

Oooops..... Wrong planet!

"Wat ik zie, doe ik na"



"Oooops.... Wrong planet; wat ik zie, doe ik na"

Scriptie in het kader van afstuderen aan de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan de School of Human Movement and Sports (Windesheim) te Zwolle.

Door: Maureen Middelkamp
Begeleidend docent: Paul Hekking
Beoordelend docent: Cor Niks

Zwolle, 2008

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “Oooops..... wrong planet; wat ik zie doe ik na” ter afsluiting van de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan de School of Human Movement and sports (Windesheim) te Zwolle.

Mijn eindstage heb ik gelopen bij orthopedagogisch centrum Jan Pieter Heije te Oosterbeek. Deze stage heeft mijn ogen geopend. Ik heb gevonden wat ik leuk vind om te doen, werken met kinderen en jongeren met gedragsproblemen. Ik heb mede dankzij deze kinderen een bijzondere eindstage gelopen waarin ik heb ervaren dat ik ben geslaagd als beginnend professional. Alles wat ik afgelopen vier jaar heb geleerd viel op zijn plek en heb ik tijdens deze stage kunnen en mogen toepassen.

Tijdens deze stage kwam ik Donald tegen, een twaalfjarige licht verstandelijk gehandicapte jongen met een stoornis in het autistisch spectrum. Ik merkte dat hij tijdens therapie steeds meer lichamelijk contact zocht. Ik vroeg me af waar dat aan lag. Is dit het gedrag van een kind dat warmte en aandacht zoekt, of is er meer aan de hand? Toen hij ook begon met het maken van seksueel getinte opmerkingen, werd voor mij duidelijk dat hier meer aan de hand was. Ik werd nieuwsgierig, ging op onderzoek uit. Ik vroeg me af of ik hier in therapie wat mee zou kunnen. En zo groeide het idee om hier mijn scriptie over te schrijven.

Mijn interesse is gewekt, ik ga aan de slag om een eindproduct van vier jaar studeren te maken waar ik trots op kan zijn.

Tijdens mijn stage heb ik de tijd en ruimte gekregen om te leren en te werken. Ideeën over mijn scriptie stroomden binnen. Niks was te gek, overal werd ik mee geholpen. Ik ben hier Jan Koene en Vanessa van den Boom, mijn stagebegeleiders, ontzettend dankbaar voor. Ze hebben veel voor mij gedaan, tijd en energie in mijn proces gestoken. Ze hebben mij vertrouwen, inspiratie en adviezen gegeven voorafgaand aan het schrijven van deze scriptie. Mede dankzij hen mag ik trots zijn op wat ik bereikt heb.

Ook een speciaal dankwoord voor de kinderen/jongeren van het Jan Pieter Heije. Zij gaven mij naast hun vertrouwen, mij ook vertrouwen in mijzelf en plezier in het vak.

Vier jaar studeren sluit ik af met deze scriptie, ik wil alle docenten bedanken die mij geholpen in mijn proces en ontwikkeling naar beginnend professional. In het bijzonder Cor Niks, mijn studie loopbaan begeleider. Ondanks dat ik niet altijd even goed naar hem heb geluisterd, heeft hij mij vertrouwen gegeven en mij begeleid daar waar ik het nodig had.

Maureen Middelkamp
Zwolle, augustus 2008

Inleiding

Mijn interesse voor het schrijven van een scriptie is gewekt. Dit dankzij Donald, een twaalfjarige licht verstandelijk gehandicapte jongen met een stoornis in het autistisch spectrum die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Hij heeft mij geraakt, ik heb met hem te doen, ik wil hem helpen. Dit maakt dat ik me met deze scriptie bezig ga houden met onderstaande vraagstelling:

'Hoe kan de PMT bijdragen binnen de behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een twaalfjarige jongen met een licht verstandelijke handicap en een stoornis in het autistisch spectrum?'

In hoofdstuk 1 beschrijf ik de casus Donald, uiteraard een gefingeerde naam. Ik beperk me in deze casus tot het seksueel grensoverschrijdend gedrag. Verder wordt in dit hoofdstuk de diagnostiek van Donald beschreven.

In hoofdstuk 2 ga ik in op de theorieën van de licht verstandelijke handicap, autisme, PDD-NOS, seksuele ontwikkeling en seksueel grensoverschrijdend gedrag. In dit hoofdstuk zal tevens worden beschreven in hoeverre deze theorieën van toepassing zijn op Donald.

In hoofdstuk 3 wordt de behandeling in het algemeen beschreven en hoofdstuk 4 maakt duidelijk welke rol de psychomotorische therapie zal spelen in de behandeling.

Hoofdstuk 5 is de conclusie met daarin antwoord op bovenstaande vraagstelling.

Inhoudsopgave

Voorwoord		p. 2
Inleiding	p. 3	
Inhoudsopgave		p. 4
Verantwoording probleemstelling	p. 5	
 Hoofdstuk 1 De casus		 p. 6
1.1 de casus		p. 6
1.2 diagnostiek		p. 9
1.2.1 classificerende methode	p. 9	
1.2.2 beschrijvende methode		p. 9
 Hoofdstuk 2 Theorie		 p. 11
2.1 de licht verstandelijke handicap	p. 11	
2.1.1 psychosociale ontwikkeling bij lvg	p. 11	
2.2 autisme		p. 12
2.2.1 PDD-NOS		p. 13
2.3 autisme en seksualiteit	p. 14	
2.3.1 seksuele ontwikkeling		p. 14
2.3.2 specifieke kleuring als gevolg van de autistische stoornis	p. 15	
2.3.3 seksueel grensoverschrijdend gedrag		p. 16
2.3.3.1 risicofactoren voor de lvg-doelgroep	p. 17	
2.3.3.2 risicofactoren bij personen met autisme	p. 17	
 Hoofdstuk 3 De behandeling		 p. 19
3.1 inleiding		p. 19
3.2 ingangen tot verandering gedrag		p. 20
3.3 conclusie casus en advies		p. 20
3.4 behandeldoelen algemeen		p. 21
3.5 het theoretisch kader	p. 21	
3.6 aandachtspunten lvg	p. 22	
3.6.1 benaderingswijze	p. 22	
3.6.2 PMT als behandeling		p. 22
 Hoofdstuk 4 Psychomotorische therapie	p. 24	
4.1 inleiding		p. 24
4.2 doel	p. 24	
4.3 strategieën		p. 24
4.3.1 therapeutische attitude		p. 25
4.4 verloop behandeling	p. 25	
 Hoofdstuk 5 Conclusie		 p. 28
 Literatuurlijst		 p. 29
 Bijlage 1	p. 30	
Bijlage 2	p. 31	

Verantwoording probleemstelling

Tijdens mijn stage bij Jan Pieter Heije kwam ik Donald tegen. Een licht verstandelijk gehandicapte jongen met een stoornis in het autistisch spectrum. Hij kwam bij mij in therapie met de doelstelling om leren gaan met boosheid en agressie. Ik heb een therapeutische band met hem opgebouwd, hij raakte mij. Ondertussen kwam aan het licht dat hij seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Hier moest wat mee gedaan worden, want het bleek erger te worden. Ik volgde het verhaal op de voet en was betrokken bij overlegsituaties. Mijn interesse was gewekt. Ik wilde wat doen, ik wilde helpen. Maar wat kan PMT voor hem betekenen? Wat kan ik tijdens therapie doen om ervoor te zorgen dat hij zichzelf kan hanteren? Dat hij ander gedrag laat zien, sociaal aanvaardbaar gedrag. Gedrag dat voor hem en voor zijn omgeving goed is. Tegelijkertijd besef ik dat PMT alleen niet voor gedragsverandering kan zorgen. Meerdere disciplines zullen hier samen moeten werken. Maar hoe kan de PMT bijdragen in de behandeling? Zo is mijn vraagstelling tot stand gekomen.

'Hoe kan de PMT bijdragen binnen de behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een twaalfjarige jongen met een licht verstandelijke handicap en een stoornis in het autistisch spectrum?'

Hoofdstuk 1

De casus

1.1 casus Donald

In dit hoofdstuk omschrijf ik de individuele casus, waarmee ik gewerkt heb tijdens mijn stage op Jan Pieter Heije. Tijdens de behandeling om, om te leren gaan met boosheid, kwamen nieuwe, belangrijke punten voor behandeling naar boven. Door de complexiteit hiervan, was het noodzaak om het één en ander te onderzoeken. Helaas heb ik hierdoor niet de mogelijkheid gekregen om behandeling uit te voeren, het einde van mijn stage naderde. Hieronder zult u lezen hoe de complexiteit van deze casus in elkaar zit. Ik beperk me in deze casus dan ook tot datgene, waar onderzoek naar is gedaan en waar intensieve behandeling voor genoodzaakt is: seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Voor de casus heb ik gebruik gemaakt van eigen observaties en een diagnostisch verslag van "de twee stromen" uit Zutphen, deze voeg ik i.v.m. privacy redenen niet toe.

Donald is een jongen van 12.2 jaar met een lichtverstandelijke handicap en een stoornis in het autistisch spectrum (PDD NOS). Sociaal-emotioneel functioneert hij naar schatting op een veel jonger niveau. Zijn geweten lijkt hoofdzakelijk egocentrisch te zijn georiënteerd.

In 2006 werd Donald versneld intramuraal opgenomen in orthopedagogisch centrum Jan Pieter Heije, ter behandeling van zijn gedragsproblemen voortkomend uit PDD-NOS en in het bijzonder t.b.v. het begeleiden van een verstoorde psycho-seksuele ontwikkeling.

Donald is met de volgende hulpvraag aangemeld voor therapie: het leren omgaan met boosheid en agressie.

Na een aantal weken begon Donald steeds meer lichamelijk contact te zoeken met mij, ook deed hij niet leeftijdsadequate uitspraken met betrekking tot seks. Dit is vreemd, dit hoort niet. Na een gesprek met de orthopedagoog kwam seksueel misbruik aan het licht.

Uit eerder onderzoek in een polikliniek (09-02-2006) werd bekend dat Donald zijn twee jaar jongere zusje A. voor de duur van ongeveer twee jaar met enige regelmaat seksueel had misbruikt in het ouderlijk huis. Het betrof vaginale en anale penetratie. Donald bekende tijdens het onderzoek deze incest (destijds actueel) spontaan. Dit was de reden waarom Donald versneld is opgenomen in het Jan Pieter Heije, de externe controle moest worden aangescherpt. (J. Jelles, GZ psycholoog)

Via berichten van zijn jongere zus A. (voormalig slachtoffer van Donald), kwamen er in maart 2008 tijdens de individuele therapie van A. opnieuw signalen van actueel grensoverschrijdend gedrag van Donald in de thuissituatie, ditmaal jegens zijn jongere broertje R. In een diagnostisch onderzoek dat daarop volgde met broertje R (april 2008), bevestigde deze het seksueel uitdagende gedrag van Donald jegens R. en tevens jegens andere kinderen in en rond het gezin. R. bevestigde, noch ontkende incestueuze handelingen van Donald jegens hemzelf. Het non-verbale gedrag/spel van R. tijdens het onderzoek, versterkte echter het vermoeden dat R. slachtoffer was van incestueuze handelingen door Donald. (J. Jelles, GZ psycholoog)

In therapie liet Donald steeds vreemder gedrag zien. Toen ik hem ermee confronteerde, wilde hij er niks over kwijt; "ik praat er niet over met meisjes en vrouwen, alleen met jongens en mannen". Aan het einde van de therapie, wist ik dat het over seks ging, dat zijn zus het ook weet, want zij had het gezien, dat hij met een vriendje op de groep 'rijbewegingen' maakt, dat hij het doet omdat het niet mag, want dat is spannend en dat hij tenten bouwt, want dat had hij gezien in de film Flodder (Donald heeft eerder in een onderzoek verteld dat hij door het zien van deze film, seksuele handelingen in tenten ging uitvoeren, want dan zou niemand het zien). Donald wilde niks vertellen, maar uiteindelijk kwam ik toch aardig wat te weten. Dat het allemaal niet klopt was inmiddels duidelijk.

Zijn opvallende gedragingen en uitingen binnen de therapie, het bouwen van tenten op de groep (wat kan betekenen dat er kans is op het wederom verrichten van seksuele handelingen) en de berichten van J. Jelles, hebben geleid tot een multidisciplinair overleg, waar ik ook bij aanwezig was (kort verslag hiervan, vindt u in de bijlage). Dit overleg heeft geleid tot het verzoek voor een diagnostisch onderzoek met de volgende hulpvraag: 'In hoeverre heeft Donald zijn eerder vastgestelde seksueel grensoverschrijdende gedrag momenteel onder controle?' Uit dit onderzoek zal worden vastgesteld hoe de verdere behandeling van Donald zich zal vormgeven.

Donald geeft toe dat hij niet 'de baas is over zijn piemel', hiermee wordt letterlijk bedoeld dat hij zich niet in kan houden als hij zin heeft in seks.

J. Jelles: "In zijn vorige leefgroep (Donald is inmiddels overgeplaatst naar een leefgroep met alleen maar jongens), heeft hij seksuele handelingen verricht met twee meisjes uit zijn groep. Dit gebeurde zowel in de kamer van de twee meisjes, als buiten in de bosjes op het terrein van Jan Pieter Heije. Volgens Donald vonden de twee

meisjes het leuk en nodigden zij Donald uit tot seksueel gedrag. De vraag is hier in hoeverre Donald het gedrag van deze meisjes juist interpreteert."

Tijdens therapie vertelde Donald een keer dat hij graag in de bosjes speelde, want daar voelde hij zich vrij. Bovenstaande maakt voor mij duidelijk wat hij daar destijds mee bedoelde.

Donald vertelde mij dat er een aantal jongens zijn in Jan Pieter Heije, die weten dat Donald eerder seks deed met zijn zusje. Hij zegt dat zij doen of het heel normaal is. Hierdoor lijkt het dat Donald 'seksueel broeierig klimaat' ervaart (of creëert), waarin hij mogelijk 'goedkeuring' vindt bij andere jongens voor zijn seksuele gedrag.

Interne factoren: cognities en fysieke spanning

Donald zegt geregeld een erectie te hebben op allerlei momenten van de dag en op allerlei locaties. Met name als hij denkt aan seks: "Ik kan allemaal filmpjes en foto's in mijn hoofd aanzetten over seks. Dat kan ik op alle momenten van de dag."

Eerder raakte Donald opgewonden van externe stimuli, zoals pornografische beelden op internet (waar hij thuis de mogelijkheden voor had om te kijken).

Tijdens de momenten waarop hij aan seks denkt, wil hij daadwerkelijk tot seksuele handelingen overgaan. Hij vervolgt zijn gedragsrepertoire (grooming = voorbereidend handelen) met het aanspreken van een meisje, of zijn broertje R. en zegt daarbij: "Zullen we neuken? Je gaat het dan aan niemand door vertellen he?" Als iemand zegt: "Ja, ik vertel het door", staakt Donald het verzoek om seks, want "Ik wil niet betrappt worden, doordat iemand mij verradt". Als een kind zegt: "Nee, ik wil niet neuken", en er is geen volwassene in de buurt, dan zet Donald het groomen voort, en blijft hij doorvragen om te neuken. (J. Jelles, GZ psycholoog)

Één van Donald zijn beweegredenen om mij niks te vertellen over wat er nu allemaal met hem aan de hand was, was dat hij bang was om straf te krijgen. Dit vertelde hij letterlijk. Hij begrijpt het als ik uitleg dat hij niet in therapie komt om straf te krijgen, maar om hulp te krijgen, toch blijft het moeilijk. Hij weet dat wat hij doet (of gedaan heeft) verkeerd is en hij weet ook dat hij daardoor straf krijgt van de "volwassenen". In zijn ogen ben ik ook de "volwassene" waar hij straf van zal krijgen.

Reactie: feitelijk seksueel gedrag

Tijdens een erectie wil Donald bij voorkeur seks doen ("Ik krijg dan zin in seks"), d.w.z. bovenop iemand liggen. Donald maakt regelmatig staand, zittend of liggend rijbewegingen in de ruimte.

Donald zegt "neuken" het fijnste te vinden als hij zijn piemel in een gaatje kan doen. Hij licht toe dat dit een vagina of anus kan zijn. (J. Jelles, GZ psycholoog)

In therapie vertelde hij ook mij dat hij regelmatig rijbewegingen maakt (inclusief geluiden), dit vooral samen met een vriendje van de groep.

Consequenties van het seksueel grensoverschrijdend gedrag

Donald zegt zich blij te voelen na rijbeweging mits hij niet is betrappt. Hij voelt zich niet-blij als hij wordt betrappt. "Ik wil niet betrappt worden". Na afloop van de seksuele handelingen denkt Donald: "Dit was lekker", en hij zegt zich rustiger te voelen. Hij ervaart veel spanningen in zijn lijf, zonder reden (dus zonder seksuele aandrang). Wel zegt hij door zijn spanning ook erecties te krijgen. Hij wil graag een stressbal hebben om spanning uit zijn lijf weg te laten vloeien.

Donald ervaart opvoeders als externe begrenzers van zijn gedrag (hij is bang voor hun bestraffing), maar hij heeft inmiddels ook ondervonden dat hij buiten het gezichtsveld van opvoeders zijn gedrag kan voortzetten. Dit betekent in wezen dat hij heeft ervaren dat zijn opvoeders onvoldoende in staat zijn om de situatie te beveiligen, omdat er in hun aanwezigheid opnieuw mogelijkheden tot seksueel grensoverschrijdend gedrag konden worden gecreëerd door Donald. Hij ervaart het (in zijn ogen inconsequente) optreden van opvoeders vermoedelijk als gedogen van zijn gedrag, en tegelijk als plotselinge (beangstigende) repressie. (J. Jelles, GZ psycholoog)

Uit bovenstaande stukje, wordt nogmaals duidelijk dat Donald bang is om straf te krijgen. Hij weet dat hij dingen doet/heeft gedaan die niet goed zijn. "Dat ik hier woon, zegt al genoeg. Ik heb echt iets heel ergs gedaan", aldus één van Donald's opmerkingen tijdens therapie.

Kennis van seksualiteit

Donald weet dat er sperma uit een penis komt en dat een vrouw/meisje zwanger kan worden als dit sperma in of rond haar vagina komt.

Hij weet dat masturbatie alleen thuis hoort op zijn eigen kamer, en niet elders. Ook rijbewegingen horen niet in openbare ruimtes, volgens Donald. Hij wil in therapie leren om beter de baas te worden over zijn seksuele gedrag.

Donald beschikt voor zijn leeftijd over adequate kennis van seksualiteit, maar zijn seksuele gedrag is niet afgestemd op de sociale norm. Donald kent de normen rond seksualiteit, maar heeft deze onvoldoende eigen gemaakt. Hij beschouwt ze als buiten hem zelf staand. Hij ondermijnt actief de normen door uit het zicht van

volwassenen te handelen, en hij legt slachtoffers het zwijgen op. Donald handelt daarmee primair uit eigen belang (bevrediging van behoeften en ontlading van spanning). (J. Jelles, GZ psycholoog)

Leergeschiedenis

Donald vertelt dat hij de rijbewegingen leerde van sekssites op de computer, en in het bijzonder van de speelfilm Flodder 3: "Wat ik zie, doe ik na", zegt hij. "Na het zien van die film, is het ergste begonnen", vertelt hij mij. Ook uit deze film komt het 'tentjes bouwen'. Hierin verricht hij, zagezegd, seksuele handelingen. "Als ik tentjes ga bouwen → alarm".

Donald zegt nooit seksuele handelingen te hebben gedaan met een volwassene, of een volwassene met hem. In het bijzonder wordt navraag gedaan naar eventuele seksuele handelingen van zijn vader, J. de ex-partner van moeder of S, een neef van Donald, die bekend staan als dader van zedendelicten met kinderen. Bij alle genoemde personen zou dit niet het geval zijn.

Zijn omgeving

Vanuit zijn thuissituatie krijgt Donald weinig steun en begrenzing. Door onmacht van moeder, loopt de situatie thuis uit de hand en wordt overwogen om Donald helemaal niet meer naar huis te laten gaan. Thuis wordt Donald beïnvloed door zijn oudste zus, samen met haar keek hij naar Flodder 3 en naar andere seksueel getinte films. Ook deze zus heeft een stoornis in het autistisch spectrum.

Vader en moeder zijn gescheiden toen Donald twee was. Moeder heeft sindsdien een aantal nieuwe partners gehad. Één daarvan is de vader van broertje R. Deze heeft zusje A. seksueel misbruikt. Ook heeft deze uiteindelijk zelfmoord gepleegd. Wat voor aanslag dit heeft gehad op Donald is voor mij niet duidelijk.

De vader van Donald is naar de Filipijnen vertrokken, waar hij verschillende vriendinnen heeft en waar hij een aantal kinderen heeft. Deze kinderen neemt hij geregeld mee naar Nederland en soms laat hij ze voor een aantal maanden bij Oma. Ook vader heeft een stoornis in het autistisch spectrum.

1.2 Diagnostiek

Diathese stressmodel

	Profielschets	
Prodromen		Symptomen
- Filmpjes en foto's in zijn hoofd creëren - Het, in zijn ogen, uitdagen van andere kinderen - In een situatie zonder toezicht bevinden - Confrontatie met prikkelende omgevingsfactoren (denk aan foto's, filmpjes, verhalen, etc)		- Beperkt sociaal inzicht - Controle verlies - Preoccupaties - Detaildenken - Door de vele spanningen in zijn lichaam, krijgt hij sneller een erectie. Hierdoor raakt hij opgewonden en wil hij overgaan op seksuele handelingen
Interne stressoren		Externe stressoren
- Erectie → hier moet ik wat mee doen. - Het niet onder controle kunnen houden van zijn gedrag → spanningen - Laag zelfbeeld		- Bang om betrupt te worden (straf krijgen)
	Beschermende factoren	
Beschermende vaardigheden	Beschermende activiteiten	Beschermende omgevingsfactoren
- hij snapt dat het niet kan wat hij doet (hij is niet dom), nu er nog wat mee doen	- geen	- het in de gaten worden gehouden door zijn omgeving - het niet meer naar huis kunnen, zodat hij niks meer met zijn zusje/broertje kan doen
Ontbrekende gewenste vaardigheden		Storend ongewenst gedrag
- impulsen beheersen (de baas worden over zijn piemel) - aangeven wanneer hij voelt dat het mis gaat - weten wat wel en niet kan/mag		- controleverlies - seksueel grensoverschrijdend gedrag - net zolang doorgaan totdat hij bevredigd is - niet gepaste aanrakingen en opmerkingen

1.2.1 De classificerende methode

DSM IV diagnose van Donald

As I : PDD NOS (299.80)
 As II : lichte zwakzinnigheid (317)
 As III : geen
 As IV : problemen binnen de primaire steungroep
 As V : 40-45

WISC II (12.06.06) verbaal IQ 76

1.2.2 De beschrijvende methode

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert men zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interacties, de dialoog met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel de medemens zijn als materiele dingen om hem heen. Daarin proberen we de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog. (Sietsma, 2001)

In de casus kunnen we lezen dat Donald niet perse de omgeving (dus de medemens of materiele dingen) nodig heeft om zin te krijgen in seks. Elk moment en op elke plek kan hij filmpjes en foto's in zijn hoofd creëren, waardoor hij zin krijgt in seks. Op dat moment wil hij daadwerkelijk op actie overgaan, hier heeft hij dus wel degelijk zijn omgeving bij nodig. Hij let goed op of er geen volwassenen in de buurt zijn, want de angst voor straf

is de grootste belemmerende factor om niet tot actie over te gaan (motivatie om het niet te doen, ligt dus extern, buiten zichzelf).

Donald heeft moeite met sociale interacties. Hij ziet niet hoe je met anderen om hoort te gaan, dit kijkend naar het feit dat hij de mensen in zijn omgeving erg vaak aanraakt en knuffelt, ook wanneer het niet gepast is. Ook in verbaal contact komt de verstoorde dialoog duidelijk naar voren.

De kritische invalshoek kijkt vooral naar de aanwezige sociale verbanden en naar eventuele hoge verwachtingen en eisen die het milieu van de persoon stelt. (Sietsma, 2001)

Hier is het probleem dat het milieu van Donald veel te weinig eisen van hem stelt. Hij wordt thuis nauwelijks in de gaten gehouden, waardoor hij gewoon zijn gang kan gaan met zijn broertje en/of zusje. Moeder vindt het zielig als Donald beperkingen worden opgelegd. Ook is ze niet in staat om in te zien dat Donald, buiten het gezichtsveld van de volwassene, acties onderneemt, "dat gebeurt toch niet, ik hou het wel in de gaten".

Vader is niet veel in zicht, maar ook hij stelt geen eisen van Donald. Vader heeft zelf een stoornis binnen het autistisch spectrum en ook hij heeft seksueel gezien, niet of nauwelijks een rem.

Donald krijgt vanuit zijn thuissituatie dus weinig mee over wat hoort en wat niet.

Hoofdstuk 2

Theorieën over lvg, autisme en autisme & seksuele ontwikkeling

2.1 Licht verstandelijke handicap

'Een laag intellectueel functioneren en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen vormen de specifieke kenmerken van mensen met een licht verstandelijke handicap. Daarnaast hebben zij vaak te kampen met een psychiatrische stoornis, leerproblemen, problemen in de gezinssituatie en/of een aandoening van medisch-organische aard. Het complex van factoren uit zich bij de jeugdige of jongvolwassene in ernstige gedragsproblemen.' (Verstegen, 2005)

In schema 1 worden deze factoren overzichtelijk weergegeven

Schema 1: Model van LVG-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG:

LVG-specifieke kenmerken:	en bijkomende kenmerken / problematiek:	komen tot uiting in:
INTELLIGENTIE IQ 50 – 85	LEERPROBLEMEN	ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN
BEPERKT SOCIAAL AANPASSINGS- VERMOGEN	PSYCHIATRISCHE STOORNIS	
	MEDISCH- ORGANISCHE PROBLEMEN	
	PROBLEMEN IN GEZIN EN SOCIALE CONTEXT	
en leiden tot: CHRONICITEIT / LANGDURIGE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING		

Donald heeft een IQ van 76 en dus problemen met het leren. Ook typisch voor de LVG-doelgroep, maar ook voor Donald is het beperkt sociaal aanpassingsvermogen, hiernaast heeft hij een stoornis in het autistisch spectrum en problemen in gezin en sociale context, wat zich uit in ernstige gedragsproblemen.

2.1.1 Psychosociale ontwikkeling van mensen met een licht verstandelijke handicap volgens Dosen:

Cognitief

- logisch denken (oorzaak-gevolg)
- spreken over concrete situaties
- problemen met het verstaan van complexe boodschappen
- problemen met abstract denken
- leren door concrete ervaring of door voorbeelden
- lezen, schrijven, rekenen: circa groep zes basisschool

sociaal

- gebonden aan belangrijke personen
- conformisme aan regels (neiging zich te schikken naar de heersende opvatting)
- zwakke sociale verantwoordelijkheid
- geen groepsverband
- loyaal tegenover belangrijke anderen

emotioneel

- wil sociaal geaccepteerd en competent zijn
- mogelijke problemen met agressieregulatie
- het verleden kan bepalend zijn voor het gevoel van nu

- de toekomst is minder belangrijk
- goed ontwikkelde emoties: verdriet, geluk, liefde, haat, vertrouwen, wantrouwen, eigenwaarde
- minder ontwikkelde emoties: geweten, seksuele liefde, empathie

persoonlijkheidsontwikkeling

- geloof in 'Gouden Regels'
- 'ego' is afhankelijk van het oordeel van anderen
- verminderde gewetensontwikkeling

2.2 Autisme

De mens met autisme stelt de mens zonder autisme vaak voor vragen, en ook net zo vaak voor verrassingen. Voorzover bekend geldt dit omgekeerd evengoed: de autistische mens staat niet zelden voor raadsels als hij naar de 'gewone' wereld kijkt. Voor autisten zijn de 'anderen' niet of moeilijk te doorgronden en is de wereld, die immers voor het overgrote deel door 'niet-autisten' bepaald wordt, moeilijk te bevatten en vormt hij een riskante wildernis met voetangels, klemmen en duistere paadjes.

Onderstaand gedicht, maakt dit op een simpele, maar mooie manier duidelijk:

*De wereld en ik
Gaan niet altijd samen
Soms gaan de woorden
Gewoon langs elkaar*

*Dan zeg ik iets
Maar de ander
Snapt het niet
Dan zegt die iets
En dat snap ik dan niet*

*Soms kan ik niet duidelijk
maken wat ik bedoel
Dan wil ik de ander wat zeggen
Maar de woorden kan ik niet vinden*

*Soms is het moeilijk
Om met andere te praten
Gewoon omdat ik niet weet
Wat ik dan zeggen moet*

*Het lijkt allemaal zo eenvoudig
Maar steeds die kleine problemen
Geven me soms het gevoel
Dat ik niet in deze wereld pas*

Autisme (of beter: autismespectrumstoornis, ASS) is een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Een ontwikkelingsstoornis houdt in dat deze in de vroege kindertijd begint en een negatieve invloed op de ontwikkeling van geestelijke vermogens of vaardigheden heeft.

'Pervasief' betekent dat de invloed van deze stoornis in alle delen van de persoonlijkheid 'doordringt': de totale persoonlijkheid wordt erdoor bepaald.

Autisme heeft een neurobiologische oorzaak. De hersenen van mensen met autisme functioneren daardoor anders; de informatie wordt anders verwerkt dan bij niet-autisten.

Autisme is dus

- een stoornis in de geest;
- een ontwikkelingsstoornis (begint in de vroege kindertijd en bepaalt de ontwikkeling negatief);
- een pervasieve stoornis (beïnvloedt alle delen van de persoonlijkheid).

Uitgangspunt voor inzicht in de stoornis autisme is de aanname dat mensen met autisme een andere prikkelverwerking hebben dan normaal het geval is. Daardoor verwerken zij binnenkomende informatie op een andere wijze en ontwikkelen zij een andere manier van denken. Bepaalde ontwikkelingsstappen op verstandelijk, emotioneel en sociaal gebied vinden niet of slechts ten dele plaats. Zij ontwikkelen daardoor een persoonlijkheid

die wordt gekenmerkt door bepaalde vroegkinderlijke trekken. Hoe en in welke mate verschilt van persoon tot persoon.

In het algemeen is er bij deze stoornis altijd een achterstand in de sociale ontwikkeling, terwijl op cognitief gebied het concrete denken en het denken in details sterk opvallen. Op andere cognitieve gebieden kan een autist zich relatief beter, en soms zelfs normaal ontwikkelen. Op het emotioneel gebied valt de vlakheid of de impulsiviteit op.

Belangrijke begrippen in de stoornis zijn de 'centrale coherentie' en de 'theory of mind'. 'Centrale coherentie' is het vermogen de overeenkomst in dingen te zien en verworven inzichten in nieuwe situaties toe te passen.

'Theory of mind' is het besef dat andere mensen andere, op zichzelf staande gedachten en ervaringen hebben.

Beide vaardigheden zijn slecht ontwikkeld bij mensen met autisme en verklaren veel van de problemen waar zij mee worstelen.

(Zeevalking, 2000)

Autisme heeft een grote impact op iemands functioneren en op iemands (niet) begrijpen van de omgeving. Het gevolg is dat een autist op veel vlakken aanpassing en ondersteuning van zijn omgeving behoeft. Het versterken van zelfredzaamheid, sociaal netwerk en werk, sociale vaardigheden, seksuele vorming en het omgaan met eigen emoties, is een belangrijke doelstelling bij het ondersteunen van iemand met autisme.

(Zeevalking, 2000)

2.2.1 PDD NOS

PDD NOS volgens DSM IV:

Pervasieve Ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven

(met inbegrip van Atypisch autisme)

(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)

Deze categorie moet gebruikt worden als er een ernstige en pervasieve beperking is in de ontwikkeling van de wederkerige sociale interactie of van de verbale en nonverbale communicatieve vaardigheden, of als stereotiep gedrag, interesses en activiteiten aanwezig zijn, terwijl niet voldaan wordt aan de criteria voor een specifieke pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis of ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Zo behoren tot deze categorie ook de 'atypische autisme' beelden die niet voldoen aan de criteria van de autistische stoornis vanwege een begin op latere leeftijd, atypische symptomatologie of te weinig symptomen of deze allemaal.

In het gedrag van kinderen met PDD-NOS kan een aantal belangrijke gebieden worden onderscheiden waarin zich problemen kunnen voordoen.

Contact en sociale communicatie

Ten eerste zijn er de sociale problemen, de kinderen hebben moeite in de omgang met anderen.

Er is natuurlijk wel sprake van contact en communicatie, maar dit is vaak gekleurd door misverstanden. *In de casus wordt benoemd dat Donald het idee heeft dat die twee meisjes op de groep de seksuele handelingen ook willen en dat zij hem zelfs uitnodigen tot deze handelingen. Door bovengenoemde kun je, je afvragen in hoeverre hij het contact en de communicatie tussen hen, goed interpreteert.*

In het contact is er vaak sprake van eenrichtingverkeer. *Donald reageert in het contact vaak alleen op die situaties die voor hem interessant of belangrijk zijn. Hierdoor negeert hij regelmatig opmerkingen en/of vragen van mijn kant.*

Kinderen met een PDD-NOS hebben moeite de juiste rol toe te kennen aan verschillende personen. Dit kan in de praktijk betekenen dat ze bijvoorbeeld te open zijn in aanwezigheid van vreemden of juist te gesloten bij goede bekenden.

In de therapie betekende dit dat hij in het begin al graag knuffels gaf of andere manieren van lichamelijk contact zocht. Bovenstaande zou een verklaring hierop kunnen zijn.

Dan zijn er ook vaak emotionele problemen, dat wil zeggen moeilijkheden in de gevoelsontwikkeling (angst, grenzeloosheid, fantasieën).

Duidelijk is dat grenzeloosheid een groot probleem is bij Donald. Ook lijkt hij moeite te hebben met het onderscheiden van fantasie en werkelijkheid. In zijn hoofd gaan de fantasieën met hem op de loop, deze zijn echter gevaarlijk, aangezien hij ze vervolgens ook in werkelijkheid uit wil voeren.

Taal- en denkontwikkeling en gedrag

1. Het praten:

Nogal eens verloopt de taalontwikkeling bij kinderen met PDD-NOS moeizaam. Deze kan laat op gang komen. Ook kan de verbale informatie die een kind geeft onnatuurlijk overkomen. Vaak zien we dat kinderen de taal erg letterlijk nemen en dat ze humor niet begrijpen. Hier staat weer tegenover dat sommige kinderen met PDD-NOS tot taalkundige hoogstandjes in staat zijn, waarbij dan vaak echter opvalt dat ze hun taal toch op een verkeerde manier gebruiken. Zo komt het vaak voor dat kinderen met PDD-NOS volwassenen napraten en daarbij uitdrukkingen gebruiken die niet bij hun leeftijd passen.

Het napraten valt niet heel erg op bij Donald. Behalve de ongepaste, niet leeftijdsadequate seksueel getinte opmerkingen die hij maakt en die hij duidelijk niet zelf heeft verzonnen, heb ik weinig 'vreemde' opmerkingen, waarvan heel waarschijnlijk is dat hij die ergens anders heeft gehoord, vernomen tijdens de contacten met Donald.

2. Reageren op prikkels:

Onder prikkels verstaan we datgene wat een kind hoort, ziet, voelt, proeft of ruikt, maar ook wat er intern bij het kind zelf opkomt. PDD-NOS-kinderen reageren te weinig of juist te sterk op prikkels van buitenaf.

Bijvoorbeeld: Donald reageert niet op bepaalde vragen of opdrachten, maar reageert wel heel sterk op een opmerking die ik tussen neus en lippen door maak.

3. Gedrag wordt in hoge mate bepaald door prikkels van binnenuit

4. Slecht kunnen omgaan met veranderingen:

Kinderen met een PDD-NOS zijn over het algemeen gebaat bij vaste patronen. Onverwachte gebeurtenissen en veranderingen in het dagritme kunnen de innerlijke onrust doen toenemen. Dit kan er bij het ene kind toe leiden dat het nog drukker wordt en soms misschien zelfs agressief, terwijl het andere kind zich nog meer terugtrekt dan het anders al deed.

Bij Donald betekent dit dat hij nog drukker wordt, in de weerstand gaat, boos en soms agressief wordt.

5. Leerproblemen

2.3 Autisme en seksualiteit

2.3.1 Seksuele ontwikkeling

De seksuele ontwikkeling van iemand met autisme gaat niet ongemerkt voorbij. Bij de meeste mensen met autisme komt de lichamelijke puberteit niet later dan bij 'normale' kinderen (soms is dit wel het geval). In bijlage 1, een overzicht van de 'normale' seksuele ontwikkeling.

Autistische kinderen worden, lichamelijk gezien, volwassen mensen. Dat wil zeggen dat de lichamelijke en seksuele rijping bij autistische kinderen net zoals bij andere kinderen verloopt, maar hun lichamelijke seksuele volwassenheid is gekoppeld aan hun sociale onvolwassenheid. Met uiteraard individuele verschillen afhankelijk van de mate van de autistische stoornis.

Dat wil zeggen dat ook bij mensen met autisme sprake is van een seksuele ontwikkeling, seksuele gevoelens, seksuele behoeften en seksueel gedrag. Maar deze kunnen zijn of zijn specifiek gekleurd door hun autistische stoornis.

2.3.2 Specifieke kleuring als gevolg van de autistische stoornis (Drs. B. Kox, 1995):

Weerstand tegen verandering

- secundaire geslachtskenmerken ontwikkelen zich (lichamelijke verandering)
- toename van lengte als gevolg van een groeispurt (casus: autist ging steeds krommer lopen, verklaring angst voor hoogte)

- ochtendereactie met als gevolg agressief of zelfverwondend gedrag (kan juist het tegengestelde effect hebben)
- menstruatie

Voorlichting en voorbereiding op deze lichamelijke veranderingen kan voorkomen dat er problemen ontstaan met de acceptatie hiervan en/of dat ze schrikken van de eerste menstruatie, zaadlozing, borstvorming, haargroei.

Preoccupatie en rituelen / leggen van verkeerde verbanden

- toevallige associaties (in tijd en ruimte); Voorbeeld: Alleen in badkamer of op toilet masturberen (wat mag/moet). Telkens als het meisje in de badkamer kwam masturbeerde ze
- opzoeken van intense prikkels
- verstoorde pijnzin / bizarre masturbatie
- dwangmatig masturberen (bijv. volgens plan); Voorbeeld: Op maandag, vrijdag en zaterdag
- masturbatie met een ritueel karakter. Voorbeeld: Op vaste dagen, met telkens andere figuurtjes op het nachtkastje

Problemen met het aanleren van vaardigheden

Bij hoger functionerende: niet weten hoe te masturberen, soms zelfs niet na het lezen van een voorlichtingsboek. Bij lager functionerende: komt masturbatie veel voor leidend tot hypermasturbatie, agressiviteit omdat ze niet klaar kunnen komen.

Gebrek aan controle: wat kan/mag in sociale situaties. Schaamte gevoel ontbreekt vaak:

- naakt rondlopen (bijv. van het toilet af)
- masturberen in het openbaar; Voorbeeld: masturberen op een openbaar toilet in een pretpark, nadat hij had geleerd dat hij alleen mocht masturberen op het toilet
- iemand zonder meer aanraken op een intieme plaats;
- vragen stellen: ben je getrouwd, draag je een slipje?

Beperkt sociaal inzicht

Het gaat daarbij om gedrag dat als een jonger kind dit laat zien nog wordt geaccepteerd (en eventueel gestimuleerd (kusje geven) en op latere leeftijd niet meer wordt geaccepteerd en dus sociaal problematisch wordt.

Voorbeelden:

- borsten voelen / billen voelen
- aangename percepties
- vragen stellen
- haren strelen / panty's voelen
- kusje geven aan iedereen die het kind ontmoet
- broek naar beneden meters voor het toilet op 8-jarige leeftijd, als 16 jarige opgepakt voor exhibitionisme. Het gedrag heeft voor de jongen geen seksuele bijbedoelingen, maar het wordt door anderen zo geïnterpreteerd.

Taal/communicatieve stoornis

Agressie/automutilatie kan een signaal zijn van seksueel probleem. Voor jongeren met autisme kan het namelijk heel moeilijk zijn om duidelijk te maken welke problemen en spanningen ze eventueel in verband met hun seksuele ontwikkeling meemaken. Informatie kan door de autist anders opgevat/begrepen worden.

Sociale (contact) stoornis

- detailgericht. Voorbeeld: Persoon niet belangrijk maar bijv. de geur of het haar (niet alleen vrouw maar ook etalagepop met pruik of stervoetballer met lang blond haar)
- interesse voor mensen, maar met gebrekkig inzicht
- de interesse is snel afleidbaar
- laten leiden door formele aspecten. Voorbeelden: Met 20 jaar een relatie, met 22 huwen, met 24 het eerste kind, met 26 het tweede kind. Huwen, maar dan moet de vrouw alleen op woensdag komen om te vrijen.

- hoog inzicht en besef ten aanzien van wat er tussen twee mensen mogelijk is, maar niet in staat tot uitvoering: een relatie is te complex, te onvoorspelbaar, te subtiel. (hoe zorg je voor iemand, hoe hou je rekening met iemand - invoelingsvermogen). Meestal gaat het om een eenzijdige aangelegenheid.

Angst

Als gevolg van (weerstand tegen) verandering, vertekend beeld van de werkelijkheid of als gevolg van reacties van anderen op bizar seksueel gedrag of onaangepast gedrag.

Angst is vooral aanwezig bij mensen met PDD NOS, omdat de fantasie veel verder gaat. Dit kan zelfs leiden tot controleverlies (bijv. kinderen lastig vallen). (*Casus Donald!!?*)

Problemen met het herkennen van de eigen sekse

- als iemand met autisme langer vertrouwd is met iemand, kunnen gevoelens van verliefdheid ontstaan
- uiterlijk kan een rol spelen (in plaats van seksevoorkeur). Voorbeeld: grote handen geven opwindend (zowel bij mannen als vrouwen)

Het is moeilijk vast te stellen hoe de seksuele ontwikkeling bij Donald verloopt en met welke problemen hij worstelt. Wel is duidelijk dat hij een gebrek aan controle heeft. Hij heeft moeite met het inzien wat wel en wat niet kan in sociale situaties. Dit is vooral gericht op het stellen van seksueel getinte vragen of het maken van seksueel getinte opmerkingen. Ook heeft hij moeite met het inzien, wat betreft het lichamelijk contact, wat wel kan en wat niet / wanneer wel en wanneer niet / bij wie wel en bij wie niet.

Ook valt af te vragen in hoeverre zijn grote interesse voor agressie en geweld (dit in de vorm van computerspelletjes voor de leeftijd 16+), iets te maken heeft met zijn seksuele gedragingen. Volgens bovenstaande kan het een verklaring zijn voor problemen met seksualiteit.

Detailgerichtheid zie je ook bij Donald terug. 'een gaatje is een gaatje'. Het maakt hierbij niet uit of dit een gaatje is van een jongen of een meisje.

De seksuele fantasieën die hij in zijn hoofd creëert, zorgen ervoor dat hij tot seksuele handelingen over wil gaan → controle verlies.

2.3.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is de verzamelnaam voor verschillende termen die iets zeggen over ongewenst seksueel gedrag. De laatste tijd wordt de term ongewenst seksueel gedrag ook vaak gebruikt. Ongewenst gedrag is te definiëren als handelingen van een groep of individu, die door een persoon, die deze handelingen als tegen zich gericht ziet, als vijandig, vernederend of intimiderend worden beschouwd.

2.3.3.1 risicofactoren seksueel grensoverschrijdend gedrag bij personen met een licht verstandelijk handicap

Risicofactoren om seksueel grensoverschrijdend gedrag te vertonen hangen samen met factoren vanuit de omgeving en factoren vanuit de (beperkingen van) de persoon zelf.

Factoren die met de omgeving samenhangen:

- *Het ontbreken van openheid en adequate (dat wil zeggen éénduidige en bij de cliënt aansluitende) seksuele voorlichting en vorming. Hierdoor worden normen en waarden over wat wel en niet kan onvoldoende geleerd en geïnternaliseerd;*
- *Niet adequaat handelen door de omgeving bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit kan het gevolg zijn van mythes over seksualiteit bij met name mannelijke cliënten, zoals: 'een man heeft zijn behoeften', 'hij weet niet beter' of 'hij groeit hier wel overheen'. Het kan ook het gevolg zijn van handelingsverlegenheid, waardoor het seksueel grensoverschrijdend gedrag eerder wordt bekrachtigd dan afgeleerd.*
- *Het achterwege laten van specifieke diagnostiek bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hierdoor is er onvoldoende zicht op de oorzaken van dit gedrag, het type pleger waarvan sprake is en op de begeleiding of behandeling die nodig is.*

Factoren die met de beperking en/of de persoon samenhangen:

- *Een beperkte cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling. Er is dan een minder gedifferentieerd gevoelsleven en een gebrekkige vaardigheid in het leggen van contacten. Daarnaast is men minder in staat om waarden en normen te internaliseren.*
- *Zich minder kunnen inleven in een ander. Dit komt door een gebrekkig sociaal inzicht, door het ontbreken van het besef dat anderen iets anders kunnen willen en voelen dan zichzelf.*
- *Een minder ontwikkelde gewetensfunctie: men weet misschien wel dat 'iets niet mag', maar heeft geen idee van het 'waarom'.*
- *Een beperkte(re) impulscontrole als gevolg van de handicap, het ontwikkelingsniveau, psychische stoornissen of organische problemen.*
- *Een negatief zelfbeeld waardoor men situaties zoekt waarin men zich veiliger voelt, bijvoorbeeld bij kinderen of 'zwakkere' verstandelijk gehandicapten en waarbij sprake kan zijn van machtsuitoefening.*
- *Slachtoffer zijn (geweest) van seksueel misbruik of seksueel grensoverschrijdend gedrag en dit gedrag als 'normaal' gaan leren zien.*

Bron: www.begrensdeliefde.nl

Dat wat bij bovengenoemde cursief gedrukt is, zijn factoren die bij Donald een rol spelen.

2.3.3.2 Risicofactoren seksueel grensoverschrijdend gedrag bij personen met autisme

Er is geen onderzoek verricht naar de mogelijke oorzaken van seksueel ongepast of seksueel afwijkend gedrag bij personen met autisme. Er zijn daar volgens Peter Vermeulen verschillende mogelijke verklaringen voor.

- Een deel van het beschreven gedrag komt overeen met seksuele gedragingen bij jonge kinderen (bijvoorbeeld de geslachtsdelen aanraken in het openbaar) en zou kunnen verklaard worden door de ontwikkelingsachterstand. Dit verklaart echter niet waarom ongepast gedrag ook voorkomt bij normaal begaafde personen met autisme.
- Het concept pseudodeviantie geeft een andere gedeeltelijke verklaring. Dit concept gaat ervan uit dat afwijkend gedrag kan ontstaan bij personen met ontwikkelingsstoornissen, die in een omgeving leven waar gepaste seksuele kennis niet aangeboden wordt en waar de ontwikkeling van relaties niet ondersteund wordt. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij personen met autisme en een verstandelijke beperking die in een instelling verblijven. Het verklaart echter niet waarom ongepast gedrag frequent voorkomt bij een groep normaal begaafde personen met autisme, die in instellingen verblijven waar veel mogelijkheden bestaan tot sociale omgang en waar individuele counseling gegeven wordt op seksueel vlak.
- Het ontstaan van afwijkend gedrag zou kunnen verbonden zijn aan de sociale stoornis die de kern uitmaakt van autisme, meer bepaald het gebrek aan sociale en emotionele wederkerigheid en het gebrek aan sociale vaardigheden en perspectiefneming. Personen met autisme missen ook normale sociale leerervaringen: gewone adolescenten doen heel wat kennis over seksualiteit op in hun vriendenkring. Jongeren met autisme hebben daartoe veel minder gelegenheid. Ongewone seksuele interesses of gedragingen zouden bij jongeren met autisme minder gecorrigeerd kunnen worden door de sociale omgeving en daardoor een eigen leven gaan leiden.
- Sommige personen met autisme gebruiken misschien voorwerpen bij het masturberen door hun gebrek aan verbeelding.
- Afwijkend seksueel gedrag zou de seksuele uiting kunnen zijn van repetitieve en stereotiepe patroon van gedragingen en interesses dat een onderdeel is van het autismebeeld. Dit kan op drie manieren. Ten eerste kan een al vooraf bestaande fascinatie voor bepaalde stimuli of bepaalde voorwerpen bij een seksuele betekenis krijgen na het begin van de puberteit. Dit is een mogelijke verklaring voor het gebruik van voorwerpen bij masturbatie. Ten tweede kunnen de preoccupaties die vele adolescenten en volwassen met autisme hebben ook een seksuele inhoud hebben. Dit kan bijvoorbeeld tot uiting komen in het dwangmatig stellen van seksueel gekleurde vragen. Ten derde kan seksueel gedrag bij personen met autisme zoals andere gedragingen, geritualiseerd worden.
- Onderliggende neurobiologische afwijkingen, bijvoorbeeld in het serotoninesysteem worden zowel bij autisme als bij sommige seksuele stoornissen aangetroffen.
- De executieve dysfunctiehypothese van autisme geeft de volgende, mogelijke verklaring: zowel ongepast als afwijkend seksueel gedrag zou te maken kunnen hebben met een stoornis van de impulscontrole.
- Ook de centrale coherentiehypothese en meer bepaald het 'autistische' denken (zogenaamd detaildenken) levert enkele interessante theses op. Hyperfocussen op bepaalde details zou parafiele interesses kunnen verklaren. Niet begrijpen dat gedrag aan een bepaalde context gebonden is, kan problemen met sociaal-seksuele vaardigheden verklaren. Hyperfocussen zou overigen ook een variabelere

seksuele oriëntatie kunnen verklaren: zoals eerder genoemd, worden sommige personen met autisme aangetrokken door detailkenmerken en niet door personen.

- Ten slotte is het mogelijk dat deviant gedrag alleen schijnbaar meer frequent zou zijn, doordat personen met autisme hun seksuele verlangens en gedrag niet verbergen door een gebrek aan schaamtegevoel.

Bij Donald zal een combinatie van de verschillende bovengenoemde factoren de oorzaak zijn van zijn seksueel grensoverschrijdend gedrag. Naast zijn licht verstandelijke handicap en zijn stoornis binnen het autistisch spectrum, speelt zijn onveilige thuissituatie ook een grote rol. Van jongs af aan kreeg Donald het een en ander te horen en te zien wat betreft seks. Thuis werd gekeken naar fimpjes op tv en op internet en zweeg ook vader niet over zijn (afwijkende) seksuele behoeften. Voorlichting en begrenzing over seksualiteit ontbrak in de opvoeding van Donald. Dit wetende en de uitspraak "Wat ik zie, doe ik na" van Donald verklaart al een hoop.

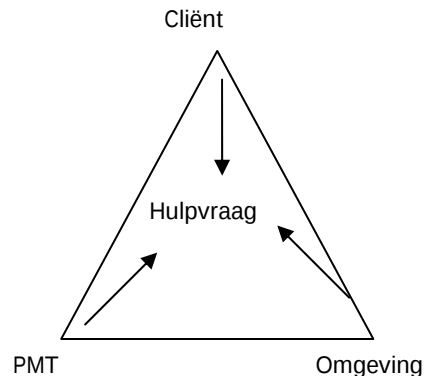
Hoofdstuk 3

De behandeling

3.1 Inleiding en de driehoek van Donald

In dit hoofdstuk beschrijf ik, vanuit de casus, de adviezen voor behandeling.

Voor het opstellen van een behandelplan, is het noodzakelijk dat je rekening houdt met een aantal factoren. Hiervoor heb ik de driehoek van Donald opgesteld. De drie hoeken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Wat er met de cliënt gebeurt, heeft invloed op zijn omgeving en ook op de therapie. Wat in de therapie gebeurt, heeft invloed op de cliënt en daardoor indirect ook op zijn omgeving. Wat er in de cliënt zijn omgeving gebeurt, heeft invloed op de cliënt, dit kan weer invloed hebben op het verloop van de therapie.



Door deze drie punten te analyseren, kun je zien op welke manier deze punten het gedrag van deze cliënt beïnvloeden en dus wat nodig is om tot een goed behandelplan te komen. In de vorige hoofdstukken zijn de factoren rondom de cliënt en rondom zijn omgeving beschreven. In dit hoofdstuk komt de PMT aan bod.

Cliënt

De belangrijkste factoren die voor het opstellen van een behandelplan van belang zijn, zijn de licht verstandelijke handicap, de stoornis in het autistisch spectrum en de leeftijd (beginnend puber).

Omgeving

Hiermee wordt de cliënt zijn thuissituatie (gezin, familie), leefgroep en school bedoeld en op welke manier deze invloed uitoefent op zijn gedrag.

De (on)mogelijkheden voor behandeling zullen hierin centraal moeten staan.

Psychomotorische therapie

Naar aanleiding van de analyse van bovengenoemde factoren, wordt er een keuze gemaakt voor welke strategie en referentiekaders er gekozen wordt. Op welke manier ga je te werk en met wie?

Hier wordt een behandelplan opgesteld en zal duidelijk worden welke rol PMT heeft m.b.t. behandeling. Hierin zal de hulpvraag van de cliënt centraal staan, waarin seksualiteit een bepalende factor is.

3.2 ingangen tot verandering van het gedrag van Donald (J. Jelles, 2008)

Donald wil leren om de baas te worden over zijn piemel. Dat wil hij hoofdzakelijk om niet in aanraking te komen met politie. Donald is zeer nadrukkelijk bang voor straf, waarmee zijn motivatie om zichzelf te leren hanteren hoofdzakelijk extern georiënteerd is. Wel toont Donald een kort moment empathie met zijn broertje R als hij zegt: "R gaat het seksen nadoen. Dat is eigenlijk slecht voor zo'n klein kind. Eigenlijk wil ik hem dat niet aandoen."

Als oplossingen om zijn seksuele gedrag onder controle te krijgen noemt Donald:

- Minder denken aan seks. In plaats daarvan kan ik beter aan iets leuks van vroeger denken, zoals een bezoek aan een pretpark in Duitsland, dat hij bezocht met het gezin.
- Als een kind Nee zegt, wil ik leren luisteren, en mezelf stoppen.
- Donald wil zich minder aangetrokken voelen tot bepaalde meisjes, die hem, volgens zijn zeggen, uitnodigen tot seksueel gedrag. De vraag is echter of Donald de "uitnodiging" van slachtoffers juist interpreteert.
- Donald wil leren om van zijn piemel af te blijven als deze in erectie is, zodat zijn penis vanzelf weer ontspant. Hij zegt dat nu erg moeilijk te vinden.
- Donald denkt dat hij er baat bij heeft om zijn algehele spanningsniveau / zenuwen (in-en exclusief een erectie) beter onder controle te krijgen met gebruik van een stressbal.
- Donald is bereid om in therapie aan zijn ongewenste gedrag te werken.
- Ik wil leren om kinderen minder te dwingen; ik wil me minder snel uitgedaagd voelen door andere kinderen; ik wil leren om eerst na te denken, voordat ik iets doe. (Denk hierbij aan de stop-denk-doe methode)

3.3 conclusie casus en advies

Het delictscenario van Donald wijst in de richting van seksueel obsessief gedrag van een zwakbegaafde jeugdige zedendelinquent. Het kenmerk van zwakbegaafde zedendelinquenten is dat zij in hun vroege kindertijd te maken kregen met pedagogische verwaarlozing (soms in combinatie met fysieke mishandeling), en pesterijen buitenshuis. De directe aanleiding tot de ontuchtpleging bestaat bij hen veelal uit het zien of horen van seksuele handelingen in de omgeving, of op video of internet, waarvan zij de betekenis niet volledig begrijpen. De slachtoffers bestaan voornamelijk uit jongere kinderen, bij wie de zwakbegaafde pleger zich op zijn gemak voelt. Hij gaat over tot seksuele handelingen vanuit vage onlustgevoelens of fysieke spanning (Bruinsma, 1996).

Donald's delictgedrag komt sterk overeen met bovenvermeld type pleger. Donald bouwde een ongeveer vier jaar durende leergeschiedenis op van seksueel grensoverschrijdend gedrag, met een min of meer vast patroon van handelen. De functionele analyse van het grensoverschrijdende gedrag wijst uit dat Donald door interne stimuli (gedachten aan seks en fysieke spanning), in combinatie met ontbrekend toezicht, overgaat tot grensoverschrijdend gedrag. In zijn grooming-proces (=voorbereidend gedrag) zoekt hij kwetsbare kinderen, bij voorkeur meisjes, maar tegenwoordig ook jongens, die de belofte doen om hem niet te verraden. Donald zoekt actief naar gelegenheden, zonder toezicht van volwassenen om tot seksueel gedrag over te gaan. Hij herkent daarbij reacties van kinderen onvoldoende en maakt misinterpretaties (autisme heeft een grote impact op iemands functioneren en op iemands (niet) begrijpen van de omgeving). Donald is in het begin gericht op penetratie (in vagina en anus), maar neemt ook genoegen met rijden (met kleren aan) bovenop een ander kind. Zijn fysieke spanning en angst om betrappt te worden, loopt op als een slachtoffer lawaai maakt of fysiek tegenwerkt. Met zijn lichaamsbouw/gewicht houdt hij overwicht op het slachtoffer.

Naast de invloed van de verstandelijke beperking, speelt bij Donald de invloed van de PDD-NOS, die er debet aan is dat Donald sociale informatie op een eenzijdige wijze interpreteert en nauwelijks in staat is om zich in te leven in anderen. Donald heeft een beperkte 'theory of mind' (besef dat andere mensen, andere opzichzelfstaande gedachten en ervaringen hebben).

Donald's seksuele gedrag volgt als ontlading op fysieke spanning en behoefte aan bevrediging van primaire behoeften. Hij ervaart weinig interne controle op dit gedrag, en is feitelijk aangewezen op voortdurend toezicht, zodat hij niet in de gelegenheid komt om contact (met zowel een jongen als meisje) te verseksualiseren. Donald heeft bevredigende seks met zichzelf, maar blijft desondanks zoeken naar mogelijkheden om op een ander kind te rijden. Hij geeft aan dat hij wil leren om de baas te worden over zijn piemel, maar zijn motivatie is gering en zijn leergeschiedenis met grensoverschrijdend gedrag is aanzienlijk (sinds ongeveer zijn 8e jaar). Mogelijk dat er tevens een erfelijke belasting meespeelt, aangezien zedendelinquentie en pedofilie volgens moeder voorkomen bij familieleden van Donald.

Al met al is het vermoeden op verbetering van het probleemgedrag ongunstig, als er niet snel een gerichte aanpak komt van het probleemgedrag. Het is mede ongunstig, gezien de beperking vanwege PDD-NOS en zijn verstandelijk en sociaal emotioneel functioneren. Donald is naar mijn mening aangewezen op externe controle van zijn gedrag. Pas wanneer hij niet meer in de gelegenheid gesteld wordt om contact met een ander kind te

verseksualiseren, kan hij gaan profiteren van cognitieve gedragstherapie met als doel zelfhantering (methode Stop-denk-doe en controle op zijn seksuele gedragingen). Van belang is onder andere dat Donald leert om fysieke spanning op een adequate, niet-seksuele wijze af te laten vloeien.

3.4 behandeldoelen algemeen

Het belangrijkste doel voor behandeling is zelfhantering. "Alles wat de zelfsturing bevordert is een kwalitatieve stap vooruit" (Prof. Arnold Cornelis, 1997).

Zoals hierboven beschreven is het van cruciaal belang dat er externe controle komt. Hierbij is belangrijk dat alle disciplines op dezelfde manier te werk gaan. Hierdoor blijft voor Donald duidelijk tot hoever hij kan gaan en wordt hij begrensd wanneer hij te ver gaat. Structuur en duidelijkheid is voor iemand met PDD-NOS belangrijk.

Het moet duidelijk worden voor Donald wat wel kan en wat niet kan in sociale interacties. Dit gericht op verbaal en non-verbaal contact (het maken van ongepaste opmerkingen en het aanraken). Alle disciplines moeten hier ook op één lijn zitten. Denk aan: duim omhoog als hij iets goed doet, duim naar beneden als hij het verkeerd doet. Het is belangrijk dat men zich niet alleen richt op het negatieve gedrag, maar ook op het positieve gedrag, dus complimenteren en belonen wanneer hij goed gedrag laat zien. Een positieve benadering zal de ontwikkeling bevorderen.

Wanneer de basis goed is, dus de externe controle en de benadering vanuit de verschillende disciplines richting Donald, kunnen we gedragstherapeutisch aan de slag (het afleren van ongewenst gedrag en het aanleren van gewenst gedrag), waarmee hij leert 'de baas te worden over zijn piemel'. Deze is gericht op:

- (h)erkenning van het eigen gedrag
- inzicht verwerven in denken, voelen en doen voor, tijdens en na het delict
- het aanleren van alternatieve gedachten en gedrag

De omgeving van Donald zal zich moeten aanpassen om de behandeling te kunnen optimaliseren. Externe controle is hier als belangrijkste punt genoemd. Daarnaast is er voor gekozen dat Donald niet meer naar huis mag, omdat moeder niet in staat is deze externe controle uit te voeren.

3.5 Het theoretische kader

Voor behandeling is belangrijk dat je duidelijk hebt vanuit welk theoretische kader je te werk gaat. Zoals in paragraaf 3.4 beschreven is gedragstherapie de eerste theoretische kader die ik centraal wil stellen. Bij gedragstherapie gaat het om het afleren van ongewenst en/of afwijkend gedrag en het aanleren van gewenst gedrag. Het veranderen van gedrag komt vaak tot stand door veranderingen op cognitief niveau aan te brengen. (van der Ploeg, 1990)

Hierin past het aanleren van sociale vaardigheden zoals beschreven staat in de doelen. En het ongewenste gedrag en het afwezige gewenste gedrag, zoals staat beschreven in het diathese stressmodel.

Door de verstandelijke beperking en PDD-NOS zal het proces moeizamer verlopen. Donald zal het aangeleerde minder snel kunnen internaliseren. Door zijn beperkte sociale inzicht, zal hij dit ook niet goed eigen kunnen maken. Veel herhaling is hierin noodzakelijk.

Naast gedragstherapie zie ik ook een humanistische of client-centered manier van benaderen. "In de reflectieve fase wordt het tot de taak van de therapeut gerekend actief aan de cliënt te laten blijken in hoeverre hij in staat is zich in diens belevingswereld te verplaatsen. De emotionele en inhoudelijke beleving van de cliënt vormt steeds het uitgangspunt van de therapeut. Hij is er voortdurend op gericht de cliënt te helpen daaraan vorm te geven." (van der Ploeg, 1990)

Hierin kun je de aansluitende en versterkende benaderingswijze zien die Zeevalking beschrijft (zie paragraaf 3.6.1).

Voor Donald zal het belangrijk zijn dat hij merkt dat je 'naast' hem staat, dat je er bent voor hém, dat je hem wilt helpen.

Ik heb een stukje, geschreven door Jan Koene, als bijlage bijgevoegd (bijlage 2). Hierin komt duidelijk de client-centered benadering naar voren.

3.6 specifieke aandachtspunten voor de licht verstandelijke handicap

In de behandeling moet de therapeut zich realiseren dat er veel geduld en tijd nodig is om met het kind te werken. Er is veel herhaling nodig en er moet rekening worden gehouden dat deze groep vaak een meer eenvoudige wijze van sociaal functioneren en contact hebben. Ze hebben veel structuur en veel duidelijkheid nodig.

3.6.1 benaderingswijze

Bij de manier van benaderen van de persoon met PDD-NOS staat centraal dat hij ondersteuning en begeleiding nodig heeft. Zeevalking (2000) stelt twee hoofdtermen centraal: aansluiten en versterken. Aansluiten bij de behoefte van de individuele persoon en het versterken van zijn mogelijkheden. Zo wordt de kwaliteit van iemands leven maximaal gewaarborgd en tegelijkertijd zijn afhankelijkheid van anderen geminimaliseerd. De gebieden waar op de een of andere wijze ondersteuning nodig is, zijn: contact, communicatie en informatie, organisatie in de ruimte, tijd en activiteit, het toepassen van de juiste vorm van leren, en het hanteerbaar maken van rigiditeit, preoccupaties, directe behoeftebevrediging en emotionele problematiek.

Bij de ondersteuningsvorm 'versterken' komen onderwerpen aan de orde als zelfredzaamheid, sociaal netwerk en werk, sociale vaardigheden, seksuele vorming, en omgaan met eigen emoties.

De benaderingswijze voor de LVG-doelgroep heeft een hoog instructief karakter (trainen, oefenen). Dit geldt ook voor PDD-NOS kinderen; zoals eerder beschreven werd, ontwikkelen zij een andere manier van denken, ze verwerken binnenkomende informatie op een andere wijze. Je kunt niet verwachten dat je hun manier van denken kunt veranderen, daarom regels/routines aanleren (trainen).

3.6.2 PMT als behandeling

PDD-NOS kinderen kunnen soms forse problemen hebben op gebied van de motorische ontwikkeling en de lichaamsbeleving. De consequenties hiervan voor het kind kunnen zijn een motorisch onvermogen en een negatief lichaamsbeeld met als gevolg een negatief zelfbeeld. Ook het aangaan van relaties met de buitenwereld en de beleving daarvan worden hierdoor beïnvloed. (Mulders e.a., 1996)

In de behandeling staat het ordenen van structuur centraal. Als de structuur een betekenis heeft gekregen voor het kind, wordt het contact merkbaar beter. Als het contact goed is, kan de therapeut ook een poging doen om contact te maken over zijn/haar problematiek. Hierna kan het probleemgedrag in kaart worden gebracht en een alternatief gedrag aangeboden worden. Het non-verbale karakter van de behandeling heeft meestal een drempelverlagend effect.

Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte therapievorm die zich richt op psychische en psychosociale problematiek, waarbij bewegen en lichamelijke aangrijpingspunten zijn.

De directe ervaring wordt hierin als uitgangspunt genomen.

De kracht van PMT bij lvg/autisme is dat de therapie heel concreet is. De therapeut arrangeert een situatie op zodanige wijze dat er specifieke ervaringen opgedaan kunnen worden.

Zoals beschreven in paragraaf 2.1.2 (kenmerken lvg volgens Dosen), leert iemand met een licht verstandelijke beperking door concrete ervaringen.

Je kunt door te *doen* oefenen wat wel kan en wat niet. Je kunt oefenen hoe met bepaalde situaties om te gaan. Het aan den lijve ervaren staat centraal in de therapie.

Dr. Iman Baardman: "Het leuke van het lijf is, is dat het niet te annuleren is".

"Het lijf liegt nooit (vb. je kunt niet, niet blozen, je bloost dus gewoon of niet)."

Bij taal ligt dit veel moeilijker, je kunt altijd zeggen dat je toch iets anders bedoelde bijvoorbeeld. Maar lichaamstaal liegt nooit.

Voorbeeld Donald: Hij maakt filmpjes en foto's in zijn hoofd. Op die momenten zoekt hij sterk lichamelijk contact. Dit maakt het aan de ene kant moeilijk, maar aan de andere kant is het ook een ingang om mee aan het werk te gaan.

Door te *doen* zal Donald nieuwe ervaringen opdoen die hij eigen kan maken.

*"als ik hoor dan vergeet ik
als ik zie dan onthoud ik
als ik doe dan begrijp ik"*

Hoofdstuk 4

Psychomotorische therapie

4.1 Inleiding

Het behandelen van seksueel grensoverschrijdend gedrag van een lichtverstandelijk gehandicapte jongen met PDD-NOS is een lastige opgave. Voor een goede behandeling moet het hele verhaal van de casus duidelijk zijn. Vele disciplines werken samen om dit duidelijk te krijgen, verschillende overlegsituaties hebben plaatsgevonden en nu is het dan ook duidelijk wat er precies met Donald aan de hand is. Toch zal het niet helemaal compleet zijn, want laatst in therapie vertelde Donald dat hij nog niet alles heeft verteld. Maar wat ontbrak, wilde hij niet zeggen. Vooral niet tegen mij: "Ik vertel het niet tegen vrouwen en meisjes, alleen tegen mannen en jongens, dat heb ik altijd al zo gedaan." Maar we hebben genoeg duidelijkheid om een behandeling te starten. Helaas te laat voor mij, mijn stage is inmiddels afgerond, waardoor ik de mogelijkheid niet meer heb gehad zelf te behandelen. Wel zal ik in dit hoofdstuk beschrijven op welke manier ik als psychomotorisch therapeut aan de slag zou gaan. Een beschrijving zonder zekerheid hoe het af loopt, maar wel met de gedachte dat de therapie bij zal dragen aan het afleren van zijn seksueel grensoverschrijdend gedrag.

4.2 Doel

Aan het afleren van seksueel grensoverschrijdend gedrag zitten vele fases vast. Vele subdoelstellingen zijn van belang te bereiken, voordat we ons hoofddoel (zelfhantering) bereiken. Het belangrijkste hier is ongewenst aanwezig gedrag (grensoverschrijdend gedrag) afleren en gewenst gedrag (sociaal aanvaardbaar) aanleren.

4.3 strategieën

In de therapie wil ik ervaringsgericht en oefengericht aan de slag gaan. Met deze hulpvraag zal ik dan ook deze strategieën doorzetten.

Zoals eerder beschreven zal de therapie een hoog instructief karakter (trainen/oefenen) hebben. Hierin wordt 'gezond' gedrag geoefend. In de behandelstrategie 'oefenen' is het de taak van de therapeut om een duidelijke structuur en veiligheid te scheppen waarbinnen Donald kan oefenen.

Het centrale doel van deze strategie is dat Donald contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of lichaam. Al oefenende werkt Donald aan het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en zijn gedragsrepertoire.

In de vorige hoofdstukken heeft u kunnen lezen hoe moeilijk het voor Donald is om (op een juiste manier) in contact te komen met zijn omgeving. Hij begrijpt zijn omgeving niet, zijn omgeving begrijpt hem niet altijd. In de therapie zal hij oefenen met sociaal aanvaardbaar gedrag, hoe hij zich moet gedragen in contact met zijn omgeving. Het zal moeilijk voor hem worden om dit eigen te maken, daarom is herhaling belangrijk (routines aanleren).

Tijdens therapie kwam ik erachter dat Donald erg veel moeite heeft om met zijn lichaam in contact te komen. Zoals u eerder heeft kunnen lezen, gebeurt er veel in zijn hoofd en daardoor ook in zijn lichaam. Hij zegt veel spanningen te ervaren. Maar ik vraag me af of hij de lichaamssignalen die hij ervaart goed weet te benoemen. Door oefeningen te doen gericht op lichaamservaringen, zal hij hiermee kunnen oefenen. Wat voelt hij, waar voelt hij dat en wanneer voelt hij dat. Als het gaat om spanning lijkt me het laatste, dus wanneer hij dat voelt, erg belangrijk. Dit vooral als het gaat om seksuele spanning. Lastig hierin is, is dat Donald geen onderscheid weet te maken tussen 'gewone' spanningen en seksuele spanningen. Als Donald spanning in zijn lijf ervaart, dan zegt hij ook een erectie te hebben. Dit lijkt me niet logisch, dus in therapie zal het belangrijk zijn dat Donald het verschil leert. Door voor hem spannende activiteiten te doen (iets wat hij eng vindt), zal hij spanning voelen in zijn lijf. "Hoe voelt dat?", en "Waar voel je dat?", zijn vragen die meer duidelijkheid zullen geven. Daarnaast zal de vraag wat hij voelt en waar hij wat voelt, als hij (seksueel) opgewonden is, centraal moeten staan.

Het is dus belangrijk dat 'gezond' gedrag wordt geoefend en dat Donald contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of lichaam. Mijn mening is dat alleen het oefenen niet genoeg zal zijn, hij zal ook moeten ervaren wat zijn gedrag met hem doet en hoe zijn omgeving hierop reageert en daarnaast ook wat nieuw, aangeleerd gedrag met hem doet en hoe zijn omgeving daarop reageert. Hier komt dus de ervaringsgerichte strategie om de hoek kijken.

Bij de ervaringsgerichte strategie gaat het om het ervaren van het probleemgedrag en vervolgens het experimenteren met gedragsalternatieven. Donald zal ervaren hoe hij eerst dingen heeft opgelost en hoe het nu

eigenlijk moet. Hierbij gaat het om het hier, nu en daar. En met 'daar' wordt zijn omgeving bedoeld. Het geleerde zal hij moeten leren toepassen buiten de therapie, dus in zijn omgeving. Betekenisverlening is van essentieel belang, dus dat er woorden worden gegeven aan lichaamsbeleving en bewegingservaring. Het denken, voelen en handelen zal in deze strategie belangrijk zijn; "datgene wat jij denkt, maakt hoe jij je voelt en hoe jij vervolgens handelt."

Ik zal als therapeut genoeg structuur en veiligheid moeten scheppen, zodat Donald kan leren met zijn gedrag te experimenteren binnen de therapie.

Donald zal worden geconfronteerd met zijn gedrag door afkeuren en belonen. 'Ongewenst' gedrag zal worden afgekeurd. Hierin zal duidelijk moeten blijven dat zijn gedrag wordt afgekeurd en dat hij dus niet als persoon wordt afgekeurd.

Als Donald gewenst gedrag laat zien en laat zien dat hij zijn best doet, zal hij worden beloond, complimenten geven is naar mijn mening de beste manier.

Het 'straffen' en 'belonen' zal op een duidelijke wijze moeten gebeuren. Houding en gedrag (verbaal en non-verbaal) zullen met elkaar in overeenstemming moeten zijn. Is dit niet het geval, dan is de kans groot dat Donald de boodschap verkeerd zal interpreteren, wat te maken heeft met zijn stoornis in het autistisch spectrum.

Doordat Donald een beperkt sociaal inzicht heeft en dus niet ziet wat wel en niet kan/mag, zal het direct inspelen op de situatie van belang zijn.

4.3.1 therapeutische attitude

Ik ben van mening dat het belangrijk is om zowel een empathische, steunende als een directe, confronterende houding aan te nemen als therapeut.

Het zal goed zijn dat Donald ervaart dat ik hem begrijp en dat ik er ben om hem te helpen. Dat ik 'naast' hem zal staan en dat we samen aan zijn hulpvraag zullen werken. Ervaart Donald dit niet als zodanig, dan zal hij niet of nauwelijks meewerken om aan zijn gedrag te werken. De situatie zal veilig en vertrouwd moeten zijn.

De directe en confronterende houding is belangrijk voor de duidelijkheid van het afkeuren of belonen van (on)gewenst gedrag. Duidelijkheid is voor iemand met PDD-NOS erg belangrijk (zie paragraaf 2.2.1).

4.4 verloop behandeling

Het is positief dat Donald aangeeft gemotiveerd te zijn om in therapie aan zijn gedrag te werken. Nu hij heeft gehoord dat hij niet meer naar huis mag, zegt hij niet meer mee te zullen werken: "Als ik niet meer naar huis mag, wil ik ook niet stoppen met de seksuele handelingen".

Dit is geen gekke reactie en de motivatie zal vast terug komen, aangezien hij snapt dat als hij goed zijn best doet, hij weer eerder naar huis mag. Toch zal het proces hierdoor wat moeilijker lopen en zal er meer tijd nodig zijn. Hij snapt het allemaal wel, maar het moet wel telkens weer worden herhaald, waardoor het proces trager verloopt.

Ervaringen met Donald vanuit de praktijk:

Een thema waar ik mee heb gewerkt is afstand en nabijheid. Dit thema zal zeker vervolg moeten hebben. Hieronder volgt een voorbeeld vanuit de praktijk:

Zoals ik al heb beschreven, heeft Donald weinig inzicht in waar je iemand wel/niet kan aanraken en wanneer wel/niet. Tijdens therapie heeft hij snel de neiging om bij Jan (Koene) of mij om de nek te gaan hangen of een knuffel te geven wanneer hij weg gaat. Hierbij zeggen dat een hand geven meer gepast is, komt wel aan, maar blijft nog niet hangen. Herhaling is van belang. Verder heeft hij de neiging om erg dicht tegen mij aan te gaan zitten of staan. Non-verbale signalen, zoals het opzij schuiven, pikt hij niet op, waardoor het benoemen van wat dat met mij doet (en dus ook met anderen kan doen) een belangrijke vervolgstap was.

Het ervaren van spanning/angst tijdens een oefening en welke lichaamssignalen hij hierbij heeft ervaren, is ook een item geweest binnen de therapie. Zoals eerder benoemd zegt hij vaak spanning in zijn lichaam te ervaren. Mijn doel was om hem te laten oefenen met het onder controle krijgen van spannende situaties.

Voorbeeld:

Het maken van een koprol achterover. Donald vond het heel eng, ervaart op dat moment veel spanning in zijn lijf, na enige oefening lukt het hem om deze achterwaartse koprol zonder hulp te maken. Een positieve benadering laat Donald inzien dat hij meer kan dan dat hij denkt. Donald voelde zich trots. Hij heeft ervaren dat hij het kan.

Veel herhaling van succeservaringen laten hem inzien dat hij wel degelijk spanningsvolle situaties onder controle kan houden.

Normaal gesproken zou hij weglopen bij spannende situaties (vermijden). Ik heb hem gestimuleerd om in kleine stapjes te blijven oefenen. Door veel geduld (van mijn kant) te hebben gehad, ging hij met mij mee en ging hij het oefenen aan. Door deze ervaring, en vooral door deze ervaring bij de daaropvolgende spannende situaties weer terug te laten komen, door het te benoemen, ging hij sneller een nieuwe uitdaging aan. Een geweldige ontwikkeling om mee te maken. Ik ben van mening dat ik deze succeservaringen kan gebruiken in de vervolgbehandeling. Hij kan spanningsvolle situaties onder controle houden, zolang hij maar vertrouwen heeft.

Hulp vragen was ook een thema binnen therapie. Een thema wat ik ook in de vervolgbehandeling zeker terug zal laten komen. Hulp vragen is iets wat Donald erg moeilijk vindt.

Voorbeeld:

Donald moest over een parcours van de ene kant van de zaal naar de andere kant van de zaal. Het parcours bezat spannende stukken, zoals het wiebelen van een bank. Het was de bedoeling dat Donald van de wiebelende bank op een er iets van afstaande kast ging staan. Het was een moeilijk en spannend stukje. Hij gaf aan dat hij niet verder wilde, het was te spannend en het zou hem toch niet lukken. Na verschillende hints van mijn kant, kwam het nog niet in Donald op om hulp te vragen aan mij. Toen ik dit benoemde, reageerde hij enigszins verbaasd: "oja, dat kan ook nog". Toch deed hij er vervolgens niks mee, het was al te laat. Hij wilde niet meer. Wel is tijdens deze oefening het besef gekomen dat hij niet alles alleen op hoeft te lossen / te kunnen.

Vervolg:

Kijkend naar de casus en de theorieën beschreven in hoofdstuk 2, zullen de volgende thema's in de therapie centraal staan:

- afstand en nabijheid
- grenzen (grenzeloosheid)
- spanning (herkennen en benoemen)
- zelfbeeld
- controle (verlies)
- lichaamssignalen

Hierin zal afstand en nabijheid het speerpunt zijn. Dit is het thema waarvan anderen het meeste last hebben in contact met Donald en waardoor Donald weer last ervaart in sociale contacten. Door dit thema tijdens therapie goed in de gaten te houden (dit komt elke sessie automatisch, door het afhankelijkke gedrag van Donald, aan bod) en het gedrag van Donald hierin terug te koppelen naar hem, zal langzamerhand verandering optreden. Ik vind het belangrijk hierin dat de therapeut erachter komt of Donald door zijn afhankelijkke gedrag de 'bewuste' filmpjes en foto's in zijn hoofd creëert. Het kan zijn dat Donald tijdens het lichamelijke contact een prettig gevoel ervaart en hierdoor opgewonden raakt, waardoor hij deze filmpjes en foto's creëert.

Het afleren van zijn afhankelijkke gedrag en hem hierin te begrenzen, door dit expliciet in de therapie te oefenen, zal zijn eigen mogelijkheden in sociaal contact vergroten. En hier komt de bedoeling van psychomotorische therapie naar voren: het vergroten van iemand zijn (participatie) mogelijkheden.

Binnen de psychomotorische therapie zijn er een scala aan bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten te bedenken. Tijdens de behandeling van Donald zal ik aansluiten op zijn wensen en interesses van dat moment. Ik vind het belangrijk dat Donald zich op zijn gemak voelt en hij dingen kan leren en ervaren terwijl hij iets doet wat hij leuk vindt (zie paragraaf 3.6.1, benaderingswijze: "Aansluiten bij de behoefte van de individuele persoon en het versterken van zijn mogelijkheden").

De wijze van interveniëren pas ik aan op bovenstaande thema's.

Natuurlijk zal ik ervoor waken dat alle bovenstaande thema's aan de orde komen, dit zal ik doen door hem uit een aantal activiteiten te laten kiezen als ik merk dat een bepaald thema niet aan de orde komt, maar die ik wel wil behandelen.

Uitgangspunt binnen de sessie zal zijn: het positief bekrachtigen van gewenst gedrag. Dus veel complimenten geven op de momenten dat jij als therapeut ziet, dat hij iets snapt, iets in de gaten heeft.

Hoofdstuk 5

Conclusie

Voordat ik aan deze scriptie begon, dacht ik dat het allemaal gemakkelijker zou gaan dan dat het daadwerkelijk ging. Een behandeling uitschrijven voor een lichtverstandelijk gehandicapte jongen met PDD NOS die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont, moet goed te doen zijn, dacht ik. Ik ben op onderzoek uitgegaan en heb veel informatie ingewonnen. Er zijn verscheidene programma's geschreven over de jeugdige zedendeliquent, maar er is er niet één bij die geschikt zou zijn voor Donald. Voor behandeling moet je rekening houden met zijn verstandelijke beperking, zijn stoornis in het autistisch spectrum, zijn leeftijd (beginnend puber), zijn omgeving en het feit dat hij al een geschiedenis van 4 jaar met ongepast seksueel gedrag heeft opgebouwd. Daarnaast vindt Donald het heel moeilijk om over zijn gedrag te praten. De angst om alsnog straf te krijgen blijft voor hem groot. Ik ben van mening dat je tijdens de psychomotorische therapie niet te veel de nadruk moet leggen op zijn ongepast seksueel gedrag, maar op de thema's die daaraan gerelateerd zijn (afstand-nabijheid, grenzen, etc.). Dit om te voorkomen dat Donald afhaakt of niet zal meewerken omdat hij het te moeilijk vindt. Wel is het belangrijk dat beide partijen (therapeut en Donald) duidelijkheid hebben over wat er gebeurd is, waar het gedrag vandaan komt, wat er vooraf gebeurt als hij tot handeling overgaat, waarom hij het doet, wanneer hij het doet en wat de gevolgen zijn van zijn handelingen. Wanneer het nodig is, kun je hierop terugkoppelen binnen de therapie. Dat ook hij bewust blijft van het probleem en hij geconfronteerd kan worden met zijn gedrag en de gevolgen daarvan wanneer het nodig is.

Zoals in de vorige hoofdstukken beschreven, is het van belang om multidisciplinair met Donald aan de gang te gaan. Hij heeft vanuit alle disciplines dezelfde duidelijke en gestructureerde aanpak nodig. Maar wat kan PMT dan betekenen voor de behandeling? Dat is waar ik in mijn scriptie uiteindelijk naar opzoek ben gegaan; een antwoord op onderstaande vraagstelling:

'Hoe kan de PMT bijdragen binnen de behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een twaalfjarige jongen met een licht verstandelijke handicap en een stoornis in het autistisch spectrum?'

PMT is een ervaringsgerichte therapievorm, waarin Donald aan den lijve kan ervaren ("als ik doe, dan begrijp ik"). Gewenste gedragingen kunnen concreet worden geoefend. Kinderen met een licht verstandelijke handicap én een stoornis in het autistisch spectrum hebben duidelijke en "trainingsgerichte" oefensituaties nodig om nieuwe gedragingen eigen te maken. PMT is laagdrempelig, spelenderwijs kan Donald oefenen en ervaren. Deze punten zijn in mijn ogen een absolute meerwaarde voor behandeling. Deze jongen is moeilijk alleen op cognitief niveau te benaderen. Doen en ervaren zijn voor mij de kernwoorden van de therapie. "Hij zal leren door concrete ervaringen" (kenmerken lvg én autisme!).

Donald vindt het verschrikkelijk om te praten over zijn ongewenste gedrag. Bij PMT hoef je daar ook niet de nadruk op te leggen. We oefenen met de aan zijn seksueel ongewenst gedrag gerelateerde thema's, waardoor hij, zonder dat er de nadruk op ligt, toch werkt aan dat gedrag.

De driehoek van Donald die ik in hoofdstuk drie heb aangehaald is hiermee ingekleurd:

*Bij **PMT** wordt het gedrag van de **cliënt** beïnvloed, sociale vaardigheden worden op een concrete wijze aangeleerd. De **cliënt** leert wat wel kan/mag en wat niet kan/mag in de samenleving en in contact met zijn **omgeving**. Dit kan hij in de **PMT** aan den lijve ervaren, waardoor hij het gemakkelijker kan internaliseren. Hierdoor zal zijn participatie in de samenleving (**omgeving**) positief worden bevorderd. De **omgeving** van de **cliënt** reageert positief op het nieuw aangeleerd gedrag van de **cliënt**, waardoor de **cliënt** zich weer beter (gewaardeerd) zal voelen. Dit heeft weer een positieve invloed op het zelfbeeld van de **cliënt**.*

Zoals in hoofdstuk drie benoemd, zijn de drie punten (PMT, cliënt en omgeving) onlosmakelijk met elkaar verbonden. Bovenstaande maakt duidelijk hoe deze drie elkaar beïnvloeden en in dit geval op een positieve manier.

Was het eerder dat de cliënt en zijn omgeving elkaar negatief beïnvloedden, mede dankzij de PMT zal dit naar mijn mening uiteindelijk een positieve uitwerking hebben: *namelijk het verminderen van ongewenst (seksueel) gedrag en het daardoor vergroten van de participatiemogelijkheden.*

Literatuurlijst

- Dosen, A. (1990), Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen
- Zeevalking, M.A. (2000), Autisme hoe te verstaan, hoe te begeleiden?
- Ploeg, Van der, H.M. (Red) (1990), Psychotherapie
- Jelles, J. (2008), diagnostisch verslag Donald
- Bruinsma, F. (1996), De jeugdige zedendelinquent
- Sietsma L.W. (2002), reader bewegingsagogie en psychomotorische therapie
- Hellemans, H., Vermeulen, P., Conix, G. seks@autisme.kom
- DSM IV
- www.begrensdiefde.nl
- www.autismeinfocentrum.nl (Drs. Kox, 1995)

Bijlage 1

Hieronder volgt een overzicht van de 'normale' seksuele ontwikkeling (bron: www.begrensdeliefde.nl) :

0 tot 4 jaar: Ontdekken en onderzoeken

- Ontdekken van de wereld via de zintuigen
- Onderzoeken van het eigen lichaam en dat van de ander
- Ontwikkelen van sociale normen: een 'beetje' leren wat wel en niet mag
- Ontdekken van de sekse-identiteit: weten dat je een jongen of meisje bent
- Taalontwikkeling: (vieze) woorden leren

4 t/m 7 jaar: Oriëntatie op (intieme) relaties

- Ontwikkeling van vriendschappen
- Seksuele spelletjes (vadertje/moedertje of doktertje spelen)
- Grote interesse in voortplanting
- Leren van 'seksuele gedragsregels' (geen uitingen van seksualiteit waar anderen bij zijn)

8 t/m 11 jaar: Begin van de puberteit: schaamte en interesse

- Begin puberteit (bij meisje rond hun 10e en jongens rond hun 12e jaar)
- Meer schaamte
- Interesse in seks in de media
- Fantaseren en dromen over seks
- Zelfbevrediging in privé-omgeving

12 t/m 15 jaar: Groei in lichaam en gedrag

- Grote lichamelijke veranderingen
- Onzekerheid over het eigen lichaam
- Stemningswisselingen
- Seksuele interesse in leeftijdgenoten

16 jaar: Omgaan met liefde en seks

- Meer ervaringen in de liefde en seks
- Eerst kortere en daarna langere verkeren
- Meer interactie over seks met de ander (onderhandelen, wensen en grenzen duidelijk maken)

Vanaf 18 jaar en verder

- Langere relaties en grotere emotionele betrokkenheid bij de partner
- Het merendeel heeft ervaring met geslachtsgemeenschap vanaf 18 jaar

Bijlage 2

VEILIG ?....HEIT?

Ik ben geen Fries, maar vind “heit” wel iets hebben, net als “pap” of een andere vertrouwelijkheid uitstralende aanduiding van de verhouding tussen vader en kind. Mijn dochter gebruikt “pap”, mijn oudste zoon zegt “pa”, maar wel op een speciale manier.....Het slaat op wat er achter schuil gaat: saamhorigheid en ik denk: geborgenheid, weten dat je van iemand op aan kunt, wat er ook gebeurt.

Dat je terecht kunt, met wat er op dat moment ook aan de hand is of op je pad komt. Waar je mee zit of waar je vanaf wilt.

Een van mijn collega's vroeg ooit: “houden wij nog wel van de jongens en meiden waar we mee werken?” Ik ben het nooit vergeten, en; het werkte wel! Het ging toen wel even over een knul waar we samen niet zo goed raad meer mee wisten; hij maakte het ons behoorlijk lastig. Maar: iedereen weer met de voetjes op de vloer. Vanuit het “beleid” terug naar “begeleiden”, naar hart voor de zaak. En samen zoeken naar een oplossing: met aanzien des persoons, want daar gaat het om....

Lang niet makkelijk om die persoon (en zijn thuisfront) daar ook van te overtuigen natuurlijk.

Samen is toch echt het sleutel-woord, en samen kan alleen met iemand die naast je staat; waar je naast bent gaan staan. Met minder kan het niet, met minder hoeven onze jongens en meiden ook geen genoeg te nemen.

In dat samen-spel is de echte sleutel het belang van de jongere. Niks nieuws natuurlijk, maar de valkuil is o zo groot, en er zijn er heel veel, in alle soorten en maten.. Van “wacht even, ik ben aan het bellen”....tot brutale inbreuk in privacy en de eigen waardigheid en intimiteit van de jongere; niet serieus nemen van soms zo eenvoudige wensen of zonder enige bedenking eigen belang nastreven en heel erg over grenzen van de ander heen gaan.

Dan ga je als kind je eigen plan maar weer te trekken: misschien net zo als je dat vroeger thuis of in andere woonsituaties noodgedwongen hebt moeten doen.... Ik kijk wel uit, “even wachten”, “ik kom zo”, ze hebben toch geen tijd voor me.

Dag veiligheid, en misschien wel: dag toekomst om nog iets van een band op te bouwen met degene die dagelijks voor je mag zorgen.

Dag samen-.....

Op een vraag aan een leuke (maar bewerkelijke) knul waarom hij bij ons wel normaal deed, kwam als antwoord: “maar jullie doen toch ook normaal tegen mij?”

Hij is al een tijdje geleden verhuisd.

Ik was blij dat ik hem laatst weer zag,

en zo te zien hij ook.

Daar gaat het wel om,

ik weet het zeker

hij ook

houden zo

Jan