en de ervaringen die voortkomen uit zichzelf. De autistische fase wordt dit ook wel genoemd. Zoals eerder beschreven is ook het lichamelijk contact enorm belangrijk in deze fase! Aan M. zien we ook dat ze enorm van lichamelijk contact kan genieten. Wel zien we dat dit afhankelijk is van haar gemoedstoestand. Als ze niet zo tevreden loopt zal ze bij het begin van het lichamelijk contact geen emotie tonen of een boos gezicht trekken. Maar wanneer we een rustige en kalme houding blijven aanhouden en verder gaan met het lichamelijk contact zien we dat ze al gauw omslaat van stemming.

8.3.4 *Persoonlijke bevindingen over hoe seksualiteit in de bewoner zijn/haar leven vorm kan krijgen*

8.3.4.1 *Handen in de mond*

Net zoals L. heeft ook M. de neiging om haar handen in haar mond te steken. Dit gebeurt niet zoveel maar als het gebeurt hebben wij als begeleiders de reflex om haar er op te wijzen. Door alleen nog maar haar naam te zeggen haalt ze haar handen uit haar mond. Het is net alsof ze echt begrijpt wat we bedoelen. Meestal komt dit voor tijdens het snoezelen. *Ook hierbij stel ik voor net zoals bij L., om dit toe te laten op dit moment. Dit is voor haar ten slotte een moment van lustbeleving en moet dus kunnen.*

8.3.4.2 *Badmomenten*

Net zoals L. is M. ook gevoelig voor aanrakingen van haar vagina. Zo had ik tijdens een badmoment voor dat ik M. haar intieme zone aan het afspoelen was. M. begon te lachen. Ik interpreteerde dat ze dit plezant vond. Ik liet de sproeier even hangen, M. gierde. Voor mij persoonlijk kan dit, natuurlijk heeft iedereen zijn grenzen en dit begrijp ik. *Bij dit onderdeel stel ik voor dat we bespreken op het team hoe ver we hier in zullen gaan. Wel letten we hier extra op de hygiëne van de intieme delen! De bewoners zijn immers afhankelijk van onze ingesteldheid betreffende de hygiëne. Het is onze opdracht om ervoor te zorgen dat ze geen infecties en / of ontstekingen krijgen.*

Wanneer ik een snoezelbad gaf aan M. merkte ik op dat ze heel ontspannen was. Ik zag dat haar hand geleidelijk aan naar de intieme zone gleed. Telkens als ik opkeek, had ze neiging te schrikken en haar hand richting haar hoofd te verplaatsen. Ik besloot M. even de kans te geven om haar lust te kunnen beleven. Ik liet M. voor een bepaalde tijd alleen in de badkamer. Met dit voorbeeld wil ik je duidelijk maken dat je iets kan doen met de signalen die je krijgt, ziet en opvangt. Creëer de mogelijkheid daar waar het kan! Uiteraard mogen we de veiligheid van de bewoners niet uit het oog verliezen en dienen we dit alles af te wegen en te zoeken naar mogelijkheden.

8.3.4.3 *De tastzin*

Tijdens snoezelmomenten kunnen we zien dat M. echt kan genieten van datgene wat rondom haar gebeurt. Ze geniet ook ten volle van aanrakingen en massage. Zo kan ze tijdens een hand of voetmassage haar voeten / handen volledig ontspannen terwijl deze an-

ders heel spastisch zijn. Dit alleen duidt op het gegeven van seksualiteit. Voor haar is aanraking een lustbeleving, een plezierig gevoel dat niet alleen zorgt voor het bewust worden van hun eigen lichaam maar ook voor een positiever zelfbeeld. *Ook hier raad ik aan om de intieme momenten te benutten en gebruik te maken van de tastzin.*

8.3.4.4 Een open pamber

Tijdens de ochtendverzorging is het vaak zo dat we opmerken dat er in M. haar pamber een gat is. We kunnen dit gegeven negeren of we kunnen er op in spelen.

spelen. Dit gat laat duidelijk merken dat M. masturbeert. Aangezien M. incontinent is en dus steeds een pamber draagt is het voor haar moeilijker om te kunnen masturberen. M. kan zich door haar ernstige beperking niet verplaatsen en is hiervan afhankelijk van ons. Net om deze twee redenen vind ik het meer dan normaal om haar ook die lustbelevingen te schenken. *We kunnen dit oplossen door M. haar pamber zowel 's middags als 's avonds enkele uurtjes open te laten. Op deze manier heeft zij de vrijheid om haar lust en plezier te kunnen beleven. Dit kan naar mijn mening absoluut geen extra last zijn voor de begeleiding daar M. steeds vroeger gaat slapen in vergelijking met de andere bewoners. Het is niet dat er iets extra komt bij kijken. De pamber kan dan gesloten worden wanneer de andere bewoners gaan slapen. Wel dient er om hygiënische reden rekening gehouden te worden met het moment waarop ze een lavement heeft gekregen. Uiteraard laten we dan de pamber dicht. Wanneer ik het gedrag van M. nogmaals bekijk denk ik ook aan de anale fase. M. krijgt wekelijks een lavement. Ik heb al meermaals ondervonden wanneer ik haar pamber ververs - wanneer ze een lavement heeft gekregen - dat er een gat in haar pamber is. Nu kan je je de vraag gaan stellen of dit ook een reden kan zijn waarom ze een gat in haar pamber maakt want uiteindelijk is M. wel incontinent en heeft ze dus geen controle over haar sluitspieren. Ergens geloof ik er wel in dat M. weet en ervaart dat ze er geen controle over heeft. Dat alles er maar uit komt zonder dat zij het tegen kan houden. Dit moet toch een raar gevoel geven? Misschien kan dit ook een reden zijn waarom ze haar handen naar haar pamber brengt. Daar dit een onoplosbare discussie kan worden hou ik het bij een vermoeden.*

8.3.4.5 Een orgasme

Ik vind het moeilijk aan te geven of M. er een probleem mee heeft dat ze geen orgasme ervaart. Wie weet ervaart ze dit wel? Eigenlijk vind ik het op een bepaalde manier ook goed dat we dit niet weten. Dit bewijst dat er toch nog een stukje privacy is. Langs de andere kant kunnen we M. misschien helpen wanneer we zouden weten of ze al dan niet een orgasme ervaart. Ik vind deze situatie echt dubbel daar ik me niet kan inbeelden hoe we dit kunnen achterhalen. We kunnen toch moeilijk in de kamer blijven tot M. begint te masturberen? Ze heeft dan wel geen notie van schaamte en waarden en normen, gewoon uit respect vind ik dit niet kunnen. *Haar de kans geven om te masturberen zie ik als een eerste stap. Tijd en inzicht brengen ten slotte raad naar verdere stappen.*

8.4 BEWONER S.

8.4.1 Algemene voorstelling bewoner

Beperkingen/moeilijkheden

- ADL: volledig afhankelijk van de begeleiding;
- Stikkings -en verslikkingsgevaar bij eten en drinken;
- Quadriplegie en spasticiteit;
- Regelmatig blaasontstekingen en vaginale infecties;
- Doet geen huishoudelijke vaardigheden;
- Kromming ter hoogte van de rug en schouders;
- Atrofiëren, spieren verdwijnen en bewegingen verdwijnen ter hoogte van de onderste ledematen;
- Kan praktisch niet kauwen;
- Eczeem;
- Soms last van stoelgang;
- Ernstige mentale beperking;
- Geen grote emotionele draagkracht (gevolg: sneller in psychologisch isolement);
- Fysische beperking.

Mogelijkheden

- Begrijpt eenvoudige en duidelijke boodschappen;
- Kan praten, maar alles moet eerst goed verwerkt worden vooraleer ze kan antwoorden (heeft tijd nodig);
- Heeft een goed werkende grove motoriek ter hoogte van de handen en armen maar dit wordt soms beperkt door de spasticiteit;
- Kan praten en haar verbaal goed duidelijk maken;
- Levendige vorm van fantasie, neemt de werkelijkheid soms aan voor fantasie.

Leeftijd

Ze is geboren op 29-09-1964.

Persoonlijkheid

S. kan op emotioneel vlak niet alles plaatsen en verwerken. Ze kan zich in zichzelf verliezen en erg opeisend zijn. Vaak zien we dat het vastloopt in de vroege morgen of s' nachts. Af en toe ontstaat er een negatief gedrag maar in het algemeen kunnen we zeggen dat S. een persoon is die heel sociaal, lief en vriendelijk is.

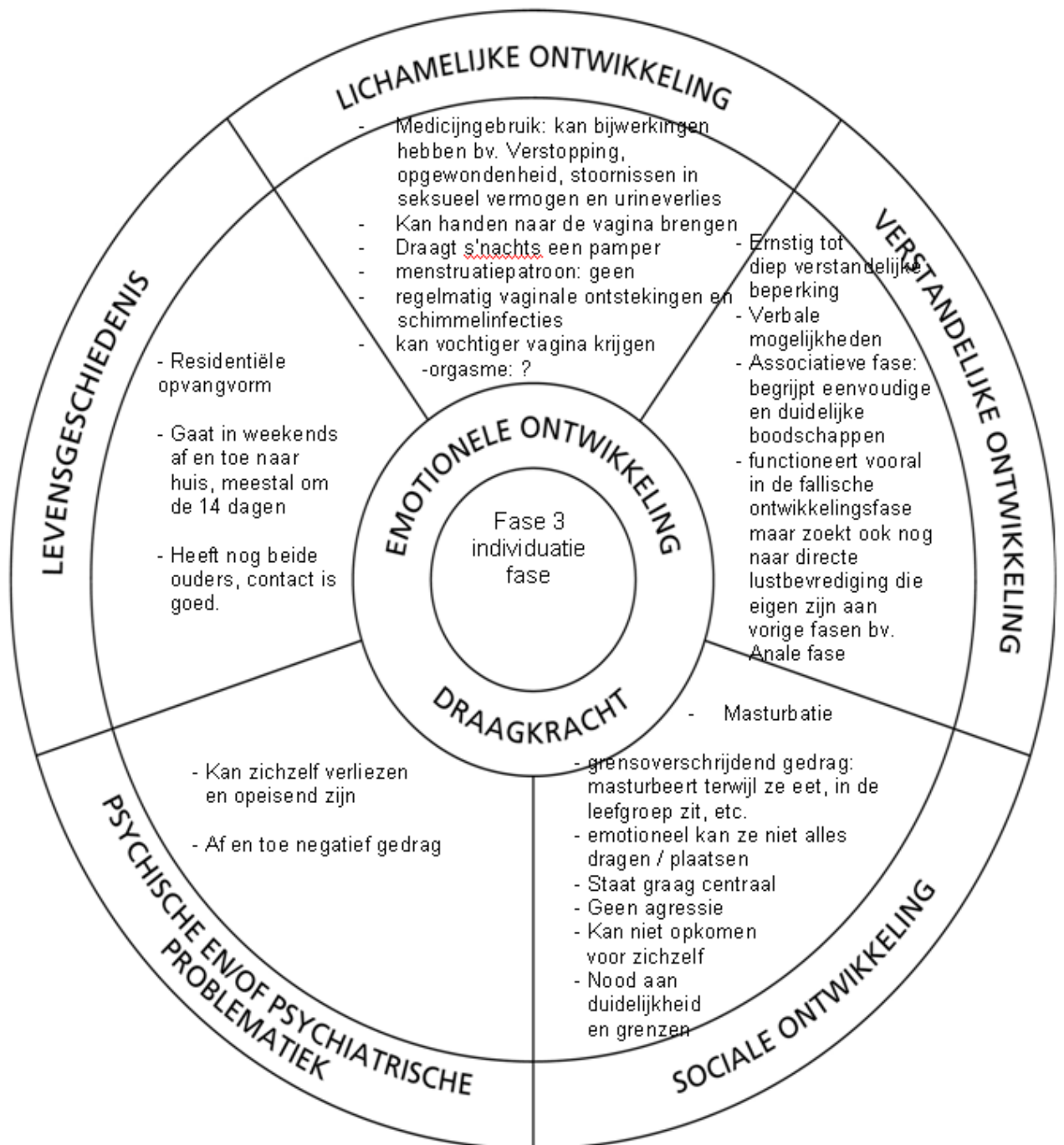
Sociale contacten

- S. is iemand die begaan is met al de bewoners en staat graag centraal;
- Ze heeft haar beide ouders nog en het contact is heel goed. Om de veertien dagen gaat ze naar huis;
- Met haar broers heeft ze weinig contact;
- S. is een meegaand en bezorgd persoon voor de medebewoners en het personeel.

Zorgvraag/belangrijke punten

- Nood aan duidelijkheid en structuur;
- Grove motoriek blijven ondersteunen door aangepaste activiteiten aan te bieden;
- Eten in stukjes snijden want kauwen is miniem;
- Langzaam eten toedienen (slik -en stikkingsgevaar);
- Letten op eczeem;
- Lavement steken wanneer geen stoelgang;
- Letten op wat je haar verteld (geringe emotionele draagkracht);
- Aanbieden basale stimulatie;
- Zorgen dat ze niet overdrijft in haar fantasie.

8.4.2 Hermeneutische cirkel



8.4.3 Emotionele ontwikkeling

Ikzelf zou S. plaatsen in de individuatiefase daar het lichamelijke contact voor S. minder belangrijker wordt. Ze geniet er wel nog van maar ik heb de indruk dat ze er minder gevoelig voor is dan L. en M. Zoals je wellicht zal opgemerkt hebben in de algemene beschrijving van S., is ze een persoon die graag centraal staat. Ze is in staat doelgerichte veranderingen aan te brengen in de omgeving. Dit wil zeggen dat ze associaties kan leggen. Ze begrijpt eenvoudige duidelijke boodschappen en oefent een invloed uit op de omgeving. *Als ze 's nachts roept, weet ze dat er iemand zal komen.* Ook is ze zich bewust van haar motoriek. *Bijvoorbeeld: haar armen ontspannen wanneer je het vraagt, iets grijpen, iets vastnemen, als ik masturbeer krijg ik een prettig gevoel, enzovoort.* De grootste reden waarom ik S. bij deze fase geplaatst heb is het feit dat wie er zich in deze fase bevindt, ook plaats neemt op de balans van autonomie en afhankelijkheid. S. is iemand met een eigen wil. Ze heeft geregeld aan wat ze wil doen. *Bijvoorbeeld: buiten zitten, muziek luisteren, zwemmen, etc.* S. Daarnaast is ze ook afhankelijk, dit mede door haar beperking en rolstoelgebruik. Ze wil en ze wil niet. Als laatste kunnen we zeggen dat S. iemand is die bezorgd en meegaand is met medebewoners en personeel, ook dit is een eigenschap van de individuatiefase. Ze toont een oprechte interesse. *Zo kan ze plots jou naam zeggen en vragen hoe het met je is, wat je vanmiddag gaat doen, of je morgen ook komt, enzoverder.*

8.4.4 Persoonlijke bevindingen over hoe seksualiteit in bewoner zijn /haar leven vorm kan krijgen

8.4.4.1 Masturbatie

De grootste vorm van seksualiteitsbeleving die we zien bij S. is het masturberen. Meer en meer merken we op dat S. masturbeert. Hoe dit komt blijft een vraagteken, hoewel ik de uitleg ga zoeken bij het medische. Ik las de bijsluiters van enkele medicatie die S. inneemt en kan besluiten dat Risperdal enkele bijwerkingen kan hebben op de seksualiteitsbeleving. Zo kan het ervoor zorgen dat er stoornissen in het seksueel vermogen ontstaan en dat er opgewondenheid is. Of dit de oorzaak is valt moeilijk te achterhalen maar het zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. Een andere verklaring kan zijn dat S. zoekt naar een onmiddellijke lustbevrediging omdat ze zich verveelt of zich niet goed voelt van binnen. Het zoeken naar een aangenaam en plezierig gevoel. Bij S. kunnen we spreken van grensoverschrijdend gedrag daar het haar niet uitmaakt waar en wanneer ze masturbeert. S. heeft geen waarde en normenbesef, laat staan een schaamtegevoel. *Bijvoorbeeld: de personen met een diep verstandelijke beperking eten voor de andere bewoners omdat zij maaltijdbegeleiding krijgen. Terwijl de andere bewoners eten zitten zij meestal in de leefgroep. Het is geregeld zo dat S. plots begint te lachen, wanneer je dan kijkt wat er aan de hand is, zie je dat ze met haar hand(en) over haar schaamstreek aan het wrijven is. Meestal hebben wij als begeleiding dan de neiging S. haar gedrag stop te zetten. Begrijpelijk dat dit onze eerste reactie is want iemand die masturbeert tijdens een eetsituatie is niet zo proper. We handelen vanuit ons eigen waarden en normen wat goed is maar het kan ook op een andere manier. Het is in de eerste plaats niet goed dat we S. haar gedrag gaan afkeuren. Seksualiteit kan en mag! Ten tweede moeten we stilstaan bij het feit dat S. geen waarden en normenbesef heeft. Hier is het dan aan ons om te fungeren als tussenpersoon om zo de heersende waarden en normen te respecteren. Wij moeten oplossingen en mogelijkheden creëren. Zo kunnen we S. verplaatsen naar een andere ruimte, een dekentje over haar leggen, enzovoort. Maar NOOIT het gedrag afkeuren!*

Wel wil ik ietwat nuanceren bij het grensoverschrijdend gedrag, en aangeven dat de meeste begeleiders haar duidelijk maken dat haar gedrag kan. Maar enkel en alleen als er een dekentje over ligt.

8.4.4.2 Het toiletmoment

Een bezoek aan het toilet is voor S. niet enkel de mogelijkheid om stoelgang te maken en te urineren. Het is het 'ideale moment' om te komen tot masturbatie. Voor ons als team hoeft dit in principe ook geen probleem te zijn, daar iedereen aan tafel zit op het moment dat S. zich op het toilet bevindt. *Gebruik dit moment en zie het nut ervan in. Geef S. de mogelijkheid en gun haar de tijd. Let wel, kloppen en zeggen dat je gaat binnen komen alvorens je het toilet binnengaat. Voor S. was dit een moment van privacy.*

8.4.4.3 Een open pamber

Net zoals bij M. merken we bij S. geregeld een open pamber op. *Net zoals bij M. is mijn voorstel hier om de pamber gedurende een tijd open te laten.*

8.4.4.4 Het badmoment

Een badmoment moet af en toe ook eens een moment van rust kunnen zijn en niet enkel in het belang staan van de hygiëne. Hierbij verwijs ik graag naar het voorbeeld van het snoezelbad bij M. Net zoals iedereen kan S. ook genieten van een warm bad. *Mijn voorstel hierbij is dat wanneer het mogelijk is, we de personen dit proberen aan te bieden. We geven hen even de tijd, we geven hen een moment van privacy. Wanneer dit niet mogelijk is spelen we wel in op de signalen die we krijgen en zien. Zo kan S. plots beginnen schateren wanneer ik haar intieme zone afspoel. Ik laat de douchekop dan iets langer boven de zone hangen. Ook letten we opnieuw op de hygiëne daar S. regelmatig last kan hebben van vaginale ontstekingen. We gebruiken niet te veel zeep, liefst zelfs geen (in de intieme zone). We gebruiken ook geen Lactacyd daar deze de slijmvliezen uitdrogen.*

8.4.4.5 De tastzin

Ik merk op dat S. kan genieten van aanrakingen, massages, enzovoort. Toch heb ik de neiging neer te schrijven dat S. de tastzin minder als lustbevrediging ervaart in vergelijking met L. en M. Zij zitten grotendeels of volledig in de lichaamsgebonden ervaringsfase terwijl S. eerder in de associatieve fase zit. Uiteraard blijft aanraking en de tastzin in elke ontwikkelingsfase belangrijk. *Om deze reden geef ik als voorstel mee dat we steeds gebruik blijven maken van de tastzin want steeds opnieuw kan dit je een prettig gevoel geven. Daarom moet het voor de persoon zelf geen lustbevrediging zijn. Het is een plezierig gevoel en daar stopt het.*

8.4.4.6 Een orgasme

Net zoals bij M. blijft het gissen naar het al dan niet hebben en / of krijgen van een orgasme. *Geef S. de kans om te masturberen en haar lust te beleven. Tijd zal uiteindelijk wel raad brengen of we al dan niet verder stappen moeten ondernemen.*

9 ALGEMENE TIPS

- Sta open voor de gedachte dat seksualiteit ook een deel van personen met een verstandelijke beperking hun leven is. Want zolang je er zelf niet voor open staat kan je je er ook niet naar gaan gedragen en het accepteren als iets 'normaals';
- Zie seksualiteit heel breed en heb oog voor details. Zo kan geluiden produceren, zuigen aan iets al een vorm zijn van lustbeleving en gezien worden als een vorm van seksualiteit;
- Geef personen de kans om tot seksualiteitsbeleving te komen. Las momenten in waarop deze personen de kans krijgen om lustvolle activiteiten te stellen. Door deze momenten in te lassen is er privacy en kan de persoon ZELF bepalen of hij dit nu al dan niet doet. Bv. Laat pampers open, handen in de mond kan en mag, enzovoort;
- Ga na in welke seksuele ontwikkelingsfase de cliënt zich bevindt. Van hieruit kan je hun gedrag gaan verklaren en beter inspelen op de individuele noden;
- Vraag je af in welke emotionele fase zich een cliënt bevindt en waarom. Op deze manier kan je een cliënt niet gaan overvragen;
- Neem tijdens intieme momenten een kalme rustige houding aan. Dit draag je over op de cliënt;
- Zie een erectie als een normale lichamelijke reactie waardoor een persoon zich prettig voelt;
- Durf je mening weergeven maar praat steeds met een respectvolle bejegening over seksualiteit bij deze doelgroep;
- Let op de hygiëne van de intieme delen: niet teveel zeep gebruiken bij de vrouwen want daardoor drogen de slijmvliezen uit, let bij de mannen op de voorhuid;
- Ook de handhygiëne verliezen we niet uit het oog;
- Vraag je af of de cliënt, het niet tot een orgasme komen, als probleem ervaart en zoek naar oplossingen. Bijvoorbeeld: trileendjes;
- Keur het seksueel gedrag nooit af. Creëer mogelijkheden en oplossingen;
- Fungeer als tussenpersoon voor de heersende waarden en normen. Jij bent verantwoordelijk voor de persoon in kwestie daar deze niet over een waarden en normenbesef beschikt;
- Wees bewust van je positie in het leven van een persoon met een verstandelijke beperking. Jij hebt voor een groot stuk hun leven in handen;
- Geloof in de mogelijkheden en de capaciteiten van personen met een beperking. Breng eerste de kwaliteiten van iemand in kaart en promoot deze;
- Bekijk de persoon en zijn seksualiteit vanuit verschillende invalshoeken. Verlies ook het medische aspect niet uit het oog want ook dit kan een invloed hebben op iemand zijn seksualiteitsbeleving (hermeneutische cirkel);
- Respecteer de privacy van de personen met een beperking maar ook die van jezelf. Durf je eigen grenzen aangeven;
- Durf creatief zijn en buiten de lijnen denken;
- Parkeer je eigen waarden en normen.

10 HET PROCES BINNEN HET TEAM

10.1 VRAGENLIJST

Daar ik meer en meer begon neer te schrijven betreffende mijn eindwerk. Vond ik het niet onbelangrijk om te achterhalen, hoe mijn team denkt over seksualiteit. Ik maakte een vragenlijst met enkele situatieschetsen en vroeg aan elk lid van het team deze lijst in te vullen. (vragenlijst zie bijlage)

10.1.1 *De opzet: waarom een vragenlijst?*

Ik denk dat ik er goed aan gedaan had om dit onderwerp via een vragenlijst aan te pakken. Het is niet evident om van de ene op de andere dag openlijk over seksualiteit te communiceren binnen het team. Zeker omdat er nog geen visie bestaat betreffende dit onderwerp, kan dit een lange eindeloze en onoplosbare discussie worden. Mede daarom leek me het beter eerst een zicht te krijgen om de individuele denkpatronen / denkwijzen. Wanneer ik hier een zicht op heb, zou ik alle gegevens verwerken en bespreken binnen het team. Eenmaal ik zou weten welke denkpatronen en denkwijzen er heersen, kan ik er rekening mee gaan houden binnen het team. Ik zal op deze manier een zicht krijgen op, en waar de moeilijkheden zitten en deze proberen om te zetten naar mogelijkheden. Ook koos ik er voor om de vragenlijsten anoniem te houden. Zoals ik hier boven al neerschreef, kan ik begrijpen dat het openlijk praten over seksualiteit niet zo gemakkelijk is als het lijkt. Net omdat seksualiteit zo persoonlijk is wou ik dit voorlopig nog zo houden. Voor mij is het openlijk communiceren betreffende seksualiteit bijna normaal. Dit mede dankzij mijn opvoeding. Ik ben me er heel bewust van dat dit een gevolg is van de groei naar autonomie. Mede door al deze verschuivingen zijn de waarden en normen die ik nu heb en belangrijk acht, gevormd. Ik denk zeker dat het voor sommige collega's niet zo vanzelfsprekend is om seksualiteit een plaats te geven binnen de leefgroep. Vroeger was het praten en communiceren over seksualiteit een taboe. Het werd gezien als een kwaad. Als zij blijven vasthouden aan datgene wat 'was' en niet openstaan voor nieuwe ontwikkelingen en verschuivingen zou dit wel eens een moeizaam proces kunnen worden. Ik ben zeer benieuwd naar de resultaten van de vragenlijst en ik hoop er ergens op dat iedereen zich kan en wil openstellen. Het willen op zich is voor mij al voldoende want aan het kunnen kan gewerkt worden. Maar het willen is noodzakelijk, het is de intentie die je handelen en je denken zal sturen! Wanneer we dit niet hebben is er geen motivatie en kan er ook geen groei zijn. Mijn overtuigingskracht overbrengen op anderen kan hier al een start zijn!

Als ik nog redenen zou moeten bedenken waarom ik gekozen heb voor de vragenlijsten zou ik het feit naar voorschrijven dat ik mijn collega's al eens wou laten nadenken wat zij als seksualiteit zien en ervaren bij deze doelgroep. Door er in de eerste plaats zelf bij stil te staan en jouw beweegredenen naast elkaar te plaatsen, leer je jezelf nog meer kennen. Door jou eigen perspectief in kaart te brengen leer je ook een zicht krijgen op andere perspectieven en kan je je oogkleppen afzetten. Als laatste zou de vragenlijst er wel eens voor kunnen zorgen dat we ons zelf tegen komen. Dat we botsen op onszelf met onze eigen waarden, normen en levensgeschiedenis, onze opvoeding en onze ontwikkeling. Dit kan voor onszelf een groei zijn. We krijgen meer zicht op onszelf als individu, als seksueel wesen!

Ik voel me goed bij het feit dat ik hun een veilige onveiligheid gecreëerd heb. Ik heb er voor gezorgd dat mijn collega's hun mening kwijt kunnen over een onveilig thema en dit op een veilige manier! Na enkele meningen te toetsen bij mijn collega's merkte ik al gauw enige terughoudendheid op. Mijn veilige onveiligheid was dan toch niet zo veilig gebleken. Na verschillende gesprekken werd me duidelijk dat veel van mijn collega's de vragen interpreterden op zichzelf en niet op de doelgroep waarmee ik aan de slag zou gaan. Na wat individuele verduidelijkingen bleek dat hun mening al snel veranderde. Ze vonden de vragen iets te persoonlijk.

Wanneer ik kijk vanuit welk standpunt ze keken naar mijn vragenlijst, kan ik dit volkomen begrijpen. Ik zou het er ook niet eenvoudig mee hebben om neer te schrijven wat seksualiteit voor mezelf is. Na de verduidelijkingen hadden ze het plots niet meer zo moeilijk met de vragen.

Toen ik mijn vragenlijst had opgesteld had ik dit in de eerste plaats ook gedaan om zo te achterhalen of mijn team achter mijn eindwerk stond. Bij enkele collega's voelde ik toch enige twijfel aan. Toen mijn mentor me vroeg om even kort mijn eindwerk toe te lichten op de teamvergadering, ging ik hier op in. Dit leek me een ideaal moment om mijn eindwerk even te kaderen en hun verwachtingen hier omtrent te toetsen. Ook dan had ik nogmaals de mogelijkheid om mijn doel betreffende de vragenlijsten toe te lichten.

De weerstanden waren er vooral door een miscommunicatie. De collega's betrokken de vragenlijst op zichzelf in plaats van op de doelgroep. Op deze manier kwam de vragenlijst bij sommigen té persoonlijk over. Laat mij dit even verduidelijken aan de hand van een voorbeeld. In de vragenlijst vraag ik naar wat seksualiteit voor hen betekend en hun invulling ervan. Uiteraard is deze vraag betrokken op de doelgroep. Vele collega's hadden de indruk dat ik wou weten wat seksualiteit in hun leven betekende en vonden dit net een iets te bedreigende vraag. Misschien was ik niet duidelijk genoeg in mijn vraagstelling. En had ik er uitdrukkelijk bij moeten vermelden dat ik wou achterhalen wat zij als seksualiteit zien in het leven van een persoon met een diep verstandelijke handicap. Voor mij was dit vanzelfsprekend maar uit fouten kan je leren! In het vervolg zal ik dus net iets duidelijker moeten zijn. Ik heb de meeste van mijn collega's aangesproken omtrent dit misverstand en alles verduidelijkt. Al gauw merkte ik dat er net echt een weerstand meer was! Omdat het heel wat tijd vroeg en een hele rompslomp was om steeds opnieuw mijn verhaal te doen besloot ik om alles te verduidelijken om de teamvergadering. Op de teamvergadering merkte ik dat het grootste deel van het team bijna helemaal niets weet over de seksualiteitsbeleving. Voor hen is het bijna een "nieuw" thema. Omdat het gebrek aan info ook de vragenlijst bemoeilijkt besloot ik om na de paasvakantie mijn volledige eindwerk voor te stellen aan het team. Zo was er plaats voor opmerkingen, bedenkingen en discussies. Nadat ik mijn eindwerk dan voorgesteld heb zou ik bevragen of ze de vragenlijst nu op dezelfde manier zouden invullen als voordien, of is hun denkwijze veranderd? Op zich was het niet slecht dat ik de vragenlijst nu al heb laten doorgaan. Het zet het team aan tot nadenken!

10.2 TEAMVERGADERING 1

Op de teamvergadering werd me al snel duidelijk dat mijn team een nauwere kijk heeft op seksualiteit, dan ik heb. Ik kan dit uiteraard begrijpen, daar ik al veel lectuur verwerkt heb en dit terrein voor de meesten nog onbekend is. Wat me wel sterk verwonderde, was het feit dat mijn team bij seksualiteit, bij deze specifieke doelgroep enkel dacht aan masturberen en erecties. Van enkelen onder hen was ik wel van mening dat ze een iets bredere visie had met betrekking tot seksualiteit. Omdat ik het nu nog moeilijk vind om uit te leggen wat seksualiteit kan betekenen binnen het leven van personen met een diepe verstandelijke beperking, stelde ik voor om mijn volledig eindwerk toe te lichten na de paasvakantie. Ik heb mezelf voorgenomen dat het volledig theoretisch gedeelte dan afgewerkt moet zijn. Er valt zoveel te vertellen over seksualiteit dat ik het liever grondig en volledig wil bespreken, in de plaats stukje per stukje en alles door elkaar toe te lichten. Mijn doel hierbij is de collega's te laten zien dat seksualiteit zoveel meer is bij deze doelgroep. Voor hen is het een ongekend terrein en via deze manier wil ik hen informeren maar vooral duidelijk maken hoe ik het zie. Welke visie ik volg en waarom. Eenmaal dit gebeurd is zal ik pas kunnen afwegen waar hun grenzen liggen. Tijdens de teamvergadering had ik een opgelucht gevoel. Dit kwam zeker door het feit dat ieder op zich, mij het gevoel gaf er open voor te staan. Ik was ergens gerustgesteld! Het gevoel dat het team het onderwerp wil leren kennen en er voor wil open staan geeft je nog die extra motivatie om er echt voor te gaan!

10.3 DE VOORLICHTING

Op de volgende teamvergadering zal ik de theoretische inzichten die ik gebruik toelichten en binnen het team zal ik de hermeneutische cirkels bekijken. Ik kies ervoor om de hermeneutische cirkels binnen het team te behandelen omdat er steeds aanvullingen van het team kunnen komen. Elke bewoner heeft immers een aandachtsbegeleider en die kent de bewoner soms net dat tikkeltje beter dan de andere begeleiding. Ik wil komen tot een verbetering en optimalisering van de bewoners hun kwaliteit van leven. Dit is enkel mogelijk wanneer we een zo volledig mogelijk beeld hebben van de bewoner in kwestie. Een volledig beeld creëren kan pas wanneer we gaan kijken vanuit verschillende invalshoeken. Elke persoon kijkt meestal door een andere bril. Door dit gegeven kunnen we de persoon op verschillende manieren gaan bekijken. Door met verschillende personen te kijken naar de persoon kunnen we komen tot een consensus om zo het beeld van de bewoner te vervolledigen. Ikzelf zal wel een aanzet geven tot het opstellen van de cirkels.

10.4 TEAMVERGADERING 2

Alvorens van start te gaan met de teamvergadering heb ik besloten om aan elke collega een bundeltje met mijn theoretische inzichten met betrekking tot mijn eindwerk te geven. Dit was voor mijzelf de enige mogelijke optie daar de volgende teamvergadering pas plaatsvindt na de indiendatum van mijn eindwerk. Om dit alles duidelijk te organiseren stopte ik een brief met deze mededeling in het dagboek. Via de brief vroeg ik de medewerking van elke collega om mijn eindwerk tegen een welbepaalde datum te lezen. Op die bepaalde datum zou ik met elke collega samenkomen, om zo een idee te krijgen over hun bevindingen betreffende mijn eindwerk. Via deze manier kon ik hun persoonlijke mening achterhalen betreffende:

- de theorie;
- mijn visie;
- de algemene tips;
- de bruikbaarheid;
- de aanzet tot verdere stappen.

10.4.1 Consensus

De mening van mijn collega's is een heel belangrijk item in dit eindwerk. Dit vooral omdat ik mijn bevindingen, mijn inzichten moet overbrengen op het team, om zo seksualiteit bespreekbaar te maken en geleidelijk aan vorm te kunnen geven binnen het leven van personen met een diep verstandelijke beperking. Ik moet eerst mijn team meekrijgen alvorens we stappen kunnen zetten naar een visie.

10.4.1.1 Op een andere manier...

Eerst en vooral had ik een gesprek met mijn mentor, die ook hoofdopvoeder is, en dus zicht heeft op de meningen, bevindingen binnen het team. Door het lezen van mijn eindwerk kijkt hij op een andere manier naar de bewoners. Dit is niet negatief daar dit eerder gaat over het begrijpen van het gedrag van de bewoners en het eigen handelend gedrag aanpassen aan dit gedrag van de bewoners. Concreet wordt hiermee bedoeld dat ik ervoor gezorgd heb dat de bewoners op een andere manier bekeken worden. Dit door gebruik te maken van 'nieuwe' theoretische kaders, eigen inzichten en bevindingen. Mijn mentor liet me blijken dat hij, als hoofdopvoeder er volledig achter staat om met mijn visie en inzichten verder te werken, deze te integreren in de werking en door te gaan trekken naar andere bewoners. Uiteraard moeten we dit alles zien op lange termijn. Want we moeten veel willen om net dat kleine te kunnen bereiken.

10.4.1.2 Nieuwe inzichten zorgen voor nieuw gedrag

Na een gesprek met alle collega's van mijn team kan ik concluderen dat iedereen me kan volgen in mijn visie. Het is voor het team een nieuwe invalshoek, een nieuwe manier om het gedrag van de bewoners te benaderen. In de gesprekken merkte ik op dat mijn collega's beseffen dat ze het gedrag van de bewoners nooit op deze manier bekeken hebben. Dat ze nooit echt stilgestaan hebben van waar dit gedrag komt. *Wanneer ze bijvoorbeeld zagen dat L. zijn handen in zijn mond stopte, hadden ze nog nooit eerder de link gelegd met seksualiteit.* Ieder van hen staat open om seksualiteit een plaats te geven binnen het leven van de personen met een diep verstandelijke beperking. Door op een andere manier te gaan kijken naar het gedrag en te begrijpen van waar het gedrag komt kunnen we ons beter in de persoon inleven en gaan handelen. Ik denk dat het een goed idee geweest is om iedere collega individueel te bevragen en mijn eindwerk volledig te laten lezen. Op deze manier kregen ze de tijd om alles grondig te verwerken en te begrijpen. Want door er een tijdje over na te denken konden ze bedenkingen maken en mij al dan niet volgen in mijn visie.

Daar mijn team heel kritisch kan zijn, wat uiteraard zeer positief is, kreeg ik enkele suggesties en bedenkingen. Uit mijn team kwam de vraag waarom ik bij het belang van hygiëne niet gewezen had op de handhygiëne. Ikzelf vond dit bijna vanzelfsprekend maar op vraag van mijn team heb ik dit graag nog eens vermeld in mijn eindwerk. Want uiteraard wat voor mij vanzelfsprekend is, is dat niet voor anderen. Persoonlijk merk ik op dat het uiterlijk waarneembaar is dat mijn eindwerk een effect heeft op mijn team, dat ze meer nadenken alvorens gedrag te stellen. *Zo merk ik dat vele begeleiders een dekentje op S. leggen als zij aan het masturberen is in de leefgroep, zonder dat die afspraak is gemaakt binnen het team. Ook tijdens het snoezelen merk ik op dat L. zijn handen niet meer onder een deken worden gestoken.* Zo zie je maar dat enkel voorlichting, het geven van informatie al voldoende kan zijn om een effect te hebben op iemand zijn gedrag. Seksueel gedrag wordt nu niet meer afgekeurd, het wordt begrepen.

10.4.1.3 De tips

Wanneer ik vroeg aan mijn collega's of ze mijn tips en suggesties konden volgen en zouden kunnen waarmaken in hun handelen bleek dat ze deze zeer positief vonden en absoluut haalbaar achten. Zoals hierboven beschreven worden vele al toegepast zonder dat er concrete afspraken hieromtrent zijn gemaakt binnen het team. Ik merk dan ook dat mijn team steeds meer gaat nadenken over het 'seksueel gedrag' van de bewoners. *Zo had ik een gesprek met een collega die me vertelde dat ze de oplossing voor S., namelijk het gebruik van het dekentje, een heel goed idee vond. Want S. is iemand die emotioneel niet zo sterk is. Wanneer we haar bijvoorbeeld naar haar kamer zouden brengen indien ze masturbeert in de leefgroep, zou ze dit kunnen ervaren als straf. Op deze manier zou ze het masturberen in de leefgroep associëren met een straf waardoor ze zou kunnen denken dat dit gedrag verkeerd is en niet mag stellen. Zoals eerder beschreven is het net belangrijk het gedrag niet af te keuren. En bovenal moeten wij als begeleider optreden als tussenpersoon voor de heersende waarden en normen, daar de personen met een diep verstandelijke beperking geen normbesef kennen. Ziehier het belang van de emotionele ontwikkeling. S. is emotioneel niet sterk genoeg om dit te kunnen begrijpen, dragen en te plaatsen.*

10.4.1.4 Privacy

Bij enkele collega's was er ietwat discussie om het feit dat het moeilijk is om privacy af te wegen. *Wanneer we bijvoorbeeld kijken naar B. kunnen we zeggen dat zij geen schaamte kent. Ze heeft geregeld de gewoonte om naakt door de gang te lopen, haar deur niet te sluiten wanneer ze haar wast, enzovoort. Voor haar is dit normaal en zij hecht geen belang aan privacy. Waarom moeten wij als begeleiders dan schermen voor haar privacy. Uiteindelijk is deze voorziening haar huis, haar veilige omgeving. Wij lopen thuis toch ook wel eens naakt naar onze kamer?* Dit is inderdaad een moeilijke discussie maar toch blijf ik er bij dat het recht op privacy een plaats moet kennen in het leven van personen met een verstandelijke beperking. Ook al hebben de personen in kwestie geen notie van schaamte en privacy toch moeten wij die tussenpersoon zijn die opkomt voor dit recht. Als we kijken naar het voorbeeld van B. is het recht op privacy niet alleen van belang voor B. zelf maar ook voor de medebewoners. Het gaat over respect en veiligheid zowel naar zichzelf als naar de anderen toe.

10.4.1.5 Meerwaarde?

Globaal kan ik zeggen dat mijn volledige team mijn eindwerk een meerwaarde vind daar ik poorten geopend heb waar het team nu verder mee moet. Door na te gaan denken over seksualiteit geven we seksualiteit een kans en weten we van waar het gedrag komt. Ook kunnen we mijn theoretische inzichten op andere bewoners gaan betrekken om hen beter te begrijpen en te benaderen. Voordien dacht mijn team enkel aan seksualiteit bij de mobielere bewoners en stonden ze niet stil bij de seksualiteitsbeleving bij personen met een diep verstandelijke beperking.

11 REFLECTIE (ALGEMEEN BESLUIT)

De opzet, het doel van mijn eindwerk was om seksualiteit bespreekbaar en mee vorm te geven binnen het leven van personen met een diep verstandelijke beperking, binnen een leefgroep.

Ik zag dit thema als een uitdaging en het heeft dan ook veel denkwerk, geduld en creativiteit gevraagd. Eerst en vooral bestaat er heel weinig, zo goed als geen literatuur betreffende dit onderwerp. Het was dus aan mij om linken te leggen, te interpreteren en vooral enorm veel te observeren. Eenmaal dit was gebeurd kwam de moeilijkste opdracht. Mijn visie en inzichten overbrengen op het team. Hen motiveren en laten geloven om het gedrag van de bewoners via mijn theoretische kaders te bekijken. Ik heb dit vooral gedaan door hen voorlichting te geven. Tijdens mijn eindwerk gaf ik mijn team heel veel informatie en liet ze vanuit mijn visie kijken naar het gedrag van de bewoners. Ik liet hen nadenken over wat seksualiteit voor hen betekent en waar hun eigen grenzen liggen. Hier hebben we het dan over een stukje vorming. Ik reikte hen tips aan om seksualiteit een plaats te geven en stelde hierin het voorbeeld. Want net door alles voor te leven oefen je een invloed uit op het gedrag van anderen, en dit bleek ook in de praktijk. Geleidelijk aan werden bijna alle tips gehanteerd door het volledige team en dit zonder dat er concrete afspraken werden gemaakt en vastgelegd.

Vorig jaar werd bijna alles dat draaide rond of te maken had met seksualiteit de doofpot ingestopt. Binnen het team werd er niet nagedacht over seksualiteit, laat staan over gepraat. Door mijn eindwerk, dat een grondige motivatie weergeeft waarom seksualiteit zo belangrijk is en een hele hoop informatie biedt, werd het thema seksualiteit geopend. Voordien stond mijn volledige team wel open voor seksualiteit, maar nooit eerder werd de aanzet gegeven dit thema te openen. Ik kan en durf zeggen dat mijn hoofddoelstelling: "het bespreekbaar maken van seksualiteit geslaagd is". Want nu wordt er binnen het team nagedacht én gesproken over seksualiteit! De deuren naar het vorm geven van seksualiteit in het leven van e personen met een diep verstandelijke beperking zijn geopend.

Ik geloof er heel sterk in dat mijn eindwerk een meerwaarde kan betekenen naar het team toe. Ik heb de aanzet gegeven om het gedrag op een andere manier te bekijken, om er bij stil te staan. Alleen dit bereiken vraagt al veel inzet en energie van het team, want bij het thema seksualiteit hebben we het nog steeds over eigen grenzen, eigen waarden en normen. Juist die grenzen verleggen, vraagt tijd en moeite! Maar nu het geopend is moeten we verder gaan en stappen ondernemen. Want nu begrijpen we meer en hebben we inzicht in dit gedrag, waardoor we op een andere manier kunnen gaan handelen. Hun recht op seksualiteit wordt geleidelijk aan herkent, de taboesfeer verdwijnt en hun leven kent meer kwaliteit!

Ik hoop dat mijn eindwerk een inspiratiebron kan zijn om te geloven in de capaciteiten van ieder individu. Waar wij dachten dat er geen sprake was van seksualiteit is het tegendeel bewezen. Onthoud: ' We moeten veel willen, om dat kleine te bereiken!'

12 BIBLIOGRAFIE

- Aga, A. (2005-2006), *Opvoeders in hun blootje... De invloed van het persoonlijk referentiekader van opvoeder op hun omgang met seksualiteit bij volwassen personen met een verstandelijke beperking*. Afstudeerproject familiale en seksuologische wetenschappen. Leuven, faculteit Geneeskunde – Katholieke Universiteit Leuven.
- Bosch, E. (1995). *Seksualiteit en relatievorming van mensen met een verstandelijke handicap*. 1ste druk. Baarn, Nelissen.
- Bosch, E. (1996). *Dood en sterven in het leven van mensen met een verstandelijke beperking*. 1ste druk. Baarn, Nelissen.
- Bosch, E. (1997). *Visie en attitude, respectvolle bejegening van mensen met een verstandelijke handicap*. 3de druk. Baarn, Nelissen.
- Bosch, E. (1998). *Bejegening in de zorg, respectvol omgaan met cliënten*. 1ste druk. Baarn, Nelissen.
- Bosch, E., Suykerbuyk, E., (2000). *Seksuele vorming aan mensen met een verstandelijke handicap. De kunst van het verstaan*. 1ste druk. Baarn, Nelissen.
- Bosch, E., Suykerbuyk, E., (2005). *Begeleiding van seksueel misbruikte mensen met een verstandelijke beperking*. 1^e druk. Soest, Nelissen.
- Bosch, E., Suykerbuyk, E., (2006). *Seksuele vorming aan mensen met een verstandelijke handicap. De kunst van het verstaan*. 4^e druk. Soest, Nelissen.
- Bosh, E. (2006). *Heeft een vrouw ook een piemel? De zin van emancipatie op het gebied van seksualiteit en intimiteit in het even van mensen met een verstandelijke beperking*. 1^e druk. Arnhem, Bosch & Suykerbuyk Trainingscentrum B.V.
- Bruyninckx, W., Bussens, S., (2008). *Opvoedingsondersteuning. 3^e jaar Professionele Bachelor in de Orthopedagogie*. Gent, Departement Sociaal-Agogisch werk – Hogeschool Gent.
- Conix, G., Claerhout, H., Ryckaert, A., (2005). *Seks@relaties.kom! Werkboek voor mensen met een verstandelijke beperking*. Berchem, EPO.
- Craft, A. (1987) *Mental handicap and sexuality. Issues and Perspectives*. Kent, DJ Costello.
- Cuyvers, G., Mertens, J., (2000). *Organisatiekunde. Praktijktheorie voor non-profit organisaties*. Mechelen, N.V Wolters Plantyn.
- De Belie, E., Ivens, C., Lesseliers, J., Van Hove, G., (2000). *Seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke handicap. Handboek preventie en hulpverlening*. 1^e druk. Leuven, Acco.
- De Lovie (2004). *Visie op seksualiteit bij personen met een verstandelijke beperking*. Intern document. Poperinge.
- De Wilde, K. (2006), "Mensen met een handicap: ook seksueel beperkt?", *Antenne*. (2006) september: p. 28-32.
- Dösen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen. Een ontwikkelingsdynamische visie*. Meppel, Boom.
- Dosen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen, Koninklijke Van Gorcum.

- Douma, J., Van den Bergh, P., Hoekman, J., (1998). *Verstandelijke handicap en seksueel misbruik*. Amsterdam, Lemniscaat.
- Humival. *Voorstellingsbrochure*. Intern document. Waarschoot, Humival.
- Humival (2009). *Kwaliteitshandboek intern*. Intern document. Waarschoot, Humival.
- *IPPF-charter voor seksuele en reproductieve rechten* (1998), Gent-Utrecht, CGSO vzw / Rutgers-stichting.
- Jeugd en Seksualiteit (2001). *Seksualiteit en handicap*. Onderzoeksrapport. <http://www.jeugdseksualiteit.be/documenten/onderzoek2001.pdf>
- Kersten, M. (2003). *Seksualiteit van mensen met een handicap. Een analyse van bestaande kennis en aanwijzingen voor praktijk en verdere kennisverwerving*. Utrecht, LKNG.
- Kroef, M. (2007). "Kan hij leren masturberen.", *Klik, Maandblad voor de verstandelijke gehandicaptenzorg*, jg. 11 (2007) november: p. 11-13.
- Luckasson, R., Coulter, DL., Polloway, E.A. (1992). *Mental retardation: definition, classification and systems of support*. Washington DC: American Association on mental retardation.
- Moyson, T. (2005). *Ontwikkeling en begeleiding 2*. Cursus. Gent, Departement Sociaal-Agogisch Werk- Hogeschool gent.
- Sensoa (2009). *Omgaan met seksualiteit*. Vormingsdocument. Gent, Sensoa.
- Siebelink, E.M., De Jong, M.D.T., Taal, E. & Roelvink, L., (2006). "Sexuality and People with Intellectual Disabilities: Assessment of Knowledge, Attitudes, Experiences, and Needs." *Mental Retardation*, vol. 44 (2006) nummer 4.
- Stöcker, M. (2006). *Even een kijkje nemen. Een handboek voor de beeldvorming op het gebied van seksualiteit in het leven van mensen met een verstandelijke handicap*.
- Straver, C.J., Rademakers, J., "De seksuele ontwikkeling van jongeren in de huidige samenleving. Een overzicht van gegevens en enkele consequenties voor de voorlichting", *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, jg. 12 (1996) nr. 2, p. 76-99.
- Van Berkelaer-Onnes, I. (1993). De sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge verstandelijke gehandicapte kinderen. In G. Van Gemert, & R. Minderaa, *Zorg voor verstandelijk gehandicapten* (p. 120-127). Assen / Maastricht, Van Gorcum.
- Van der Doef, S. (2007). *Kleine mensen, grote gevoelens. De seksuele opvoeding van kinderen*. 4^e druk. Amsterdam, Ploegsma.
- Van Gennep, A., Steman, C., (1998). *Beperkte burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Utrecht, NIZW.
- Van Kooten, J. (1990). *Ongehoord, naar een protocol; seksualiteit en seksueel misbruik bij mensen met een mentale handicap*. Utrecht, PCI.
- VMG (2000). *Het is ons goed recht*. Sint-Amansberg, VMG.
- Schellaert, R. (2005). *Psychologie. 1^e jaar Professionele Bachelor in de Orthopedagogie*. Cursus. Gent, Departement Sociaal-Agogisch werk – Hogeschool Gent.
- Van Hove, V., Staessens, M.A., (2008). *Gespreksmodellen. 3^e jaar Professionele Bachelor in de Orthopedagogie*. Cursus. Gent, Departement Sociaal-Agogisch werk – Hogeschool Gent.
- Van Loon, J., Van Hove, G. (2001). "Emancipation and self-determination of people with learning disabilities and down-sizing institutional care", *Disability and Society*, 16 (2), p. 223-254.

13 BIJLAGEN

13.1 VRAGENLIJST EMOTIONELE ONTWIKKELING

Om meer inzicht te krijgen in de emotionele ontwikkeling heeft men de vragenlijst voor de emotionele ontwikkeling ontwikkeld. Ieder mens maakt wat betreft zijn emotionele ontwikkeling dezelfde fasen door. Het kan zo zijn dat deze ontwikkeling stagneert of een vertraging oploopt. "Een goed inzicht in het niveau van de emotionele ontwikkeling kan betekenis geven aan bepaald gedrag of bepaalde probleemgedragingen. Het inschatten van de emotionele ontwikkeling is niet makkelijk, maar door middel van deze vragenlijst kan men tot een zo goed mogelijke inschatting komen." (Stöcker, 2006, p.65) De lijst gaat uit van 5 ontwikkelingsfasen, namelijk:

13.1.1 *Eerste adaptatie (0-6 maanden)*

"In deze fase functioneert men qua emotie op babyniveau. Men interpreteert dingen alleen als prettig of onprettig. Er is sprake van een sociale uitwisseling, deze wordt vormgegeven door het aangeven van behoeften en door het opzoeken van sociale stimuli. Het gedrag van de verzorgers volgt men in deze fase op de voet. Een dialoog voeren is in deze fase erg belangrijk, de klank van de stem van de verzorger speelt hierin een grote rol. Het gaat niet om de inhoud, maar om hoe men produceert (brabbelen tegen een baby is erg positief). Er vindt echter geen interactie plaats, er is alleen maar sprake van een reageren op." (Stöcker, 2006, p.65)

13.1.2 *Eerste socialisatie (6-18 maanden)*

"In deze fase gaat men de omgeving ontdekken, een veilige basis is hierbij erg belangrijk. Het zelfgevoel gaat men langzaam ontwikkelen, men doet graag dingen met anderen, met name, het geven en nemen van objecten. Doordat verzorgers in deze fase al grenzen aangeven, leert men wat gepast gedrag is. Hierdoor is men in deze fase bezig met het zoeken naar een compromis tussen normen en eigen wil." (Stöcker, 2006, p.65)

13.1.3 *Eerste individualisatie (18-36 maanden)*

"In deze fase ontwikkelt de persoon een zelfgevoel, dit gaat samen met het langzaam begrijpen van het begrip mens als een apart individu. Onafhankelijkheid zal men in deze fase gaan uitproberen. Hierbij is het belangrijk dat de verzorger grenzen aangeeft. Door deze grenzen wordt er een veiligheid gecreëerd waardoor de durf om onafhankelijkheid uit te proberen alleen maar groter wordt." (Stöcker, 2006, p.65)

13.1.4 *Eerste identificatie (3-7 jaar)*

"In deze fase begint men zich te identificeren met mensen die belangrijk zijn, ook zal men deze belangrijke personen na gaan doen. Verder neemt men graag de rol van de belangrijke andere op zich en vraagt hierbij veel om het oordeel van anderen. In deze fase is men erg bang om niet geaccepteerd te worden en is hierdoor faalangstig voor opdrachten. Er wordt in deze fase een start gemaakt met het creatief samenspelen en men maakt langzaam vriendschappen. Men spreekt in volle zinnen en stelt heel veel vragen. Het spijt ver-tonen en het weer goed kunnen maken is een opvallend aspect van deze fase." (Stöcker, 2006, p.65)

13.1.5 Realiteitsbewustwording (7-12 jaar)

“In fase 5” kent de persoon zijn eigen lichamelijke krachten en wil deze ook graag meten. Gedurende deze fase wil men erg graag voldoen aan verwachtingen en zich verdienstelijk maken ten opzichte van anderen. Aangezien men graag aan verwachtingen wil voldoen, schaamt men zich erg snel voor fouten. Men wil zich graag waarmaken en is erg bang om niet geaccepteerd te worden.

Langzaam aan worden ook personen buiten het gezin belangrijk en durft men in een onbekende omgeving af te stappen op vreemde mensen. Het constructief en productief samenwerken gaat langzaam een rol spelen. De grammaticale taal beheerst men goed en men praat graag over reële onderwerpen. Het praten over eigen gevoelens komt langzaam op gang. Het geweten is ontwikkeld in deze fase en men heeft een gevoel van eigenwaarde. Ook kan men in deze fase gecontroleerd met agressie omgaan.” (Stöcker, 2006, p.65)

Instructie

“Door middel van deze vragenlijst zal de emotionele ontwikkeling van de persoon in kaart gebracht worden en komt men er dus achter in welke van bovenstaande fasen de persoon functioneert. “(Stöcker, 2006, p.65) De vragenlijst bestaat uit 10 aspecten, namelijk:

1. omgaan met eigen lichaam;
2. omgang met volwassenen;
3. belevenis van zichzelf;
4. permanentie van object;
5. angsten;
6. omgang met leeftijdsgenootjes;
7. omgang met materiaal;
8. verbale communicatie;
9. affect differentiatie;
10. agressie regulatie.

“Deze 10 aspecten bestaan weer uit een vijftiental items, deze hebben de nummers 1 t/m 5 (bovengenoemde fasen). Per aspect moet er uit de 15 items 1 item gekozen worden dat het meest kenmerkend voor de betreffende persoon is (**stap 1**). Vervolgens moet er nog een item gekozen worden dat op 1 na het meest kenmerkend is (**stap 2**), maar dit mag alleen gekozen worden uit een afgeschermd gebied. Het afgeschermd gebied wordt bepaald door het item dat men als eerst heeft gekozen (in stap 1), men mag nu alleen nog maar een item kiezen dat in dezelfde fase valt als het eerst gekozen item (in stap 1), 1 fase boven het eerst gekozen item (van stap 1) of 1 fase onder het eerst gekozen item (van stap 1). Als laatste kiest men een item dat het op twee na het meest kenmerkend is voor de persoon (**stap 3**), ook hiervoor geldt dat dit alleen uit een afgeschermd gebied mag worden gekozen. Het afgeschermd gebied bestaat deze keer uit de items die men al gekozen heeft (bij stap 1 en 2). Men mag nu alleen nog maar een keuze maken uit de items met dezelfde fase nummers als gekozen bij stap 1 en 2.” (Stöcker, 2006, p.65)

Uitleg bij de verschillende aspecten

— Omgaan met het eigen lichaam

1. bezig met eigen lichaam (plukkend, spelend, masturberend, zuigend, observerend)	<i>De cliënt is bezig zijn eigen lichaam te ontdekken en kijkt hier bijvoorbeeld naar of ontdekt zijn lichaam op een spelende manier door bijvoorbeeld aan te plukken, te masturberen. Ook het beschadigen van het lichaam hoort hier bij thuis.</i>
1. Stereotiep bewegend	<i>Bijvoorbeeld wiegen, fladderen, met het hoofd rollen, met handen schudden en vingers wiebelen enz.</i>
1. Passief	<i>Geen actieve eigenschappen bezitten</i>
2. Met materiaal manipulerend	<i>Manipuleert met name bijvoorbeeld altijd gooien met zaken, stevig vasthouden, van de ene hand naar de andere hand enz</i>
2. Stopt alles in de mond	<i>Alles in de mond stoppen van eetbare zaken tot oneetbare zaken.</i>
2. Met feces smerend	<i>Smeren met uitwerpselen</i>
3. Wil constant bezig zijn met verzorgers	<i>Vraagt veel aandacht en kan niet goed zichzelf bezig houden en loopt verzorgers achterna, wil hier activiteiten mee doen enz.</i>
3. Vaak onzindelijk	<i>Er gebeuren regelmatig ongelukjes (in de broek plassen en/of stoelgang maken)</i>
3. Ontdekt zijn geslachtsdelen	<i>Is bezig met het ontdekken van zijn eigen geslacht. Zit er veel aan en speelt hier ook mee.</i>
4. Trots op eigen lichaam	<i>Trots zijn op eigen lichaam, door het hier bijvoorbeeld veel over te hebben en het is misschien ook regelmatig aan anderen te laten zien.</i>
4. Bang voor lichamelijk letsel	<i>Angst hebben voor lichamelijk letsel en pijn.</i>
4. Identificeert zich met een van de ouders	<i>Zichzelf hetzelfde beschouwen als een van de ouders</i>
5. Wil eigen kracht met anderen meten	<i>Is constant bezig met zichzelf te vergelijken met andere met betrekking tot sterkheid.</i>
5. Wil lichamelijk presteren	<i>Wil graag sportief bezig zijn en hierbij ook hoge prestaties neerzetten.</i>
5. Kent eigen lichamelijke kracht.	<i>Kent zijn eigen krachten en weet hoe ver hij kan gaan.</i>

— Omgang met volwassenen

1. Raak gekalmeerd in lichamelijk contact	Bij lichamelijk contact rustig/kalm worden
1. Onverschillig in lichamelijk contact of weigert lichamelijk contact	Lichamelijk contact wordt geweigerd of doet de cliënt totaal niets
1. Laat zich aantrekken door een bepaald lichaamsdeel van de verzorger	Geeft altijd aandacht aan een bepaald lichaamsdeel van de verzorger door het bijvoorbeeld aan te raken of te ruiken.
2. Wil constant kinetische prikkels hebben	Wil constant in beweging zijn (bijvoorbeeld geschommeld worden)
2. Protesteert als lichamelijk contact afgebroken wordt	Gaat in protest bij het afbreken van lichamelijk contact en vindt dit dus niet leuk
2. Gebruikt materiaal in spel met anderen	In spel met andere wordt er gebruikt gemaakt van materiaal/speelgoed en kan dus samen met andere met materiaal spelen
3. Vraagt constant om aandacht	Probeert constant aandacht te verkrijgen
3. Wil constant met andere praten	Probeert constant met andere te praten
3. Loopt weg en wil door andere gepakt worden	Voordurend een soort pak-spelletje willen spelen
4. Wil rol van de belangrijke andere hebben	Wil door andere als belangrijk worden gezien
4. Vraagt constant om oordeel van anderen	Wil constant de mening van anderen horen
4. Doet belangrijke anderen na	Doet degene die hij belangrijk vindt voortdurend na
5. Wil zich verdienstelijk maken	Wil graag iets betekenen voor anderen door bijvoorbeeld klusjes te doen
5. Doet zijn best om aan de verwachting te voldoen	Wil graag aan bepaalde verwachtingen die iemand van hem/haar heeft voldoen en doet hier dan ook erg zijn best voor.
5. Vindt ook de mensen buiten zijn eigen gezin belangrijk	Mensen buiten het eigen gezin worden ook als belangrijk gezien, zoals bijvoorbeeld de meester op school, begeleider op de dagbesteding enz.

— Belevenis van zichzelf

1. Overgevoelig voor bepaalde prikkels	<i>Te vatbaar/gevoelig voor bepaalde prikkels zoals bijvoorbeeld geluiden, aanrakingen enz.</i>
1. In eigen wereld getrokken	<i>Helemaal in zijn eigen wereldje zitten en de rest van de omgeving gewoon niet mee krijgen.</i>
1. Gepreoccupeerd door bepaalde prikkels	<i>Zich bezighouden met bepaalde prikkels zoals bijvoorbeeld geur, geluid, voorwerpen enz</i>
2. Paniekerig bij verandering in de omgeving	<i>Bij verandering in de omgeving snel in paniek raken (bijvoorbeeld bij wisselingen meubilair of wisseling personeel).</i>
2. Stemming is afhankelijk van de aanwezigheid van belangrijke anderen	<i>Stemming van de cliënt is afhankelijk van degene die aanwezig is. Als persoonlijk begeleider aanwezig is bijvoorbeeld altijd goede zin en bij ander personeel meer een bedrukte stemming.</i>
2. Raakt in woede of paniek als hij niet krijgt wat hij wil	<i>Als cliënt zijn zin niet krijgt kwaad worden of zelfs in paniek raken.</i>
3. Koppig	<i>Vasthoudend aan eigen wil</i>
3. Verzet zich bij opdrachten	<i>Als men iets van de cliënt verlangt dan in verzet gaan</i>
3. Gebruikt het woord "ik"	<i>Spreken met het woord "IK"</i>
4. Is gehoorzaam ten opzichte van belangrijke andere	<i>Luistert naar en gehoorzaamt belangrijke andere, maar luister niet naar en gehoorzaamt andere niet</i>
4. Ontdekt zijn eigen geslacht	<i>Is bezig met het ontdekken van het eigen geslacht, zit er bijvoorbeeld veel aan en kijkt er veel naar</i>
4. Fantaseert over eigen kwaliteiten	<i>Is bezig met het fantaseren over eigen kunnen.</i>
5. Wil zelf de autoriteit zijn	<i>Wil graag een belangrijk iemand zijn (die de baas is)</i>
5. Wil zich constant waar maken op grond van eigen prestaties	<i>Wil door middel van eigen prestaties laten zien dat hij/zij iets waard is</i>
5. Schaamt zich voor eigen fouten	<i>Schaamt zich bij het maken van fouten</i>

— Permanentie van object

1. Is bang om kiekeboe te spelen	<i>Heeft angst voor kiekeboe-spelletjes</i>
1. Zoekt niet naar verstopt speelgoed	<i>Gaat niet zoeken naar speelgoed dat men verstopt heeft of kwijt is</i>
1. Reageert paniekerig als dingen of personen uit het gezichtsveld verdwijnen	<i>Raakt in paniek wanneer zaken of personen uit het gezichtsveld verschijnen</i>
2. Kan verstoppertje spelen	<i>Is in staat tot verstoppertje spelen</i>
2. Zoekt naar verstopt speelgoed	<i>Gaat verstopt speelgoed zoeken</i>
2. Kan afscheid nemen van de belangrijke personen voor kort toleren	<i>Kan goed omgaan met een kort afscheid (3 minuten) van de belangrijke persoon</i>
3. Heeft een knuffel of ander voorwerp bij zich	<i>Heeft altijd een bepaald voorwerp of een bepaalde knuffel bij zich</i>
3. Kan afscheid van de belangrijke persoon in een vertrouwde omgeving tolereren	<i>Kan goed omgaan met een lang afscheid (langer dan 3 minuten) van de belangrijke persoon</i>
3. Kan boos zijn op de persoon na een langer afscheid	<i>Na een lang afscheid kwaad worden op de belangrijke andere</i>
4. Zoekt contact met vreemde persoon in de vreemde omgeving	<i>In een vreemde omgeving contact zoeken/leggen met vreemde personen</i>
4. Zoekt contact met vreemde personen in de vreemde omgeving	<i>In een vreemde omgeving wordt er gezocht naar bepaalde bezigheden</i>
5. Durft zelf naar onbekende omgeving toe te stappen	<i>Durft alleen een onbekende omgeving in te gaan (bijvoorbeeld alleen een vreemd huis/winkel in)</i>
5. Onderzoekt vreemde omgeving	<i>Gaat in een vreemde omgeving op onderzoek uit</i>
5. Kan zich snel vertrouwd voelen in een vreemde omgeving	<i>Voelt zich snel thuis en vertrouwd in een vreemde omgeving</i>

— Angsten

1. Angstig voor bepaalde prikkels	<i>Bijvoorbeeld angst voor geluid, drukte, veel licht enz</i>
1. Angst voor nieuwe prikkels	<i>Angst voor prikkels die voor de cliënt onbekend zijn</i>
1. Angst voor harde prikkels	<i>Bijvoorbeeld angst voor harde geluiden, harde aanrakingen, snelle lichtflitsen enz</i>
2. Angst bij separatie van vertrouwde persoon	<i>Angst als men gescheiden wordt van de bekende persoon</i>
2. Angst voor vreemde omgeving	<i>Angst voor een onbekende omgeving</i>
2. Angst voor vreemde mensen	<i>Angst voor mensen die de cliënt niet kent</i>
3. Angst voor lichamelijk letsel	<i>Angst voor pijn en lichamelijke klachten</i>
3. Paniek bij gedwongen zijn om te doen wat hij niet wil	<i>Angst voor dwang</i>
3. Angst voor de pot of de wc	<i>Bang zijn voor de wc</i>
4. Faalangst bij opdrachten	<i>Bij opdrachten bang zijn om het niet goed te doen</i>
4. Angst voor verlies van de identificatiepersoon	<i>Bang om de identificatiepersoon te verliezen</i>
4. Angst om te gaan slapen	<i>Bang zijn om te gaan slapen</i>
5. Bang voor eigen fouten	<i>Bang zijn voor eigen fouten</i>
5. Angst om niet geaccepteerd te zijn door belangrijke anderen	<i>Bang dat men niet geaccepteerd zal worden door degenen die men als belangrijke andere ziet</i>
5. Angst om niet geaccepteerd te zijn door de leeftijdsgenoten	<i>Bang dat leeftijdsgenootjes hem niet zullen accepteren</i>

— Omgang met leeftijdsgenoten

1. Geeft geen aandacht aan leeftijdsgenootjes	<i>Geen aandacht aan leeftijdsgenootjes geven door bijvoorbeeld niet met hen te spelen en hen gewoon te negeren</i>
2. Kan spelen met andere kinderen als de moeder aanwezig is	<i>Spelen met andere kinderen gebeurt wel, maar is alleen mogelijk als ook moeder (of personeel) aanwezig is</i>
2. Kan spelen met andere kinderen die met hem lustvol bezig zijn	<i>Als andere kinderen op een leuke en interessante manier bezig zijn dan kan men samenspelen met andere kinderen.</i>
2. Kan bezig zijn met de leeftijdsgenoten ouders intimiderend	<i>Speelt met leeftijdsgenootjes maar doet hierbij wel de ouders na</i>
3. Speelt eigen spel in nabijheid van de leeftijdsgenoten	<i>Is alleen maar bezig met eigen spel (alleen spelen) als leeftijdsgenootjes in de buurt zijn</i>
3. Kan dominerend zijn in omgang met leeftijdsgenoten	<i>Kan overheersen (op de voorgrond tredend) in de omgang met leeftijdsgenootjes</i>
3. Wil eigen wil doordrijven in de omgang met leeftijdsgenoten	<i>In omgang met leeftijdsgenootjes zal cliënt net zo lang doorgaan totdat er gebeurt wat de cliënt wil (wil doordrijven)</i>
4. Kan creatief samenspelen	<i>Kan op een leuke manier samenspelen, door gezamenlijke leuke spelletjes te doen</i>
4. Speelt gezinssituaties met leeftijdsgenoten na	<i>Speelt bijvoorbeeld vadersrol en moedersrol</i>
4. Maakt vriendschappen	<i>Is in staat tot het maken van vriendschappen en maakt deze ook</i>
5. Kan constructief samenwerken met leeftijdsgenoten	<i>Kan met leeftijdsgenoten (of groepsgenoten) samenwerken om tot een bepaald doel te komen</i>
5. Competitief bezig met leeftijdsgenoten	<i>Wedstrijdachtig bezig met leeftijdsgenootjes (bijvoorbeeld altijd de beste willen zijn)</i>
5. Wil geaccepteerd worden door de leeftijdsgenoten	<i>Wil heel graag geaccepteerd worden door leeftijdsgenootjes/groepsgenootjes</i>

— Omgang met materiaal

1. Geen interesse voor materiaal	<i>Is niet geïnteresseerd in materiaal en negeert dit dan ook</i>
1. Soms heeft hij wel belangstelling voor een bepaald voorwerp	<i>Voor sommige voorwerpen is er wel enige belangstelling (bijvoorbeeld 1 bepaald speelgoed)</i>
1. Stereotiep bezig met bepaald voorwerp	<i>Bijvoorbeeld altijd gooien met voorwerp of er mee schudden enz.</i>
2. Bezig met: zand en/of water	<i>Speelt graag met water en/of zand</i>
2. Bezig met grof materiaal	<i>Speelt graag met materiaal van grove structuur of grote voorwerpen</i>
2. Voornamelijk manipulerend	<i>Manipuleert met name bijvoorbeeld altijd gooien met zaken, stevig vasthouden, van de ene hand naar de andere hand enz.</i>
3. Voornamelijk onderzoekend	<i>Is altijd onderzoekend bezig en onderzoekt allerlei soort zaken door er bijvoorbeeld goed naar te kijken, aan te raken, te ruiken, proeven enz.</i>
3. Vertoont interesse in symbolisch speelgoed	<i>Interesse in speelgoed dat ergens symbool voor staat, dus speelgoed dat bijvoorbeeld symbool staat voor alledaagse dingen. Bijvoorbeeld poppen, dieren, serviesje enz.</i>
3. Maakt speelgoed kapot	<i>Speelt niet met speelgoed maar vernielt het met name</i>
4. Vertoont interesse in technisch speelgoed	<i>Is vooral geïnteresseerd in technisch speelgoed, zoals auto's , lego enz</i>
4. Tekent, verft, bouwt	<i>Is graag bezig met knutselen</i>
4. Maakt nieuwe producten	<i>Is graag creatief en maakt dan iets nieuws zoals bijvoorbeeld tekeningen, huisjes bouwen enz.</i>
5. Verzamelt dingen	<i>Is een verzamelaar en verzamelt bijvoorbeeld speelgoed, kaarten enz</i>
5. Productief bezig	<i>Is graag productief bezig door nieuwe dingen te maken</i>

— Verbale communicatie

1. Geen	<i>Spreekt niet</i>
2. Gebruikt losse woorden	<i>Maakt alleen gebruik van losse woorden en spreekt dus niet in zinnen</i>
2. Aanwijzend sprekend met 1 à 2 woorden	<i>Spreekt in zinnen van maximaal 2 woorden en wijst hierbij zaken aan om te verduidelijken</i>
2. Imiterend bepaalde woorden herhalend	<i>Nabootsend bepaalde woorden herhalen</i>
3. Gebruikt 2-3 woorden zinnen	<i>Spreekt zinnen van 2 a 3 woorden</i>
3. Wil iets vertellen	<i>Wil altijd wel graag iets vertellen</i>
3. Gebruikt woord "ik" en "jij"	<i>Maakt gebruik van de woorden "ik" en "jij" (bijvoorbeeld "ik wil!", "Jij ook?" in plaats van "Pietje wil!", "Kim ook?"</i>
4. Spreekt volle zinnen	<i>Spreekt in volledige zinnen</i>
4. Stelt veel vragen	<i>Vraagt constant</i>
4. Fantaseert verhalen	<i>Vertelt veel fantasie verhalen</i>
5. Gebruikt grammaticaal taal	<i>Gebruikt grammaticale taal, gebruikt dus op de juiste manier werkwoorden, zelfstandige naamwoorden, bijvoeglijke naamwoorden enz.</i>
5. Praat voornamelijk over reële onderwerpen	<i>Spreekt over werkelijke onderwerpen niet over onzin zaken</i>
5. Kan vertellen over eigen gevoelens	<i>Spreekt over eigen gevoelens en emoties (geeft dus via woorden aan hoe men zich voelt)</i>

— Affect differentiatie

1. Excitatie – relaxatie	<i>Excitatie = opgewonden, relaxatie = ontspannen</i>
1. Opwinding bij veranderingen	<i>Raakt opgewonden bij veranderingen (bijvoorbeeld verheugt zich hier erg op, vind het leuk, vind het moeilijk enz.</i>
1. Woede	<i>Woede = kwaadheid</i>
1. Apathie	<i>Apathie = toestand van ongevoeligheid voor psychische prikkels</i>
2. Lust - onlust	<i>Lust = plezier, onlust = gevoel van onbehagen</i>
2. Liefde	<i>Liefde</i>
2. Separatie angst	<i>Angst om gescheiden te worden</i>
2. Paniek in onbekende situaties	<i>Is angstig in onbekende situaties</i>
3. Trotsheid	<i>Het gevoel dat men meer is dan anderen</i>
3. Verdriet	<i>Gevoel van droefheid</i>
3. Angst om verlies van geliefd persoon	<i>Bang om geliefde persoon te verliezen</i>
3. Jaloezie	<i>Een ander iets benijden</i>
4. Geluk	<i>Aangename toestand waarin men volkomen tevreden is met alles</i>
4. Empathie	<i>Empathie = inlevingsvermogen</i>
4. Angst om niet geaccepteerd te worden	<i>Bang zijn dat men niet geaccepteerd wordt</i>
4. Faalangst	<i>Bang zijn om dingen niet goed te doen</i>
5. Schaamte	<i>Zich generen</i>
5. Geweten	<i>Innerlijk besef van goed en kwaad</i>
5. Boete	<i>Boete = opgelegd straf voor iets</i>
5. Eigen waarde	<i>Eigen waarde = zelfrespect</i>

— Agressie regulatie

1. Grote opwinding bij onlusten	<i>Bij onlusten is er sprake van een grote opwinding door bijvoorbeeld schreeuwen of slaan, of schoppen enz.</i>
1. Agressief naar zichzelf bij frustratie	<i>In een frustratiemoment is men agressief naar zichzelf toe (bijvoorbeeld zelfverwonding)</i>
1. Diffuus agressief naar zichzelf en de omgeving bij onlust	<i>Onvoorspelbaar agressief zowel naar zichzelf als naar andere</i>
2. Bij frustratie agressief en destructief naar de omgeving toe	<i>Bij frustratie is men agressief naar de omgeving waarbij men ook zaken vernield</i>
2. Agressie is gericht naar de verzorgers	<i>Agressie is met name gericht naar de verzorgers en niet naar zichzelf</i>
2. Agressiviteit en autoagressie worden vaak uitgelokt door angst	<i>Angst veroorzaakt agressie en zelfverwonding</i>
3. Agressie is naar personen gericht die de meeste frustratie veroorzaken	<i>Agressie is met name gericht naar degene die de frustratie veroorzaakt</i>
3. Agressie komt naar boven bij beperkingen van eigen wil	<i>Bij beperkingen van de eigen wil komt agressie naar boven (bijvoorbeeld bij iets graag willen maar dit niet kunnen of mogen)</i>
3. Wil niet praten over de oorzaak en gevolg van eigen agressief gedrag	<i>Cliënt wil niet meer praten over de oorzaak en het gevolg van zijn agressieve gedrag</i>
4. Voornamelijk agressief naar de leeftijdsgenoten	<i>Agressie uit zich voornamelijk naar leeftijdsgenootjes/groepsgenoten</i>
4. Kan wel redeneren over de oorzaak en gevolg van eigen agressief gedrag	<i>Kan oorzaak en gevolg van eigen agressie wel bargumenteren</i>
4. Kan spijt vertonen en het "goed maken"	<i>Kan achteraf aangeven dat het spijt en maakt het dan ook weer goed</i>
5. Kan eigen agressieve tendenties controleren	<i>Kan de agressieve bedoelingen wel zelf controleren en onder controle houden</i>
5. Agressie komt bij hoge frustratie en is meestal gericht naar de materiële omgeving	<i>Er is alleen sprake van agressie bij hoge frustratie en deze is dan gericht op de materiële omgeving</i>
5. Agressie wordt voornamelijk verbaal geuit	<i>Agressie wordt voornamelijk verbaal geuit (bijvoorbeeld schelden, huilen enz)</i>

13.2 VRAGENLIJST HERMENEUTISCHE CIRKEL

Lichamelijke ontwikkeling
Leeftijd en geslacht
Gebruikt de cliënt medicatie en wat is de invloed hiervan op de lichaamsbeleving?
Motorische mogelijkheden/beperkingen relevant voor seksualiteitsbeleving?
Hoe is de houding van de cliënt? Stijf, houterig, soepel?
Is er sprake van een syndroom? Wat is de invloed hiervan op seksuele ontwikkeling?
Bijzonderheden (on)zindelijkheid
Geeft de cliënt pijnklachten aan?
Stopt de cliënt voorwerpen in vagina, anus of penis?
Beschadigt de cliënt zijn/haar geslachtsdelen?
Hoe is het menstruatiepatroon?
Masturbeert de cliënt en op welke wijze?
Krijgt de cliënt een erectie / vochtige vagina?
Vindt er een orgasme plaats?
Heeft de cliënt last van schimmelinfecties, zo ja hoe vaak doet zich dit voor?
Geeft de cliënt pijnklachten aan, zo ja welke?
Stopt de cliënt voorwerpen in vagina, anus of penis, zo ja welke voorwerpen?
Beschadigt de cliënt zijn/haar geslachtsdelen, zo ja op welke manier?
Krijgt de cliënt een erectie/vochtige vagina en herkent hij/zij dit bij zichzelf?
Masturbeert de cliënt en op welke wijze? Hoe vaak? Waar? Gebruikt hij/zij hierbij hulpmiddelen/voorwerpen? Weet de cliënt wat dit betekent en kan hij hier iets over vertellen?
Vindt er een orgasme plaats? En vindt er ook een zaadlozing plaats?
Kunt u seksuele opwindingsverschijnselen herkennen in het gedrag van de cliënt? Zo ja, welke?

Verstandelijke ontwikkeling
Wat is het verstandelijk niveau?
Kan de cliënt spreken? Zo ja, hoe komt hij verbaal over?
Welke vorm van seksuele voorlichting zou passen bij dit niveau (gesprekken, videobeelden, plaatjes, foto's, lichaamsbeleving, in spiegel kijken, etc.)?

Sociale ontwikkeling
Welk seksueel gedrag zie je bij de cliënt?
Is er sprake van seksueel grensoverschrijdend gedrag? Zo ja, beschrijf dit. Hoe vaak is hier sprake van en waar gebeurd dit?
Uit de cliënt een behoefte aan intimiteit en zo ja, op welke wijze?
Kan de cliënt rekening houden met een ander?
Laat de cliënt wel eens agressie zien (verbaal/fysiek)? Op welke manier, hoe vaak en waar?
Is de cliënt weerbaar?
Friemelt de cliënt aan zijn/haar geslachtsdelen? Waar en hoe vaak?
Toont de cliënt zijn/haar geslachtsdelen in het openbaar?
Masturbeert de cliënt in het openbaar?

Psychische en / of psychiatrische problematiek
Is er sprake van psychische of psychiatrische problematiek (autisme, psychose, schizofrenie, stemmingsstoornissen, hechtingsproblematiek)?
Wat kan de invloed zijn van deze problematiek op seksueel gedrag en/of relatievorming?

Emotionele ontwikkeling
Is er sprake van angsten of stemmingswisselingen?
Zijn waarden en normen voldoende geïntegreerd?
Kan de cliënt zich inleven in een ander?
Vraagt de cliënt veel om bevestiging?
Claimt de cliënt veel?

Levensgeschiedenis
Heeft de cliënt seksuele voorlichting gehad? Zo ja, waar bestond deze uit? Wanneer? Wat kan de cliënt hier nog over terugvertellen? Zijn er herhalingen geweest? Was de voorlichting individueel of in een groepje?
Hoe ging met in de thuissituatie om met seksualiteitsbeleving?
Sinds wanneer verblijft de cliënt in een instelling?
Heeft de cliënt positieve seksuele ervaringen opgedaan?
Heeft de cliënt negatieve en/of misbruikervaringen opgedaan. Zo ja, in welke vorm en met welke gevolgen?
Wat zou de invloed van de levensgeschiedenis kunnen zijn op het gedrag van de cliënt?

13.3 BRIEF EN VRAGENLIJST COLLEGA'S

Beste collega's,

Daar ik in mijn laatste jaar zit wordt er van mij verwacht dat ik ook mijn eindwerk, mijn afstudeerproject tot een goed einde zal brengen. Zoals de meesten onder jullie al weten, zal mijn eindwerk kaderen betreffende het onderwerp seksualiteit. Hieronder schets ik even een korte omschrijving van mijn - nu nog toekomstig – eindwerk.

Titel eindwerk:

'Laten we het potje openen!'

Ondertitel:

Het bespreekbaar maken en vorm geven van seksualiteit in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking, binnen een leefgroep.

Korte omschrijving:

Ook personen met een verstandelijke beperking beleven seksualiteit en hebben het recht dit aspect in hun leven te integreren. Het is aan ons, als begeleider om dit tot nu toe onbespreekbare onderwerp te openen! Op welke manier kunnen we seksualiteit in het leven van personen met een diep verstandelijke beperking binnen de leefgroep, bespreekbaar maken en mee vorm geven? Dit is een niet vanzelfsprekende vraag waarop ik een antwoord zal proberen bieden in mijn eindwerk. Het is bijna onmogelijk een kant-en-klaar concept te bieden die toepasselijk is voor alle personen. Wel wil ik komen tot een aantal tips en handvaten die we als begeleider kunnen hanteren om seksualiteit een zo goed mogelijke plaats te geven binnen het leven van de cliënt. Een leidraad die steun kan bieden en een start kan zijn naar een nieuw begin!

Nu jullie een beter beeld hebben betreffende de inhoud van mijn eindwerk zou ik jullie graag enkele vragen stellen met betrekking tot dit onderwerp. Via deze vragen hoop ik een concreter beeld te krijgen over de denkpatronen /denkwijzen die er heersen binnen het team omtrent het onderwerp seksualiteit. Ik heb er voor gekozen om dit via deze weg te doen daar ik me kan voorstellen dat praten over dit onderwerp niet voor ieder van ons zo evident is. Seksualiteit is iets heel persoonlijks, het heeft te maken met je eigen waarden en normen, je levensgeschiedenis en zoveel meer. Net omdat het zo persoonlijk is leek dit me de beste manier om jullie mening te achterhalen.

Alle vragen zijn vrij in te vullen en dit bundeltje blijft anoniem. In de leefgroep zal een doos staan waarin jullie deze kunnen deponeren. Wanneer ik alle bundeltjes verzameld heb, verwerk ik de gegevens en deze worden uiteraard besproken op de teamvergadering.

Alvast bedankt voor de moeite!

Vriendelijke groeten,

Femke

- Als je het begrip seksualiteit een eigen invulling mocht geven, welke zou deze dan zijn. Wat is seksualiteit voor jou?
- Denk eens na van waar deze invulling komt. Heeft deze invulling veel te maken met je eigen waarden en normen? Verklaar.
- We kunnen het begrip seksualiteit bekijken vanuit twee visies. De eerste visie ziet seksualiteit als het hebben van geslachtsgemeenschap, de begeerte naar geslachtsgemeenschap en als de reden voor voortplanting.. De tweede visie daarentegen ziet seksualiteit als zoveel meer dan alleen het hebben van geslachtsgemeenschap. Het is iets dat te maken heeft met identiteit, met gevoelens, ontwikkeling en zoveel meer.
Vanuit welke visie kijk jij naar seksualiteit? Waarom?
- Ervaar je drempels wanneer je praat over seksualiteit? Welke?
- Vanwaar zouden deze drempels komen? Heb je enig idee hoe je mogelijke drempels zou kunnen verkleinen?
- Hoe voel je je bij het feit dat seksualiteit een vorm zal krijgen binnen het leven van de personen met een diep verstandelijke beperking?
- Stel, tijdens een verzorgingsmoment geef je een bewoner een bad. Tijdens dit badmoment krijgt de bewoner een erectie. Hoe ga je hiermee om?
- Vind je dit een ongemakkelijke situatie? Verklaar.
- Bespreek je dit met je team? Waarom wel/niet?
- Je hebt vroegdienst en bij het wassen en verversen zie je dat een bewoonster haar pamber opengekrabt heeft. Hoe handel je? Waarom?
- Waar zijn jou grenzen met betrekking tot seksualiteit. Hoe ver zou je gaan om seksualiteit een plaats te geven binnen het leven van de personen met een diep verstandelijke beperking?
Bv.
 - Hulpmiddelen aanreiken
 - Instructies geven
 - Voortonen
 - Helpen
 - Etc.

