



Een verstandelijke beperking en een seksueel delict begaan

Hoe pak je dat aan?

PMT-strategieën en attitude in een behandelprogramma voor
zedendelinquenten met een verstandelijke beperking in de
context van het zwembad

Scriptie van Dorien Beuving

**Scriptiebegeleider: Sandra Verbeeten
Scriptiebeoordelaar: Annelee Mataheru**

**Opleiding: Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie
Calo – Hogeschool Windesheim**

Augustus 2008

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
Casus	6
- Groep 3	6
- Technische invalshoek (classificerend)	6
- Hermeneutische invalshoek	7
- Kritische invalshoek	7
- Hulpvraag	7
Behandeling	8
- Theoretisch kader	8
- Behandelstrategieën PMT	10
- Interventies	10
- Beschrijving interventies	11
- Attitude	13
- In een schema	14
Conclusie	15
Discussie	16
- Reflectie op de methode, resultaten en conclusies	16
- Aanbevelingen	17
Literatuur	18
Bijlagen	19
- Bijlage 1: de 'bijzondere wereld' van de licht verstandelijk gehandicapten	19

Voorwoord

In het afgelopen jaar heb ik stage gelopen in de Ambulante Forensische Psychiatrie in Assen. Dit is een instelling waar mensen in behandeling komen die een delict hebben begaan of dreigen te plegen. De cliënten bij de AFP hebben een juridische titel of zijn vrijwillig in behandeling. De AFP is dan ook een polikliniek.

Voor mijn scriptie wilde ik graag een onderwerp kiezen waar de instelling baat bij heeft. Daarom heb ik de keuze gemaakt om mijn scriptie te schrijven over de behandeling van zedendelinquenten met een verstandelijke beperking. Op de instelling is al het een en ander bekend over deze doelgroep, maar vanuit de psychomotorische therapie is er nog niet een programma op papier beschikbaar. Door deze scriptie wil ik een bijdrage leveren aan de psychomotorische therapie voor zedendelinquenten met een verstandelijke beperking bij de AFP in Assen in de context van het zwembad.

Tijdens mijn stageperiode heb ik met twee groepen zedendelinquenten met een verstandelijke beperking gewerkt. Het werken met deze doelgroep verschilt in grote mate met het werken met cliënten met een normale begaafdheid. In het afgelopen jaar heb ik enorm 'geworsteld' met de juiste aanpak van deze groep, de insteek op het niveau van deze cliënten en het overstijgen van de therapiesessies, zodat de cliënten er iets konden leren. Ook tijdens het schrijven van deze scriptie bleef ik zoeken naar de juiste inhoud van de behandeling van deze cliënten. Deze worsteling is nog niet voorbij, maar het schrijven van deze scriptie heeft me meer inzicht gegeven in deze doelgroep, ook vanuit methoden en theoretische kaders. Er zijn vragen blijven liggen en nieuwe wegen geopend. Een stapje in de juiste richting!

Tijdens het schrijven van deze scriptie heb ik veel overlegd met collega's van de AFP. Mede door hen is deze scriptie tot stand gekomen. Ook wil ik Sandra Verbeeten en Annelee Mataheru bedanken voor het begeleiden en beoordelen van mijn scriptie. Verder wil ik Frank Winkel, mijn stagebegeleider, bedanken voor zijn hulp en feedback tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Dorien Beuving
Augustus 2008

Samenvatting

In deze scriptie wordt aandacht gegeven aan de behandeling van cliënten met een licht verstandelijke beperking die een seksueel delict hebben gepleegd. Groep 3 van de Ambulante Forensische Psychiatrie in Assen is een groep waarin cliënten uit deze doelgroep een behandeling volgen. Deze cliënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar hebben een IQ tussen de 50 en 80.

De cliënten hebben vaak uit zichzelf geen hulpvraag wanneer ze hier in behandeling komen. Tijdens de behandeling komen meer persoonlijke hulpvragen en behandeldoelen naar voren. Het is aan de psychomotorisch therapeut de taak om de juiste strategieën en attitudes in te zetten om de behandeling vorm te geven. Hieruit volgt dan ook de vraagstelling:

Welke PMT-strategieën en welke attitude kan de psychomotorisch therapeut inzetten in de behandeling van zedendelinquenten met een verstandelijke beperking in het zwembad van de AFP Assen vanuit de levenslooptheorie van Erikson?

In de behandeling wordt gewerkt vanuit de levenslooptheorie van Erikson. Deze theorie onderscheidt de levensloop in acht verschillende fasen. In elke fase ontwikkelt men zich met als gevolg dat een volgende fase wordt ingegaan. Mensen met een licht verstandelijke beperking doorlopen slechts één of enkele van deze fasen. In de behandeling door de psychomotorisch therapeut wordt aangesloten op deze ontwikkelingsfasen. Hiervoor gebruikt de psychomotorisch therapeut behandelstrategieën en daar sluit zijn attitude op aan.

De behandelstrategieën die ingezet kunnen worden bij deze doelgroep zijn oefenen en ervaren. In de strategie oefenen wordt de cliënt geconfronteerd met lichaamservarings- en bewegingssituaties. Het doel hiervan is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn eigen lichaam en met de omgeving. Zo leert de cliënt omgaan met zijn eigen problematiek. In de strategie ervaren leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en de effecten daarvan op zijn gedrag in relatie tot zijn omgeving. De cliënt leert zelf deels te structureren in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituaties te leren ontwikkelen en toepassen.

De activiteiten in het zwembad die de psychomotorisch therapeut gebruikt in de behandeling komen vanuit de interventies die de therapeut doet. Deze interventies zijn met name gericht op het leren herkennen van het eigen lichaam en de eigen gevoelens om die vervolgens te kunnen uiten en er woorden aan te geven.

Bij de ontwikkelingsfasen horen dus bepaalde behandelstrategieën. Ook de attitude van de therapeut draagt bij aan een goede behandeling. In deze behandeling wordt de attitude opgebouwd vanuit een structurerende en directieve houding in de eerste fase, tot een meer steunende en vervolgens ook confronterende houding in de daaropvolgende fasen.

Inleiding

Al een aantal jaren is er in de Ambulante Forensische Psychiatrie (verder geschreven als AFP) in Assen een behandeling gaande voor cliënten met een verstandelijke beperking die een seksueel delict hebben gepleegd. Deze cliënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar hebben een IQ tussen de 50 en 80. Ze hebben een verstandelijke beperking en vaak ook een verleden vol problemen. Een aantal van hen heeft ook een persoonlijkheidsstoornis (verder buiten beschouwing gelaten), wat hun situatie bemoeilijkt.

In de behandeling van deze cliënten wordt gewerkt vanuit de levenslooptheorie van Erikson. Volgens deze theorie verloopt de menselijke ontwikkeling gedurende de levensloop planmatig. Daarbij worden acht verschillende fasen onderscheiden. Mensen met een verstandelijke beperking lopen niet of met moeite al die fasen door in hun leven. Bij elke fase horen een aantal begrippen waaruit de behandeling voor deze cliënten gestuurd kan worden.

Ook wordt er op de AFP in Assen vanuit een holistische visie gewerkt. Dat betekent dat de cliënt beschouwd wordt als een psychosociale-somatische eenheid. Dit wil zeggen dat men weliswaar drie aspecten kan onderscheiden (geestelijk, sociaal en lichamelijk), maar dat deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en elkaar voortdurend beïnvloeden: **deze aspecten zijn wel te onderscheiden, maar niet te scheiden**. Uitgangspunt is verder dat ieder mens uniek is en een eigen behoeft patroon heeft dat bovendien in de tijd kan variëren. De levenslooptheorie van Erikson past in deze holistische visie.

Het is van groot belang om de cliënten op hun eigen niveau aan te spreken in de behandeling. Doordat de cliënten op het eerste gezicht vaak op hoger niveau worden geschat, kan overvraging het gevolg zijn. Het is dus van belang om in de behandeling laag in te steken, zodat de cliënt op eigen niveau de behandeling kan volgen.

Deze scriptie is een leidraad voor de behandeling van zedendelinquenten met een verstandelijke beperking door psychomotorische therapeuten op de AFP in Assen. Daarvoor is de volgende vraagstelling opgesteld:

Welke PMT-strategieën en welke attitude kan de psychomotorisch therapeut inzetten in de behandeling van zedendelinquenten met een verstandelijke beperking in het zwembad van de AFP Assen vanuit de levenslooptheorie van Erikson?

In deze inleiding is er een beeld van de doelgroep geschetst. Ook zijn er bestaande theorieën, kennis en ervaringen over deze doelgroep weergegeven. Hieruit volgt de probleemstelling en daaruit voortvloeiend de vraagstelling.

Na deze inleiding is er aandacht voor een meer uitgebreide weergave van de casus. De behandeling van deze cliënten wordt daarna uitgebreid beschreven, met aandacht voor de interventies, behandelstrategieën, attitude en resultaten. In het daaropvolgende hoofdstuk wordt de conclusie gegeven, met daarin de beantwoording van de vraagstelling. De scriptie wordt afgesloten met een discussie en aanbevelingen.

Casus

Groep 3

Groep 3 op de AFP in Assen is een groep voor zwakbegaafde cliënten die seksueel afwijkend en problematisch gedrag hebben vertoond c.q. een delict hebben gepleegd. De groep bestaat uit maximaal acht mannelijke cliënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. Het IQ van deze cliënten ligt gemiddeld tussen de 55 en 80. De cliënten hebben meerdere keren seksueel exploratieve handelingen gepleegd met een jonger kind of hebben leeftijdgenoten gedwongen tot seksueel contact waarbij ze vormen van dwang en fysiek geweld gebruikt hebben. Er is een redelijk grote kans op recidive, oftewel terugval, waarin de cliënt opnieuw een delict pleegt. Deze cliënten hebben behandeling nodig omdat het geleerde gedrag diep ingeslepen is en/of omdat de achterliggende psychosociale problematiek complex is. (Behandelteam AFPN, 2002, p.1)

Groep 3 komt één dag per week op de AFP voor de behandeling. Op die dag wordt er tijd ingeruimd om de gebeurtenissen van de afgelopen week te bespreken. Vervolgens wordt er een thema, zoals kennismaken, vriendschap of seksualiteit besproken. Er is ook tijd voor de sociale vaardigheden, bijvoorbeeld rond en tijdens de maaltijd die samen klaargemaakt en gegeten wordt. Vervolgens krijgt de groep anderhalf uur PMT in het zwembad. Hierna wordt de therapiedag afgesloten.

Om meer inzicht te krijgen in de diagnostiek van deze groep, zal hierna een beschrijving gegeven worden vanuit de technische invalshoek, waarin de hulpvragende persoon centraal staat. Vervolgens vanuit de hermeneutische invalshoek, die zich meer richt op de relatie van de persoon met zijn omringende omgeving. Tot slot zal er een beschrijving gegeven worden vanuit de kritische invalshoek die meer oog heeft voor de omgeving en de daarin liggende factoren die de situatie tot probleemsituatie maken.

Technische invalshoek (classificerend)

In de technische invalshoek (valt samen met de classificerende diagnostiek) staat de hulpvragende persoon centraal. De stoornis die de oorzaak is van de hulpvraag wordt daarin beschreven in eigenschappen, stoornissen of tekorten van de deelnemer. De omgeving als zodanig speelt geen rol. Deze invalshoek kan worden beschouwd als een medisch-biologische invalshoek op de hulpvraag. Hierbij hoort de diagnostiek beschreven vanuit onder andere het DSM-IV (Sietsma, 2001, p.5).

Deze casus gaat over een groep cliënten. De onderstaande diagnose is dan ook niet specifiek op één cliënt van toepassing. Wel geeft het een globale weergave van de probleemsituatie die voor de hele doelgroep geldt. Hierbij verwijst elke as naar een ander kennisdomein dat kan helpen bij het opstellen van een behandelplan.

As 1: parafilie, incest, pedofilie

As 2: zwakbegaafdheid (IQ tussen 55 en 80)

As 3: V. 71.09 (geen diagnose, geen specifieke klachten voor deze doelgroep)

As 4: problemen met primaire steungroep, problemen met justitie

As 5: GAF-score variërend tussen 50 en 70

(Koster van Groos, 2001)

Hermeneutische invalshoek

De hermeneutiek is de wetenschap van het begrijpen van de bedoeling van het verhaal van de ander. De mens als verhaal in plaats van als machine (zoals bij de technische invalshoek). Een centraal begrip is dan ook het interpreteren van het gedrag van de cliënt (Sietsma, 2001, p.6). Vanuit deze invalshoek kan gezegd worden dat deze cliënten het moeilijk vinden om via woorden te communiceren met de omgeving. Non-verbaal laten deze mensen heel veel zien, vaak onbewust. Vervolgens wordt het daarbij gelaten en praten ze er verder niet meer over. Deze cliënten missen dus een aantal sociale vaardigheden, waardoor ze beperkt worden in het contact met hun omgeving.

Veel van deze cliënten zijn opgegroeid in multiprobleem-gezinnen en komen uit lagere sociale klassen. Deze licht verstandelijk gehandicapte cliënten die eigenlijk wel mee willen doen in de huidige maatschappij, moeten dus steeds op hun tenen lopen om mee te kunnen doen. Deze mensen zijn veel minder bekwaam dan normaal begaafde mensen om over hun leven na te denken in de functie van de toekomst. Daardoor kunnen zij minder goed de gevolgen van hun gedrag op lange termijn inschatten.

Ook hebben ze over het algemeen een externe locus of control, waardoor ze meer dan anderen het gevoel hebben dat alles hen overkomt. Ze voelen zich sneller gefrustreerd omdat ze niet de ervaring hebben hun leven te kunnen beïnvloeden of te controleren. In de psychomotorische therapie kan vanuit deze invalshoek gewerkt worden door middel van het aanbieden van activiteiten waar succeservaringen centraal staan. Hierdoor ervaren cliënten dat ze wél invloed hebben op hun eigen situatie.

Kritische invalshoek

De laatste invalshoek is de kritische invalshoek. Dit betreft een meer sociologische benadering van deze cliënten. Vanuit deze visie is men kritisch ten aanzien van omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren, hen onmondig en volgzaam maken. Mensen kunnen stuklopen op te hoge verwachtingen van de omgeving, te hoge eisen. Zij internaliseren deze verwachtingen en eisen en schieten tekort in het realiseren daarvan. (Sietsma, 2001, p.7)

Veel van de cliënten uit deze doelgroep hebben een ongewone thuissituatie (gehad). Sommigen komen uit gebroken gezinnen, anderen uit gezinnen waar andere problemen speelden, zoals verslaving van ouders, meerdere zwakbegaafde personen in het gezin enz. Deze problemen herhalen zich vaak in de situatie waar ze nu in zitten. Een aantal cliënten uit deze groep wonen op zichzelf of hebben een gezin, en enkele anderen wonen in een speciale woonvorm waar meer toezicht en begeleiding is. Deze cliënten hebben een eigen mentor, waar ze dagelijks contact mee hebben.

Hulpvraag

De cliënten uit deze groep hebben uit zichzelf meestal geen hulpvraag. Therapie is meestal niet iets waar ze zelf voor hebben gekozen. Daarom is er ook vaak sprake van weerstand. De meeste cliënten hebben vooral het doel om niet opnieuw met justitie in aanraking te komen.

Tijdens de behandeling komen meer persoonlijke hulpvragen en behandeldoelen naar voren. Een belangrijk behandeldoel is het voorkomen van herhaling van het grensoverschrijdende gedrag en het adequaat leren omgaan met seksualiteit.

De cliënten uit deze groep hebben een redelijk laag IQ en lage GAF-score. Zij vinden het moeilijk om te praten over hun gevoel en het is ook lastig voor hen om (kritisch) naar zichzelf te kijken. De behandeling verloopt langzaam, doordat er veel tijd nodig is om beetje bij beetje meer met deze cliënten in contact te komen en hen in contact met zichzelf te brengen. Het is aan de psychomotorisch therapeut dan ook de taak om de juiste strategieën en attitudes in te zetten om de behandeling vorm te geven. Hieruit volgt dan ook de vraagstelling, zoals beschreven in de inleiding.

Behandeling

In dit hoofdstuk wordt aandacht gegeven aan de behandeling van de groep voor zwakbegaafde zedendelinquenten. Allereerst is er uitgebreid aandacht voor het theoretisch kader waarmee de behandeling onderbouwd wordt. Vervolgens wordt er stil gestaan bij de gebruikte behandelstrategieën van de psychomotorische therapie. Daarna worden de interventies besproken, waarbij er ook aandacht is voor de praktische uitvoering van die interventies. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een schema, waarin wordt gepresenteerd hoe het theoretisch kader, de behandelstrategieën en de attitudes op elkaar aansluiten en een geheel vormen.

Theoretisch kader

In de behandeling van deze zwakbegaafde cliënten wordt gewerkt vanuit de levenslooptheorie van Erikson. Deze theorie valt onder de psychodynamische benaderingen. De ontwikkelingstheorie van Erikson is nog steeds actueel.

De verschillende vormen van psychodynamische therapie hebben een aantal overeenkomsten: ze gaan ervan uit dat cliënten vaak niet weten waarom ze iets doen, dat onbewuste gevoelens en wensen een rol spelen, dat ze moeilijke en angstige gevoelens hebben weggestopt of dat ze er juist door overspoeld worden. Psychodynamische therapieën proberen onbewuste en moeilijk te hanteren wensen, motieven, gevoelens en gedachten bewust te maken en proberen de cliënt te leren ze te hanteren. Deze benadering gaat er ook vanuit dat problemen vaak stammen uit de kindertijd, hoewel ook latere gebeurtenissen sporen kunnen achterlaten. Er wordt vaak onbewust iets van vroeger overgedragen op de situatie van nu (Weerman, 2006, p. 33).

Op Internet¹ wordt deze theorie beschreven als een theorie die er vanuit gaat dat je het leven kunt bezien vanuit acht verschillende ontwikkelingsfasen. In elke fase moet een psychosociale crisis opgelost worden. De uitkomst is voor elk mens verschillend en bepaalt hoe de volgende fase doorlopen wordt. Ook zijn de uitkomsten van invloed op het gedrag en de persoonlijkheid.

In onderstaand schema² worden de verschillende fasen duidelijk, met in elke fase de psychosociale crisis die opgelost moet worden. Uit die oplossing volgt dan een bepaalde deugd, maar dat is afhankelijk van hoe de fase doorlopen wordt. Een voorbeeld: een baby die in geborgenheid en veiligheid wordt opgevoed, ontwikkelt vertrouwen in reactie op de gewaarwordingen en ervaringen, en in de reactie op de omgeving. Later in het leven zal hij zijn omgeving dan ook met vertrouwen benaderen en beleven. Wanneer er juist door een onveilige omgeving wantrouwen ontwikkeld wordt, zal dit later ook te merken zijn in de relatie met de omgeving.

Levensloopfasen volgens Erikson			
	Fase	Levenstaak	Deugd
1	Zuigelingenfase	Vertrouwen versus wantrouwen	Hoop
2	Peuterleeftijd	Autonomie versus schaamte en twijfel	Wil
3	Kleuterleeftijd	Initiatief versus schuldgevoel	Doelgerichtheid
4	Basisschoolleeftijd	Vlijt versus minderwaardigheid	Competentie

¹ <http://www.btsq.nl/infobulletin/Erikson.html> (28 juli 2008)

² <http://www.btsq.nl/infobulletin/Erikson.html> (28 juli 2008)

5	Adolescentie	Identiteit versus identiteitsverwarring	Trouw
6	Vroege volwassenheid	Intimiteit versus isolement	Liefde
7	Middelbare volwassenheid	Openstaan voor verandering versus stagnatie	Zorg
8	Late volwassenheid	Integriteit versus wanhoop	Wijsheid

De levenslooptheorie van Erikson is een reactie op de klassieke ontwikkelingspsychologie. De volwassenheid wordt niet meer als een stabiel eindpunt gezien, omdat volwassenen ook voortdurend in ontwikkeling zijn: mensen zijn namelijk hun hele leven in ontwikkeling. Erikson is de eerste en belangrijkste ontwikkelingspsycholoog die dit beschreef.

De ontwikkelingsfasen moeten echter niet te star worden gehanteerd. In de klassieke ontwikkelingspsychologie moet fase na fase goed worden doorlopen; als dat niet goed lukt, levert dat problemen op. Zoals Erikson echter aangeeft: 'mislukte' fasen kunnen wel opnieuw doorlopen worden door bijvoorbeeld hulpverlening (Malschaert, 2005, p. 44).

Wanneer het gaat om mensen met een verstandelijke beperking, worden vaak alleen de eerste fasen doorlopen. Veldhuizen (2001, p. 4) schrijft hierover:

“De meeste mensen met een verstandelijke handicap doorlopen een tot enkele van deze fasen. Het lijkt ons verstandig ons daar dan ook toe te beperken, waarbij we ons verplaatsen in de ene individuele mens. We staan dan stil bij de orale, de anale en oedipale fase. De genoemde fasen zijn “seksueel geladen”. Zij hebben een seksuele ondertoon en worden beredeneerd en beschreven vanuit drie opeenvolgende erogene zones: de mond, de anus en de genitaliën.”

Ook benoemt Veldhuizen (2001, p.4) dat seksueel misbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag veel voorkomt bij mensen zonder en met een handicap. Mensen met een verstandelijke handicap doorlopen meestal niet of niet volledig de fasen waarin ze leren om zich aan te passen aan de normen en waarden die door de omgeving verlangd worden. Deze normen en waarden zijn dus niet voldoende verinnerlijkt. Wanneer er geen innerlijke norm ontwikkeld is, kunnen zij die ook niet tonen. En wanneer zij emotioneel ook niet sterk genoeg zijn, is het ook erg moeilijk om dit in het gedrag uit te dragen. Vaak lukt dit wel even, maar de draagkracht ontbreekt om dit vol te houden. Wanneer die draagkracht niet ontwikkeld is, wordt er niet gehandeld uit onwil, maar uit onmacht.

Hieruit blijkt ook hoe de situatie van zwakbegaafde cliënten die een seksueel delict hebben gepleegd, verweven is met hun eigen ontwikkeling en de fasen die zij doormaken. Het is van belang om hen tijdens de behandeling aan te spreken op hun eigen niveau, afhankelijk van de fase waarin zij zich bevinden. Zie bijlage 1 voor het volledige artikel van Veldhuizen. Vooral is dus van belang om aan het werk te gaan met de achterliggende problemen en de ontwikkeling van de cliënt. Hier dient de psychomotorisch therapeut rekening mee te houden in zijn behandelstrategieën en attitude.

De psychomotorische therapie sluit aan bij de levenslooptheorie van Erikson, doordat er in de therapiesessies aandacht is voor de onderwerpen die Erikson als levenstaken omschrijft. Een van de eerste onderwerpen die aan bod komt is vertrouwen. Voor een goede werksfeer in de therapie is het van belang dat de cliënten op elkaar en op de therapeut kunnen vertrouwen. Tijdens de therapiesessies biedt de psychomotorisch therapeut daarom activiteiten aan, waarin vertrouwen centraal staat. Zo komen ook de andere onderwerpen uit de eerste ontwikkelingsfasen aan bod.

Behandelstrategieën PMT

In de behandeling van de cliënten uit groep 3 wordt gebruik gemaakt van verschillende behandelstrategieën uit de PMT. Deze strategieën worden hieronder beschreven volgens de informatie uit de reader Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie.

Oefenen

Allereerst de behandelstrategie oefenen. Bij deze strategie reikt de psychomotorisch therapeut duidelijke structuren aan, waarbinnen de cliënt oefenend geconfronteerd wordt met lichaamservarings- en bewegingssituaties. De activiteiten die worden aangeboden hebben zowel een technisch als een beleavingsaspect. Binnen de context van de AFP zijn dat bijvoorbeeld activiteiten zoals waterpolo, verschillende zwemslagen en drijven. Het centrale doel van deze strategie is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn eigen lichaam en met de omgeving. Dit gebeurt binnen de door de psychomotorisch therapeut aangeboden structuren. Zo leert de cliënt omgaan met zijn eigen problematiek.

Ervaren

De tweede behandelstrategie is ervaren. Bij deze strategie leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten daarvan op zijn gedrag in relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, doen en handelen in zich. De cliënt leert met zijn gedrag experimenteren binnen de door de psychomotorisch therapeut globaal aangegeven structuren. Dit kunnen bijvoorbeeld activiteiten zoals samen en tegen elkaar spelen. Gaandeweg leert de cliënt zelf deels te structureren. Dit moet de cliënt ontwikkelen in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituatie te leren ontwikkelen en toepassen.

Ontdekken

De derde behandelstrategie is ontdekken. Hierbij staan onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en conflicten centraal. De cliënt krijgt de gelegenheid deze conflicten te ontdekken, uiten en benoemen, zodat ze een geïntegreerde plaats krijgen in het bestaan van de cliënt. De psychomotorisch therapeut helpt de cliënt bij het bewustmaken van zijn afweer en/of zijn overlevingsstrategieën in zijn sociale verbanden. De therapeut moet hem bewustmaken van zijn langzaam gegroeide inadequate gedrag in zijn sociale verbanden. Vervolgens moet hij zijn huidige gedrag relateren aan ontstane traumata waardoor de cliënt inzicht kan krijgen in de mogelijke aanleidingen van zijn huidige gedrag. (Sietsma, 2005, p. 15-19).

In de behandeling van deze groep ligt het accent op de strategieën oefenen en ervaren. Deze strategieën passen goed bij de ontwikkelingsfase waarin de cliënten zich bevinden. Door allerlei oefeningen waarin het oefenen en ervaren centraal staat, worden de cliënten op hun eigen niveau aangesproken. Dit geeft een veilige sfeer waarin geoefend kan worden met nieuwe vaardigheden en nieuw gedrag.

De behandelstrategie ontdekken wordt vrijwel niet gebruikt. Sietsma (2005, p.19) schrijft hierover dat er een contra-indicatie geldt voor deze strategie wanneer de psychomotorisch therapeut bijvoorbeeld het verstandelijke vermogen van de cliënten en het vermogen tot het verwerken van zijn persoonlijke geschiedenis inschat als ernstig beperkt. De ontdekkende strategie doet een groter beroep op flexibiliteit en draagkracht. Omdat dit niet voldoende ontwikkeld is bij deze cliënten, is deze behandelstrategie ook minder goed bruikbaar.

Interventies

In de behandeling worden ervarings- en oefengerichte activiteiten aangeboden. De psychomotorisch therapeut gaat tijdens de therapiesessies ook in op de actuele situatie van de therapiegroep. Dit kan het thema van de dag zijn, maar ook een meegemaakte gebeurtenis van één van de cliënten, waardoor één van de te behandelen thema's meer op

de voorgrond komt. Door in te steken op de beleving en de situatie van de cliënten ligt de therapiesessie ook dicht bij hun belevingswereld.

Winkel (2002, p.1) noemt in de productomschrijving van psychomotorische therapie voor deze doelgroep de belangrijkste interventies van de behandeling. Deze hebben betrekking op:

- *het aanbieden van activiteiten waarin de thema's spanning voelen, spanningssignalen herkennen en communicatie aan de orde komen;*
- *het benoemen van en betekenis verlenen aan de ervaren lichaamsspanning;*
- *het benoemen en laten oefenen van spanningsverlagende activiteiten;*
- *de versmelting van denken, voelen, handelen.*

In de activiteiten komen thema's aan de orde als eigen inzet, wat zie je boven water en wat hou je onder water, volhouden wanneer je iets moeilijk vindt, uithoudingsvermogen, spanning voelen, spanningssignalen herkennen, adem vasthouden en adem loslaten, communicatie en rollen, vertrouwen, goed zorgen voor jezelf, rekening houden met de ander, overgave aan de ander.

Centraal in de behandeling staat het leren herkennen van eigen lichaamssignalen, waardoor risicovolle situaties herkend kunnen worden door de cliënt. De idee is dat de cliënt bij herkenning van signalen op tijd leert ingrijpen, waardoor grensoverschrijdend gedrag voorkomen kan worden. De behandeling richt zich niet op genezing, maar op controle van het gedrag.

Beschrijving interventies

De hierboven genoemde interventies worden nu een voor een besproken. Daarbij wordt beschreven hoe de interventie ingezet wordt in de behandeling. Ter verduidelijking wordt dit gedaan aan de hand van een of meer voorbeelden. Onderstaande informatie is gebaseerd op ervaringen met de doelgroep in het zwembad van de AFP.

Het aanbieden van activiteiten waarin de thema's spanning voelen, spanningssignalen herkennen en communicatie naar voren komen.

Veel cliënten laten lichaamsspanning zien, maar zijn er zich niet van bewust. Toch heeft dat invloed op hun functioneren. Ze voelen zich bijvoorbeeld wel onrustig, maar kunnen dat niet herleiden en uiten. Deze spanning kan door de psychomotorisch therapeut zichtbaar worden gemaakt door bepaalde activiteiten. Hierbij is bijvoorbeeld de activiteit drijven op de rug bruikbaar. In die activiteit kan gezien worden hoe gespannen (liggend als een plank in het water met gestrekte vingers en tenen, opgetrokken schouders) of ontspannen (losjes gebogen vingers, ontspannen voeten en drijvend als een dobber op het water) iemand in het water ligt. De cliënt kan dit zelf ook ervaren, doordat hij het langer kan volhouden wanneer hij ontspannen ligt. Ook drijft hij dan beter. Vaak werkt de activiteit ook door in een gespannen of ontspannen gevoel achteraf. Bij een dergelijke activiteit is het ook goed om de cliënten elkaar te laten observeren. Voor deze cliënten is het vaak gemakkelijker om spanning of ontspanning bij een ander te herkennen en te benoemen, dan bij zichzelf.

Een tweede activiteit is het zwemmen onder water. Wanneer een cliënt zich niet veel kan voorstellen bij spanning en het niet in woorden kan uiten, kan een bepaalde afstand onder water zwemmen hem dit leren. Het inzetten van een spannend element, namelijk het wel of niet halen van de overkant en het wel of niet hebben van voldoende zuurstof, levert spanning op bij de cliënt. Ook al zal hij dit niet meteen in woorden kunnen uiten, de ervaring is er wel en van daaruit kan de psychomotorisch therapeut het bespreken met de cliënt. Bij het gebruiken van zulke spanningsvolle elementen, moet de psychomotorisch therapeut wel zorgen voor voldoende veiligheid. Dit betekent vooral dat de cliënt zich veilig voelt in de

ruimte, in de groep en in zijn relatie met de therapeut. Een dergelijke activiteit is dus niet geschikt in een groep waar die aspecten niet voldoende aanwezig zijn.

Het benoemen van en betekenis verlenen aan de ervaren lichaamsspanning.

Eerder werd al beschreven dat het moeilijk is voor deze zwakbegaafde cliënten om de ervaren lichaamssignalen te benoemen. Nog een stapje verder is het verlenen van betekenis aan een lichaamssignaal.

Door met simpele activiteiten te beginnen, kan er een start gemaakt worden met het benoemen van lichaamservaringen. Een activiteit die hier goed bruikbaar voor is en in elke therapiesessie terug komt is het voelen van de temperatuur van het water. Ook kunnen verschillen voelbaar zijn tussen het water wat uit de douche komt en het zwembadwater. Ook de temperatuur in de ruimte van het zwembad wordt gevoeld door de cliënten. Vaak maken zij opmerkingen over deze temperatuur en de temperatuur van het water. Dit kan een eerste stap zijn in het leren benoemen van wat dat gevoel dan is. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden zijn: "Wat voel je? Waar voel je het? Wat vind je er van? Wat zou je graag anders willen?" Belangrijk bij het benoemen en betekenis verlenen zijn de verschillende reacties van groepsgenoten. Voor veel van deze cliënten is een bepaalde reactie vanzelfsprekend, maar doordat een groepsgenoot een andere mening kan hebben, leert de cliënt dat niet alles vanzelfsprekend is en dat elk mens verschillend is. Door veel te oefenen met benoemen van allerlei gevoelens waardoor de cliënten daar vaardig in worden, kan ook langzamerhand overgegaan worden op de betekenisverlening. In een veilige omgeving kan dit geoefend worden door bijvoorbeeld spelen waarin met twee teams tegen elkaar gespeeld wordt. Hierin kunnen ervaringen benoemd worden, bijvoorbeeld over de verdeling van de teams, het winnen en verliezen, het vertrouwen op de ander enz. Dit roept gevoelens op, waar vervolgens samen over gepraat kan worden, waardoor er betekenis verleend wordt door de cliënten zelf. Vanuit het beschrijven van deze gevoelens, komt er ook ruimte voor gevoelens van binnenuit, over situaties waarin de cliënten zich bevinden en welke emoties ze daarbij ervaren.

Het benoemen en laten oefenen van spanningsverlagende activiteiten.

Veel verstandelijk gehandicapte mensen moeten op hun tenen blijven lopen om de maatschappij aan te kunnen. Vaak worden ze overvraagd doordat deze mensen wel in een lichaam zitten van een volwassene, maar niet op dat niveau functioneren. Omdat de cliënten in de therapiesessies gevoelens van spanning leren herkennen, is het ook goed om hen kennis te laten maken met spanningsverlagende activiteiten. Daardoor leren ze dat spanning hen niet hoeft te overkomen, maar dat ze er wat aan kunnen doen.

Psychomotorische therapie is een goed middel om mee te werken, omdat spanning vrijwel altijd te merken is aan het lichaam. Door die spanning te lijf te gaan, verandert er ook iets aan het gespannen gevoel.

In de therapiesessies in het zwembad wordt dit allereerst gedaan door het zwemmen op zich. Winkel (2002, p.1) schrijft hierover in de productbeschrijving van psychomotorische therapie voor deze doelgroep dat de dragende kracht van het water ervoor zorgt dat het eigen lichaam en daardoor ook de eigen problemen als minder zwaar worden ervaren. Ook zorgt water voor veiligheid, omdat het de cliënt omsluit en het de cliënt de eigenheid laat ervaren. Het geeft een directe begrenzing. Activiteiten die spanningsverlagend zijn, zijn bijvoorbeeld aangepaste ontspanningsoefeningen in het water. Dit kan het drijven zijn, waarbij in verschillende stappen ontspanning wordt bereikt. Ook kan dit door middel van ademhalingsoefeningen, waarbij onder water uitgeademd wordt. Dat uitademen is goed controleerbaar door de cliënt zelf, omdat het bellen en bubbels veroorzaakt onder water. Onder water is het stil en dit kan ook voor ontspanning zorgen.

Ook kunnen meer bewegingsgerichte activiteiten voor ontspanning zorgen, zoals het leren van verschillende zwemslagen en het spelen van bijvoorbeeld waterpolo. Door in te spelen op de vaardigheden die de cliënten al hebben en ze te stimuleren om er nieuwe

vaardigheden bij te leren, leert en ontdekt de cliënt nieuwe vaardigheden van zichzelf en geeft hem dat voldoening en ontspanning.

De versmelting van denken, voelen en handelen.

Deze interventie loopt door de eerder genoemde interventies heen. De cliënten krijgen meer zicht op hun gedachten, gevoel en gedrag door de praktische oefeningen waar ze mee te maken krijgen in de psychomotorische therapie. Ze leren dat hun lijf veel signalen afgeeft en ook leren ze dat ze daar zelf invloed op kunnen uitoefenen. Daardoor worden ze meer één met hun eigen lichaam, gedachten en gedrag.

Attitude

In het werken met deze doelgroep moet de psychomotorisch therapeut verschillende rollen kunnen aannemen. In de behandeling gaat het om het creëren van vertrouwen en veiligheid en het confronteren van de cliënt met zijn delict. (Grijpma & Spanjaard, 1998, p.59)

Het is voor licht verstandelijk gehandicapte cliënten lastig om zich weer bewust te worden van wat er gebeurd is, een moeilijke stap om geconfronteerd te worden met het gepleegde delict. Zij hebben vaak een minder sterk ego en daarom is het belangrijk bij confrontatie tegelijkertijd aan veiligheid en vertrouwen te werken.

De draagkracht van cliënten kan eerst worden vergroot, door ze opnieuw te laten ervaren wat ze wel kunnen en waarin ze gewaardeerd worden. Vervolgens wordt het gemakkelijker de confrontatie met het delict aan te gaan en verantwoordelijkheid te nemen voor het delict.

De houding van de therapeut is erg belangrijk. Hij biedt aan de ene kant empathie en ondersteuning voor de pleger als persoon, aan de andere kant confronteert hij de persoon met zijn gedrag. Dit geeft aan dat er sprake is van een werkrelatie: de therapeut bevestigt continu dat de cliënt zelf niet een probleem *is* – zoals de meeste plegers al zo vaak gehoord hebben – maar dat hij een ernstig probleem *heeft* waaraan gewerkt moet worden.

De houding van de therapeut tijdens verschillende oefeningen en werkvormen is ondersteunend en structurerend. In het begin van de behandeling stelt de therapeut de grenzen. De plegers zijn (bewust of onbewust) gewend grenzen van anderen te overschrijden. De therapeut stelt nu de grenzen, afhankelijk van de mate van zelfcontrole die de cliënten laten zien. Als de zelfcontrole toeneemt, kan de therapeut de cliënten steeds meer ruimte geven.

Van belang in het contact met de cliënten is een zeer open, eerlijke en directe manier van communiceren in een taal die goed aansluit bij het taalgebruik van de cliënt. De plegers zijn vaak gevoelig voor betutteling, maar proberen ook uit hoever ze kunnen gaan. Het maken en uitvoeren van eerlijke, duidelijke, directe en respectvolle afspraken, maakt dat de plegers deze attitude en gedragingen overneemt. Dit voorkomt onnodige machtsstrijd tussen cliënten en therapeuten, zodat de cliënten tijd krijgen om met hun probleem aan de gang te gaan. (Grijpma & Spanjaard, 1998, p.59)

Ook dient nog genoemd te worden dat in deze context de therapeut niet met de cliënten in het zwembad gaat. In veel gevallen kan de therapeut zich lichamelijk inzetten om daarmee cliënten een kans te bieden iets te leren, wanneer hij bepaald gedrag laat zien in een bepaalde activiteit. Toch is dit voor deze doelgroep niet inzetbaar, omdat deze cliënten het niet aankunnen om de therapeut in verschillende rollen te zien, als deelnemer en als therapeut. Doordat zij dit niet kunnen scheiden, zullen die verschillende rollen van de therapeut door elkaar heen gaan lopen en dit komt de veiligheid van de therapiesituatie niet ten goede. Het schept duidelijkheid wanneer de therapeut altijd buiten het water blijft.

In een schema

Nu het theoretisch kader duidelijk is en de gebruikte behandelstrategieën uit de psychomotorische therapie, de interventies en de attitude van de psychomotorisch therapeut beschreven zijn, kan dit worden samengevoegd in een aaneensluitend geheel.

	Levenslooptheorie Erikson	Fasen Freud (beschreven door Veldhuizen)	Behandelstrategieën psychomotorische therapie	Attitude psychomotorisch therapeut
Fase 1	Zuigelingenfase	Oraal – ‘Es’ – drift	Oefenen en ervaren	Directief / structurerend
Fase 2	Peuterleeftijd	Anaal – ‘Ich’ – ik	Oefenen en ervaren	Steunend
Fase 3	Kleuterleeftijd	Oedipaal – ‘Über Ich’ – geweten	Oefenen en ervaren	Confronterend

Aansluitend op dit schema moet gezegd worden dat de behandelstrategieën oefenen en ervaren in elke fase terugkomen en elkaar afwisselen.

De attitude die de psychomotorisch therapeut aanneemt, wordt steeds breder, naarmate de tijd verstrijkt. Dit wil zeggen dat de therapeut in de eerste fase directief en structurerend is, en in fase 2 en 3 de therapeut ook een steunende en confronterende houding aanneemt. In fase 3 kan dus bijvoorbeeld ook teruggerepen worden op de directieve en structurerende attitude.

De overgang van de eerste naar de volgende fase verloopt niet volgens een vast programma of op een vastgestelde tijd. De fasen gaan in elkaar over door de ontwikkeling die de cliënt doormaakt. Dit schema is dus niet een praktische weergave van de therapie, maar wel een geheugensteun vanuit de theoretische achtergrond.

Conclusie

In dit hoofdstuk worden de hoofdpunten die besproken zijn kort op een rijtje gezet. Vervolgens worden daaruit de conclusies geformuleerd. Daarbij wordt teruggegrepen op de inleiding en de vraagstelling die daarin genoemd is.

In deze scriptie is de behandeling voor zwakbegaafde cliënten die een seksueel delict hebben gepleegd uitgewerkt. In deze scriptie lag de nadruk op de behandelstrategieën uit de psychomotorische therapie en de attitude van de psychomotorisch therapeut die van belang zijn voor de behandeling van deze doelgroep.

Vanuit de beschrijving van de doelgroep is overgegaan op het theoretisch kader van waaruit de behandeling wordt ingezet. Dit is de levenslooptheorie van Erikson, een psychodynamische benadering. De psychomotorische therapie is onderdeel van de behandeling voor deze doelgroep.

In de inleiding is naar voren gekomen dat het van belang is om de cliënten op hun eigen niveau aan te spreken. Van daaruit is ook de vraagstelling opgesteld die luidt:

Welke PMT-strategieën en welke attitude kan de psychomotorisch therapeut inzetten in de behandeling van zwakbegaafde zedendelinquenten in het zwembad van de AFP Assen vanuit de levenslooptheorie van Erikson?

Omdat de zwakbegaafde cliënten zich in de eerste drie ontwikkelingsfasen bevinden volgens de levenslooptheorie van Erikson, dient de behandeling daar op aangesloten te worden. Dit betekent dat dit ook doorwerkt in de behandelstrategieën van de psychomotorische therapie en de attitude van de psychomotorisch therapeut.

Van de drie behandelstrategieën van de psychomotorische therapie zijn er twee goed bruikbaar in de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking. Dit zijn de strategieën oefenen en ervaren.

Vanuit de strategie oefenen reikt de psychomotorisch therapeut duidelijke structuren aan, waarbinnen de cliënt oefenend geconfronteerd wordt met lichaamsservarings- en bewegingssituaties. Het centrale doel van deze strategie is dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn eigen lichaam en met de omgeving. Zo leert de cliënt omgaan met zijn eigen problematiek.

Vanuit de strategie ervaren leert de cliënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten daarvan op zijn gedrag in relatie tot zijn omgeving. Gaandeweg leert de cliënt zelf deels te structureren. Dit moet de cliënt ontwikkelen in de therapiesituaties, om het vervolgens ook in zijn leven buiten de therapiesituatie te leren ontwikkelen en toepassen.

De attitude die bij deze ontwikkelingsfasen en behandelstrategieën hoort, wordt opgebouwd vanuit een structurerende en directieve houding in de eerste fase, tot een meer steunende en vervolgens ook confronterende houding in de daaropvolgende fasen.

In de inleiding is aangegeven dat het doel van deze scriptie was om een leidraad te schrijven voor de behandeling van deze doelgroep vanuit de psychomotorische therapie. Dit is gedaan door de te gebruiken behandelstrategieën en attitude duidelijk te maken, onderbouwd vanuit een theoretisch kader. Vanuit de resultaten is in een schema duidelijk gemaakt hoe het theoretisch kader en de behandelstrategieën en attitude met elkaar verbonden zijn.

Discussie en aanbevelingen

Reflectie op de methode, resultaten en conclusies

In de behandeling van deze problematiek wordt op de AFP in Assen gewerkt vanuit de levenslooptheorie van Erikson. In veel andere instellingen waar gewerkt wordt met cliënten met een verstandelijke beperking die een seksueel delict hebben gepleegd, wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de cognitieve gedragstherapie.

De cognitief-gedragstherapeutische benadering ziet de stoornis als een denk- en gedragsprobleem. De therapie richt zich dan ook op het veranderen van het denken van de cliënt en op het aanleren van of stimuleren tot nieuw gedrag.

Deze therapie houdt zich uitsluitend bezig met waarneembaar gedrag. Allerlei emotionele problemen kunnen opgelost worden door cliënten ander gedrag te leren. Het 'wroeten' in het verleden of het uitgebreid stilstaan bij iemands gevoelens is dan geen effectieve manier om iemand te helpen. Emotionele problemen worden gezien als gedragsproblemen. Veel praten over pijnlijke gevoelens houdt het probleem in stand. Er wordt juist veel gedaan met cliënten. Allerlei denk- en doe-opdrachten worden gedaan en nieuwe vaardigheden aangeleerd (Weerman, 2006, p. 79).

Vanuit bovenstaande informatie kan gezegd worden dat vanuit de psychomotorische therapie bekeken de cognitieve gedragstherapie te beperkt is in de behandeling van deze cliënten. Vanuit de behandelstrategieën oefenen en ervaren uit de psychomotorische therapie is alleen het richten van de aandacht op het denken en het gedrag te beperkt. Er is juist veel aandacht voor het gevoel. Een cliënt met een verstandelijke beperking voelt ook van alles, maar kan dit nog niet goed duiden. Hij is zich er misschien niet eens bewust van. De psychomotorische therapie gaat uit van het lijf en het gevoel en probeert dat te duiden. Vervolgens wordt er natuurlijk ook gekeken naar het denken en het gedrag, de cognitieve kant.

Daarom is het ook goed om te benoemen dat niet het één goed en bruikbaar is en het ander fout en niet bruikbaar. Binnen de levenslooptheorie van Erikson krijgt de cognitieve gedragstherapie een plekje, evenals de psychomotorische therapie, die inspeelt op de cognitieve en de gevoelskant. Er wordt daarbinnen gekeken naar het verleden en de achtergrond van de cliënt waarbij er plaats is voor de gevoelens die daar bij horen, maar ook naar het aanleren van nieuw gedrag.

In deze scriptie is een poging gedaan om de praktijk van de psychomotorische therapie te onderbouwen vanuit de levenslooptheorie van Erikson. Deze aansluiting op elkaar is gevonden, maar die aansluiting omvat niet de hele behandeling. Er blijven nog een aantal aspecten liggen die moeilijk inzichtelijk te maken zijn, maar wel genoemd moeten worden in deze discussie.

De genoemde behandelstrategieën zijn heel praktisch beschreven. Wel moet de therapeut er rekening mee houden dat elke cliënt anders reageert op een bepaalde behandelstrategie. Dit heeft te maken met het niveau, de achtergrond, de sociale vaardigheden enz. van de cliënt. De behandelstrategie moet dus per cliënt ingezet en aangepast worden.

Het is ook niet zo dat wanneer de cliënt binnen de behandelstrategie ervaren na het experimenteren met zijn eigen gedrag binnen de aangegeven structuren, ineens zelf leert structureren. In grote lijnen is dit waar, maar er zijn nog zoveel niveaus die de cliënt doorloopt, voordat het zover is. Deze zijn niet beschreven in deze scriptie, maar zijn ook moeilijk praktisch te omschrijven. Daarvoor moet er nog meer vanuit de ervaring met deze doelgroep opgeschreven worden.

Verder is aangegeven dat de behandelstrategie ontdekken niet goed bruikbaar is in de behandeling van mensen met een verstandelijke handicap. Deze strategie is echter wel bruikbaar, maar meer voor de therapeut dan voor de cliënt. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut wel bezig is om de cliënt bewust te maken van zijn langzaam gegroeide inadequate gedrag. De cliënt is zich daar echter niet op een manier van bewust, dat hij zelf ook verbanden kan leggen en inzicht krijgt in zijn eigen gedrag. Als het ware ontdekt de therapeut het gedrag van de cliënt, en door de interventies van de therapeut merkt de cliënt wel dat er dingen veranderen, maar valt dat voor hem niet te duiden als het bewust worden van zijn eigen gedrag.

Hiermee wordt duidelijk dat de behandeling van deze cliënten nog veel complexer is, dan beschreven in deze scriptie. Toch is hiermee een begin gemaakt en liggen er nog veel mogelijkheden voor verder literatuur- en praktijkonderzoek.

Aanbevelingen

Er is veel reden tot verder onderzoek in de praktijk en in de literatuur. In deze scriptie is vooral aandacht gegeven aan hoe de psychomotorisch therapeut zo goed mogelijk kan aansluiten bij de doelgroep. Het is echter ook goed om meer aandacht te geven aan deze doelgroep in de context van het zwembad. Wat zijn de voordelen van het zwembad ten opzichte van de sportzaal? Wat is de functie van het water en hoe kan dit ingezet worden in de behandeling? Welk effect heeft het water op deze cliënten? Dit zijn een aantal vragen die terug zouden kunnen komen in een onderzoek wat zich meer richt op de context van het zwembad.

Verder zou het aanvullend zijn voor de behandeling van deze doelgroep wanneer er een meer praktische benadering komt van deze doelgroep vanuit de psychomotorische therapie, zodat de therapeut een soort van handleiding heeft voor de behandeling van deze cliënten. Dat betekent niet dat er een vast programma moet komen, maar wel dat de therapeut ideeën kan opdoen uit bijvoorbeeld activiteitenverzamelingen en thema's die gerelateerd zijn aan de context van het zwembad.

Literatuur

Behandelteam AFPN (2002). *Draaiboek groep 3*. Interne publicatie AFPN.

Grijpma G. & Spanjaard H.J.M. (1998). *Behandeling van jeugdige (licht verstandelijk gehandicapte) plegers van seksueel geweld. Werkboek met hulpmiddelen en werkvormen voor individuele en groepstherapie (versie 1.0)*. Ermelo/Amsterdam/Duivendrecht: Groot-Emaus/Paedologisch Instituut.

Koster van Groos, G.A.S. (2001). *Diagnostic Criteria van de DSM-IV-TR*. Oorspronkelijk uitgegeven door American Psychiatric Association, Washington D.C. Amersfoort: Hartcourt Book Publishers.

Malschaert H. (2005). *Basisboek Opvoedingsvraagstukken*. Baarn, HBuitgevers.

Sietsma L.W. (2001). Kader voor diagnostiek: een aanzet. *Diagnostiek, indicatiestelling en behandelplanning*, p. 4-8. Interne publicatie BPT/Calo, Zwolle.

Sietsma L.W. (2005). Deskundigheid. *Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie*, p. 15-19. Interne publicatie BPT/Calo, Zwolle.

Veldhuizen, A. (2001). *De 'bijzondere wereld' van de verstandelijk gehandicapten*. Interne publicatie AFPN.

Weerman A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één cliënt*. Soest, uitgeverij Nelissen.

Winkel, F. (2002). *Productbeschrijving psychomotorische therapie*. Interne publicatie AFPN.

Informatie van het Internet

<http://www.btsq.nl/infobulletin/Erikson.html> (28 juli 2008)

Bijlage 1

De 'bijzondere wereld' van de licht verstandelijk gehandicapten

Assen,
15 augustus '01

Geachte collega's en andere geïnteresseerden,

Sinds 1998 wordt er binnen de A.F.P. , in samenwerking met Hoeve Boschoord, een programma aanbod gedaan voor licht verstandelijk gehandicapte seksueel (ex-) delinquenten/ patiënten met een seksuele stoornis.

Benadering en behandeling van licht verstandelijk gehandicapten is niet eenvoudig. Vaak vertonen ze gedrag, wat zo op het eerste gezicht, of merkwaardig of onverklaarbaar lijkt te zijn. Het gedrag van licht verstandelijk gehandicapten komt echter, net zoals gedrag bij " normaal begaafde " mensen , niet "zomaar" uit de lucht vallen.

Ik zou U bij deze dan ook willen uitnodigen om eens nader kennis te maken met de 'bijzondere wereld' van de licht verstandelijk gehandicapten.

Veel leesplezier,

Andries Veldhuizen

Inleiding

Als begeleider treed je in contact met de ander. Daarbij neem je je eigen levensverhaal mee, met je eigen normen en waarden en je eigen levensgeschiedenis. Het is de kunst je bestaanswijze te relativiseren ten gunste van de leefwereld van die ander, met wie je een ontmoeting aangaat. Het gaat om het verhaal van de ene, unieke cliënt. In de ontmoeting met de cliënt ga je als begeleider op zoek naar de hulpvragen. Wanneer je op zoek bent naar het hele verhaal van die ene mens, reduceer je die mens niet tot zijn lichamelijke (on)mogelijkheden, zijn al dan niet onverwerkte jeugd, zijn emotionele draagkracht of welke elementen dan ook. Een mens is meer dan de som van al die delen. Een begeleider interesseert zich voor het totaalbeeld van de cliënt, maakt gebruik van zoveel mogelijk informatie en verbreed zo mogelijk die informatie in de geschiedenis en in de actualiteit. Vanuit een dergelijke visie met mensen omgaan brengt ons terug op een belangrijke attitudeaspect namelijk: acceptatie. Dit is het je actief verplaatsen in de belevingswereld van die ene mens, door diens ogen de wereld inkijken.

Het mensbeeld

Het vraagt om een onbevangen attitude om het verhaal van de ander helder te krijgen. De idee dat je een mens kunt "lezen" weerspiegelt een bepaalde visie. Namelijk dat mensen verhalen zijn. Het vak begeleider komt er vaak neer op het achterhalen van de betekenis van gedrag. Wanneer we de betekenissen van gedragingen van een cliënt bij elkaar optellen ontstaat er een verhaal, het verhaal van die ene mens. Het is de kunst dat verhaal goed te lezen. Zodoende begrijp je iemand beter. (de kunst van het verstaan).

De lichamelijke ontwikkeling

Qua lichamelijke ontwikkeling doorlopen mensen met een verstandelijk handicap dezelfde processen als mensen zonder een dergelijke handicap. Het is van belang rekening te houden met de leeftijdsfase waarin de betrokkene zich bevindt. Gaat het om een kind, een puber, een volwassene of een ouder mens? Iedere levensfase, de lichamelijke ontwikkeling beziend, brengt andere vragen met zich mee. Belangrijke items in deze: Leeftijd, praten/ niet praten, motoriek, lichamelijke afwijkingen, e.d.

De verstandelijke ontwikkeling

Licht, matig, ernstig verstandelijke handicap. Kennis van iemands snapvermogen draagt bij aan kennis van diens hulpvragen.

Belangrijke items in deze: ontwikkelingsleeftijd die past bij de mate van de verstandelijke handicap, associatief, concretiseren, stereotype denkbeelden, begripsvermogen, verbale uitdrukkingsvaardigheid, verkeerde cognities, e.d.

De emotionele ontwikkeling

Het spanningsveld tussen “kunnen” en “aankunnen”. Tegenover de, soms ogenschijnlijke, macht van de cognitie, het verstand, staat vaak de onmacht van het sociaal emotionele; vaak kunnen cliënten niet dragen wat ze verstandelijk lijken uit te dragen. Ondersteuning dient dan ook vaak plaats te vinden op het vlak van het sociaal emotionele.

Immers, hoe eenvoudiger het emotionele niveau van functioneren is, hoe moeilijker het is adequaat aangepast gedrag te vertonen, laat staan dat het gedrag geïnternaliseerd is tot geweten, tot een al dan niet geaccepteerd bewustzijn van wat hoort en niet hoort.

Belangrijke items in deze: geen grenzen aangeven, snel gespannen, kwetsbaar/ zoekt veel veiligheid, lust en onlust gevoelens staan centraal, normen en waarden wel/ niet geïnternaliseerd.

De sociale ontwikkeling

Hoe gaat de cliënt met de ander om/ medemens? In welke fase van de ontwikkeling verkeert hij/ zij? In hoeverre is er mogelijkheid geweest tot experimenteren met anderen? Hoe is de inhoud van de sociale contacten geweest? Welke invloed hebben deze sociale contacten gehad op de uiteindelijke identiteit van deze mens?

Belangrijke items in deze: Ik-sterkte, zelfbeeld, faalangst, grensoverschrijdend, gebrekkig sociaal inzicht, onaangepast gedrag, agressie/ automutilatie, sociaal wenselijk gedrag, egocentrisme e.d.

De persoonlijke levensgeschiedenis

Ieder mens is geworden tot wie hij nu is. Ieder mens heeft een hem of haar kenmerkende unieke historie. Deze is van grote invloed op hoe een mens zichzelf beleeft, hoe hij zichzelf ziet, op identiteit. Identiteit is gebaseerd op een aantal bouwstenen. Gedurende het levensverhaal, onze levensgeschiedenis, dient zich een aantal bouwstenen aan. Die nemen we mee; ze bepalen voor een groot deel ons zelfbeeld.

Bij persoonlijke levensgeschiedenis denken we aan:

1. Opvoedingsgeschiedenis (instituutsverleden, adoptie)
2. Ontwikkelingsgeschiedenis
3. Bijzondere gebeurtenissen (trauma's ziekenhuisopname, adoptie, kindbescherming e.d.)
4. Afkomst, milieu en cultuur (beschermend milieu of juist niet, rolverdeling man-vrouw, geloof, ras, e.d.)
- 5.

Op zoek naar de cliënt die ene mens - enige categorieën

In dit hoofdstuk willen we enkele categoriseringingen gebruiken, kapstokken van waaruit we die ene individuele mens beter kunnen begrijpen.

Deze kapstokken zijn als hulpmiddel bedoeld. Ze zijn erop gericht de mogelijke seksuele hulpvraag van die ene mens in diens unieke context te verduidelijken.

De verstandelijke ontwikkeling

De mate van iemands verstandelijke handicap kan worden gekoppeld aan een bepaalde ontwikkelingsleeftijd, aan de “normaal verlopende ontwikkeling”.

- Mensen met een lichte verstandelijke handicap: IQ 55-70, ontwikkelingsleeftijd 8-12 jaar

Verstandelijk gezien kijken zij dus door de ogen van een kind van 8-12 jaar de wereld in. Deze mensen kunnen logisch denken, gekoppeld aan concrete voorstellingen.

- Mensen met een matige verstandelijke handicap: IQ 40-55, ontwikkelingsleeftijd 5,5-8 jaar

Verstandelijk gezien kijken ze door de ogen van een kind van 5,5 tot 8 jaar. Het denken van deze mensen is nog enigszins egocentrisch. Zij vinden het moeilijk om zich in te leven in andere mensen.

- Mensen met een ernstige verstandelijke handicap: IQ 20-40, ontwikkelingsleeftijd 3-5,5 jaar

Deze mensen kunnen zich amper in andere mensen verplaatsen. Zij zijn zeer egocentrisch ingesteld. Zij zien zichzelf als middelpunt van de wereld.

- Mensen met een diep verstandelijke handicap: IQ 0-20, ontwikkelingsleeftijd 0-3 jaar

Deze mensen herkennen vertrouwde personen en kunnen aan hen gehecht zijn. Concrete directe ervaring is bij hen van wezenlijk belang.

Enkele opmerkingen over het “sociale” en het “emotionele”

Cognitie, verstand verwijst naar kennis. Kennis is macht. In zekere zin refereert verstand aan “kunnen”, aan “bevatten”. Begrijpen geeft greep, macht.

Cognitie alsook praktische vaardigheden vormen het “kunnen”. Dat “kunnen” moet je echter wel “aankunnen”, kunnen dragen. Met die gedachte kom je terecht bij het “sociale” en “emotionele”, een duo dat vaak in 1 adem wordt genoemd: de sociaal - emotionele ontwikkeling. Het “aankunnen” verwijst naar de basis, de draagkracht van een persoon. Het “kunnen” en “aankunnen” staan vaak op gespannen voet met elkaar.

Ten behoeve van een juiste beeldvorming van de mogelijkheden van een cliënt is het van belang om te weten dat de emotionele ontwikkeling doorgaans wat achterblijft bij het cognitieve. Veel mensen met een verstandelijke handicap bezitten nog geen verstandelijke leeftijd van vier of vijf jaar. Hoe zou het dan met hun sociaal - emotionele leeftijd gesteld zijn?

Het is handig ons van die wetenschap bewust te zijn. We hoeven mensen met een verstandelijke handicap dan niet te overvragen. Tegenover de (soms ogenschijnlijke) macht van de cognitie, het verstand, staat vaak de onmacht van het sociaal – emotionele; vaak kunnen cliënten niet dragen wat ze verstandelijk lijken uit te dragen. *Ondersteuning dient dan ook plaats te vinden op het vlak van het sociaal-emotionele!*

Het emotionele niveau van functioneren

De eerste fases van de theorie van Erikson.

Erikson heeft, in tegenstelling tot Freud, de fases die een mens doorloopt uitgewerkt tot aan diens dood (acht fasen). De meeste mensen met een verstandelijke handicap doorlopen een tot enkele van deze fasen. Het lijkt ons verstandig ons daar dan ook toe te beperken, waarbij we ons verplaatsen in de ene individuele mens. We staan dan stil bij de orale, de anale en oedipale fase. De genoemde fasen zijn “seksueel geladen”. Zij hebben een seksuele ondertoon en worden beredeneerd en beschreven vanuit drie opeenvolgende erogene zones: de mond, de anus en de genitaliën. Deze drie fasen gaan vooraf aan de latentiefase (zich uitstrekkend over de basisschoolperiode), de periode dat seksualiteit latent onder de oppervlakte blijft, zich ogenschijnlijk niet manifesteert, om vervolgens, onder invloed van de hormonen, in de puberteit flink tot wasdom te komen.

De orale fase: de babytijd, 0 tot 1 jaar.

In deze fase staat “het Es”, de drift, centraal. Een baby komt ter wereld als een bundel driften, schreeuwend om bevrediging. De baby heeft een symbiotische band met moeder, met de omgeving. Hij is er aan vastgeplakt. In feite drijft de baby op de attitude van de omgeving. Oraal verwijst naar de mond. Voor een baby is de wereld in eerste instantie niet veel groter dan datgene wat zich rondom de mond afspeelt. Lustbevrediging vindt plaats via de mond. Een baby leert in deze periode zichzelf zien door de ogen van zijn ouders. De wijze waarop ouders/ verzorgers het kind tegemoet treden bewerkstelligt een bepaalde beleving bij het kind. Wanneer ouders op een warme/ affectieve, herkenbare, voorspelbare en betrouwbare wijze met het kind omgaan, ontstaat er bij de baby een beleving van *vertrouwen*, basisveiligheid. Lukt dit (in het geheel) niet, zijn ouders vrij onvoorspelbaar of is er zelfs sprake van verwaarlozing, dan ontstaat er eerder een gevoel van *wantrouwen*, een zeer wankel basis om de wereld in te trekken.

De anale fase: de peutertijd, 1 tot 3 jaar.

In deze fase staat “het Ich”, het ik, centraal. De baby zat vastgeplakt aan moeder, aan zijn omgeving. In de peutertijd maakt de peuter zich los uit deze symbiose en ontwikkelt een (zeer prille) identiteit tegenover/ naast andere reeds ontwikkelde identiteiten. Het spel van vrijheid in gebondenheid ontstaat. Nu is het de anus die aandacht trekt. In de peutertijd ervaart de peuter dat hij zijn kringpijlen rondom de anus kan vasthouden, kan leren beheersen. Een gevoel, een beleving van wil ontstaat, van keuze (vrijheid). Wanneer een peuter op plezierige wijze deze periode doorloopt, ontstaat er dan ook een gevoel van *autonomie* (auto= ik). Is dit niet het geval, dan staan *schaamte* en *twijfel* op de voorgrond. Symbolisch gezien zien we het voorafgaande terug in de zindelijkheidstraining. Ouders kunnen hierin te sturend zijn, (al te zeer) dresserend. Wanneer er teveel dressuur is, wanneer een kind feitelijk te weinig ruimte heeft gekregen om zelf te ervaren dat het een eigenheid heeft, dat het kan beslissen, gaat het zich schamen voor zijn eigen wil, voor zijn eigen driften en past het zich aan, omdat het nou eenmaal zo hoort.

Grote grenzenstrijd kan ook een gevolg zijn (een peuter bevindt zich in een koppigheidsfase, op zich is dat een zeer gezonde ontwikkeling). Het vraagt veel stuurmanskunst van ouders om te schipperen

tussen die opkomende wil van het kind, waarop het mag scoren: *vrijheid*, en het bewaken van regels en veiligheid: *gebondenheid*.

Een peuter oefent met het gevoel van vasthouden en loslaten. Het kind ervaart een grens tussen zichzelf en de ander en zal daarmee gaan experimenteren. In feite tast een peuter zeer vaak de grens tussen zichzelf en de ander af (De peuter stelt een vraag: "Is mijn ik de moeite waard? Ben ik iemand?). Heel logisch: het kind heeft deze grens dan ook net ontdekt en ervaart dat het, los(komend) van de belangrijke ander, ook een identiteit heeft, een wil, een eigen ik.

Het onderhandelingsmodel: een essentiële voorwaarde? De begeleiding gaat de machtsstrijd uit de weg. Ze zet geen sterk ik tegenover een wankel ik en gaat de strijd niet aan. Ze reageert niet met een moreel gelijk op een wankel zoektocht naar ik - bevestiging. Zij onderhandelt, gaat het gesprek aan. Dat doet zij vrijwel altijd. Onderhandelen veronderstelt een visie. Een visie waarmee – binnen de ongelijke relatie – gelijkwaardigheid wordt nagestreefd. Bij mensen, die emotioneel op peuterniveau functioneren, in de anale fase zijn blijven steken, werkt onderhandelen helemaal goed. Omdat je de verbinding met elkaar blijft aangaan, de relatie openhoudt, niet polariseert, maar door je houding blijft aangeven dat het ik van de ander oké is.

De oedipale fase: de kleutertijd, 3 tot 5 jaar

In deze fase staat het "Über Ich", het geweten centraal. In de oedipale fase gaat het om de genitaliën het mannelijke en vrouwelijke geslacht. Kinderen in de kleuterleeftijd zijn met veel rollen bezig. Ze proberen zich ermee te identificeren. Ze ontdekken dat ze wel of geen piemeltje hebben, zijn daar verbaasd over. Zij lijken op papa of mama, worden zich er bewust van of ze een man of vrouw zijn. Op een plezierige manier door deze fase heenkomen bewerkstelligt een gevoel van *initiatief*. Verloopt deze fase minder voorspoedig, dan zal een beleving van *schuld* de boventoon voeren. Dit laatste is niet zo'n vreemde gedachte. Immers, binnen deze periode van identificatie met allerlei rollen, waaronder die van vader en moeder, ontstaat ook het geweten. Die innerlijke stem die ons vertelt wat wel en niet hoort. Een kind met een emotioneel niveau van een peuter pakt bijvoorbeeld geen snoepje uit de trommel omdat moeder of vader in de buurt is; de ouder fungeert dan als extern geweten. Een kind dat deze fase doorlopen heeft, beschikt over de mogelijkheid om een rem te gebruiken: het interne geweten. Besef van wat hoort en niet hoort heeft zich dan geïnternaliseerd. Wanneer dat gelukt is, betekent dat dat de emotionele draagkracht gigantisch toegenomen is: het kind is in staat directe behoeftebevrediging uit te stellen, omdat het normen en waarden uitdraagt vanuit een innerlijk besef. Het ik (Ich) schippert adequaat tussen opkomende driften (Es) en allerlei normen en waarden uit de omgeving (Über Ich). Wanneer iemand de oedipale fase adequaat doorlopen heeft, kan de betrokkene zich *aanpassen aan de normen en waarden*, die in de omgeving van hem of haar verlangd wordt. De normen en waarden zijn verinnerlijkt. Het realiteitsprincipe is in werking getreden.

Seksueel misbruik, seksueel grensoverschrijdend gedrag komt veel voor bij mensen met en zonder een verstandelijke handicap. Wanneer er geen innerlijke norm ontwikkeld is, kun je die ook niet tonen. Wanneer de emotionele kracht er niet is (emotionele ontwikkeling) is het ook heel moeilijk die in je gedrag uit te dragen (sociale ontwikkeling), misschien heel even, maar niet lang. ; de draagkracht ontbreekt. Sociaal en emotioneel zijn een samenwerkend duo. Iemand die die draagkracht niet ontwikkeld heeft handelt uit onmacht, niet uit onwil.

Het sociale niveau van functioneren

Bij het *emotionele* ging het om het gevoel, de beleving, gemoedstoestand. Hoe beleeft iemand zichzelf? Wat kan iemand aan, wat kan hij dragen? Is hij gauw gestresst? Bij het *sociale* gaat het om de vraag hoe iemand op de ander gericht is. Hoe gaat iemand met de ander om? Wat kan hij uitdragen? Wat je draagt, draag je uit. Bij meer draagkracht kun je meer uitdragen en verdragen. Het spreekt vanzelf dat bij toename van draagkracht de persoon in kwestie zich gemakkelijker kan gedragen naar de heersende waarden en normen in een bepaalde context. Het is handig te doorzien wat het sociale niveau van functioneren van betrokkene is en welke emotionele wereld hierachter schuilgaat.

Een sociale ontwikkeling van 0 tot 1 jaar

Emotioneel: de drift staat centraal, de mens is gulzig, onverzadigbaar. *Sociaal* gezien is er een symbiose. De betrokkene zit aan de omgeving vastgeplakt. Kan zich niet verplaatsen in de ander. Kan geen onderscheid tussen zichzelf en anderen maken.

Een sociale ontwikkeling van 1 tot 3 jaar

Emotioneel: het ik staat centraal. De peuter maakt zich los uit de symbiose. Hij ontwikkelt een eigen identiteit. Er ontstaat een grenzenstrijd. *Sociaal:* deze grenzenstrijd zien we ook binnen de sociale ontwikkeling. De autonomiestrijd is zichtbaar in het gedrag. Immers, enerzijds is de cliënt zich bewust van de aanwezigheid van de ander en mogelijk van bestaande normen, waarden en regels. Anderzijds kan de cliënt zeer koppig, uitdagend zijn (de peuter). De cliënt speelt nog naast de ander, werkt er nog niet echt goed mee samen. Tast af. Kan zich nog niet zo goed verplaatsen in de ander.

Een sociale ontwikkeling van 3 tot 5 jaar

Emotioneel: In deze fase staat het geweten centraal. Het kind begint te experimenteren met normen en waarden. Met wat hoort of niet hoort. *Sociaal:* Directe behoeftebevrediging kan uitgesteld worden, de cliënt gedraagt zich op den duur naar de algemeen geldende normen en waarden. Iemand met de sociale ontwikkeling van een kleuter begint zich al beter te verplaatsen in een ander. Behalve naast elkaar spelen en tegen elkaar spelen is er ook sprake van met elkaar spelen. Je gedragen naar geldende normen en waarden, aangepast gedrag vertonen en je meer gaan verplaatsen in een ander en daar rekening mee houden: de kleuter maakt zich dat sociale mechanisme eigen.

Een ogenschijnlijk hogere sociale dan emotionele ontwikkeling

In het voorafgaande hielden emotionele en sociale ontwikkeling gelijke tred. Regelmatig zien we echter ook dat een cliënt een ogenschijnlijk hogere sociale ontwikkeling vertoont in vergelijking met de emotionele ontwikkeling. Dat iemand zich bijvoorbeeld heel netjes gedraagt. Sociaal gewenst gedrag vertoont. Een compliment voor ouders/ opvoeders. Dit komt de beeldvorming van de cliënt ten goede. Het heeft echter ook nadelen. Want met dat sociale gedrag houdt men vaak dingen op, draagt men vaak dingen uit (sociaal), die men niet zo goed kan dragen (emotioneel). Tussen het sociale en het emotionele zit vaak een spanningsveld. Het is dan goed ons te realiseren dat het tonen van dat sociale adequate, gewenste gedrag voor de betrokkene een grote overvraging kan inhouden. Een continu op de toppen van de tenen lopen. Bij een dergelijk spanningsveld is veel ondersteuning van belang: bevestiging, bekrachtiging en externe normering.

Discrepanties in de persoonlijkheidsstructuur

Bij veel cliënten, zo blijkt in de praktijk, lopen de verstandelijke, emotionele en sociale ontwikkeling nogal uiteen, niet parallel. Zo blijven de emotionele en sociale ontwikkeling vaak achter bij de verstandelijke en blijft de emotionele ontwikkeling op haar beurt weer achter bij de sociale. In die gevallen is er sprake van een discrepante (tegenstrijdige) persoonlijkheidsstructuur. Kennis van dergelijke tegenstrijdigheden is zeer noodzakelijk, wil men professioneel met een cliënt omgaan. Menigmaal worden cliënten verkeerd begrepen, onjuist ingeschat. Vaak is er sprake van overvraging, hetgeen dikwijls probleemgedrag, verstoorde relaties tot gevolg heeft. Hier zien we een duidelijk spanningsveld tussen de buitenkant en de binnenkant van een persoon. Tussen hoe iemand oogt en wat deze persoon daadwerkelijk aankan, wie hij in feite is. Kent u de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt die aan uw zorg/ ondersteuning is toevertrouwd?