

INHOUDSTAFEL

I. VOORWOORD	3
II. INLEIDING	5
III. HOOFDSTUK 1	8
IV. HOOFDSTUK 2	11
4.1 Inleiding	11
4.2 Ontwikkeling en seksualiteit	11
4.2.1 Ontwikkelingspsychologie	11
4.2.2 Seksuele ontwikkeling bij mensen met een mentale handicap	12
4.3 Cognitieve ontwikkeling	13
4.3.1 Intelligentieniveau	13
4.4 Het belang van relaties	14
4.4.1 Een onderzoek	15
4.5 De invloed van denkwijzen en stromingen doorheen de tijd	15
4.6 Het rechtvaardigheidsbeginsel, een aanzet tot rechten?	16
4.7 Rechten of normen en waarden?	16
4.7.1 Over rechten	16
4.7.2 Ethiek	17
4.8 Een stukje geschiedenis en een sociologische kijk	18
4.8.1 Netwerken	19
4.9 Inclusie een levensbeginsel?	19
4.9.1 Inclusie=integratie?	20
4.9.2 Pluralisme en een positieve kijk	21
4.9.3 Een voorbeeld uit de praktijk	22
4.10 Beleving seksualiteit en relaties binnen de driehoek persoon met een mentale handicap-ouders-begeleiding	22
4.10.1 Spreken over... een taboe?	23
4.10.2 Verschillen	24
4.10.3 Tussen open gesprek en privacy	24
4.10.4 De invulling van seksualiteitsbeleving	25
4.11 Preventie en misbruik	25
4.12 Vorming	26
4.13 Herformulering	26

V. HOOFSTUK 3	28
5.1 inleiding	28
5.1.1 begrippenverklaring vorming en voorlichting	28
5.2 Begeleiders	28
5.2.1 Formeel versus informeel	28
5.2.2 Zoeken naar een balans	29
5.2.3 Seksuele vorming en voorlichting: doel	29
5.2.4 Werkinstrumenten voor begeleiders	30
5.2.5 Vorming op maat	30
5.2.6 Het cognitieve en het affectieve vlak	31
5.2.7 Verschillende relaties	32
5.2.8 Het psychomotorisch vlak	32
5.2.9 Betrokkenheid van ouders?	33
5.3 'Praten over seks' een methode voor het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking bij hun seksuele ontwikkeling	33
5.3.1 Seksualiteit en intimiteit	33
5.3.2 Verschillende invalshoeken	34
5.3.3 Een concreet instrument: voorlichting	34
5.3.4 Van zelfportret tot zelfportret	36
5.3.5 Belangrijke aandachtspunten	36
5.3.6 Onderwerpen	36
5.3.7 Een aangepast zelfportret	36
5.4 Een leidraad voor het uitwerken en het implementeren van een beleid Rond seksualiteit en preventie van seksueel misbruik in een organisatie	36
5.4.1 Instrument tot een positief beleid en visie	37
5.4.1.1 Drie beleidsniveaus	37
5.4.1.2 Algemeen beleid	37
5.4.1.2.1 Denkkaders of uitgangspunten	37
5.4.1.2.2 Beleidsterreinen	37
5.4.1.3 Preventiebeleid	38
5.4.1.4 Reactiebeleid	38
5.4.1.5 Tot stand brengen van een beleid	38
5.4.1.6 Verwijzen naar externe betrokkenen?	39
5.4.1.7 Een visietekst	39
5.4.1.8 Een planningsdocument	39
5.4.1.9 Mandaat	40
5.4.1.10 Algemeen besluit	40
VI. ALGEMEEN BESLUIT	41
6.1 Slotbedenking	42
VII. LITERATUURLIJST	45

I. VOORWOORD

Mensen met een mentale beperking willen net als ieder ander kunnen kiezen in het leven. Zij willen de keuze hebben over waar zij gaan wonen en hoe zij hun vrije tijd willen invullen. Maar zij willen ook zelf kunnen kiezen voor vriendschappen en zelfs liefdesrelaties, al dan niet gekaderd binnen een seksuele relatie.

Wanneer iemand een mentale beperking heeft gaan mensen op basis van beeldvorming er soms van uit dat deze mensen geen behoefte hebben om mee te beslissen over dit onderwerp. Zij vertellen er immers niet over. We vergeten dat velen nooit hebben leren spreken over seksualiteit, over liefde of over vlinders in de buik. De taal van de gevoelens ontbreekt.

Met mijn ervaringen en deze van de collega's binnen het werkveld in gedachten, stelde ik mij de vraag hoe dit taalgebrek kan worden verklaard. Maar vooral hoe dit kan worden omgebogen tot een positieve en constructieve dialoog in de omgang met jongeren en volwassenen met een mentale beperking is een boeiende invalshoek. De ervaring als verzorgende binnen de thuiszorg bij personen met een beperking en een sterk geloof in deze mensen hebben me overtuigd van hun mogelijkheden. Tenslotte weet ik als moeder en echtgenote wat zij mogelijk missen. Het gebrek aan kansen om zelf een gezin te kunnen stichten, maar ook het gebrek aan de warmte en de genegenheid van een partner zijn belangrijk om een mens sterk te maken, om stappen te kunnen zetten in het leven. Het zijn factoren die iedereen die dat wenst moet kunnen ervaren.

Virginie Capelle, coördinator binnen de sociale dienst van Oranje Vzw legde mij tijdens een verkennend gesprek uit welke problemen vaak worden ervaren tijdens gesprekken met de ouders, hun kind met een beperking en hun begeleider. Bjorn Decoster, zorgdirecteur binnen Oranje Vzw was een belangrijke bron om een duidelijk beeld van de realiteit binnen de voorziening te krijgen. Ik ben dan ook trots om te kunnen werken binnen deze organisatie die véér wil gaan met mensen. Daarnaast, maar even belangrijk heb ik de steun en de feedback van mijn collega's als zeer positief ervaren. Hun vragen en bedenkingen deden mij kritisch reflecteren tijdens het schrijfproces met een beperking. Marianne De Boodt, promotor voor deze eindproef was tijdens het ganse proces een bijzondere ruggensteun. Ze stuurde bij waar nodig, en ze was vooral een positieve en rustgevende kracht voor mij, waardoor ik nog meer geloofde in mijn mogelijkheden.

Tenslotte wil ik mijn gezin bedanken voor hun ondersteuning, hun geduld en hun geloof in mijn kunnen tijdens het vele werk dat aan deze eindproef voorafging. De aanloop tot deze eindproef waren de drie jaren opleiding Gezinswetenschappen. Dit kon ik enkel verwezenlijken omdat elk lid van mijn gezin klaarstond, onvoorwaardelijk zoals alleen een kind dat kan en met de liefde en de stille kracht van mijn partner.

De openheid in de omgang met jongeren en volwassenen met een mentale beperking rond seksualiteitsbeleving en relaties is een boeiend en tegelijk ook een gevoelig onderwerp gebleken.

II. INLEIDING

Mensen met een mentale beperking hebben hetzelfde recht op menswaardigheid en kwaliteit van bestaan als ieder ander. Zo hebben zij net als mensen zonder handicap ook gevoelens en het recht om deze te kunnen beleven volgens de eigen mogelijkheden. Hoe staat het dan met gevoelens als seksualiteitsbeleving, liefde en de wens om een relatie aan te knopen? Realiteit en dromen lopen niet steeds vloeiend in elkaar over. Het is een gegeven waar veel mensen met een mentale beperking dagelijks mee moeten leren leven.

Wanneer we de geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg nalezen kunnen we begrijpen hoe een zekere beeldvorming over personen met een mentale beperking wordt in stand gehouden. Door het kijken naar hen als slachtoffer, of als zieke mensen die moeten worden genezen zijn we vergeten dat ook zij dergelijke gevoelens kunnen hebben. We moeten verder kijken dan de zorg die zij nodig hebben. Onderzoek naar de mate waarin zij seksuele gevoelens kunnen hebben is nooit degelijk onderzocht. Nochtans weten we dat personen met een mentale handicap dezelfde ontwikkelingstaken doorlopen als mensen zonder beperking.

Desondanks is de manier waarop een handicap wordt ervaren door de persoon in kwestie sterk medebepaald door zijn omgeving. Het doet ons vermoeden hoe ingrijpend beeldvorming iemands kansen kan beïnvloeden.

Niemand herkent en ervaart beter de impact van dit onderwerp op personen met een mentale handicap als de persoon zelf en zijn onmiddellijke omgeving. Maar ook binnen het werkveld zien we hoe invloeden van buitenaf de weerbaarheid van personen met een mentale beperking kunnen aantasten. Is het dan een oplossing om hen weg te houden van al die indrukken? Of reduceren we hiermee hun kansen tot er bijna niet meer overblijft dan de besloten wereld van een voorziening en een eenzijdig netwerk? Organisaties als Oranje Vzw en De Lovie pogen hier een antwoord op te vinden. Elk op hun eigen manier willen zij tegemoet komen aan het inclusieverhaal, vanuit een geloof dat ook wij kunnen leren van mensen met een mentale beperking. Dit komt mogelijk omdat zij ook oog hebben voor de gelaagdheid van de verschillende dimensies die menselijke belangen kan bevatten. We hebben het hier met name over de sociale dimensie, voorbij de uiterlijke dimensie die esthetische idealen hoog in het vaandel draagt. De diversiteit aanvaarden en op zoek gaan naar de verwantschap tussen ons zijn belangrijke stapstenen om tot volwaardig burgerschap te komen.

Werken aan een inclusieprincipe samen met personen met een beperking is onlosmakelijk verbonden met het onderwerp van deze eindproef. De kans om de eigen seksualiteit te beleven en de mogelijkheid om relaties aan te knopen zijn hier niet van los te koppelen.

Toch zien we een spanningsveld tussen dit recht en de eigen mogelijkheden. Meer en meer ouders van personen met een mentale beperking zijn zich bewust van deze moeilijkheid. Ook de jongere met een mentale beperking heeft het hier niet makkelijk mee.

Waar ieder ander kind op een bepaalde leeftijd probeert los te komen van de ouders, moeten jongeren met een mentale beperking ervaren dat dit niet eenvoudig is. Enerzijds zijn zij door hun beperking vaak blijvend sterk afhankelijk van hun naaste omgeving. Anderzijds willen ook zij experimenteren in de liefde zoals elke andere jongere. Vragen stellen aan hun ouders over seksualiteit en gevoelens van verliefdheid willen zij liever niet, maar vaak zijn de ouders de enige beschikbare personen binnen hun sociale leefwereld.

Maar wat met de eigen weerbaarheid en de mate waarin mensen met een mentale beperking in staat zijn rekening te houden met de ander binnen een (liefdes)relatie?

Een andere realiteit is deze van het risico op misbruik. De relatie tussen verzorger en persoon met een mentale handicap is toch gekenmerkt door afhankelijkheid. Daar moet een verzorger zich steeds terdege van bewust zijn. Maar personen met een mentale beperking kunnen zelf ook dader zijn. Dit heeft vaak te maken met onwetendheid en gebrek aan degelijke vorming op dit vlak.

Via een open dialoog tussen ouders, persoon met een mentale beperking en hun begeleiders kunnen we grenzen verleggen. We reiken in het derde hoofdstuk drie veranderingsdoelen aan die hieraan pogen tegemoet te komen.

De realiteit van afhankelijkheid waarbinnen personen met een mentale beperking zich bewegen is doorspekt met bijkomende factoren. De beperkingen, lichamelijk of mentaal, een laag zelfbeeld of langdurig medicatiegebruik zijn extra uitdagingen om personen met een mentale handicap tot regisseur van het eigen leven te maken.

Informeel en formeel gegeven door begeleiders binnen de voorziening is een mogelijk antwoord op deze uitdaging. Het VMG biedt als vormingsorganisatie tal van instrumenten aan om aan de slag te gaan. Zo zijn de hermeneutische cirkel en de basismethodiek die de verschillende relaties van personen met een mentale beperking in beeld brengen daar typische voorbeelden van. Ook op het vlak van individuele begeleiding reiken we een mogelijk werkkader aan. De persoonlijke begeleider vangt aan met het opbouwen van een zelfportret van zijn cliënt. Wat is de kennis rond seksuele voorlichting? En welke vragen en wensen heeft deze persoon? Al gaande weg bouwt men een nieuw zelfportret van de cliënt waarbij zelfkennis en duidelijke info over het onderwerp centraal staan.

Ten derde belichten we ook een instrument op beleidsniveau. Waar vaak nog een impliciet beleid aanwezig is binnen voorzieningen, pogen we een antwoord te geven om tot een expliciet beleid te komen, liefst niet naar aanleiding van een incident.

Alle veranderingsdoelen kunnen als complementaire instrumenten dienen. Ze kunnen een hulpmiddel zijn om een open dialoog te bevorderen tussen ouders en hun kinderen met een mentale beperking, de voorziening en zijn begeleiders maar ook belangrijke externe betrokkenen. We evalueren de werkbaarheid van de drie veranderingsdoelen aan de hand van de aangereikte kaders in het tweede hoofdstuk.

Tot slot gaan we peilen naar onze opgebouwde kennis doorheen deze studie. Via zelfreflectie proberen ook wij tot een nieuw 'zelfportret' te komen. Welke kennis hebben we verworven? En hebben ook wij onze beeldvorming bijgestuurd over personen met een mentale beperking? We proberen te komen tot een toekomstgerichte en positieve evaluatie.

We nemen U mee in een stuk van de levensverhalen van deze mensen dat vertelt over gevoelens, seksualiteit, relaties en dromen van een leven zoals ieder ander.

III. HOOFDSTUK 1

Gevoelens van intimiteit en seksualiteit zijn wezenlijke aspecten van het leven. Ook binnen een relatie ervaren wij nabijheid en lichamelijke als een positieve bijdrage aan ons bestaan. Dit uitgangspunt behoort tot het fundamenteel recht van iedere mens. Personen met een mentale beperking hebben dezelfde rechten op het gebied van relationele -en seksuele beleving (Beleidstekst Oranje Vzw, 2008).

Wat betekent seksualiteit? Seksualiteit in zijn volle betekenis betekent veel meer dan procreatie. Het bevat alle aspecten van de menselijke bestaanswijze. Seksualiteit betekent ook liefhebben, warmte, intimiteit, uitwisselen van gevoelens, elkaar aanraken, zonder dat dit uitmondt in geslachtsgemeenschap (De Lovie, 2004; Beleidstekst Oranje Vzw, 2008) Wanneer mensen moeite hebben met de aanvaarding van de seksualiteitsbeleving van mensen met een mentale handicap kan dit mogelijk te maken hebben met een andere invulling van het begrip seksualiteit. Mensen met een mentale beperking hebben gevoelens net als wij, er bestaat dus geen wezenlijk verschil (De Lovie, 2004).

Zo hebben zij ook recht op een relatie. Zij zijn net als mensen zonder beperking sociale wezens. Sociale netwerken zijn daarom van wezenlijk belang. Wij hebben als ouders en begeleiders een belangrijke opdracht om deze mensen te ondersteunen bij het uitbouwen van een netwerk. Ook de onmiddellijke omgeving kan hiertoe zeker bijdragen. Volgende getuigenissen uit het boek seks@relaties.com (2005) kunnen het belang van sociale netwerken staven:

- *“Kunnen we met zijn tweeën samenwonen als je dagelijks ondersteuning nodig hebt? Ik zie zeer graag kinderen maar men zegt dat ik ze niet kan opvoeden. Ik kom nooit mensen tegen, hoe kan ik dan een lief leren kennen”(Conix, et al., 2008)?*
- *“Pascale kijkt in een tijdschrift en blijft lang kijken naar de foto van een verliefd paartje. Je ziet haar dromen. Zus Dominique ziet dit en zegt: ‘mooi hé’. Waarop Pascale opmerkt: ‘ik ook’ (Conix, et al., 2008).*

Om duidelijk te maken waarom ik tot dit onderwerp ben gekomen, verwijs ik naar mijn werkervaring. Gedurende mijn carrière bij Thuiszorg Familiezorg West-Vlaanderen, werd ik meerdere malen tewerkgesteld als verzorgende bij prille ouders met een mentale en/of lichamelijke beperking. Mijn opdracht bestond erin deze mensen op weg te helpen bij de verzorging van hun baby. Het was een mooie uitdaging om hen te leren hoe zij op de signalen van hun kind konden reageren. Ervaren hoe ook zij in staat waren om op hun eigen manier vertrouwen te krijgen in hun mogelijkheden als ouders, gaf mij voldoening. Intussen werk ik reeds enkele maanden in het kortopvangtehuis van Vzw Oranje, een organisatie die ver wil gaan met mensen met een beperking. Als nachtbegeleidster word ik ook geconfronteerd met de verhalen van de bewoners. Zij zien van ons, begeleiders hoe wij vanzelfsprekende stappen zetten in ons leven. Zij horen hoe wij relaties aangaan, plannen maken om te gaan samenwonen en kinderen krijgen. Deze ervaring is voldoende om ook hun gevoelens en

verlangens aan te wakkeren. In het beste geval kunnen zij hier open over praten met hun omgeving. Maar soms wordt in hun plaats beslist en komen zij tot de vaststelling dat dit voor hen niet weggelegd is. Vanuit mijn ervaring stel ik vast dat dit hun leven erg kan bemoeilijken. Anderzijds benoemen collega's uit het werkveld terecht enkele struikelblokken. Zo moeten we ons als begeleiders en ouders bewust zijn van hun verschillende individuele mogelijkheden en beperkingen. Maar ook wat mensen met een mentale beperking verwachten van een 'relatie' kan individueel erg verschillend zijn. Dit kan leiden tot teleurstellingen en misverstanden. Ook hier hebben wij als netwerk een belangrijke ondersteunende taak. Anderzijds horen teleurstellingen nu eenmaal bij het leven. Ook mensen met een mentale beperking kunnen en mogen dit ervaren.

Met deze ervaring in het achterhoofd, komen we tot onze probleemstelling. In welke mate wordt het fundamentele recht van personen met een mentale beperking rond de beleving van seksualiteit en relaties toegepast in de realiteit? Welke stempel drukt een persoon met een mentale beperking zelf op de kansen die hij of zij krijgt op dat vlak? Welke invloed hebben de eigen opvoeding en de cultuur van ouders, begeleiders en directe omgeving? De persoonlijke waarden en normen van alle partijen zullen vast een belangrijke rol spelen. Hoe denken zij over het begrip 'seksualiteit'? Om te begrijpen waarom ouders en begeleiders van instellingen bepaalde beslissingen nemen om de seksuele en relationele vrijheid van de persoon met een mentale beperking te vergroten of beperken moeten we onze verdiepen in verschillende literatuur.

Niet alleen ouders en begeleiders hebben bepaalde verwachtingen en een eigen mening. Dit geldt ook voor de maatschappij waarin we leven. Een blik in de geschiedenis van de Geestelijke Gezondheidszorg leert ons dat we reeds een lange weg hebben afgelegd (Cools, 2010). Sinds enkele decennia poogt men vanuit verschillende hoeken om de integratie van personen met een mentale handicap bereikbaar te maken, ook op het vlak van seksualiteitsbeleving en relaties. Dit denken in termen van gelijkheid is niet eenvoudig. Tenslotte hebben sommige personen extra nood aan permanente ondersteuning. Is er dan niet automatisch sprake van een zwakkere persoon in dit verhaal? De link leggen met empowerment lijkt hier niet zo eenvoudig (Carette, 2010). Dit zal zeker een invloed hebben op het actief deelnemen aan het dagdagelijks leven van deze doelgroep. De mate waarin dit item nog vertoeft in de taboesfeer binnen onze maatschappij kan worden gemeten aan verschillende stellingen die we in de literatuur terugvinden.

- *“Als je seksuele vorming gaat geven wakker je nodeloos de seksuele interesse aan; je maakt dus slapende honden wakker” (Conix, et al., 2005).*
- *“Veel mensen met een verstandelijke handicap hebben geen seksuele gevoelens, waarom zou je er dan vorming over geven” (Conix, et al., 2005)?*
- *“een mentaal gehandicapte volwassene is niet in staat een gezin te stichten, laat staan een kind op te voeden” (Conix, et al., 2005).*

Een veranderingsdoel formuleren in deze context vraagt heel wat nader onderzoek op verschillende gebieden. Maar uit de verschillende hoeken komt telkens weer dezelfde bezorgdheid naar voor. Hoe kunnen we een brug slaan tussen onze leefwereld en deze van mensen met een mentale beperking? Hoe kunnen we hun actieve deelname aan het dagelijks leven helpen vergroten op het vlak van relaties en seksualiteit? Hoe kunnen wij met andere woorden in dialoog treden met elkaar, rekening houdend met ieders mogelijkheden en respect voor elkaars eigenheid? Hoe geven we deze mensen een stem waarmee zij in dialoog kunnen gaan, in plaats van plaatsvervangend te beslissen voor hen? Een evenwicht vinden voor deze doelgroep tussen zorgethiek en empowerment is een uitdaging.

IV. HOOFDSTUK 2

4.1 INLEIDING

Bruggen bouwen via een open dialoog is een mooie gedachte om mensen met een mentale handicap een plaats te geven binnen onze maatschappij. Hoe komt het dan dat dit een moeilijke opdracht blijkt te zijn? Beeldvorming of de manier waarop de omgeving kijkt naar mensen met een mentale handicap, heeft een belangrijke invloed op het al dan niet slagen van een goede volwaardige ondersteuning. Zij die vol goede wil op pad gaan met deze mensen moeten vaak vechten tegen deze beeldvorming. Dit is dikwijls gebaseerd op angst voor wat 'anders' is, of op onwetendheid en vooroordelen. De verschillende invalshoeken uit de opleiding en de wetenschapsliteratuur kunnen ons een meer geïnformeerde en kritische blik bieden op de onderwerp dat ons bezighoudt.

4.2 ONTWIKKELING EN SEKSUALITEIT

Ouders en begeleiders, maar ook de ruimere samenleving zien mensen met een mentale beperking nog vaak als asexuele wezens. Seksualiteit als gespreksonderwerp in onze samenleving wordt dikwijls gezien als een 'opdracht' waar men schroom over heeft. Zeker wanneer het een 'item' wordt, in de omgang met personen met een mentale handicap, voelen we een zekere onwennigheid. Daarom krijgt seksualiteit pas een plaats of een betekenis in het leven van een mentaal gehandicapte persoon wanneer er zich een probleem voordoet. Het voorval op zich kan dan wel worden uitgepraat. Desondanks is dit niet het geval met de vragen en wensen van de persoon met een handicap zelf (Conix et al., 2005). Situaties als deze maken er ons van bewust dat we nood hebben aan informatie op dit vlak. Hoe beleven personen met een handicap hun seksualiteit? We kunnen er tenslotte niet omheen dat elke persoon, ook mensen met een mentale handicap bepaalde ontwikkelingsstaken dienen te doorlopen. Vragen stellen over hun seksualiteitsbeleving is voor hen belangrijk maar moeilijk, aangezien de ouders vaak de enige continue figuren in hun leven zijn. Juist met hen is de bespreekbaarheid van dit onderwerp minder evident.

4.2.1 Ontwikkelingspsychologie

Om ons enig inzicht te bieden in de ontwikkelingspsychologie van de mens, verdiepen we ons in de leerstof van de genetische psychologie, gedoceerd door Patrick Meurs, in het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen. Dit hebben we aangevuld met wat Koen Baeten vertelde tijdens de lessen persoonlijkheidspsychologie in het tweede jaar van de opleiding. Wanneer we ons laten leiden door de verschillende ontwikkelingsfasen in het leven van een mens, moeten we in het achterhoofd houden dat we een ontwikkelingsmodel nooit deterministisch kunnen benaderen. Onderzoeken en observaties wijzen uit dat kinderen op gemiddelde leeftijden bepaalde stappen zetten in hun ontwikkeling. Dit geldt ongeveer voor negentig procent van de kinderen. Ontwikkelingslijnen bestaan ook op verschillende deeldomeinen. Dit is zowel het geval op cognitief, motorisch als op affectief en sociaal vlak. Het kind is bovenal een klein individu dat tijdelijk op bepaalde domeinen wat sneller kan ontwikkelen dan op een ander domein. Dit zijn dan de tijdelijk disharmonische ontwikkelingsprofielen. Volgens het freudiaanse denken zet elke mens stappen in dezelfde volgorde, volgens een psychoanalytische benadering.

Soms is het mogelijk dat men terugvalt op een bepaalde fase. Dit noemt men regressie. Blijf je een tijd stilstaan in je ontwikkeling dan ben je gefixeerd. Al deze vroege ontwikkelingsstappen worden meegenomen in de latere ontwikkeling en geïntegreerd in een complexer niveau. We citeren Meurs: *“We zijn als volwassenen geen kinderen meer, maar we dragen onze kindertijd in ons”* (Meurs, 2008; Baeten, 2007).

Bij confrontatie met bepaalde moeilijkheden in het volwassen leven worden we dan ook vaak terug geworpen op onze vroegere wortels. De meest kwetsbare aspecten uit ons verleden worden op dit moment terug aangesproken. Wanneer wij als kind onveilige hechtingspatronen hebben ontwikkeld dan zal dit zich later, in het volwassen leven, mogelijk uiten binnen een partnerrelatie. Dit betekent niet dat we een veilige gehechtheid niet op een later tijdstip kunnen verwerven. Dit zou een te deterministische benadering zijn.

Om nauw aansluitend bij ons thema te blijven richten we ons eerst op de psychoseksuele ontwikkeling tijdens het leven van een mens. Freud beschreef als grondlegger van de psychoanalyse de eerste zes jaren van de psychoseksuele ontwikkeling. Hij waande zich archeoloog van de psyche. Elke ontwikkelingsfase is een laag in het onbewuste van de mens. Wat voor ons onderzoek belangrijk is, is dat elke laag correspondeert met een specifieke periode in het leven van een kind. Die periodes worden gekenmerkt door een gerichte fixatie op een deel van het lichaam. Zo beschreef Freud de begrippen orale, anale en oedipale fase. Erik Erikson vervolledigde deze theorie voor de hele levensloop van de mens. Erikson die zich baseerde op het denkmodel van Freud, beschreef diezelfde en andere fasen als psychosociale stadia. Hij had op zijn beurt, samen met Piaget een grote invloed op de cognitieve ontwikkeling van een individu binnen het ontwikkelingspsychologisch denken. Deze fasen geven de aanwezigheid en de belangrijkheid weer van de psychoseksuele ontwikkeling tijdens een volledig mensenleven. Anderzijds geeft Erikson duidelijk aan dat de mens leeft binnen een sociale context, al dan niet gecombineerd met een partnerrelatie (Meurs, 2008; Baeten, 2007).

4.2.2 Seksuele ontwikkeling bij personen met een mentale handicap

Kunnen wij op dezelfde manier denken over de ontwikkeling van personen met een mentale beperking?

Uit de samenwerking tussen Movisie en de Rutgers Nisso Groep ontstond een website (www.begrensdiefde.nl). Zij gingen op zoek naar gegevens uit onderzoeken die gebeurden rond de seksuele ontwikkeling van mensen met een mentale handicap. Tot op vandaag is er weinig empirisch wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd op dit vlak. We kunnen wel beamen dat iedere mens deze ontwikkeling doormaakt. Wat wel belangrijk kan zijn is dat we, desondanks de gelijkenissen, toch een onderscheid moeten maken tussen een persoon die een aangeboren mentale beperking heeft of een verworven mentale beperking. Medicijnen, lichamelijke beperkingen of een negatief zelfbeeld kunnen tenslotte een invloed hebben op de seksuele ontwikkeling van deze persoon. Wanneer we spreken over een aangeboren mentale beperking dan wordt de seksuele ontwikkeling eerder geïntegreerd in het groeiproces. Wanneer het een verworven mentale beperking betreft merkt men dikwijls een breuklijn op dit vlak. Lichamelijk is er bij jongens meestal weinig verschil te merken in het verloop van de seksuele ontwikkeling. Bij meisjes met een verstandelijke beperking is

dit anders. Bij het verloop en het begin van de pubertijd, de vruchtbaarheid maar ook de menopauze merkt men grote verschillen op. Soms verloopt het voor beiden niet zoals bij meisjes en jongens zonder mentale beperking. Jongens en mannen met het syndroom van Down zijn onvruchtbaar, meisjes met dit syndroom zijn weinig vruchtbaar en komen vervroegd in de puberteit en in de menopauze. Bij een autistische aandoening zal men eerder op een veel later moment in de pubertijd komen. Meestal gebeurt dit pas op zeventien of achttienjarige leeftijd (www.begrensdeliefde.nl). Met deze bevindingen gaan we op zoek naar voorbeelden uit het werkveld. We refereren naar het interview met de zorgdirecteur van Oranje Vzw, Bjorn Decoster. Hij maakt er ons van bewust dat een handicap frequent hand in hand gaat met een hechtingsstoornis. Daarnaast hebben mensen met een mentale handicap soms ook een stoornis binnen het autismespectrum. Het kan voor ouders en begeleiders een heuse opdracht zijn om ondersteuning te bieden. Het probleem bij personen die naast een mentale beperking een autismestoornis hebben is eerder de afwezigheid dan de aanwezigheid van een taboe om te spreken over seksualiteit. Mensen met autisme gaan vaak net ongecensureerd uiten wat ze bedoelen. Het 'taboe' ligt eerder bij mensen zonder deze beperking. We zijn, anders dan onze doelgroep, niet vlug geneigd om uiteen te zetten wat onze diepste seksuele verlangens zijn aan een ander.

De problemen met afstand en nabijheid die een persoon met een hechtingsstoornis ervaart, maar ook de nood aan structuur bij een persoon met autisme zijn vaak factoren die het extra moeilijk maken voor hun nabije omgeving en zichzelf. Elk individu heeft zijn eigen complexiteit en dient met de grootste zorg begeleid en ondersteund te worden (Decoster, 2010; De Clercq, 2005).

4.3 COGNITIEVE ONTWIKKELING

Zoals we reeds aangaven verloopt het ontwikkelingsproces van de mens niet enkel op het gebied van de seksuele ontwikkeling. Ook op verstandelijk of cognitief vlak zijn er belangrijke aspecten die we niet uit het oog kunnen verliezen. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek kan hier wat duidelijkheid brengen. Wat is een mentale handicap eigenlijk? Een mentale achterstand wordt gemeten voor de leeftijd van achttien jaar, door een intelligentieschaal die zich baseert op een puntenschaal (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 1998). Het normeren van de test gebeurt door de vergelijking van dezelfde subtesten met andere groepen kinderen op die leeftijd (Janssens, 2010-2011). Het intellectueel functioneren ligt dan beduidend lager dan het gemiddelde. Dit gaat gepaard met tekorten in het aanpassingsgedrag (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 1998).

4.3.1 intelligentieniveau

Wanneer gesproken wordt over een intelligentiepeil met een intelligentiequotiëntwaarde (verder IQ) onder de vijftig, dan ervaart men in hoofdzaak problemen van congenitale aard, gecombineerd met andere afwijkingen. Wanneer een persoon met een mentale handicap een IQ-waarde van boven de vijftig tot vijfenvijftig heeft op intelligentieniveau, dan spreekt men van een lichte mentale beperking. Dit zou men dan als een normale variatie beschouwen. De tests dienen te gebeuren na de leeftijd van zeven jaar, nadat vaak eerst belangrijke leerachterstanden werden opgemerkt. De invloed van de

omgeving, het eventuele tekort of de afwezigheid van belangrijke prikkels, voedingstekorten of een slechte behandeling hebben dan een negatief effect op de opvoedingskansen van het kind. Wereldwijd zou het aantal personen met een mentale handicap geschat worden op drie procent. De overgrote meerderheid van deze personen zouden een licht mentale achterstand hebben. (Raadgevend Comité Bio-ethiek, 1998) Dit is reden genoeg om stil te staan bij de wensen en gevoelens van deze mensen. We mogen ook hier niet deterministisch denken. Mensen met een mentale handicap hebben evengoed mogelijkheden en ze moeten kunnen evolueren en kansen krijgen op alle vlakken die hun welzijn optimaliseert, ook op het relationeel en seksueel vlak. Verzorgers en ouders hebben hier als ankerfiguren een belangrijke invloed op. Binnen deze context voegt Wuyts, auteur van het boek 'In beeld' een interessante bedenking toe. Hij beschrijft hoe een handicap in twee factoren kan worden opgesplitst. Enerzijds spreken we over de eigenheid van een persoon. Dit zijn factoren als leeftijd, geslacht of talenten. Anderzijds zijn er de omgevingsfactoren waarin de persoon met een handicap leeft. Dan denken we vooral aan de normen en waarden en de mentaliteit waarbinnen deze persoon leeft. De manier waarop men de handicap ervaart is van belang. De handicap van een persoon is het resultaat van de wisselwerking tussen beide factoren. De intensiteit van een handicap is zodoende ook nauw verbonden met de manier waarop men de handicap van een persoon kan en wil integreren binnen de dagelijkse levensgewoonten. Wat we hiermee willen verduidelijken is dat we een handicap onmogelijk kunnen veralgemenen. 'De handicap' bestaat dus niet. Daarom is het belangrijk dat iedere persoon als een individu wordt benaderd. Hij moet binnen zijn eigen waarden en normen, de invulling van wensen en dromen volgens de eigen mogelijkheden kunnen benutten (Wuyts et al., 2008).

4.4 HET BELANG VAN RELATIES

In ons vorig hoofdstuk hadden we het er reeds over dat ook personen met een mentale handicap sociale wezens zijn. Het sociaal en emotioneel niveau hebben een belangrijke invloed op de seksualiteitsbeleving van elk individu. Zo is dit ook voor relaties.

We vergelijken de visie op relaties binnen organisaties als Oranje Vzw en De Lovie. Beiden hebben respect voor de keuzes die mensen met een handicap maken om een vriendschap of een relatie uit te bouwen. Begeleiders hebben hierin hoofdzakelijk een ondersteunende rol. Hun opdracht bestaat erin om bepaalde belangrijke zaken bespreekbaar te maken. Hier dienen ze rekening te houden met het bevattingsvermogen van hun cliënt. Zelfs wanneer het verlangen aanwezig is om te gaan samenwonen, wordt samen bekeken wat de mogelijkheden op dit vlak kunnen zijn. Wat opvalt is dat beide organisaties de normen en waarden van de cliënt vooropstellen. We kunnen stellen dat men dus ook respect heeft voor homoseksualiteit of voor wisselende seksuele contacten. Veiligheid staat in dit laatste geval voorop. Op het vlak van vrijen en geslachtsgemeenschap steunt het team erop dat moet kunnen worden besproken wat voor iedere betrokkene een passende ondersteuning kan zijn. Het is belangrijk om het inschattingsvermogen te kennen van de cliënt. Kan hij inschatten of zijn of haar partner betrouwbaar is? Een goed contact, met name een zekere mate van begrip en wederzijds respect tussen de partners, is even belangrijk. Oranje Vzw benadrukt vooral dat de begeleidingsbehoefte van de cliënt wordt gemeten aan de ernst van de handicap. Welk cognitief

niveau heeft hij of zij? Of hoe sociaal zelfredzaam is deze persoon? Deze vragen zijn belangrijke aspecten om al dan niet te kunnen vertrouwen op de zelfstandigheid van de cliënt op dat vlak. Hier geldt het subsidiariteitsprincipe bij het beantwoorden van een hulpvraag. Vraagdifferentiatie is een ander aspect. Waar Oranje kan helpen gebeurt dit, anders heeft men een doorverwijsfunctie (Oranje Vzw, 2008; De Lovie, 2004).

4.4.1 Een onderzoek

Het onderzoeksrapport seksualiteit en handicap vermeldt de bespreekbaarheid rond problemen op relationeel vlak tussen ouders en hun kind met een mentale handicap. Dit zou makkelijker verlopen dan de bespreekbaarheid van seksualiteit als onderwerp. Hiervoor is de persoon vaak op zichzelf aangewezen. Deze bevindingen waren het resultaat van een enquête waarbij men organisaties ging bevragen rond de behoeften aan ondersteuning, betreffende het onderwerp seksualiteit en handicap. Dit gebeurde op initiatief van Jeugd en Seksualiteit Vzw, Mechelen (Jeugd en Seksualiteit Vzw, 2001). Maar voor er sprake kan zijn van een relatie en vriendschap moeten we aandacht besteden aan de verschillende mogelijkheden op dit gebied. Relaties en vriendschappen aangaan vraagt immers om een degelijk netwerk. Dit is niet zo eenvoudig voor mensen met een mentale beperking. Voor hen blijkt een relatienetwerk vaak minder omvangrijk te zijn en eenzijdiger dan het relatienetwerk van een persoon zonder mentale handicap. De inclusiegedachte gaat hier later dieper op in (Conix et al., 2005).

4.5 DE INVLOED VAN DENKWIJZEN EN STROMINGEN DOORHEEN DE TIJD

Een mentale handicap kan men dus bepalen aan de hand van een meetinstrument. Daarnaast weten we dat omgevingsfactoren het ervaren van een mentale handicap in mindere of meerdere mate kunnen bepalen. Maar de benadering of visie van verschillende stromingen die uitgebreid onderzoek deden op dit thema, kunnen hier eveneens een andere kijk hebben op de individuele mogelijkheden van een persoon met een mentale beperking. Zo onderscheiden we de deficitaire visie. Deze visie beweert dat de verschillen tussen personen met en zonder mentale handicap zowel van kwalitatieve als kwantitatieve aard zijn. Als we de denkwijze van Wuyts naast deze visie leggen, merken we een duidelijke overeenkomst in denken tussen beiden. Een andere zienswijze heeft het over het begrip heterochronie. Hier is het kwantitatieve aspect belangrijk. Een persoon met een mentale handicap is niet op elk gebied van zijn ontwikkeling achter, maar ontplooit zich als elk ander kind. Een behavioristische visie heeft vooral aandacht voor het tekort aan wisselwerkingen tussen omgeving en mens. Tenslotte kunnen we nog een psychodynamische visie onderscheiden. Deze benadering heeft zowel oog voor het tekort in het biologische substraat als voor een relationeel pathologische beleving. In principe kunnen we van elk van deze benaderingen wel een aantal zaken als standpunt aannemen. Elke benadering sluit het standpunt van het andere in wezen in. Deze uiteenzetting van verschillende stromingen kan dus een hulpmiddel zijn om te begrijpen van waaruit de overheid bepaalde beslissingen neemt, maar evengoed hoe bepaalde beslissingen genomen worden vanuit een juridisch standpunt (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 1997). Waar wij hier spreken over stromingen heeft Wuyts het in zijn lessen over paradigma's. Hij kan als het ware een evolutie onderscheiden in de visie

op handicap in chronologische lijn. Tot ongeveer de jaren zeventig van vorige eeuw kon men het defectparadigma en het medisch-individueel model onderscheiden in de meeste West-Europese landen. In deze opvattingen had men vooral oog voor de handicap van een persoon. Personen met bepaalde handicaps moesten worden 'verzorgd' binnen een gespecialiseerde instelling. Deze periode werd vooral getypeerd door een gespecialiseerde zorgcultuur. Als kritiek op deze periode ontstond het interactionistisch model. Hier had men vooral de neiging om personen met een handicap te 'normaliseren'. Zij moesten zich met andere woorden integreren of aanpassen aan de valide maatschappij. Tenslotte is er het burgerschapsparadigma waar het inclusiemodel binnen past. Hier wordt meer aandacht geschonken aan een handicap, en de beperkingen die dit meebrengt. Dit wordt geïntegreerd binnen de sociale context van de persoon zelf. We herkennen toch een groot respect aan menselijke waardigheid in de eerste plaats. De groeiomgankelijkheden van deze personen worden op deze manier vooral in het licht geplaatst (Wuyts, 2010).

4.6 HET RECHTVAARDIGHEIDSBEGINSEL, EEN AANZET TOT RECHTEN?

Wanneer we nadenken over de manier waarop wij in dialoog kunnen treden met elkaar dan denken we onvermijdelijk aan de wisselwerking tussen spreken en luisteren. Zelfs als we niet spreken, communiceren we met elkaar. Wanneer we onze mening aan iemand meedelen, proberen wij te argumenteren.

Zo is het rechtvaardigheidsbeginsel een typisch argument om te spreken over recht en gelijke behandeling. Identieke wezens hebben het recht op dezelfde behandeling, legt Hans Forceville uit in het eerste jaar van de opleiding bachelor in de Gezinswetenschappen. Dit stemt tot nadenken.

Bestaan er dan identieke wezens? Want wanneer we elkaar aankijken vanuit onze eigen levensgeschiedenis of onze kwaliteiten en gebreken, en vervolgens op zoek gaan naar de gelijkenissen tussen elkaar, merken we dat het woord identiek hier niet op zijn plaats is.

Tenslotte draagt elke mens een eigen geschiedenis met zich mee in alle levensdomeinen van het leven. Dit kleurt de kijk van de ene persoon op de andere. Ook de manier waarop wij kijken naar seksualiteit en relaties is individueel verschillend. Dit komt door de voordurende evolutie op verschillende levensdomeinen, zowel in tijd als in ruimte. Identieke wezens bestaan dus niet. Wat blijft dan over van het argument dat de basis vormt voor de rechtenverklaringen van de mens?

Het feit dat het rechtvaardigheidsbeginsel wordt gezien als een quasi logisch argument verklaart dat wij eerder de overeenkomsten tussen menselijke wezens essentieel vinden dan de verschillen (Forceville, 2006; Cornu, 2010). Hoe komt het dan dat we soms moeite hebben om mensen met een mentale beperking gelijke kansen te geven op het gebied van seksualiteit- en relatiebeleving?

4.7 RECHTEN OF NORMEN EN WAARDEN?

4.7.1 Over rechten

Hierover is al grondig nagedacht door de International Planned Parenthood Foundation (verder: IPPF). Deze grote non-profit organisatie voor gezinsplanning, seksuele en reproductieve gezondheid en rechten is de koepelorganisatie van nationale organisaties voor gezinsplanning in heel wat landen. Het IPPF-Charter voor seksuele en reproductieve rechten is een document dat in 1985 werd

opgesteld door deze organisatie. Zij stelt voorop dat voor elke mens het hoogst mogelijke niveau van seksuele en reproductieve gezondheid en welzijn moet worden mogelijk gemaakt. Om dit charter op te stellen baseerden zij zich op de wetgeving met betrekking tot de internationaal erkende mensenrechten. Men vernoemt verschillende stellingen die dit recht verduidelijken.

“Het recht op gelijkwaardigheid en om vrij te zijn van alle vormen van discriminatie.” (De Lovie, 2004).

Dit is een duidelijke verwijzing naar wat hierboven reeds werd aangehaald. Verder lezen we:

“ Geen enkel persoon mag gedurende de hele levensloop gediscrimineerd worden op basis van sekse, leeftijd, seksuele oriëntatie, verstandelijke of fysieke handicap, in de toegang tot informatie, gezondheidszorg, voorzieningen met betrekking tot haar of zijn seksuele en reproductieve gezondheid, rechten en behoeften.” (De Lovie, 2004).

Juridisch gezien is een persoon met een mentale handicap, maar wilsbekwaam, vanaf de leeftijd van zestien jaar vrij om op zijn eigen manier zijn seksualiteit te beleven (De Lovie, 2004).

Hier spreekt duidelijk het recht op een gelijke behandeling van de doelgroep waarover wij spreken. De complexe waarheid ligt echter niet enkel vastgeketend in mensenrechten en charters. We kijken beter ook door de ruimere bril van de realiteit. Zoals hierboven reeds aangehaald beleven deze mensen elk hun gevoelens en dromen vanuit de eigen context. Ze worden vaak omgeven door mensen die oprecht bezorgd zijn voor hun welbevinden en gezondheid op psychisch en fysiek vlak. Alle betrokkenen in het leven van mensen met een mentale handicap beïnvloeden op hun beurt het leven van die ander. De opvoeding, de cultuur en maatschappij waarin men leeft zijn belangrijke factoren. Dit geeft onvermijdelijk een impact op de handelingswijze van ouders en begeleiders van personen met een mentale beperking. De realiteit kan soms afwijken van datgene wat het IPPF-Charter in eerste instantie vooropstelt. Hier wordt het nogmaals bevestigd. Elk van deze personen moet benaderd worden als een individu, met eigen wensen en mogelijkheden. Een organisatie als Oranje Vzw verliest dit niet uit het oog. Zij houdt zowel rekening met de cliënt als met het netwerk dat de cliënt omgeeft. Daarbij heeft men oog voor principiële rechten, als het recht op privacy, dialoog en gedeelde verantwoordelijkheid (Oranje Vzw, 2008; Jeugd en Seksualiteit Vzw, 2001).

4.7.2 Ethiek

Op dit punt gekomen herkennen we duidelijk de proportionaliteit en het spanningsveld tussen de zorgethiek, de narratieve ethiek en een rechtenethiek bij het benaderen van mensen met een mentale beperking. Een narratieve ethiek heeft respect voor de autonomie van elk. Zij houdt rekening met ieders levensverhaal en de manier waarop men dit leven zou willen invullen. Wanneer men in conflict komt met zichzelf, dan komt dat omdat het eigen levensverhaal niet meer herkenbaar is. Men herkent zich hier tijdelijk niet meer in. De zorgethiek anderzijds, stelt vast dat mensen onderling verbonden zijn, we kunnen niet zonder elkaar. Men kan pas zelfstandig zijn en worden als men relationele verbondenheid aanvaardt. Als menselijke wezens staan wij zorgend in het leven. Wanneer wij in

conflict komen tijdens een zorgproces heeft dit onvermijdelijk te maken met de sociale context waarin wij leven. We kunnen dergelijke problemen uiteraard niet oplossen door enkel het recht van de één of de ander te doen gelden, maar ze is wel een belangrijk onderdeel om tot een goed autonomistisch zorgmodel te komen (Carette, 2010). Dit geeft de complexiteit enigszins weer binnen de dagelijkse realiteit waarin mensen met een mentale handicap leven. Of om het in de bewoordingen van Ben Wuyts weer te geven: "*Afhankelijkheid is een sleutelwoord in het leven van mensen met een handicap.*" (Wuyts et al., 2008).

Waar er rechten zijn, zijn er dus ook plichten. Alle partijen in deze kwestie moeten zich hier van bewust zijn. Dit maakt het niet steeds eenvoudig om realiteit en recht in evenwicht te brengen.

Aanvaarding is dan ook vaak een grote opdracht voor mensen met een mentale beperking en hun ouders (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 1997).

Wanneer we de achtergrondinformatie op het vlak van seksualiteit en rechten nalezen op de website www.begrensdiefde.nl, kunnen we zien dat rechten en plichten in elkaar overlopen. Zo heeft iedere persoon het recht op persoonlijke vrijheid en veiligheid. Dit houdt dus in dat men recht heeft op lichamelijk genot maar daarnaast heeft men ook volledige zeggenschap over het eigen lichaam. Dit mag echter nooit ten koste gebeuren van een ander. Dwang, uitbuiting of misbruik zijn niet toegestaan (www.begrensdiefde.nl). Er moet dus altijd sprake zijn van gelijkwaardigheid, vrijheid en wederzijds respect als men nu een mentale handicap heeft of niet.

4.8 EEN STUKJE GESCHIEDENIS EN EEN SOCIOLOGISCHE KIJK

We schrijven niet zomaar een stukje geschiedenis, maar wel de geschiedenis van de positie van het gezin, vroeger en nu. Dit kan enige klaarheid scheppen bij het kijken naar mensen met een mentale handicap vandaag. Stefan Bogaerts, docent Gezins sociologie in het tweede jaar van de opleiding gezinswetenschappen zet uiteen hoe gezinnen tot enkele decennia geleden leefden in een eerder gesloten systeem. Men kon de wereld wegtoveren door eenvoudig de gordijnen dicht te schuiven. Nu, vijftig jaar later, leven we in een snelheidsmaatschappij en in een consumptiemaatschappij. Internet en de invulling van de vrije tijd bieden heel wat mogelijkheden. Dit is een positieve evolutie. Anderzijds kunnen we de ogen niet sluiten voor het risico dat daaraan verbonden kan zijn voor bepaalde kwetsbare groepen. Personen met een mentale handicap hebben vaak een gebrek aan basisattitudes of individuele weerbaarheid tegen misbruik. Dit kan hen tot een dankbaar slachtoffer maken van wie het niet zo goed bedoeld met zijn medemens. Moeten we hen dan maar beschermen door het gebruik van dergelijke communicatiemiddelen te verbieden? Op zo'n manier bevorderen we hun sociale uitsluiting, zegt Bogaerts. Terwijl het voor personen met een mentale handicap al moeilijk is om sociale contacten op te bouwen en te onderhouden, weten we dat in een kwalitatief goed relatienetwerk staan een positieve invloed heeft op het welbevinden van mensen. Maar we kunnen het ook andersom bekijken. De inbreng van mensen met een mentale handicap kan een meerwaarde betekenen voor ons sociaal systeem (Bogaerts, 2007). Binnen deze benadering vertelt Wuyts over de kijk op mensen met een handicap binnen onze samenleving. Hij beschrijft hoe mensen vaak, wat niet beantwoordt aan schoonheidsnormen of kracht en gezondheid, benoemen als 'raar'. Dit zou komen omdat men teveel kijkt vanuit een materialistische of een uiterlijke dimensie. Hij laat ons kijken naar

andere dimensies om te laten zien hoe mensen met een handicap ook een meerwaarde kunnen betekenen binnen ons sociaal systeem. Zo is er de sociale dimensie. Mensen kunnen veel voor elkaar betekenen en vriendschap geven. Of misschien kan iemand zich goed voelen omdat hij wil zorgen voor iemand die daar nood aan heeft? Een psychische dimensie heeft oog voor talenten van mensen. Misschien kan een persoon met een mentale handicap zich prachtig uitdrukken in zijn creativiteit? Tenslotte spreekt hij over de manier waarop het belang van het geven en nemen kan wegvallen in een spirituele dimensie. Dankbaarheid en een diepe voldoening kunnen hiervan dan de plaats innemen. Het diepe geluksgevoel dat men ervaart wanneer men iets heeft betekend voor een ander, kent iedereen wel (Wuyts et al., 2008).

4.8.1 Netwerken

Netwerken zijn dus belangrijk. Maar vormt ieder netwerk wel één groep? Conix maakt een onderscheid tussen mensen die een intense betekenis hebben voor iemand en mensen waarmee je gewoon een fijne babbel kunt slaan. Zij spreekt over ankerfiguren, mensen waar je onvoorwaardelijke steun van mag verwachten. Maar er zijn ook de professionele netwerken of de formele relaties, mensen die je een dienst verlenen. Het zijn vooral je ankerfiguren en vrienden die je een gelukkig gevoel geven, zo stelt Conix. Daarnaast schetst zij het belang van de natuurlijke netwerken in het leven van een individu. Dit netwerk gaat soms verloren, omdat een naaste vaak ten onrechte denkt dat de positieve evolutie binnen de hulpverlening en de zorgsector er voor zou zorgen dat zij het beter kunnen dan de omgeving zelf. Ze hebben er tenslotte voor gestudeerd, denken mensen vaak. De omgeving van een mentaal gehandicapte persoon zou dus moeten vertrouwen op zichzelf en het heft in handen moeten durven nemen. Dit zou de vereenzaming en de sociale uitsluiting kunnen tegengaan die personen met een mentale handicap vaak te beurt valt. Dit verduidelijkt enigszins de link tussen de maatschappelijke factor professionaliteit binnen de zorgsector, en de manier waarop deze een invloed kan hebben op de huidige netwerkvorming van personen met een beperking (Conix et al., 2008). Om terug te komen op de waardevolle invulling die ook mensen met een mentale beperking kunnen hebben op onze samenleving, kijken we opnieuw door een sociologische bril. Bogaerts vertelt over de emotionele bakermat bij de gezinnen van nu. De 'grote verhalen' die worden doorgegeven binnen families vormen het humaan kapitaal binnen onze maatschappij. Dit humaan kapitaal ontstaat niet zomaar, het dient te worden verteld aan de buitenwereld. Op deze manier kunnen ook mensen met een mentale handicap iets betekenen voor onze samenleving. Zij kunnen op hun eigen manier de grote verhalen van hun familie en zichzelf toevoegen aan het sociale systeem waaraan wij allen bouwen. Krijgen zij deze kans niet, dan is er sprake van anomie volgens Durkheim. Desintegratie, sociale verwaarlozing en isolatie kunnen hen zo ten deel vallen. Dit brengt ons tot de essentie van 'inclusie' (Bogaerts, 2007).

4.9 INCLUSIE EEN LEVENSBEGINSEL?

Omdat mentaal gehandicapten vanaf de leeftijd van zestien jaar beschikken over het fundamenteel recht op seksuele beleving en relaties, moeten zij de kans krijgen om dit in het dagdagelijkse leven te kunnen realiseren. De kans om een kwalitatief en uitgebreid relatienetwerk uit te bouwen is van een

andere orde dan deze van een normaal begaafde jongere of volwassene. Dat maakten we in het hoofdstuk rond de geschiedenis van het hedendaags gezin reeds duidelijk. Deze laatste groep beschikt vaak makkelijker over de mogelijkheid om mensen te leren kennen in de mate en het tempo die men zelf wenst. Een mentaal gehandicapte persoon leeft vaak onder de hoede van de ouders of leeft in een instelling. Daar begeeft men zich vaak in groep naar buiten (Conix, et al., 2005). Deze vaststelling doet ons nadenken over de invulling van hun leefwereld en hoe groot de mogelijkheden om dit fundamenteel recht uit te voeren al dan niet zijn. Relaties opbouwen en onderhouden vereisen vaak een vlotte babbel. Daarnaast zijn de verplaatsingsmogelijkheden onontbeerlijk om anderen te ontmoeten. Het zijn vaak net die zaken die voor een persoon met een handicap moeilijker liggen (Conix et al., 2008).

4.9.1 Inclusie = integratie?

Kan intensief en actief deelnemen aan het dagelijkse leven de kansen om zich seksueel en relationeel te ontwikkelen positief beïnvloeden? Of andersom? Heeft een overvloed aan nieuwe indrukken ook een keerzijde voor hun emotioneel welbevinden? Misschien moeten we in deze context kijken wat bedoeld wordt met inclusie en integratie? Is inclusie in deze context een betere woordkeuze (De Lovie, 2004)? Het Sig kan ons wat duidelijkheid brengen op dit vlak. De missie van het Sig of voluit: Sterk in grenzen verleggen, ligt vooral in het bevorderen van de levenskwaliteit van mensen met functioneringsproblemen en hun omgeving. Zij willen met andere woorden grenzen helpen verleggen door te vertrekken vanuit wederzijds respect, betrokkenheid en gelijkwaardigheid. Hiervoor maakt men gebruik van de begrippen inclusie en integratie. Beide begrippen vullen elkaar aan. Inclusie omsluit alle inspanningen die de samenleving op alle vlakken dient te vervullen. Integratie komt eerder vanuit de inspanningen die een persoon wil leveren om deel te kunnen nemen aan de maatschappij. Maar er zijn grenzen om dit ideale evenwicht te bereiken (www.sig-net.be).

De 'inclusieve maatschappij' is een pleonasme, zo stelt Wuyts.

Ben Wuyts studeerde geschiedenis en werkte gedurende meer dan dertig jaar op een school voor kinderen met een motorische en meervoudige handicap. Aan de Artevelde Hogeschool was hij de coördinator van de vervolgopleidingen buitengewoon onderwijs en zorgverbreding. Tevens doceert hij meer dan tien jaar op een boeiende manier over de beeldvorming van jongeren met een handicap aan het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen.

Inclusie betekent meer dan woorden als aanpassing, normalisatie of integratie. Dergelijke definities verwijzen eerder naar het onderscheid dat we maken in onze maatschappij tussen het eigene en het vreemde. Wat vreemd of anders is moet zich aanpassen om geïntegreerd te worden. Dit idee stamt uit de geschiedenis waar men een door God geschapen maatschappijorde naleefde. In wezen was dit een middel om de machtigen of de sterken in de maatschappij nog machtiger te maken tegenover de 'anderen' of 'de zwakkeren'. We moeten niet zo ver terugkeren in de geschiedenis om voorbeelden te vinden om ons te herkennen. Denk maar aan de genocide van de joden ten tijde van de tweede wereldoorlog in de vorige eeuw. Of de manier waarop rassendiscriminatie wordt in stand gehouden in onze samenleving is heden ten dage beangstigend herkenbaar. Deze manier van kijken naar elkaar wekt vooral xenofobie en stigmatisering van de ander. Toch moeten we streven naar een inclusieve

maatschappij waar menswaardigheid vooropstaat, zegt Wuyts. Wederzijds respect en onvoorwaardelijkheid voor elke persoon is wat we moeten betrachten. Het zijn in de eerste plaats de mensen en niet de overtuigingen en ideeën die moeten worden beschermd.

Niet alleen de samenleving maar ook het beleid kijkt door een enge bril als het over welzijn gaat, zo stelt Mieja Engelen, docente aan het Hoger instituut voor Gezinswetenschappen tijdens de lessen maatschappelijke dienstverlening. Welzijn vind je terug in alle domeinen, sectoren en doelgroepen. Wanneer we kijken naar de manier waarop de verschillende bevoegdheden van de ministers zijn georganiseerd zien we een andere benadering. Welzijn bevindt zich in een aparte koker, naast deze van onderwijs, volksgezondheid, arbeid of huisvesting. Een verwevenheid van welzijn doorheen alle domeinen is een betere manier om de gezamenlijke belangen te verdedigen. Tenslotte zijn we toch allemaal personen die leven binnen een netwerk dat zich vertaalt in werken, leven, wonen en vrije tijd? Welzijn bevindt zich in elk domein, voor elke doelgroep. Dit kan meteen een verklaring zijn waarom de grondrechten van elke mens, beschreven in de grondwet niet tot hun recht kunnen komen. Elke minister blijft als een consument, vanuit het eigen beleidsdomein kijken naar de doelgroep die hij wil bereiken. Dualisering wordt dus ook op beleidsniveau in stand gehouden (Mieja Engelen, 2010).

4.9.2 Pluralisme en een positieve kijk

Pluralisme probeert verschillende opvattingen over wat menswaardigheid betekent te ondersteunen zodat mensen kunnen tot bloei komen. Dit geeft een dynamiek in de samenleving. Pluralisme probeert via een niet-autoritair dialoog en discussie open te staan voor verschillende meningen in de democratie, zonder uit het oog te verliezen dat niet alle overtuigingen respect hebben voor menswaardigheid. Hier komen we terug op wat hoger geschreven staat over het rechtvaardigheidsbeginsel. Misschien moeten we niet op zoek gaan naar identieke wezens, want tenslotte is niemand gelijk aan de ander. We zijn gelijkwaardig, ongeacht welke achtergrond we hebben, welke huidskleur of welke beperking. Verwantschap is een beter woord om de verschillen tussen mensen te overstijgen. Als we vertrekken vanuit verwantschap met de ander dan zien we eerder zijn talenten en zijn we bereid rekening te houden met elkaars beperkingen (Wuyts et al., 2008).

Hierbij geeft Conix in haar boek over relaties nog een belangrijk aandachtspunt weer. Geloven in het welslagen van personen met een mentale handicap om een duurzame relatie op te bouwen begint met een diep respect voor het geloof in de capaciteiten waarover zij beschikken. Aandacht voor hun kwaliteiten vergroot immers de aantrekkingskracht van deze mensen. Anderzijds spreekt zij over het belang van respect voor je eigen positie binnen het relatienetwerk als begeleider. Je staat vaak heel dicht bij deze mensen, zodat zij je gaan zien voor de familie die zij soms niet meer hebben. Men dient zeer voorzichtig en bescheiden om te gaan met deze wetenschap om hen niet onnodig te kwetsen. Een begeleider moet zich met andere woorden behoeden om een niet al te groot hechtingsfiguur te worden. Dit schetst de moeilijkheid om als professionele medewerker ook steeds professioneel te blijven. Je bent als het ware eerder een bruggenbouwer van sociale netwerken (Conix et al., 2008). Inclusie mag echter niet dogmatisch worden benoemd op het gebied van regelgeving. Want wie is tenslotte gediend met een aanbod dat voor 'iedereen' geldt? Mensen met een handicap moeten

kunnen genieten van hun rechten mits speciale aandacht en ondersteuning om een menswaardig leven te kunnen leiden. Maar er is meer. Mensen moeten ook kunnen rekenen op wat niet kan worden afgedwongen met rechten. Zo zijn solidariteit, vriendelijkheid en vertrouwen ook belangrijke menselijke behoeften en waarden. Daarom stelt Wuyts dat inclusie een levensbeginsel zou moeten zijn (Wuyts et al., 2008).

4.9.3 Een voorbeeld uit de praktijk

Oranje Vzw is een voorbeeld van een pluralistische organisatie die ver wil gaan met mensen met een beperking. Björn Decoster, zorgdirecteur binnen de organisatie legt eenzelfde voorzichtigheid aan de dag wanneer hij spreekt over inclusie en integratie. We kunnen niet zomaar kansen bieden aan elke persoon met een beperking, zonder stil te staan bij diens mogelijkheden en wensen. Maar ook de bezorgdheden en de wensen uit de nabije omgeving van deze persoon zijn van wezenlijk belang. Het is belangrijk dat we samen op zoek gaan naar een evenwicht tussen aanbod en mogelijkheden. 'Zorg op maat' betekent meer dan zomaar iedereen zonder aandacht voor zijn of haar eigenheid onder te dompelen in de talrijke mogelijkheden die onze maatschappij heden ten dage biedt (Decoster, 2010). Om te eindigen met de bedenking die we in het begin van dit hoofdstuk maakten over de mogelijkheden die mensen met een beperking hebben om een sociaal netwerk uit te bouwen kunnen we het volgende aanbrengen. Björn Decoster vertelt tijdens ons recent interview hoe zij binnen de organisatie proberen bij te dragen om dit obstakel aan te pakken. Ontmoeting staat centraal in hun opdracht. Zo is Café Alloo Alloo een mooi laagdrempelig initiatief waar mensen met en zonder handicap wekelijks terecht kunnen om zich te amuseren en anderen te ontmoeten. Zij voelen zich enerzijds gedragen door de aanwezigheid van een vertrouwde begeleider en anderzijds kunnen zij toch een stap wagen in een onbekende maar boeiende wereld. De woonprojecten van Oranje Vzw vinden we stevast terug midden de leefgemeenschap, dus in de stad. Een 'huis in de rij' is een typische benadering voor Oranje als antwoord op de inclusieve gedachte, zo vertelt hij. Op deze manier probeert men de samenleving te laten inzien dat mensen met een mentale of lichamelijke handicap in wezen niet anders zijn dan de ander. Zij staan mee te supporteren op de tribune van de plaatselijke voetbalclub, of tijdens de veelvuldige zomerfestivals die de stad organiseert staan zij samen te zingen en te dansen met de buurman uit de straat. Deze ervaringen symboliseren als het ware de verwantschap tussen mensen met en zonder handicap. Daarnaast merken we dat er heel wat beweging is in de wijze waarop het instellingsleven tot op vandaag vaak nog is georganiseerd. Men ziet in dat het goed is om mensen met een beperking dagelijks in het straatbeeld te zien. Dit zou stigmatisering zeker kunnen herleiden tot mindere proporties (Decoster, 2010).

4.10 BELEVING SEKSUALITEIT EN RELATIES BINNEN DE DRIEHOEK PERSOON MET EEN MENTALE HANDICAP-ouders-BEGELEIDING

We spraken reeds over het belang van ankerfiguren en netwerken in het leven van mensen. Daarnaast blijkt dat onze doelgroep eerder een eenzijdig netwerk heeft. We kunnen dit verklaren met volgende vaststelling. Het omgekeerd-lege-nest-syndroom waar de ouders van een mentaal

gehandicapte persoon mee worden geconfronteerd maakt het voor beide partijen niet makkelijk. Waar kinderen op een bepaalde leeftijd het ouderlijk nest verlaten, verloopt het voor onze doelgroep vaak anders. Zij blijven afhankelijk van de ouders. De spanning tussen autonomie en zorgbehoefte staat hier centraal, maar een ander aspect verdient hier ook onze aandacht. Broers en zussen van de persoon met een mentale beperking gaan meestal op een bepaalde leeftijd het huis uit, om vervolgens zelf een relatie op te bouwen met een levenspartner. Op een bepaald ogenblik willen zij ook kinderen. Net dit gebeuren kan er voor zorgen dat dit de eigen kinderwens en de verlangens om een relatie op te bouwen aan de oppervlakte brengt voor een persoon met een mentale handicap. Waar de ouders aangewezen zijn op 'lotgenoten' om hun vrije tijd mee te besteden, kan dit de kansen op sociale contacten zowel voor de ouders als voor de persoon met een mentale handicap beperken. De verklaring hiervoor kan zijn dat ouders van een jongvolwassene met een mentale beperking soms niet langer welkom zijn bij andere gezinnen, niet vertrouwd met personen met een handicap. Ze worden minder gevraagde gasten en dus moeten zij zich richten tot mensen die een zelfde lot ondergaan. Andere sociale contacten verwateren dus waardoor ook jongvolwassenen met een mentale handicap op hun beurt minder kansen krijgen om een partner te vinden. Hoe moeten jongeren dan loskomen van hun ouders? Tenslotte is dit levensnoodzakelijk voor hun cognitieve en morele ontwikkeling.

De bespreekbaarheid rond relationele en seksuele problemen worden dus vaak als moeilijk ervaren. Maar de ouders zijn in dergelijke situaties net een van de weinigen in het relatienetwerk van de persoon met een mentale beperking (Jeugd en Seksualiteit Vzw, 2001).

In de omgang tussen verzorger (ouder, begeleider) en de zorgbehoevende is er dagelijks sprake van momenten waarop een grote intimiteit aanwezig is. Denk maar aan de dagelijkse verzorging waarbij een persoon met een mentale handicap in een erg kwetsbare positie kan worden gezet. Met de berichtgevingen van seksueel misbruik die de laatste tijd wekelijks in de actualiteit komen is het ook voor de verzorgers vaak moeilijk om spontaan met hun kind of cliënt om te gaan. Alleen al op deze manier heerst er een zekere negatieve beladenheid rond het seksuele thema. Bewust omgaan met het respect voor de gevoelens en het zelfbeeld van deze persoon met een mentale handicap is een eerste stap in de goede richting. Een open dialoog tussen ouders, begeleiders en de zorgbehoevende kan veel duidelijkheid bieden (Conix et al., 2008).

4.10.1 Spreken over...een taboe?

We haalden het reeds aan. Spreken over seksualiteit en relatiebeleving bij mensen met een mentale handicap kan een moeilijke opdracht zijn. Het obstakel hier ligt vooral in de vaststelling dat men deze mensen vaak beschouwd als asexuele wezens. Maar er is meer.

Sommige ouders willen wel spreken over de seksualiteit en relatiebeleving met hun mentaal gehandicapte zoon of dochter, maar zij voelen zich hier niet bekwaam voor. Zij beschikken volgens hen niet voldoende over opvoedkundige vaardigheden. Schroom speelt hier een belangrijke rol. Maar niet alleen ouders hebben het hier moeilijk mee, ook leerkrachten en begeleiders voelen een zekere onwennigheid om dergelijke zaken te bespreken. Tenslotte is het ook moeilijk voor mensen met een

mentale beperking zelf. Niet iedereen heeft de behoefte om de eigen seksualiteit te bespreken met de ouders (Jeugd en Seksualiteit Vzw, 2001).

Wanneer seksuele vorming wordt ontzegt aan deze doelgroep op basis van bepaalde mythes zorgt men onbedoeld voor bijkomende problemen. Want zo is het vaak moeilijk om goed geïnformeerde beslissingen te nemen in het leven als mentaal gehandicapt persoon.

4.10.2 Verschillen

Binnen dit thema kunnen we ook een onderscheid maken tussen mannen en vrouwen in de beleving en het omgaan met seksualiteit. In 1986 werd een onderzoek gedaan door Straver naar het verschil in de ontwikkeling van seksuele gevoelens tussen mannen en vrouwen. Bij mannen zou dit eerder gebeuren door het beleven van lustgevoelens tijdens zelfbevrediging. Zij gaan nadien over tot seksuele contacten en weten wat er daarbij gebeurt. Bij meisjes gebeurt het opdoen van seksuele ervaringen volgens het onderzoek pas wanneer zij in contact komen met andere jongeren en gaan vrijen. Maar dit geeft net het probleem aan. Daarvoor moeten deze meisjes eerst in contact komen met anderen, maar gezien dit vaak moeilijk ligt bij personen met een mentale handicap, krijgen zij niet altijd die gelegenheid om positieve ervaringen op te doen. Daarbij zouden deze meisjes vaker het slachtoffer worden van seksueel misbruik. Men vraagt zich af of hier de redenen zouden liggen waarom meisjes met een mentale beperking vaker 'de indruk' wekken geen interesse te hebben voor seksualiteit. Maar als we de literatuur nalezen merken we dat er weinig gesproken wordt over zelfbevrediging bij vrouwen in het algemeen (Conix et al., 2005). Ook tijdens de lessen van Doctor Dewilde tijdens het eerste jaar in de opleiding Bachelor in de gezinswetenschappen werden verschillende mythes besproken rond dit onderwerp. Mythes zijn als het ware ingebakken in onze cultuur. Ze bevestigen de mannencultuur of het rollenpatroon van de man en de vrouw. Mannen zouden het initiatief moeten nemen voor seks, vrouwen moeten dit eerder passief ondergaan. Dit zou de natuur zijn van beide geslachten. Wijkt men daar enigszins vanaf, dan spreekt men al vlug over 'oversekste vrouwen'. Dit is een primitieve zienswijze volgens Dewilde. De vergelijkingen berusten enkel op de dieren uit het dierenrijk. Onze seksualiteitsbeleving als mensen berust op meer dan biologische gronden. Ze heeft te maken met normen zoals liefde. Ook hoe we vroegere ervaringen hebben beleefd of de seksuele opvoeding die we van thuis meekregen, hebben een even belangrijke invloed. Daarnaast mogen we de maatschappelijke, culturele maar ook de religieuze achtergrond niet vergeten waarin we worden grootgebracht (Dewilde, 2008). Dit brengt ons terug bij onze doelgroep, in het bijzonder vrouwen met een mentale beperking. Dat zij minder de behoefte zouden hebben om hun seksualiteit te beleven, is niet enkel een vaststelling die berust op vrouwen met een beperking. Onze cultuur heeft een eerder negatieve impact op de manier waarop vrouwen in het algemeen omgaan met seksualiteitsbeleving.

4.10.3 Tussen open gesprek en privacy

De Lovie vertelt in haar visietekst rond seksualiteit over de wijze waarop hiermee wordt omgegaan binnen de organisatie. Zij houden in de eerste plaats rekening met het welzijn van hun cliënt. Dus proberen zij het evenwicht te bewaren tussen open gesprekken met alle betrokkenen, de

familiecontext en de persoon met een mentale beperking enerzijds. Anderzijds pogen zij respect te hebben voor de privacy van de cliënt. Op deze manier is het ook steeds mogelijk voor de cliënt om bepaalde zaken niet ruimer te gaan bespreken. Men heeft tenslotte ook respect voor de vrijheid van de cliënt om de ruimere wereld te gaan verkennen op dit vlak. Dit bevordert de kansen op ontplooiing. Op deze manier wordt de ruimte gecreëerd om in alle openheid over dit onderwerp te praten (De Lovie, 2004).

4.10.4 De invulling van seksualiteitsbeleving

Seksualiteit is een breed begrip. Oranje probeert in haar definitie van seksualiteit duidelijk te stellen dat het hier om meer gaat dan louter om de peno-vaginale penetratie. Door het beeld op seksualiteit te verengen tot dit begrip, ziet men het grootste deel van de seksuele activiteit over het hoofd. Daarom baseren zij zich op de definitie van Meihuizen – De Regt:

“Seksualiteit omvat het hele scala van genieten van jezelf, zelfbevrediging, intimiteit, naar elkaar kijken, samen baden, strelen, liefkozen, vrijen tot geslachtsgemeenschap.” (Oranje Vzw, 2008).

Naast eigen waarden en normen hebben personen met een mentale handicap ook een eigen invulling van hun seksualiteitsbeleving.

De Lovie wil respect hebben voor de seksuele behoeften van haar cliënten. Op deze manier willen zij duidelijk maken dat zij hen beschouwen als volwaardige mensen. Daarom is het belangrijk dat begeleiders en verzorgers van mensen met een mentale handicap nooit hun eigen waarden en normen opleggen. Zich opdringen door een bepaalde vorm van seksualiteitsbeleving aan te bevelen kan hen het gevoel geven minderwaardig te zijn, angst en schuldgevoelens te hebben of in het ergste geval psychische problemen veroorzaken (De Lovie, 2004).

4.11 PREVENTIE EN MISBRUIK

Zoals het belangrijk is te weten wat een persoon met een mentale handicap juist bedoelt wanneer hij spreekt over seksualiteit en relaties is het ook belangrijk om in dialoog te kunnen treden wanneer er vermoedens zijn van seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag. Omdat deze mensen een zekere kwetsbaarheid kunnen vertonen op dit vlak zijn zij vaak ongewilde slachtoffers. De Ethische Commissie van het Vlaams welzijnsverbond is er zich van bewust dat per definitie elke hulpverleningssituatie en pedagogische relatie een vorm van machtsongelijkheid en asymmetrie bevat. Grensoverschrijdend gedrag is dan ook een realiteit waar men niet omheen kan. Waar mensen met elkaar omgaan op een lichamelijke manier in verschillende situaties, is er altijd een kans dat grensoverschrijdend gedrag voorkomt (Carette, 2010).

Spreken over misbruik is geen gemakkelijke opdracht. Toch is het een van de belangrijkste preventiemiddelen hiertegen, zo maakt De Lovie duidelijk in haar visietekst. Dit pogen zij te verwezenlijken door vormingen te geven over seksualiteit en misbruik. Dit verhoogt volgens hen de weerbaarheid van hun cliënten. Toch moeten we er ons van bewust zijn dat ook personen met een

handicap zelf dader kunnen zijn. De Lovie gelooft dat dit vaak het gevolg is van onwetendheid op dit vlak, een gebrek aan vorming of door persoonlijke gebrekkige controle (De Lovie, 2004).

Wat Oranje op haar beurt vertelt geeft een beeld van wat seksueel misbruik kan inhouden. Zij beschrijven seksueel grensoverschrijdend gedrag als elke vorm van seksueel gedrag of seksuele toenadering, verbaal of non-verbaal. Het kan gaan om fysieke handelingen, bewust of onbewust. Kortom, elke subjectieve ervaring die voelt als ongewenst of gedwongen vormen van grensoverschrijdend gedrag, moeten worden ernstig genomen. Seksueel misbruik zijn alle vormen van grensoverschrijdend gedrag die onder geweld of dwang gebeuren. Deze organisatie heeft ook een preventief beleid op dit gebied. Preventie uit zich in ondersteuning van cliënten bij de ontwikkeling van verschillende vaardigheden, zoals het ontwikkelen van assertiviteit, de sociale vaardigheden aanscherpen of leren 'neen' zeggen (Oranje Vzw, 2008).

4.12 VORMING

Eerder genoemde stellingen doen vermoeden dat een aanbod om mensen met een beperking te informeren rond seksualiteit en relaties soms in vraag gesteld wordt. Ze maken ook duidelijk dat voor sommigen seksuele en relationele beleving bij deze mensen geen groeiproces kan zijn, het is gewoon niet aanwezig, en dus tijdverlies. Toch kunnen we verschillende soorten werkboeken en organisaties terugvinden die boeiende vormingen geven rond deze onderwerpen. Of de vormingen die worden aangeboden ook het beoogde resultaat opleveren voor de verschillende partijen wordt misschien duidelijk door op zoek te gaan naar de meningen van verschillende organisaties die zich inzetten rond dit thema.

Vorming geven wordt voorafgegaan door in dialoog te treden met elkaar. In hoeverre beschikken wij als ouders en begeleiders, maar ook mensen met een mentale beperking over de taal om te spreken over seksualiteit en relaties? Is er dan ook voldoende aandacht voor een positieve kijk op seksuele beleving en relaties, of lichten wij eerder voor met de bedoeling seksueel misbruik te voorkomen (Conix, et al., 2005)?

Vormen van ondersteuning voor diegenen die dagelijks leven en werken met mensen met een mentale beperking zijn eveneens belangrijk. In welke mate is een goeie samenwerking nodig tussen ouders en de eventuele residentiële organisatie en zijn begeleiders? Wat is het aandeel eventueel van de school of het dagcentrum (Oranje Vzw, 2008; Jeugd en Seksualiteit, 2001)? Kan de huisarts hier als vertrouwenspersoon van de familie een belangrijke rol in spelen? Dit zijn allemaal vragen die in ons opkomen wanneer we denken aan vorming geven. Door ons onderzoek in verschillende literatuur, en vooral bij het aanbrengen van een onderwerp als grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik zijn we er van overtuigd dat vorming noodzakelijk is. De manier waarop dit gebeurt vergt een goede kennis van helpende gesprekken, een open dialoog, maar ook respect voor elkaars waarden en normen.

4.13 HERFORMULERING

Verschillende invalshoeken leren ons dit onderwerp te benaderen op verschillende manieren. De beeldvorming die mensen hebben wanneer zij nadenken over personen met een mentale handicap

verklaart ook waarom zij seksualiteit en relaties niet in verband brengen met deze mensen. Ontwikkelingspsychologische inzichten bevestigen ons vermoeden dat personen met een mentale handicap in wezen eenzelfde ontwikkelingspatroon afleggen als personen zonder mentale handicap. Ethische aspecten laten ons kritisch nadenken over de manier waarop wij het spanningsveld tussen recht, autonomie en zorgethiek kunnen benaderen op dit vlak. Dit doet ons besluiten dat het belang aan een open dialoog voorop staat. Maar toch, een dialoog vormen tussen personen met en zonder een mentale handicap is niet makkelijk wanneer mensen blijven denken in termen van 'wij en zij'. Wanneer wij op zoek gaan naar de gelijkenissen en de grote verwantschap tussen ons zullen we tot de vaststelling komen dat onze doelgroep op hun manier, met hun eigen verhalen, heel wat kunnen bijdragen tot een inclusieve en warme gemeenschap. Personen met een mentale handicap moeten dan ook dagelijks met ons kunnen samenwerken, leven en hun vrije tijd invullen, zodat wij ook van hen kunnen leren wat hen bezighoudt. Met aandacht voor hun mogelijkheden, zonder hun beperkingen te negeren, moet dit een mogelijke opdracht zijn. Wanneer wij ervaren hoe frappant verwantschap tussen ons is, zal wederzijds vertrouwen een kans krijgen. Vertrouwen en erkentelijkheid zijn belangrijke factoren voor het openen van een dialoog. Ons onderzoek doet ons besluiten dat we anderen nodig hebben, dat iedere persoon in wezen in relatie staat tot de anderen. Daarom moeten we ook oog hebben voor de naaste omgeving van personen met een mentale handicap. Ook aan hen kunnen we kansen bieden zich te ontplooien tot evenwaardige gesprekspartners. Met een gesprek in vertrouwen, en later een vorming op maat, kunnen we vaak taboes opheffen en zinloos geweld uit de weg ruimen.

Tenslotte, maar even belangrijk, zouden we seksualiteit niet als een losstaand item mogen benaderen. Seksualiteitsbeleving is een deel van ons mens zijn, dat aanvangt bij het prille begin. Dit is niet anders voor personen met een mentale beperking. Daarom zou iedereen reeds op jonge leeftijd moeten worden aangeleerd hoe zij op een andere, positieve manier kunnen omgaan met lichamelijke. Een taal leren om te leren spreken over gevoelens, maar ook een goede voorlichting op jonge leeftijd, zijn peilers om op te groeien in dialoog tot evenwichtige volwassenen met of zonder handicap.

V. HOOFDSTUK 3

5.1 INLEIDING

Op het vlak van relaties en seksualiteitsbeleving heeft een persoon met een mentale handicap dezelfde rechten. Toch kunnen we niet blind zijn voor de realiteit die een complexere waarheid toont. Relaties uitbouwen en kansen om de eigen seksualiteit te beleven verlopen minder makkelijk dan bij anderen. Factoren als medicatie, lichamelijke beperkingen of een negatief zelfbeeld kunnen daarbij de gevoelens en slaagkansen op dit vlak bemoeilijken. We moeten een onderscheid maken tussen aangeboren en verworven beperkingen. Deze zorgen er op hun beurt voor dat er een verschil kan liggen in het tempo waarop deze persoon seksueel en relationeel ontwikkelt. Dergelijke factoren zorgen ervoor dat het spanningsveld tussen rechten en kansen blijft bestaan. We ondernemen een zoektocht naar mogelijkheden tot verandering.

5.1.1 Begrippenverklaring: Vorming en voorlichting

Om een duidelijk vertrekpunt te creëren buigen we ons over de begrippen voorlichting en vorming. In principe maken we geen onderscheid tussen seksuele en relationele vorming. Terwijl seksuele vorming niet mag verward worden met seksuele voorlichting. Seksuele voorlichting is een manier om feitelijke informatie te geven over medische, psychosociale en emotionele aspecten van seksualiteit. Ouders en opvoeders kunnen voorlichting geven over voortplanting, puberteit, menstruatie of verliefd zijn. Seksuele vorming is een breder begrip. Ze bespreekt informatie en biedt mogelijkheden tot het vormen van een eigen mening. Daarnaast kunnen we met vorming de vaardigheden aanleren om met anderen om te gaan. Het is de bedoeling dat een persoon uiteindelijk ontwikkelt tot iemand die zichzelf en een ander respecteert, zich bewust is van de eigen waarden en normen, maar ook deze van een ander. Hij leert omgaan met de eigen mogelijkheden. Op het gebied van seksualiteit kan hij een gefundeerde keuze maken. Seksuele vorming is een onderdeel van seksuele opvoeding, die men thuis, op school, in een voorziening of zelfs via de media krijgt.

De ervaring leert ons dat er veel verschillende waarden en normen leven rond seksualiteit. Dit heeft te maken met de opvoeding of persoonlijke overtuigingen. De manier waarop mensen denken over seksualiteit en dit verwerken, heeft dus een invloed op het eigen seksuele leven.(www.begrensdiefde.be; Jeugd en Seksualiteit, 2001).

5.2 BEGELEIDERS

5.2.1 Informeel versus formeel

De begeleider, lid van een team en werknemer binnen een voorziening kan tijdens het dagelijkse werken met de cliënt inspelen op tal van gebeurtenissen om informele seksuele vorming te geven. We spreken hier vooral over vormende momenten die zich afspelen tijdens de afwas, tijdens een uitstapje of bij een losse babbel. Dit zijn waardevolle momenten die elke begeleider kan aangrijpen om te spreken over seksualiteit of relaties. Soms kan dit zelfs een betere manier zijn om iets bij te brengen aan een persoon met een mentale handicap. De beladenheid van het onderwerp is door de situatie mogelijk minder zwaar. Toch kunnen er enkele nadelen aan verbonden zijn. Er kan een spanningsveld ontstaan tussen het uitleggen van bepaalde situaties en de tijdsintensieve bezigheid ervan. Niet ieder

onderwerp komt voldoende aan bod op die manier. Toch kan de oplossing hiervoor liggen in het regelmatig herhalen van bepaalde gebeurtenissen, de consequenties die dit kan meebrengen en de manier hoe kan worden omgegaan met dergelijke zaken (Conix et al., 2005).

Daarnaast zijn ook formele seksuele vorming en seksuele voorlichting een opdracht van de begeleider. Dit kan best binnen het team en de voorziening worden besproken en voorbereid. Het is in het geval van formele vorming belangrijk dat er wordt gezocht naar de 'gezamenlijke' belangen van de doelgroep waarvoor men een vorming organiseert. Toch moet er een flexibele mogelijkheid zijn om individuele vragen te kunnen stellen. Visuele voorstellingen en eenduidige taal zijn beter hanteerbare instrumenten dan hypothetische vragen of rollenspelletjes (Jeugd en Seksualiteit, 2001).

5.2.2 Zoeken naar een balans

De zorgende relatie tussen de persoon met een mentale handicap en de begeleider is een realiteit. Personen met een beperking spreken vaak over het gevoel dat er steeds iemand meekijkt over hun schouder naar het leven dat zij willen leiden. Zoals iedereen zijn zij op zoek naar een *modus vivendi*, een ethisch evenwicht om vanuit een bepaald kruispunt het leven proberen in te vullen (Bellemans). We herkennen hier duidelijk de onvermijdelijkheid van een zoektocht naar evenwicht tussen afhankelijkheid en zorg naast empowerment en het maken van vrije keuzes.

Openheid schept duidelijkheid. Duidelijkheid en transparantie scheppen vertrouwen. Dit kan binnen de voorziening worden bewerkstelligd door een duidelijke visie en afspraken op het vlak van seksualiteit en relatiebeleving te hanteren. Dit wil echter niet betekenen dat dergelijke richtlijnen niet bespreekbaar zijn. De regels zijn niet statisch, dus is blijvend overleg nodig.

Tenslotte is het van het allergegrootste belang dat je als begeleider bewust bent van de eigen waarden en normen, maar ook van de waarden en normen van de jongere en zijn naaste omgeving. Door dit in vraag te stellen bij een persoon met een beperking staan we vaak voor een delicate opdracht. Door de grote afhankelijkheid van de ouders en de loyaliteit tegenover hen, zullen zij dikwijls de zelfde waarden en normen hanteren van de ouders. Doordat zij veelal over eenzijdige netwerken beschikken, krijgen ze soms niet voldoende de kans om de meegekregen waarden en normen te kneden naar een eigen identiteit. Op die manier schuilt het gevaar erin dat bij het bespreekbaar stellen van de waarden en normen de loyaliteit tegenover de ouders wordt aangetast. Ethische kwesties als deze zorgen ervoor dat begeleiders zich de vraag gaan stellen of zij wel gemandateerd zijn door de ouders om seksuele vorming en voorlichting te geven. Tenslotte meldt het onderzoek handelingsverlegenheid om deze onderwerpen aan te snijden als begeleider. Deze kan voortkomen uit schroom, of doordat de wederzijdse normen en waarden botsen met elkaar op dit vlak (Jeugd en Seksualiteit, 2001).

5.2.3 Seksuele vorming en voorlichting: doel

Hier komen we terug op wat begeleiders kunnen aanbieden op dit vlak. Seksualiteit wordt vaak gezien als een beladen woord of als een bijzonder onderwerp. Seksuele vorming en voorlichting, informeel maar ook formeel, moeten zeker worden aangeboden, want kennis opdoen op dit vlak is geen

makkelijke opdracht voor mensen met een beperking. Om de beladenheid van dit onderwerp te verlichten zou dit moeten worden opgenomen in het leven van alledag, thuis, in de voorziening, de school... . Het moet worden gezien als een leerproces in de ontwikkeling van kinderen en personen met een mentale handicap in het algemeen. Op die manier zullen zij leren omgaan met de eigen gevoelens, het lichaam samen met hun wensen en verlangens. Daarbij kunnen zij seksualiteit en relaties zinvol inbouwen in hun leven. Het zijn essentiële onderdelen tot het vormen van een persoonlijkheid. Persoonlijkheid geeft zelfvertrouwen en respect. Op die manier krijgen zij de kans tot het opbouwen van een eigen waarde kader, in plaats van alleen de waarden en normen van de ouders over te nemen. Risicogedrag van en door personen met een mentale beperking is een realiteit. Met vorming en voorlichting wordt dit preventief aangepakt (Bellemans).

5.2.4 Werkinstrumenten voor begeleiders

Een begeleider heeft een positieve ondersteunende taak naar de cliënt toe. Dit is ook zo voor het beleven van seksualiteit. Door het geven van vormingen kan een begeleider deze taak opnemen. Dergelijke opdracht dient een begeleider niet alleen op te nemen. Hij wordt ondersteund, gecoacht om vorming te kunnen geven, of dit nu formeel of informeel moet gebeuren. Er moet er oog zijn voor de persoonlijke beleving van normen en waarden van een begeleider. Wanneer de opdracht wordt ervaren als te zwaar, niet haalbaar, moet dit door een andere collega worden opgenomen. Vanuit een sterk ethisch fundament kunnen we aan het werk gaan.

5.2.5 Vorming op maat

Seksuele vorming geven kan worden omkaderd met allerlei boeken, video's, aangepast aan de doelgroep. Een vormingspakket dat zeer veel aandacht krijgt binnen de voorzieningen is dat van de vzw VMG (Vorming voor mensen met een verstandelijke beperking). Het VMG is destijds ontstaan vanuit een groep ouders van kinderen met een verstandelijke beperking die vinden dat ook zij kansen moeten krijgen om zich permanent bij te scholen. Zij waren ook de organisatoren van het eerste congres voor en met mensen met een verstandelijke handicap. Via een stappenplan worden verschillende onderwerpen visueel en ondersteunend uitgelegd aan de cliënten. Om te weten welk aanbod het meest aangewezen is voor de personen met een mentale beperking, wordt gebruik gemaakt van de hermeneutische cirkel (Bosch, 2003). Een seksuele vorming moet immers afgestemd zijn op maat van de cliënt. Welke de ondersteuningsvraag is wordt uitgezocht door op zoek te gaan naar de verstandelijke, lichamelijke, sociale en emotionele mogelijkheden. De levensgeschiedenis van de persoon in kwestie is daarbij van even groot belang (De Lovie, 2004).

Beeld van hermeneutische cirkel



Uit: Bosch (2000) p54.

- Lichamelijke ontwikkeling: Deze processen lopen gelijk met mensen zonder verstandelijke beperking. Elke leeftijdsfase vraagt andere aandachtspunten op het vlak van seksualiteit en relatievorming.
- Verstandelijke ontwikkeling: We moeten onderscheid maken tussen een lichte, matige, ernstige of diep verstandelijke handicap. Het bevattingsvermogen is een belangrijke factor naast de hulpvragen die worden gesteld.
- Emotionele ontwikkeling: Hier wordt een belangrijk spanningsveld duidelijk tussen kunnen en aankunnen. Zo zien we vaak een onevenwicht tussen een hogere cognitie en het zwakkere sociaal-emotionele. Ondersteuning is dan ook vaak nodig op het sociaal-emotionele omdat het sociaal aangepast gedrag minder ontwikkeld is.
- Sociale ontwikkeling: In welke fase van de ontwikkeling verkeert onze cliënt? Hoe verder ontwikkeld hoe beter hij of zij met een ander kan omgaan.
- De persoonlijke levensgeschiedenis: Iedereen is uniek. Wat een persoon meemaakt vormt de zelfbeleving, het zelfbeeld of zijn identiteit. Een identiteit wordt opgebouwd door de opvoeding, de ontwikkeling, de life events, afkomst, milieu of cultuur.

Nu hebben we een interpretatie in een verhalende vorm van de cliënt (Bosch; Suykerbuyk, 2000).

5.2.6 Het cognitieve en het affectieve vlak

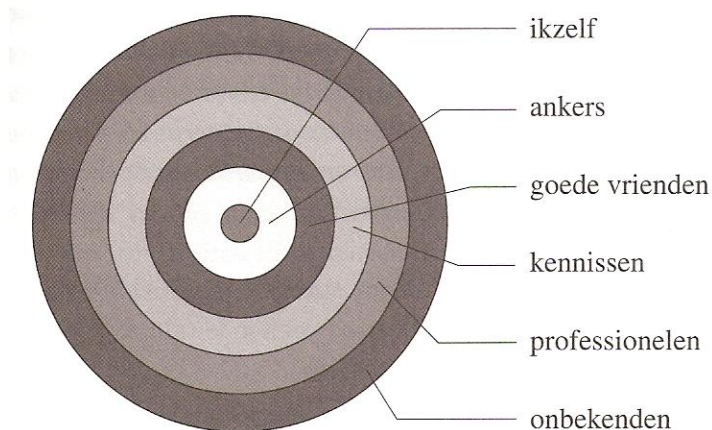
Dit is geen individuele opdracht van de begeleider, maar een taak van het volledige team en hun afdelingshoofd. De dienst ortho-agogiek of de sociale dienst binnen de organisatie zal hierbij aanwezig zijn en nadien advies geven op basis van de verzamelde informatie. Aangepast aan de bekomen ondersteuningsvraag kan een vorming op maat worden gekozen. Vormingen kunnen zowel worden gegeven op cognitief, affectief als psychomotorisch vlak. Op het cognitieve vlak denken we bijvoorbeeld aan het leren benoemen van de lichaamsdelen, de verschillen tussen man en vrouw of de verandering van het lichaam naargelang de leeftijd (De Lovie, 2004).

5.2.7 Verschillende relaties

Op het affectieve vlak zullen het bewustzijn van het eigen lichaam en de persoonlijke gevoelens aan bod komen. We leren hierbij het onderscheid aan tussen vrienden, familie en vreemden en tonen welk affectief gedrag te stellen aangepast aan dit onderscheid. We leren hen ook omgaan met de seksuele gevoelens van de ander, die individueel erg kunnen verschillen.

Een visuele manier om de verschillende relaties tussen mensen te benoemen en hierin te verdiepen vinden begeleiders in een basismethodiek cirkels. De deelnemers plaatsen de verschillende relaties met mensen in een bepaald deel van de gekleurde cirkels. Bij een tweede stap gaan begeleiders praten over de soorten relaties die mensen kunnen hebben. Zo leren zij onderscheid maken tussen liefdesrelaties, vriendschapsrelaties, werkrelaties of hulpverleningsrelaties (Conix, 2008; De Lovie, 2004). Er bestaan ook andere voorbeelden van basismethodieken cirkels. Zo wordt binnen Oranje Vzw gebruik gemaakt van een meer visuele voorstelling van de verschillende relaties. Hierbij wordt binnen de cirkels gebruik gemaakt van pictogrammen.

Beeld van basismethodiek cirkels VMG



uit: seks@relaties.kom!: p17

5.2.8 Het psychomotorisch vlak

Wanneer we denken aan vorming op psychomotorisch vlak en seksualiteit kan gesproken worden over persoonlijke en intieme hygiëne. Ook hoe zij zich dienen te gedragen bij het uiten van seksueel getinte opmerkingen zonder de ander te kwetsen zijn boeiende onderwerpen. Weerbaarheid tegenover de ander, sociale vaardigheden om zich te kunnen integreren in de maatschappij komen aan bod. Dit kan vooral door een taal aan te leren, om te kunnen spreken over seksuele gevoelens en over de seksuele relatie waarbinnen de cliënt zich eventueel bevindt (De Lovie, 2004).

5.2.9 Betrokkenheid van ouders?

Ouders kunnen actieve deelnemers zijn tijdens deze vormingsmomenten. Het is een kans voor hen om te groeien in hun visie over de seksualiteit- en relatiebeleving van hun kind. Het is beter dat vanuit de voorziening niet wordt gewacht met het betrekken van de ouders, tot er zich een probleem voordoet. Ouders die zich voelen aangesproken om deel te nemen aan dergelijke vormingsmomenten kunnen vertegenwoordigers zijn van andere ouders. Wat niet wil betekenen dat hun mening deze van alle ouders omvat. Het kan een manier zijn om de belangrijkheid van de mening van de ouders en de naaste omgeving van de cliënt te duiden.

Het oprichten van een werkgroep seksualiteit en relaties voor de ouders kan een manier zijn om te ervaren hoe zij denken over dit onderwerp of welke vragen hen bezig houden. Dit houdt de dialoog tussen ouders en begeleiders open (Conix, 2008).

5.3 'PRATEN OVER SEKS' EEN METHODE VOOR HET ONDERSTEUNEN VAN MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING BIJ HUN SEKSUELE ONTWIKKELING.

Paulien van Doorn, seksuoloog NVVS, en Anja Janssen, orthopedagoog en GZ-psycholoog, ontwikkelden een methode om personen met een verstandelijke handicap te ondersteunen bij hun seksuele ontwikkeling. Zij vertrekken hiervoor vanuit hun persoonlijke beleving en ervaringen. Het begeleidersboek waaruit deze informatie komt, werd aangevuld met een werkmap. Dit is een persoonlijk werkinstrument voor de cliënten bij het krijgen van gezondheidsvoorlichting over seks en intimiteit door de cliëntbegeleider. Het is vooral een waardevol instrument om voorlichting te geven op maat van de cliënt. De methode is een mogelijk antwoord op het zoeken naar de balans tussen zorg en empowerment van personen met een mentale beperking (Van Doorn, 2008). Binnen dit tweede veranderingsvoorstel herkennen we veel van de werkmethode van het VMG. Toch is het een boeiende, alternatieve manier om een dialoog te openen, vooral tussen begeleider en cliënt.

5.3.1 Seksualiteit en intimiteit

Zoals eerder aangegeven spelen verschillende invloeden een belangrijke rol bij de beleving van seksualiteit. Biologische, psychische en sociale invloeden spelen voortdurend op elkaar in. Seksualiteit en intimiteit zijn dan ook positieve, maar vooral persoonlijke invloeden die bijdragen tot het leven van elke mens.

Seksualiteit betekent lijfelijheid. Met andere woorden, hoe beleef je het eigen lijf? Daarnaast heeft het ook te maken met geslachtelijkheid. Hoe beleven mensen hun man of vrouw zijn? Of wat is je seksuele voorkeur? Intimiteit vertelt iets over het vermogen zich te hechten en het gevoel van veiligheid bij de ander. Het gaat ook over de wens contacten en relaties aan te gaan (Rademakers, 1994).

Onvermijdelijk hebben seks en emoties een nauwe verbintenis. Verliefdheid, passie en schaamte zijn duidelijke vormen van emoties. Deze zorgen er op hun beurt voor dat mensen bepaalde betekenissen geven aan situaties, waardoor zij een invloed hebben op toekomstige ervaringen. Cultuur of

gewoontes dragen hier ook toe bij. Voor personen met een mentale beperking gelden dezelfde regels. Alleen moeten zij ook rekening houden met bijkomende beperkingen en mogelijkheden. Samen met de emotionele leeftijd bepalen die beperkingen en mogelijkheden de manier waarop begeleiders aan het werk kunnen gaan met hun cliënt (Van Doorn, 2008).

Cliëntbegeleiders hebben in hun houding een belangrijke invloed op personen met een mentale beperking. Correcte informatie en aangepast sociaal gedrag zijn hier belangrijke peilers. Bovendien is een aanvaardende positieve waardering van de aanwezigheid van seksuele verlangens een noodzakelijk vertrekpunt in de ondersteuning (Van Doorn, 2008).

5.3.2 Verschillende invalshoeken

Bij het ondersteunen van personen met een mentale beperking in hun seksualiteit moet rekening worden gehouden met verschillende niveaus. Het cognitieve niveau gaat over het bevattingsvermogen. Het emotionele niveau en het lichamelijke niveau zijn naast de ontwikkelingstaken belangrijke invalshoeken om een beeld te krijgen op de individuele mogelijkheden van de cliënt. De invloeden van de leefsituatie zijn nuttige factoren om te begrijpen hoe waarden en normen zorgen voor een negatieve of positieve seksuele ervaring.

Met deze methode wordt vertrokken vanuit een positieve kant van seksualiteit. Het biedt handvaten aan voor de professional maar ook voor ouders of leerkrachten om te spreken over voorlichting. Voor personen met een mentale beperking is het een manier om een persoonlijke invulling te geven aan de seksuele gezondheid (Van Doorn, 2008).

5.3.3 Een concreet instrument: voorlichting

Voorlichting geven binnen individuele gesprekken tussen de cliënt en zijn begeleider, ouder of leerkracht is de werkvorm die hier wordt besproken. In principe kan een eventuele partner aansluiten mits goedkeuring van de cliënt zelf. Ingewikkelde informatie en gedragsmogelijkheden worden opgesplitst in kleine onderdelen, verrijkt met eigen foto's van de cliënt of tekeningen. Positieve bekrachtiging van gewenst gedrag en het aanleren van communicatievaardigheden worden ondersteund met visuele communicatie, stickers en symbolen. Het is belangrijk dat de cliënt met de begeleider werkt die best aansluit bij diens gevoel van veiligheid.

Bij elk nieuw thema vinden we een aantal werkvormen terug met werkbladen naar keuze. Nadien worden deze bewaard in een persoonlijke map, die eigendom blijft van de cliënt.

Voor de begeleider is bij elk thema een instructieblad opgenomen. Het biedt een methode aan om over het gekozen thema te spreken (Van Doorn, 2008).

5.3.4 Van zelfportret tot zelfportret

Nu wordt de cliënt ingelicht over de werkwijze. Hij wordt gestimuleerd om na te denken over eventuele vragen op het vlak van seksualiteit. Afspraken worden daarbij vastgelegd. Er wordt samen met de cliënt een zelfportret gemaakt. Wat is de kennis, de ervaring en welke vragen komen er bij hem op? Op het einde van alle bijeenkomsten wordt dan opnieuw een zelfportret gemaakt zodat er een beeld

wordt gevormd van de kennis die werd opgedaan en welke thema's werden besproken. Daarnaast staat in het zelfportret wat voor de toekomst belangrijk is en waar ondersteuning verder nodig is. Bij elke bijeenkomst wordt teruggekeken naar de vorige afspraak, om te overlopen wat de cliënt nog weet van de vorige keer. Eventuele ingeoeffende werkvormen worden ook besproken. Dan wordt gestart met het nieuwe thema. De vragen worden overlopen en er wordt getoetst wat de kennis is van het onderwerp. Dan wordt informatie gegeven in duidelijke spreektaal aangepast aan de persoonlijke mogelijkheden. De werkvormen worden hier op toegepast. Na afloop wordt dit bewaard in de persoonlijke map van de cliënt.

Wat uniek is bij deze methode is de tegel. De tegel staat voor een passende, normerende en positieve uitspraak van de cliënt. De tegel staat voor 'de clou' van het thema en het benadrukt het positieve van de seksualiteit. Een voorbeeld hiervan kan zijn: "Yes, ik word volwassen" (Van Doorn, 2008). De bedoeling hiervan is vooral een geheugensteuntje om het thema te onthouden. Daarnaast worden persoonlijke regels over seks op groene en rode werkbladen ingevuld. Groen staat voor mogelijkheden, rood voor grenzen. Het is een duidelijk instrument om te leren omgaan op een positieve manier met seksualiteit en intimiteit. Tenslotte wordt elk onderwerp ondersteund door een visuele voorstelling. Dit kunnen stickers zijn met symbolen of foto's van de cliënt in bepaalde situaties. Soms wordt zelfs gebruik gemaakt van een digitale camera. Dit zorgt vaak voor een persoonlijke toets aan de informatie.

Als extra ruggeleuning naast het handboek, de werkmap en de stickers met symbolen kan gebruik worden gemaakt van het sekswoordenboek. In duidelijke, neutrale taal wordt een betekenis gegeven aan de woorden. Het is aan de begeleider om in te schatten of de cliënt alle of enkele begrippen krijgt aangereikt uit het sekswoordenboek, aangepast aan diens mogelijkheden (Van Doorn, 2008).

5.3.5 Belangrijke aandachtspunten

Als begeleider is het noodzakelijk de doelgroep goed te kennen. Ervaring is bij het werken met deze methode zeker een meerwaarde. Werken vanuit een visie of een beleidsnota van de organisatie waar een begeleider werkt biedt een onderbouwd vertrekpunt. Daarnaast is het noodzakelijk zich bewust te zijn van de eigen waarden en normen op dit vlak. Dit wil niet betekenen dat dit een maat moet vormen voor de keuzes die de cliënt kan maken. Het geeft wel een beeld van de invloed die de eigen waarden en normen van de begeleider kunnen hebben bij het werken aan verschillende thema's.

Naast het referentiekader is het overleg met de cliënt, eventueel de ouders of familie en het team zeer belangrijk. Tenslotte zal de cliënt een goede ondersteuning nodig hebben tijdens en na het proces dat samen wordt afgewerkt. Regels en afspraken zullen regelmatig moeten worden herhaald als stimulans en daar kan de omgeving een aanvullende rol in spelen.

Competenties worden aangesterkt door een open, positieve houding, zo vertellen onderzoeken. Hierbij staat het eigen verhaal en de beleving van de cliënt centraal. Afstand en nabijheid in balans en positieve bekrachtiging zijn belangrijke voorwaarden om sterk te worden in het gevoel van eigenwaarde. Ook echtheid in de houding als begeleider, is een zeer doeltreffende manier om ondersteuning te bieden.

Een duidelijk taalgebruik, tijd en ruimte om te praten zijn belangrijke factoren om tot een geslaagde opdracht te komen. Na elk gesprek kan best een verslag worden opgesteld, zodat de begeleider een goed overzicht kan houden op de besproken thema's en als evaluatie (Van Doorn, 2008).

5.3.6 Onderwerpen

De methode bevat verschillende onderwerpen. Bij de start van het ondersteuningstraject wordt dus een seksueel zelfportret gemaakt. Vervolgens behandelen de hoofdstukken de basis waar de lichamelijke ontwikkeling van het kind, de puber of de volwassene aan bod komt. Gender, gevoelens en privacy komen vervolgens in beeld. Aan de puberteit wordt een apart hoofdstuk gewijd. Hierbij komen de lichamelijke veranderingen bij meisjes en jongens aan de orde. Gevoelens van verliefdheid en vrienden zijn even belangrijk tijdens deze periode van de ontwikkeling.

Seks met jezelf gaat over masturbatietechnieken, seksuele opwindning en het kanaliseren van deze gevoelens. Het laatste hoofdstuk beschrijft hoe seks met een ander kan worden beleefd. Seksuele contacten, vrijen en anticonceptie, preventie van SOA's en hulpmiddelen komen uitgebreid aan bod. Wat bijzonder is, is dat er aandacht wordt besteed aan een manier om over seks te communiceren. Elk hoofdstuk bevat tal van instructiebladen om de verschillende thema's aan te kaarten (Van Doorn, 2008).

5.3.7 Een aangepast zelfportret

Op het einde van het project is de cliënt in staat met een nieuw seksueel zelfportret aan de slag te gaan. Gesterkt door duidelijke informatie en zelfkennis is hij of zij nu in staat om een taal te gebruiken, om zich te uiten over gevoelens van seksualiteit en intimiteit. Onwetendheid op dit vlak heeft plaats gemaakt voor correcte, duidelijke kennis en tools om contacten te leggen met de ander. Hiermee kan een persoon met een mentale handicap zich verduidelijken, zijn keuzes kenbaar maken tegenover zijn vertrouwde omgeving, zijn ouders en begeleiders. Dit is wat empowerment kan zijn. Het zijn vooral de vaardigheden aangepast aan de eigen mogelijkheden en beperkingen die ervoor zorgen dat personen met een mentale handicap keuzes kunnen maken.

5.4 EEN LEIDRAAD VOOR HET UITWERKEN EN HET IMPLEMENTEREN VAN EEN BELEID ROND SEKSUALITEIT EN PREVENTIE VAN SEKSUEEL MISBRUIK IN EEN ORGANISATIE

Bij het doornemen van de literatuur merken we dat er binnen voorzieningen vaak nog een impliciet beleid aanwezig is op het vlak van seksualiteit en relatiebeleving van hun cliënten. Bij het raadplegen van onze bron lezen we nochtans dat in Nederland een beleid rond seksualiteit en intimiteit binnen de voorzieningen wettelijk verplicht is (handboek seksualiteitsbeleid in GGZ-instellingen). Heersende waarden en normen zijn herkenbaar in regels voor (onaangepast) gedrag, in de infrastructuur of in de omgangsvormen met elkaar. Toch kan het een meerwaarde betekenen om een expliciet beleid hieromtrent op te nemen in het kwaliteitshandboek. Met beleid bedoelen we een visie op seksualiteit en een praktijk die door de betrokkenen kan worden toegepast, geëvalueerd en bijgestuurd indien nodig. Een kwalitatief beleid moet kunnen worden gedragen door de persoon met een handicap zelf,

alle medewerkers van een voorziening, maar ook door de ouders en de vertrouwde omgeving van de persoon met een mentale handicap.

Nog te vaak wordt een beleid pas opgesteld naar aanleiding van een incident. Het gevaar is groot dat er dan een eerder negatief beleid of een reactief beleid zou worden ontwikkeld rond dit onderwerp.

We streven er dus naar om een positief beleid uit te werken, los van crisissituaties.

Sensoa, het Vlaams service- en expertisecentrum voor seksuele gezondheid en hiv, biedt handvaten aan om stapsgewijs tot een positief beleid te komen, in samenwerking met externe en interne betrokkenen (www.sensoa.be). We laten ons ook inspireren door het handboek seksualiteitsbeleid voor GGZ-instellingen, "Seksualiteitsbeleid? Gewoon doen!".

5.4.1 Instrument tot een positief beleid en visie

5.4.1.1 Drie beleidsniveaus

Binnen deze benadering is het belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan een algemeen beleid. Er is ruimte voor een positieve kijk of een voorwaardenscheppend karakter aan de seksualiteitsbeleving van de cliënt. Dit is mogelijk op het vlak van zorg, accommodatie, communicatie en educatie. Op het tweede niveau wordt gewerkt aan een preventiebeleid. Dit is een onderdeel van het algemeen beleid, maar het gaat dieper in op de preventie van risico's. Ten slotte is er nog een reactiebeleid dat deel uitmaakt van het preventiebeleid. Dit biedt mogelijkheden om op een gerichte manier te reageren bij incidenten. Het respecteren van deze volgorde bij het uitwerken van een beleid is belangrijk om te kunnen vertrekken vanuit een positieve invalshoek (www.sensoa.be).

5.4.1.2 Algemeen beleid

5.4.1.2.1 Denkkaders of uitgangspunten

Afhankelijk van het uitgangspunt kan een algemeen beleid worden opgesteld. Het is hierbij van belang zich te richten op de juiste doelgroep of situatie.

Er kan worden gewerkt vanuit verschillende kaders. We denken hierbij aan een juridisch kader, een rechtenkader, een ontwikkelingskader, een ethisch kader, aan kwaliteit van leven of de seksuele gezondheid. Aangepast aan de context of de nood van de medewerkers wordt een keuze gemaakt om kaders verder uit te werken (www.sensoa.be).

5.4.1.2.2 Beleidsterreinen

In tweede instantie denken we na hoe we de denkkaders kunnen inpassen binnen de verschillende beleidsterreinen. Zorg en educatie, huisregels en accommodatie, deskundigheidsbevordering en screening, personeel en communicatie op extern of intern vlak zijn mogelijke beleidsterreinen binnen een voorziening. Zo zal bijvoorbeeld worden nagekeken hoe een seksuele en relationele vorming kan worden gegeven. Zal deze aangepast zijn aan de leeftijd of de ontwikkelingsfase? En hoe kan die vorming dan worden georganiseerd? Daarnaast is het nuttig vast te leggen hoe en wanneer de communicatie met externe diensten of familie kan gebeuren in functie van het opstellen van een algemeen beleid rond seksualiteit en relaties (www.sensoa.be).

5.4.1.3 Preventiebeleid

Binnen een voorziening zijn medewerkers zich bewust van risicosituaties. Het is dan ook hun taak om de cliënten te beschermen tegen dergelijke risico's. Een persoon met een mentale handicap is soms niet weerbaar genoeg om te weerstaan aan bepaalde invloeden. Een voorbeeld hiervan is de hedendaagse vaak geseksualiseerde media, die soms een onrealistisch beeld geven van relaties en seksualiteit. Vanuit een sociale kwetsbaarheid of psychische stoornissen is er een reëel gevaar dat een cliënt zowel dader als slachtoffer wordt van grensoverschrijdend gedrag.

Het kan voor de familie of de ouders soms een verlichting betekenen als er een gedeelde zorg en verantwoordelijkheid bestaat om hun kind te beschermen tegen de mogelijke risico's. Op die manier krijgt hun kind toch de kans tot een positieve en kwalitatieve seksualiteitsbeleving (handboek seksualiteitsbeleid in GGZ-instellingen). Bescherming kan dus worden geboden op verschillende niveaus. Hierbij denken we zowel aan externe als interne betrokkenen. Dit kunnen medewerkers, begeleiders, maar ook ouders en partners zijn.

Ook hier kunnen we evengoed de verschillende beleidsterreinen inbrengen. Hoe gaan we om met preventie binnen de zorg en educatie naar cliënten en bewoners toe? Of hoe gaan we een concreet beleid uitwerken rond huisregels en accommodatie? Op het vlak van deskundigheidsbevordering van de medewerkers kunnen afspraken worden vastgelegd. Een bepaalde vaardigheid is tenslotte nodig om als medewerker te kunnen spreken over seksualiteit met de cliënt. Duidelijke afspraken rond communicatie met externe diensten, ouders is nodig op het vlak van preventie. Maar intern moet er evengoed duidelijkheid zijn hierover (www.sensoa.be).

5.4.1.4 Reactiebeleid

Een reactiebeleid vloeit voort uit de twee vorige beleidsvormen. Het dient om bij incidenten of klachten op een adequate en een vlotte manier tot een passend antwoord te komen. Hiervoor wordt een protocol voorgesteld. Dit is een uitgeschreven procedure of een stappenplan, waarvan een medewerker kan gebruik maken indien nodig. Het houdt rekening met de verschillende betrokkenen. Binnen het protocol zit een klachtenprotocol, dat moet worden gevolgd wanneer er een klacht wordt gesignaleerd. Daarbij is het belangrijk dat dergelijke procedures regelmatig wordt geëvalueerd en bijgestuurd.

Een protocol kan best op alle beleidsterreinen worden opgesteld (www.sensoa.be).

5.4.1.5 Tot stand brengen van een beleid

Bij het ontwikkelen van een kwalitatief beleid is het belangrijk om zoveel mogelijk mensen te betrekken. Op termijn zorgt dit voor de minste verrassingen, de kans dat mensen niet gehoord worden, tegenwerkende ouders of een directie die eisen gaat stellen. Tenslotte heeft iedereen een eigen visie of een eigen manier van denken over dit onderwerp. Eventuele schroom of negatieve ervaringen kunnen een negatieve invloed hebben op het denken. Weerstand en angst voor discussies, een hiërarchische cultuur binnen voorzieningen belemmeren vaak het proces. Een oplossing kan hiervoor liggen in het bieden van aandacht voor deze zaken door een

aandachtsfunctionaris seksualiteit of een coördinator die de tijd en de middelen krijgt om stapsgewijs tot een resultaat te komen samen met alle betrokkenen. De aandachtsfunctionaris kan een belangrijke spilfiguur zijn in het ontwikkelen van het beleid rond seksualiteit en relaties. Het kunnen zelfs meerdere functionarissen zijn, wanneer er sprake is van een verschillende patiëntenpopulatie binnen een voorziening. Verschillende psychische stoornissen of behandelwijzen zullen een andere benadering vragen van de seksualiteitsbeleving van de cliënten (handboek seksualiteitsbeleid in GGZ-instellingen). Ook bijscholingen en vormingen voor de verschillende betrokkenen vragen tijd en middelen. Maar op die manier kunnen alle partijen tot nieuwe inzichten komen rond dit onderwerp. Het invullen van een vragenlijst, door elke deelnemer is alvast een eerste stap om op weg te gaan. Met de deelnemers bedoelen we de bewoners of hun woordvoerder, ouder of familie, opvoeders en personeel, directie en bestuur en eventuele externen. Een tussentijdse evaluatie en een monitoring zijn belangrijke controlemiddelen om te toetsen of wat men reeds heeft bereikt doeltreffend is. Het geeft een beeld van wat reeds werd bekomen, maar het is vooral een manier om nieuwe perspectieven te openen bij de ontwikkeling van het beleid (www.sensoa.be).

5.4.1.6 Verwijzen naar externe betrokkenen?

Wanneer we spreken over eventuele externen denken we ook aan deskundigen. Soms komen begeleiders en ouders tot de vaststelling dat hun cliënt of kind een eerder gespecialiseerde hulpverlening nodig heeft. Misschien zijn er fysieke problemen zoals erectiestoornissen. Soms zijn er problemen met grensoverschrijdend gedrag. Advies kan dan worden ingewonnen door een arts of een seksuoloog. Het kan belangrijk zijn deze mensen ook te betrekken bij het uitwerken van een beleidsvisie. Tijdens het dagelijkse leven binnen een voorziening gebeuren tal van zaken. Soms gaat het over grensoverschrijdend gedrag waar de professionaliteit van de begeleiding zijn grenzen bereikt. Een goede samenwerking en een professionele inbreng vanaf het begin met een arts of seksuoloog kunnen alleen maar bijdragen tot een kwalitatief en positief beleid (handboek seksualiteitsbeleid in GGZ-instellingen).

5.4.1.7 Een visietekst

Het proces dat hierboven wordt gevolgd resulteert uiteindelijk in een visietekst rond seksualiteit en relaties. Als het goed is wordt in de visietekst rekening gehouden met de verschillende betrokkenen. De bruikbaarheid van het beleidsdocument wordt getoetst aan de mate waarin er positieve uitgangspunten rond seksualiteit en relaties aanwezig zijn. Toch houdt een goede visietekst ook rekening met de verschillende standpunten rond seksueel misbruik. Werd er aan alle beleidsterreinen en niveaus aandacht geschonken? Spreekt het document duidelijke taal om aan het werk te kunnen gaan bij mogelijke problemen? Tenslotte dient het document principes te bevatten en algemene afspraken, geen concrete regels en afspraken. Daarvoor kan verwezen worden naar het huisreglement (www.sensoa.be).

5.4.1.8 Een planningsdocument

Naast een visietekst is een planningsdocument nuttig om concrete realisaties uit te werken binnen een bepaalde periode. Het is een tijdelijk instrument dat regelmatig moet worden geëvalueerd en herwerkt.

De planning moet onder andere doelstellingen bevatten die SMART (specifiek, meetbaar, aangepast, realistisch, tijdsgebonden) geformuleerd zijn. Is er een einddatum voorzien waarbinnen de concrete maatregelen, afspraken en instrumenten dienen uitgewerkt te zijn (www.sensoa.be)?

5.4.1.9 Mandaat

Werken vanuit een mandaat aan deze opdracht binnen een werkgroep van interne en externe betrokkenen is een oplossing. Bij het selecteren van interne betrokkenen kan best rekening worden gehouden met een goed evenwicht tussen leeftijd, geslacht en werkterrein. Het is aan de directie of de raad van bestuur om een officieel mandaat te geven om een beleidsplan uit te werken. Dit wil echter niet betekenen dat medewerkers of ouders moeten wachten tot er een signaal van boven komt. Op dit vlak zijn zij net de meest aangewezen personen om bepaalde zaken op te merken. Het is hun taak om materiaal te bundelen en hun directie te stimuleren om aan het werk te gaan. Het kan een uitgelezen manier zijn de stem van de bewoners zelf te laten horen. Het regelmatig rapporteren van incidenten aan de directie ondersteund door eventuele beleidsstukken die dit onderwerp behandelen, kunnen hiervan een voorbeeld zijn.

Tenslotte zijn tijd, budget en ruimte noodzakelijke middelen om tot een goed uitgewerkt beleidsplan te komen, waarbij discussies niet moeten worden vermeden tijdens het ontwikkelingsproces.

Integendeel, ze zijn een bron van informatie die vorm geven aan een kwalitatief beleid (www.sensoa.be; handboek seksualiteitsbeleid in GGZ-instellingen).

5.4.1.10 Algemeen besluit

Een duidelijke beleidsvisie binnen de voorzieningen op het vlak van seksualiteit en relatiebeleving bij personen met een mentale beperking kan ervoor zorgen dat zij aan hun rechten komen. Door als begeleiders en ouders hun beleving te erkennen wordt een voorbeeld gesteld. Het kan een boodschap zijn naar onze samenleving toe, die vaak denkt in termen van 'wij en zij'. Mensen met een mentale beperking worden vaak beoordeeld op wat zij 'niet' kunnen. We kunnen niet ontkennen dat mensen beperkingen hebben, maar in die beperkingen kunnen ook mogelijkheden liggen. En daar moeten we naar op zoek, zodat we die mogelijkheden kunnen aanscherpen tot kansen. Vorming en voorlichting zijn complementair aan een expliciete beleidsvisie. Het zijn even belangrijke elementen om mensen te sterken in hun kwaliteiten en levenskansen. Met een duidelijk stappenplan kunnen mensen met een verstandelijke beperking samen met de ouders en begeleiders volwaardige partners worden in een dialoog.

VI. ALGEMEEN BESLUIT

We evalueren de aangereikte veranderingsdoelen aan de hand van de opgedane kennis van de literatuurstudie. Hebben we hiermee een antwoord op onze vraagstelling bereikt? Zijn de voorstellen positief en toekomstgericht? En kunnen zij een oplossing bieden op korte en lange termijn? Tijdens de zoektocht naar werkbare veranderingsdoelen merkten we dat er heel wat beweegt op het vlak van vormingen rond seksualiteit en relaties. Voorzieningen voor personen met een mentale beperking hebben het plan opgevat om hun visie te herwerken rond dit onderwerp. Het inclusieprincipe en het burgerschapsparadigma zijn hier belangrijke hefboomen geweest om ook deze mensen te gaan zien als burgers met het recht op een kwalitatief bestaan, weliswaar met het oog op het behoud van de eigen menswaardigheid.

De werkbaarheid en slaagkansen van de voorgestelde veranderingsdoelen kunnen binnen deze eindproef niet worden geëvalueerd aan de hand van een specifieke casus. Dit kan een nadeel vormen in het eigen leerproces, wanneer we kijken door een enge bril. Toch, zo kunnen we des te meer het eigen denk- en leerproces evalueren en ook focussen op de bredere context van het werkveld en van onze maatschappij. De opleiding Gezinswetenschappen heeft zeker bijgedragen tot een meer kritische kijk op dit onderwerp.

De persoonlijkheid van mensen met een mentale beperking houdt meer in dan de handicap waarmee ze moeten leven. Ze hebben ook mogelijkheden en talenten. Wanneer ze deze kunnen ontdekken en erkennen is het soms een stuk makkelijker om ook de eigen beperkingen mee te nemen en te aanvaarden. De aangereikte veranderingsdoelen pogen hier elk op de eigen manier aan tegemoet te komen.

We kunnen de verschillende veranderingsdoelen niet als afzonderlijk zien, noch beoordelen op een beter of minder goed resultaat op termijn. We zien ze eerder als methodes die complementair zijn aan elkaar. Beantwoorden zij dan ook aan onze vraagstelling om tot een open dialoog te komen rond seksualiteitsbeleving en relaties bij personen met een mentale handicap?

Elk veranderingsdoel belicht één of meerdere aspecten van dit onderwerp. Maar wat meer is, de mogelijke betrokken partijen worden telkens ook uitgenodigd om met elkaar in dialoog te gaan. Wat ons opvalt is dat hierbij gepoogd wordt de persoon met een mentale handicap uit te nodigen om actief mee te werken aan het verhaal waarin hij de hoofdrol speelt.

Toch mogen we de ogen niet sluiten voor de complexiteit die de dagelijkse realiteit omvat.

Wanneer we dit onderwerp vanuit een ethisch standpunt benaderen, kunnen we begrijpen dat ouders en begeleiders van personen met een mentale handicap niet zomaar positief gestemd kunnen zijn. Er zijn tal van ervaringen die ervoor zorgen dat de rechten en de kansen van personen in vraag kunnen worden gesteld. We denken hierbij aan bijkomende beperkingen als autisme of hechtingsstoornissen, die vaak hand in hand gaan met een mentale handicap. Een evenwicht zoeken tussen het respect

voor zichzelf en de ander met wie hij of zij in relatie staat is dan een ook een moeilijke trapezeoefening. Of kunnen we het een proces noemen van vallen en opstaan? Ook het recht op privacy om de eigen seksualiteit te beleven blijft een moeilijk verhaal wanneer deze persoon nog inwoont bij de ouders, en overdag in het dagcentrum verblijft. Dit wordt nog moeilijker als deze ouders niet openstaan voor de mogelijkheid dat hun zoon of dochter ook seksuele gevoelens kan hebben. Is dit dan een opdracht van de voorziening waar deze persoon overdag verblijft of is dit de verantwoordelijkheid van de ouders? Deze vragen schetsen de blijvende zoektocht naar evenwicht tussen zorg en autonomie.

Daarom kunnen de aangeboden methodes een hulpmiddel zijn tot vraagverduidelijking. Vooral de individuele methodiek 'praten over seks' kan hier gericht op zoek gaan naar een antwoord op maat. Tenslotte is het de bedoeling dat een persoon met een mentale beperking medezeggenschap heeft over de eigen gevoelens.

De wijze waarop personen met een mentale beperking soms worden behandeld kunnen we verklaren aan de hand van de geschiedenis op het vlak van de geestelijke gezondheid. Het medisch individueel model heeft zeker nog zijn invloed op de benadering of de beeldvorming van personen met een mentale handicap. Bevoogding valt hun nog te vaak ten deel. Om hen als volwaardige personen te gaan zien, en deze negatieve beeldvorming om te buigen tot verwantschap kunnen voorzieningen zeker iets betekenen.

Het derde veranderingsdoel bevindt zich op meso-niveau, maar fungeert als bruggenbouwer tussen het micro- en macroniveau. Door een expliciet beleid uit te werken op het vlak van seksualiteit en relaties voor personen met een mentale handicap komen voorzieningen tegemoet aan de herkenning en erkenning van hun gevoelens. Daarbij komen ook de andere belangrijke betrokken partijen aan bod. Door bij het uitwerken van dit beleid ook de ouders, begeleiders, directie en eventuele andere externe betrokkenen te laten deelnemen wordt het een inclusief verhaal. Waar vroeger vaak werd gewacht om een expliciet beleid op te stellen tot er zich een incident voordeed, vertrekken voorzieningen meer en meer vanuit een algemeen en een preventief beleid. Uiteraard is het aangewezen dat er ook een plan aanwezig is ingeval zich toch een situatie voordoet waar interventie noodzakelijk is. De uitwerking van een dergelijk beleid biedt transparantie naar alle partijen toe en denkt ook na over een werkbaar instrument op lange termijn. Door zoveel mogelijk mensen te betrekken vermijden voorzieningen dat er in de toekomst misverstanden en tegenwerking ontstaan.

6.1 SLOTBEDENKING

Hiermee kom ik tot een eigen slotbedenking. Om te bekijken of het recht op kwaliteit van bestaan effectief kan worden beleefd, is het thema van deze eindproef een boeiende invalshoek. Ze is uiteraard maar één aspect van het inclusieprincipe, maar niet minder belangrijk. Het gaat hier over de diepe gevoelens van een menselijk wezen. Daar is in het verleden al te vaak aan voorbijgegaan door de, overigens goedbedoelde manier van 'zorgen' voor mensen met beperking. Het is een evidentie dat ook seksualiteitsbeleving en de wens om een relatie te hebben een recht is van personen met een mentale beperking. Maar even voor de hand liggend is de ervaring van menswaardigheid van de

persoon zelf en zijn eventuele partner. Het zal altijd een blijvende zoektocht zijn om een evenwicht te vinden tussen recht en menswaardigheid.

Een persoon met een mentale beperking is ook steeds een deel van zijn omgeving. Maar wat is het verschil met mensen zonder die beperking? Hij of zij heeft, net als zijn medemens de ander nodig om in het leven te staan. We raken hiermee aan de mogelijke relativiteit van onafhankelijkheid. Wat is onafhankelijkheid? Wie is er onafhankelijk? Moeten we niet allemaal rekening houden met elkaar in het dagelijkse leven? Ook mensen zonder mentale beperking hebben verantwoordelijkheden tegenover een werkgever, het gezin, de partner,

Anderzijds kunnen we niet zonder de anderen, om ons geluk op te bouwen. Dit bevestigt ons in ons bestaan. Wanneer we de link leggen naar personen met een mentale beperking merken we een hogere dimensie van afhankelijkheid, dat kunnen we niet ontkennen. Door hun beperking moeten zij soms eerder om hulp vragen. Door de bezorgdheid van de omgeving is bevoogding vlug een val waar mensen uit hun omgeving in trappen. Het is ook een kunst om telkens weer de denkoefening te maken als begeleider of ouder van een persoon met een mentale beperking. Waar kan die persoon zelf voor zorgen en waar heeft hij echt hulp bij nodig? De link is dan ook vlug gelegd naar gevoelens als seksualiteitsbeleving en relaties. Dit onderwerp is onvermijdelijk ook een deel van het inclusieverhaal.

Binnen het werkveld zijn er nog veel bedenkingen als: "Inclusie is een mooie gedachte, maar is dit geen utopie?".

Ik denk dat we vooral moeten kijken naar onszelf en werken vanuit ons eigen mandaat. We kunnen nu eenmaal de wereld niet op ons eentje ombuigen. Toch ben ik ervan overtuigd dat we door onze eigen beeldvorming te onderwerpen aan een grondige analyse, een belangrijke stap kunnen zetten. Het dagelijkse werken met personen met een mentale beperking is een geschenk dat ons in de schoot wordt geworpen. We kunnen elke dag ervaren dat zij ons ook kunnen verrassen. We kunnen ook leren van hen. Wanneer we vertrekken vanuit een positieve grondhouding en gelijkwaardigheid zullen we versteld staan van het resultaat. Continuïteit in deze houding en levensvisie is een even belangrijk ingrediënt om tot een goed resultaat te komen. We mogen ons niet verliezen in het geheel, maar we kunnen elk individu zorg en kwaliteit op maat bieden. Dit kan zowel gebeuren via informele of formele vorming als door voorlichting te geven. Met continuïteit bedoelen we zowel toekomstgericht als aandacht voor de seksuele en emotionele ontwikkeling bij het prille begin van het leven. Zowel ouders van kinderen met een mentale beperking als ouders van normaal begaafde kinderen kunnen hier een opdracht hebben. Seksuele gevoelens zijn ingebed in onze ontwikkeling, waardoor we deze beter aanvaarden en er leren over praten.

Maar we denken ook aan de beeldvorming over personen met een mentale beperking en het inclusief denken. Door de eigen manier van kijken naar deze mensen in vraag te stellen, zich kritisch de vraag te stellen waarop eventuele vooroordelen zijn gebaseerd kunnen we een verschil maken. Door onze kinderen personen met een mentale beperking te laten ontmoeten en een voorbeeld te zijn kunnen we het inclusieverhaal positief beïnvloeden, en hun gevoelens en wensen leren inzien en aanvaarden.

Ik beken graag kleur in deze kwestie. Door mijn ervaring in de thuiszorg bij jonge ouders met een mentale of een lichamelijke beperking en mijn ervaring als begeleidster binnen een voorziening heb ik geleerd om mij te laten verrassen. Door de opleiding ga ik nog meer dan vroeger, op zoek naar de mogelijkheden. En onderweg komen de beperkingen vanzelf in het vizier. Deze worden geïntegreerd binnen de persoonlijkheid van diegene die ik voor mij zie. Ik ben en blijf ervan overtuigd dat dit een goede manier is om mensen kansen te bieden, ongeacht of dit mensen met of zonder mentale beperking zijn. De brede opleiding die Gezinswetenschappen biedt heeft me een goed onderbouwd kader geboden om dit nog concreter te maken. Een kritische en een open blik, een theoretisch onderbouwde kennis en de ontmoeting met anderen is de basis voor een toekomst binnen de hulpverlening.

VII. LITERATUURLIJST

ORANJE VZW, (01 juni 2008), *Kwaliteitshandboek, Beleidstekst meerbepaald seksualiteit en preventie van seksueel misbruik en geweld*, 15pp.

www.oranje.be

DE LOVIE, *Visie op seksualiteit bij personen met een mentale handicap*, 23 november 2004, Poperinge, 37pp.

CONIX, G., CLAERHOUT, H., RYCKAERT, A., (2005) *Seks @relaties.kom! Deel 1 seksualiteit*, VMG auteurs, Epo, 264pp.

CONIX, G., CLAERHOUT, H., VAN HOEY, T., (2008) *Seks @relaties.kom! Deel 2 relaties*, VMG auteurs, Epo, 294pp.

COOLS, B., (2006) *Hoe ver-drijven we de geestelijke gezondheidszorg?* Alert. 32, 5.

CARETTE, G., (2010-2011) *Ethiek en deontologie van zorg voor gezinnen*, niet-gepubliceerde cursus 3^{de} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 108 pp.

MEURS, P., (2008) *Genetische psychologie*, niet-gepubliceerde cursus 1^{ste} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 140 pp.

FORCEVILLE, H., (2006) *Argumentatieleer*, niet-gepubliceerde cursus, 2^{de} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 50 pp.

CORNU, I., (2010) *Ethiek van de partnerrelatie en seksualiteit*, 2^{de} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 188 pp.

BAETEN, K., (2007) *Persoonlijkheidspsychologie*, niet-gepubliceerde cursus, 2^{de} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 52 pp.

BOGAERTS, S., (2007) *Gezinnen Uitgedaagd. Thema's uit de gezinssociologie*. Antwerpen, Apeldoorn, Garant.

ENGELLEN, M., (2010-2011) *Gezin, zorg en welzijn, Deel: Maatschappelijke dienstverlening*, niet-gepubliceerde cursus, 3^{de} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 58 pp.

DEWILDE, D., (2008) *Gezin en seksualiteit*, Gepubliceerd deel uit cursus, patiënten website ontwikkeling, Universitaire groepspraktijk, Leuven, 1^{ste} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 22pp.

WUYTS, B., ANDRIES, G.(red.) (2008) *In beeld. Personen met een handicap. Dialoog over mogelijkheden en hindernissen*. Sig, Destelbergen, Nevelland.

WUYTS, B., (2010-2011) *Ondersteuning van kinderen en jongeren met een handicap. Ondersteuning van volwassenen en ouderen met een handicap. Algemene Inleiding*, niet-gepubliceerde cursus, 3^{de} jaar gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 35 pp.

JANSSENS, E., (2010-2011) *Ondersteuning van kinderen en jongeren met een handicap*. niet-gepubliceerde cursus, 3^{de} jaar Gezinswetenschappen, Schaarbeek, HIG, 16.5 pp.

ANTHONI, A., DE MAEYER, D., MOLEMANS, K., SEYMUS, H., VAN SCHOOR, M., VERDUYCKT, P., (red.) (2001) *Seksualiteit en handicap. Behoeftenonderzoek bij begeleiders van jongeren met een licht mentale handicap*. Jeugd en Seksualiteit vzw, Mechelen, 30 pp.
www.jeugdseksualiteit.be/documenten/onderzoek2001.pdf

RAADGEVEND COMITE VOOR BIO-ETHIEK, (1998) *Advies nr. 8 d.d. september 1998 betreffende de problematiek van de sterilisatie van mentaal gehandicapte personen*. 13 pp.

DECOSTER, B., (2010) *interview met de zorgdirecteur van Oranje Vzw*, Brugge.

DE CLERCQ, H., (2005) *Autisme van binnenuit. Een praktische gids*. Antwerpen, Amsterdam, Houtekiet, 367 pp.

www.begrensdeliefde.be

www.sig-net.be

http://www.mgprojecten.nl/HandboekGGZ/html/hoofdstuk_5.htm

http://www.sensoa.be/pdf/persberichten/beknopte_versie_seks_en_beleid.pdf

BELLEMANS, A., *MPI Oosterlo vzw. Algemeen seksueel gezondheidsbeleid. Kwaliteitshandboek*. 14 pp.
<http://www.mpi-oosterlo.be/download/gezond.pdf>

BOSCH, E., SUYKERBUYK, E., (2000) *Seksuele voorlichting aan mensen met een verstandelijke handicap. De kunst van het verstaan*. Baarn, Nelissen B.V., 180 pp.

VAN DOORN, P., (2008) *Praten over seks. Methode voor het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking bij hun seksuele ontwikkeling. Begeleidersboek*. Antwerpen, Apeldoorn, Garant, 145 pp.