



Het voorkomen, detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag t.a.v. cliënten

Inhoud

| | |
|---|----|
| INLEIDING | 3 |
| 1. Probleemgedrag | 4 |
| 2. Grensoverschrijdend gedrag, (seksueel) misbruik, agressie, geweld | 4 |
| DEEL 2. ONZE VISIE | 5 |
| 1. Warme zorg, elke dag opnieuw | 5 |
| 2. Grondhouding van de begeleider | 5 |
| 2.1. Acceptatie | 5 |
| 2.2. Beschikbaarheid | 5 |
| 2.3. Geweldloze weerbaarheid | 5 |
| 3. Agressief gedrag is betekenisvol gedrag, is communicatie | 6 |
| 4. Seksualiteitsbeleving en seksueel misbruik | 6 |
| DEEL 3. PREVENTIE | 7 |
| 1. Personeelsbeleid | 7 |
| 1.1. Persoonlijkheid | 7 |
| 1.2. Inzet van personele middelen | 7 |
| 1.3. Opleiding | 7 |
| 1.4. Informeren van personeel omtrent agressiebeleid en doelstellingen | 7 |
| 2. Vorming en voorlichting van cliënten | 8 |
| 3. Open communicatie | 8 |
| 4. Begrenzen (zie ook Lexicon – ‘Vrijheidsbeperkende maatregelen’) | 8 |
| 4.1. Structurele vrijheidsbepanking | 8 |
| 4.2. Situationele vrijheidsbepanking | 8 |
| 4.3. Sancties | 8 |
| 5. Een multidisciplinaire aanpak van grensoverschrijdend, agressief gedrag | 8 |
| DEEL 4. HANDELEN BIJ GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG : AGRESSIE OF GEWELD | 10 |
| 1. Concrete richtlijnen voor medewerkers in een crisissituatie, een beslissingsboom | 10 |
| 1.1. Eigen houding en gedrag | 12 |
| 1.1.1. Omgaan met eigen emoties | 12 |
| 1.1.2. Houding t.a.v. de cliënt | 12 |
| 1.1.3. Het crisisonwikkelingsmodel | 12 |
| 1.2. Nood aan vrijheidsbeperkende maatregelen als beveiligingsmiddelen | 17 |
| 1.3. Opvang en herstel van slachtoffer(s) na een agressie-incident | 18 |
| 2. Herstel t.a.v. de cliënt als agressor | 20 |
| 3. Omgaan met eigen emoties als begeleider | 20 |
| DEEL 5. HANDELEN BIJ SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG / SEKSUEEL MISBRUIK | 22 |
| 1. Vermoeden van seksueel misbruik of effectief seksueel misbruik : meldingsplicht! | 22 |
| 2. Aandachtsprotocol bij seksueel misbruik | 22 |
| 2.1. Een houvast bij hevige emoties | 22 |
| 2.2. Uitgangspunt 1 : juridisch kader versus hulpverleningskader | 22 |
| 2.3. Uitgangspunt 2 : positie van het slachtoffer | 22 |
| 2.4. Inhoud van het aandachtsprotocol | 22 |
| 2.4.1. Een cliënt is slachtoffer | 23 |
| 2.4.2. Een cliënt is dader | 23 |
| 2.4.3. Een medewerker is dader | 24 |
| 2.4.4. Vertegenwoordiger | 24 |



| | |
|--|----|
| 2.4.5. Personeel..... | 24 |
| 2.4.6. Andere cliënten | 25 |
| DEEL 6. Communicatie naar verschillende partijen bij grensoverschrijdend gedrag: een overzicht.... | 26 |
| 1. Algemeen:..... | 26 |
| 2. Communicatie t.a.v. de dader | 26 |
| 3. Communicatie t.a.v. het slachtoffer..... | 26 |
| 4. Communicatie t.a.v. omstaanders | 27 |
| 5. Communicatie t.a.v. vertegenwoordiger | 27 |
| LITERATUURLIJST | 28 |
| Bijlage 1. Risicofactoren om slachtoffer van seksueel overschrijdend gedrag te worden..... | 29 |
| Bijlage 2. Risicofactoren om pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag te worden | 30 |
| Bijlage 3 - Psychotraumatologie | 31 |



INLEIDING

Op 16 april 2004 keurde de Vlaamse regering een wijziging goed aan haar 'besluit van 15 december 2000 betreffende de kwaliteitszorg in de voorzieningen voor sociale integratie van personen met een handicap'. Het kwaliteitshandboek kreeg er een procedure bij. Deze luidt als volgt: KhB 3.6. Het voorkomen en detecteren van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag tav cliënten.

Met dit geschreven referentiekader ter ondersteuning van deze procedure beoogt ook de Meander vzw een betere preventie en hulpverlening in geval van grensoverschrijdend gedrag, misbruik en geweld. In een duidelijk agressiebeheersingsplan spreken we af hoe om te gaan met grensoverschrijdend gedrag, op welke manier het te voorkomen en op welke manier de mogelijk geleden schade te herstellen.

We doen dit in de eerste plaats ter bescherming van de personen die aan onze zorg en ondersteuning zijn toevertrouwd.

Daarnaast willen we ook aandacht hebben voor de hulpverlener als mogelijk slachtoffer van agressief gedrag en geweld. Geweld aangedaan worden, is immers ingrijpend, zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener.



DEEL 1. BEGRIPSVERKENNING

1. Probleemgedrag

Omdat ze verbaal soms niet de mogelijkheid hebben om zich te uiten of wensen kenbaar te maken, proberen personen met een verstandelijke beperking dit door veranderingen in hun gedrag te vertonen.

Soms leidt dit tot gedrag dat voor ons vreemd, misschien wel bizar en onbegrijpelijk lijkt, zoals kleren kapot scheuren, alles opeten, eten uitbraken zonder ziek te zijn, zich opsluiten in herhaalde bewegingen van het eigen lichaam, zich zeer nadrukkelijk en langdurig terugtrekken in een eigen wereld, gevuld met eigen gedachten en fantasieën, alles wat los en vast zit stelen, niet kunnen ontsnappen aan de dwang om bepaalde handelingen uit te voeren, ... We beschouwen het als afwijkend gedrag en behandelen het in veel gevallen als **probleemgedrag** (zie lexicon – ‘Omgaan met moeilijk te begrijpen gedrag’).

2. Grensoverschrijdend gedrag, (seksueel) misbruik, agressie, geweld

Wanneer echter gedrag (verbaal of niet-verbaal, bewust of niet bewust) door de persoon zelf óf door een andere persoon ervaren wordt als negatief, ongewenst of gedwongen, onafhankelijk van de situatie en ongeacht de tijd en plaats, spreken we van **grensoverschrijdend** gedrag. Het gaat met andere woorden om gedrag dat betrekking heeft op het hele spectrum van verbale en/of niet-verbale interacties tussen personen, zowel vrijwillige als onvrijwillige, waarbij sprake is van daadwerkelijke of vermeende kwalijke bedoelingen die psychische, lichamelijke of materiële schade of letsel kunnen toebrengen aan personen of objecten en waarbij formele of informele gedragsregels geschonden worden.

Het is deze vorm van probleemgedrag - het grensoverschrijdende gedrag - waarop dit document betrekking heeft.

Aangezien de accenten in de preventie, het omgaan met en het herstel enigszins kunnen verschillen, maken we binnen grensoverschrijdend gedrag een onderscheid tussen agressie/geweld enerzijds en (seksueel) misbruik als specifieke vorm van agressie anderzijds.

Misbruik is elke handeling (of het nalaten van een handeling) die resulteert in een duidelijke inbreuk op de rechten, de lichamelijke of psychische integriteit, de waardigheid of het welbevinden van een persoon. We spreken van **seksueel misbruik** wanneer er sprake is van een handeling - mét of zónder daadwerkelijk contact - die seksueel grensoverschrijdend is. Een handeling kan als seksueel grensoverschrijdend beschouwd worden wanneer het slachtoffer het zo beleeft of wanneer men weet dat de handeling schade kan veroorzaken.

Een **agressieve uitval** (intentionaliteit en besef van het effect zijn voor discussie vatbaar) of **geweld** (doelbewust hanteren van agressie) kan zich op verschillende manieren manifesteren, gaande van een verbale uitlating over vandalisme, tot een regelrechte fysieke aanslag.



DEEL 2. ONZE VISIE

1. Warme zorg, elke dag opnieuw

In de omgang met mensen met een verstandelijke beperking is onze houding van essentieel belang. Alles staat of valt met onze grondhouding en bejegening ten aanzien van onze cliënten. Deze weerspiegelen immers onze visie op personen met een verstandelijke beperking.

Onze eigen opdrachtverklaring geeft bondig de visie van De Meander vzw weer en beschrijft hoe wij in onze voorziening willen omgaan met personen met een verstandelijke beperking. In de begeleiding trachten wij voor iedere, aan onze zorg toevertrouwde persoon een warme thuis te creëren, waar eenieder gelukkig kan zijn. Deze visie wordt vertaald in attitude-aspecten als geloof in de groeikansen van personen met een beperking, in ieders talenten en mogelijkheden ; aanvaarding van de cliënt als een volwaardig persoon ; respect voor de eigenheid, de mogelijkheden, wensen en keuzes van de persoon zelf maar ook de grenzen en beperkingen van de persoon met de verstandelijke beperking. Het is deze visie die ons stuurt in de omgang met onze cliënten. Ook als het gaat om personen die probleemgedrag vertonen. Zelfs als het gaat om personen die zich grensoverschrijdend, agressief gedragen.

2. Grondhouding van de begeleider

Doorheen de jaren evolueerde de taak van de begeleider van verzorgen, over opvoeden, tot begeleiden en ondersteunen van personen met een verstandelijke beperking op weg naar een grotere zelfverantwoordelijke zelfbepaling. Binnen de hoger vermelde grondhouding, bejegening en attitude-aspecten ten aanzien van personen met een verstandelijke beperking, staan volgende attitudes – specifiek in het omgaan met agressie en ander grensoverschrijdend gedrag – centraal :

2.1. Acceptatie

Of wij iemand al dan niet aanvaarden, komt tot uiting in de wijze waarop wij met die persoon omgaan. Ten aanzien van de persoon met een verstandelijke beperking betekent dit dat wij respect hebben voor hem, al zijn zijn verstandelijke vermogens beperkt; respect hebben voor zijn wensen en verlangens, al verschillen die van de onze; respect hebben voor de eigen wijze van zich uiten, ook al beantwoordt die niet aan de doorsnee houding van mensen in de samenleving.

Een grondhouding van acceptatie vermijdt bij begeleiders irritatie omwille van allerlei gedragingen die een persoon met een handicap mogelijk stelt omwille van zijn beperkte communicatieve mogelijkheden, omwille van zijn verstandelijke beperking, omwille van zijn eigen (misschien vreemde) interesses. Acceptatie toont zich in een zekere tolerantie ten aanzien van dergelijke gedragingen of in begrip voor het anders-zijn van de persoon.

Ook wanneer begrenzing nodig is, gebeurt dit op een rustige, respectvolle wijze. Bij agressie kunnen negatieve gevoelens nog sneller naar voren treden. Acceptatie betekent ook dan dat we – ondanks dergelijk gedrag – de persoon met verstandelijke beperking blijven waarderen, blijven zien als een gelijkwaardige die respect verdient.

2.2. Beschikbaarheid

Beschikbaarheid betekent dat de begeleider alert betrokken is op de cliënten. Hij maakt op directe en indirecte manier duidelijk dat hij 'er is' voor hen: hij heeft oog voor signalen van de cliënten (bv. signalen van onrust) ; is bereid datgene te doen wat de cliënt niet zelf kan, zonder over te nemen wat de persoon wél zelf kan ; biedt de cliënten ondersteuning bij het maken van keuzes, het omgaan met gemaakte fouten, het dragen van hun verantwoordelijkheid; straalt rust en zelfzekerheid uit zodat de cliënten geen angst moeten hebben om niet beschermd te worden; ... Hierdoor creëert hij een gevoel van veiligheid.

2.3. Geweldloze weerbaarheid

Geweldloosheid is een levensinstelling waarbij men geweld principieel afwijst. Dit betekent niet dat de voorstander van geweldloosheid het conflict uit de weg gaat of de tegenstander ontvlucht.



Uitgangspunt is dat er nog heel wat mogelijkheden benut kunnen worden, voordat paniek en chaos toeslaan en voordat fysieke overmacht en een strijd van winnen en verliezen de sfeer bepalen.

Geweldloze weerbaarheid houdt in dat we ons een patroon van denken en van omgaan met emoties eigen maken, van waaruit we kunnen reageren als zich plotseling crisissituaties aandienen: we blijven steeds rustig en behandelen iedere cliënt steeds respectvol, óók wanneer begrenzing nodig is. Het is duidelijk dat nóch fysieke agressie (slaan, duwen, trekken, ...) nóch verbale agressie (roepen, schelden, ...) jegens een cliënt acceptabel zijn.

3. Agressief gedrag is betekenisvol gedrag, is communicatie

Vanuit de idee dat personen met een verstandelijke beperking soms beperktere verbale mogelijkheden hebben om zich te uiten of wensen kenbaar te maken en in navolging van Watzlawick's communicatietheorie, stellen we dat ook lichaamstaal en non-verbaal gedrag betekenisvol zijn.

In zijn boek 'De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie' schreef Watzlawick dat alle gedrag communicatie is. Het is dus niet mogelijk niet te communiceren. Er hoeft met andere woorden niet gesproken te worden om iets te zeggen. Of iemand aanwezig is, hoe iemand zit, waar iemand naar kijkt, welke afstand iemand aanhoudt en wie men aanraakt, gebaren die iemand maakt, gelaatsuitdrukkingen, ... het zijn allemaal vormen van communicatie.

Ook agressief gedrag, hoe inadequaar, vervelend, storend of beangstigend het in bepaalde situaties ook kan lijken, is derhalve betekenisvol gedrag. Ook agressief gedrag is communicatie.

Zelfs personen met een verstandelijke beperking die op emotioneel vlak behoorlijk rijp scoren wat betreft verbale communicatie (bv. herkennen en verbaal benoemen van emoties), zijn op het vlak van echt gedifferentieerde emotionele expressie en agressieregulatie vaak toch veel basaler ontwikkeld. Als we het bekijken tegen de achtergrond van het totale functioneren van de betrokken persoon met een verstandelijke beperking, lijkt agressief gedrag misschien zelfs niet eens meer zo vreemd: rekening houdend met de aard en het ontwikkelingsniveau van de persoon in kwestie, kan agressie zelfs een heel begrijpelijke reactie op specifieke omstandigheden zijn, bv. een reactie op bedreiging, verveling of gewoon onbegrip.

4. Seksualiteitsbeleving en seksueel misbruik

Lichamelijkheid (knuffelen, kussen, 'fletsen') is voor personen met een verstandelijke beperking vaak een belangrijk communicatiemiddel en niet altijd een uiting van seksualiteitsbeleving. Daarnaast beleeft ook iedere cliënt zijn seksualiteit op een andere manier (zie ook 'Seksualiteit bij personen met een verstandelijke beperking op Lexicon'). Eenieder krijgt de nodige ondersteuning om zich ook op seksueel vlak te ontplooien. Het zoeken van genegenheid, affectie, aanrakingen, masturbatie, koppelvorming of seksuele contacten zijn bespreekbaar, zolang de minimumnormen gerespecteerd worden. De ander dwingen of fysieke of psychische schade berokkenen aan zichzelf of aan de ander, wordt niet getolereerd. Het is immers bekend dat personen met een verstandelijke beperking meer risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel misbruik (zie *bijlage 1 – Risicofactoren om slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag te worden*).

Het is echter ook bekend dat personen met een verstandelijke beperking niet alleen meer risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel misbruik, maar ook dat het risico dat ze zélf seksueel grensoverschrijdend gedrag gaan vertonen of zelf pleger van seksueel misbruik worden, groter is. Verschillende omgevingsfactoren en factoren die met de beperking samenhangen kunnen hierin een rol spelen (zie *bijlage 2 – Risicofactoren om pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag te worden*).



DEEL 3. PREVENTIE

1. Personeelsbeleid

1.1. Persoonlijkheid

Preventie begint reeds bij de aanwerving van nieuwe medewerkers. Hierbij is, naast deskundigheid, immers ook persoonlijkheid een doorslaggevende factor.

Om integer te handelen, moet de begeleider in de eerste plaats zichzelf goed kennen: een begeleider met een sterke persoonlijkheid die met zelfrespect en zelfzeker in de leefgroep staat, biedt cliënten ongetwijfeld meer kwalitatieve zorg en veiligheid.

Een goede begeleider is in staat een gevoel van veiligheid te creëren en te handhaven door zijn grondhouding, gekenmerkt door een attitude van beschikbaarheid. Ter Horst (1988) vertaalt het in de vraag of 'de opvoeder wat over heeft ; of hij wel open voor en gericht op de cliënten is' : of hij er volledig kan zijn voor degenen aan wie hij zorg moet bieden, of hij niet teveel bezig is met eigen, andere problemen, of hij wel uitgeslagen is, of hij wel beschikbaar is. Een nieuwe medewerker wordt steeds gevraagd een uittreksel uit het strafregister model 596.2.

1.2. Inzet van personele middelen

Deskundige medewerkers met een sterke persoonlijkheid alleen zijn niet voldoende. Een niet goed functionerend team, een ontevreden team, te weinig begeleiders om cliënten de nodige aandacht te bieden en te zorgen voor een veilig klimaat in de leefgroep, vermoeid personeel, ... verhogen het risico op agressie-incidenten.

De manier waarop personele middelen ingezet worden, draagt zonder meer bij aan de sfeer in de groep en aan de manier van handelen en van reageren op grensoverschrijdend gedrag. Met voldoende personeel in de leefgroepen en de ateliers kunnen alle cliënten worden voorzien van de nodige aandacht en begeleiding zodat conflicten kunnen worden vermeden; voldoende personeel in de leefgroepen en ateliers laat toe tijdelijk extra ondersteuning te bieden (in andere groepen) wanneer zich problemen voordoen of dreigen voor te doen ; angezien vermoeid personeel minder goed in staat is om potentiële agressie te hanteren, blijft overwerk best beperkt ; ...

1.3. Opleiding

Uit onderzoek blijkt specifieke vorming rond grensoverschrijdend gedrag vanuit de schoolse opleidingen algemeen ervaren te worden als onvoldoende om in het werkveld met agressie en (seksueel) misbruik om te gaan. Reden genoeg om in het VTO-plan vorming te organiseren rond agressie en (seksueel) misbruik: opleiding in de ruimere, preventieve aanpak van grensoverschrijdend gedrag; leren herkennen van signalen van seksueel misbruik, vorming rond (seksueel) misbruik, vorming rond fysieke weerbaarheid voor teams met een verhoogd risico op agressie of voor individuele personeelsleden die zich onzeker voelen, al dan niet ten gevolge van een eerdere – mogelijk traumatische – ervaring met agressie; training in non-verbale communicatie; training in het omgaan met medewerkers ná een agressie-incident; trauma-educatie; ...

1.4. Informeren van personeel omtrent agressiebeleid en doelstellingen

Organisaties met een goede veiligheidscultuur worden gekenmerkt door een open en doeltreffende communicatie tussen de leden ervan gebaseerd op wederzijds vertrouwen, door gedeelde visies op het belang van veiligheid en door gezamenlijk vertrouwen in de doelmatigheid van preventieve maatregelen die in werking zijn. Het belang van het informeren van alle personeelsleden over gemeenschappelijke doelstellingen, over doelstellingen binnen specifieke leefgroepen of ateliers en over de beschikbare middelen die gebruikt moeten worden om deze doelen te verwezenlijken maar óók van het nagaan of personeelsleden deze begrijpen en accepteren, is dan ook duidelijk.



2. Vorming en voorlichting van cliënten

Preventief werken rond agressie richt zich niet alleen naar het personeel van de Meander maar ook naar de cliënten zelf. Zo kan voor de ene leefgroep het leren omgaan met spanningen een doelstelling in het groepshandelingsplan zijn; wordt er in andere leefgroepen of ateliers extra aandacht besteed aan weerbaarheid bij de cliënten; of wordt er voor kleine groepjes cliënten specifieke vorming rond assertiviteit of over seksuele gevoelens (het leren erkennen van seksuele gevoelens, voor zichzelf leren uitmaken wat prettig is en wat niet, het op een positieve manier leren omgaan met seksuele gevoelens,...) georganiseerd.

3. Open communicatie

Een klimaat van open communicatie in heel de Meander waar het personeel gevoelig is om signalen van cliënten te erkennen, verhoogt de basisveiligheid en kan escalatie van onrust, ongemak en ontevredenheid voorkomen.

4. Begrenzen (zie ook Lexicon – ‘Vrijheidsbeperkende maatregelen’)

4.1. Structurele vrijheidsbeperking

We spreken van structurele vrijheidsbeperking wanneer we de vrijheid van de cliënt beperken door middel van structuren om het samen leven en werken zo goed mogelijk te laten verlopen. Deze vorm van vrijheidsbeperking heeft een continu karakter en drukt zich concreet uit in de afspraken en regels van elke leefgroep en elk atelier, bvb. vaste plaatsen aan tafel omwille van praktische en orthopedagogische redenen, het niet uitlenen van persoonlijke spullen (cd's, ...) om problemen binnen de leefgroep te vermijden, muziek niet te luid om andere cliënten niet onnodig te storen, ...

4.2. Situationele vrijheidsbeperking

We spreken van situationele vrijheidsbeperking wanneer we vrijheidsbeperkende maatregelen nemen omwille van een bepaalde situatie. Het gaat om vrijheidsbeperkende maatregelen die worden opgelegd in reactie op een bepaalde situatie. Situationele vrijheidsbeperking kan ruimtelijk zijn (bvb. tot rust komen op de kamer of in het time-out-lokaal), kan betrekking hebben op de tijdsbesteding (bvb. niet deelnemen aan een uitstap omwille van moeilijk gedrag op dat moment), op sociaal vlak (bvb. tijdelijk inperken van sociale contacten) of chemisch (bvb. kalmerende/gedragsregulerende medicatie).

4.3. Sancties

Agressie tolereren we niet. We willen de veiligheid van alle mensen en materialen garanderen. We geven aan de cliënt die zich grensoverschrijdend, agressief gedraagt dan ook duidelijk de boodschap dat agressie niet kan. Dit doen we indien nodig door middel van een sanctie.

Sanctioneren heeft als doel een psychologische grens te creëren om herhaling van agressie zoveel mogelijk te voorkomen. We laten duidelijk onze afkeur blijken. Er volgt iets op het gedrag, waardoor de drempel tot het stellen van agressief gedrag verhoogt. We reageren met de sanctie niet tegen de boodschap zelf – immers, alle gedrag is communicatie – maar wel tegen de vorm van de boodschap.

Sancties kunnen verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de persoon die men sanctioneert, van de situatie waarin agressief gedrag zich voordoet en de ernst van het grensoverschrijdende, agressieve gedrag. Sancties dienen bovendien zoveel mogelijk aan te sluiten bij het ondersteuningsplan van de cliënt; hierbij tracht men in te schatten wat de eventuele effecten kunnen zijn op langere termijn.

Fysieke sancties onder de vorm van slaan of pijn doen, kunnen niet in de Meander.

5. Een multidisciplinaire aanpak van grensoverschrijdend, agressief gedrag

Probleemgedrag – hier : agressie of misbruik – kan het leven van de persoon met een verstandelijke beperking totaal aantasten. Het kan de persoon volledig doen vastlopen, niet alleen in zijn of haar persoonlijkheid maar ook in de relatie met de dingen en de mensen om zich heen.



Grensoverschrijdend gedrag aanpakken is nooit de taak van de groepsbegeleiders alleen, het is de opdracht van állen die betrokken zijn bij het ondersteuningsplan: groepsbegeleiders, maar ook psychiater, arts, verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten, orthopedagogen, ouders,

Een systematische en multidisciplinaire benadering van het grensoverschrijdende, agressieve gedrag, met geregelde evaluatie en bijsturing van het ondersteuningsplan dat gebaseerd is op een goede probleemanalyse, helpt ons inzicht te krijgen en te komen tot een aanpak die eventuele escalatie van volgend probleemgedrag voorkomt.



DEEL 4. HANDELEN BIJ GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG : AGRESSIE OF GEWELD

1. Concrete richtlijnen voor medewerkers in een crisissituatie, een beslissingsboom

Bovenstaande systematische benadering van agressie aan de hand van een op een grondige en multidisciplinaire probleemanalyse gebaseerd ondersteuningsplan, kan helaas niet altijd gevolgd worden. Wanneer agressie en angst zo escaleren dat er een zwaar bedreigende gevaarsituatie ontstaat, dient in de eerste plaats gekozen te worden voor beveiliging van alle betrokkenen terwijl men op een voor iedereen veilige en efficiënte manier, de agressie tracht in te perken en te beheersen.

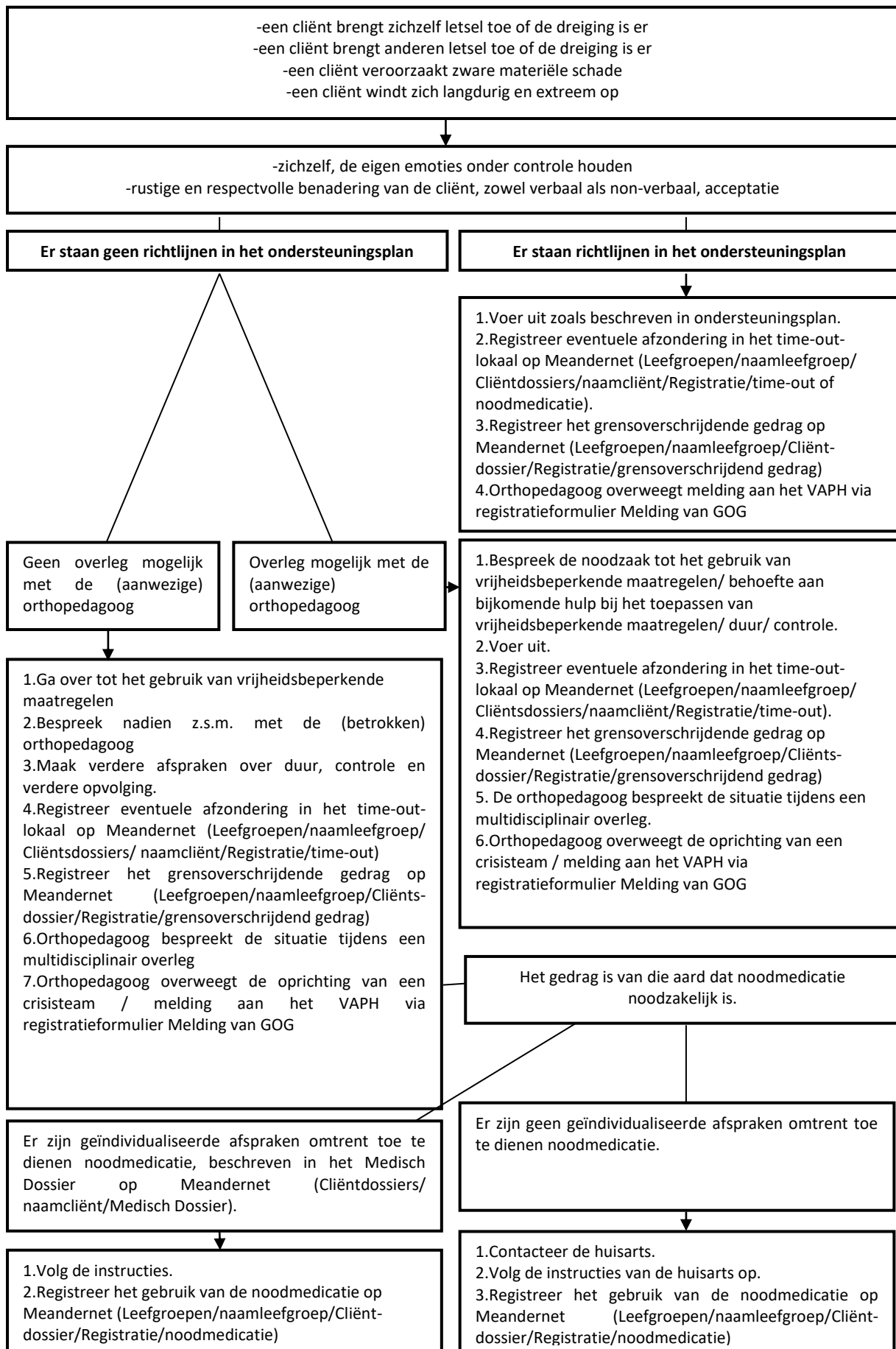
De beslissingsboom (*figuur 2*) beschrijft de stappen die gezet moeten worden in geval van grensoverschrijdend, agressief gedrag dat zodanig uit de hand loopt dat de voorgestelde preventieve aanpak uit het ondersteuningsplan niet meer afdoende is. Het helpt bij het inschatten van de situatie en het zetten van de juiste stappen.

Mogelijk zijn extra helpende handen nodig om een zwaar bedreigende gevaarsituatie tot een goed einde te brengen. In eerste instantie kunnen dit begeleiders van de omliggende leefgroep(en) zijn. Wanneer collega-begeleiders echter niet beschikbaar zijn (vb. vakantieperiode, uitstap, nacht,...) mag er beroep gedaan worden op de Algemeen directeur, wonend op de Campus.

In geval van grensoverschrijdend gedrag zijn er verschillende betrokken partijen met wie men rekening dient te houden. Het is dan ook belangrijk zijn dat er een coördinator wordt aangeduid. Zijn taak is zicht houden op het geheel, bijhouden hoe het met de verschillende partijen gaat en aanspreekpunt zijn voor externen. Indien nodig kan via de Algemeen directeur een crisisteam opgericht worden om te ondernemen acties te bepalen.



Figuur 2. Handelen in een zwaar bedreigende gevaarsituatie, een beslissingsboom





1.1. Eigen houding en gedrag

1.1.1. Omgaan met eigen emoties

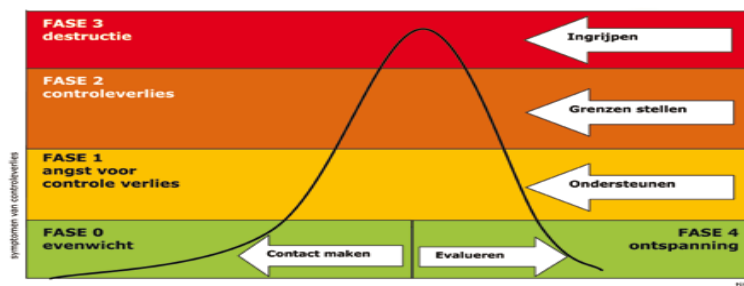
Het is normaal dat men niet altijd even zeker is; vooral bij nieuwe begeleiders, in vreemde situaties en bij nieuwe en onverwachte problemen kan dit het geval zijn. In moeilijke situaties met agressie of dreigende agressie is angst (koude rillingen, warmtegevoel, plots verstijven, trillen op de benen, sneller hartritme, ...) maar ook verward, kwaad, geïrriteerd of verdrietig worden, een normaal fenomeen. Deze emoties kunnen echter de relatie verstoren en verder rustig handelen bemoeilijken. Een begeleider die emotioneel te sterk betrokken raakt bij het gebeuren, kan nauwelijks objectief werken. In de eerste plaats is het dus erg belangrijk dat een begeleider weet om te gaan met eigen emoties: het kan helpen de aandacht op eigen lichaam en gedachten te vestigen; bewust en rustig adem te halen; de voeten stevig op de grond te houden; het hoofd erbij te houden. Het zich bewust blijven van wat men doet en ziet (bv. door het voor zichzelf te benoemen), helpt om paniek te vermijden. Het voorkomt tevens dat de eigen blik en houding volledig verstarren en rustig handelen onmogelijk wordt.

1.1.2. Houding t.a.v. de cliënt

Door op een constructieve wijze aandacht te geven aan de boosheid van een cliënt, kan een agressieve uitbarsting soms al vermeden worden. De technieken die daarbij worden aangereikt, richten zich eventueel op een gesprekje met de cliënt (communicatie) maar nog meer op lichaamstaal.

1.1.3. Het crisisontwikkelingsmodel

Het crisisontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat er in het ontstaan van een crisis verschillende fasen zijn. Het crisisontwikkelingsmodel beschrijft deze fasen aan de hand van observeerbaar gedrag en koppelt aan elk stadium verschillende attitudes en interventiemogelijkheden. Bij de ontwikkeling van een crisis wordt er in het model uitgegaan van een toename van angst enerzijds en een afname van controle anderzijds. Het crisisontwikkelingsmodel is een hulpmiddel om de-escalerend te kunnen werken en indien mogelijk om een crisis te voorkomen.





FASE 0: evenwicht → contact maken

Dit is de fase van het 'normale gedrag' waarin we dagdagelijks functioneren, zonder veel stress. Dit zal bij iedereen anders zijn

| | Cliënt | Begeleider |
|--------------|---|---|
| Kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rustig ▪ Normale gemoedstoestand eigen aan de cliënt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rustig ▪ Normale gemoedstoestand |
| Lichaamstaal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigen aan cliënt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Is rustig in zijn bewegingen ▪ Straalt rust en zelfvertrouwen uit ▪ Heeft een open houding (<i>oogcontact, lichaam gericht naar de cliënt</i>) ▪ Is ontvankelijk in zijn houding |
| Interventie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contact maken: Zoekt op zijn eigen wijze contact met de omgeving ▪ Wil gehoord en gezien worden ▪ Zoekt rust en houvast | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observerende houding (<i>wat zijn de kenmerkende gedragingen, wanneer en in welke context stelt de cliënt vreemd of vervelend gedrag, wanneer is hij rustig en geeft hij aan tevreden te zijn</i>) ▪ Zoeken naar verbinding met de cliënt (<i>samen krant lezen, samen spel spelen, samen soep drinken, vragen naar welbevinden, verwachtingen</i>) ▪ Ruimte maken voor de cliënt om te participeren ▪ 'Er zijn' ▪ Contact zoeken met de cliënt op het ritme van de cliënt ▪ Vertrouwen geven en uitstralen ▪ Duidelijk zijn in wat kan of niet kan |

FASE 1: Angst voor controleverlies → ondersteunen

De fase van meningsverschil, onrust bij de cliënt, ontevredenheid, vraag naar ondersteuning. In deze fase is de spanning nog relatief gemakkelijk om te buigen.

| | Cliënt | Begeleider |
|--------------|---|---|
| Kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toont zich geïrriteerd en gespannen of stelt passief verzet (<i>gedragsverandering</i>) ▪ Gaat verbaal in het verzet ▪ Tast grenzen af ▪ Zoekt de machtsstrijd op ▪ Heeft nog controle over de situatie, maar er is een lichte toename van controleverlies ▪ Daling van realiteitsbesef is gefixeerd op dat ene feit, kan her bredere geheel langzaam niet meer zien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voelt de druk van de cliënt ▪ Kan opschrikken van de plotse verandering in gedrag ▪ Zoekt naar de oorzaak ▪ Probeert verbaal weerstand te bieden en hanteert hiervoor alle trucjes en put uit zijn ervaring (humor, kordaat, vragen) |
| Lichaamstaal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De fase waarin de lichaamsignalen in actie komen, zoals: <ul style="list-style-type: none"> ▪ rode vlekken ▪ transpireren | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De lichaamssignalen van de begeleider komen ook in actie ▪ Het is een zoeken naar de juiste afstand en nabijheid tussen begeleider en de cliënt |



| | | |
|-------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ motorische onrust ▪ sneller kloppend hart ▪ vuisten gaan open en toe ▪ doelloos rondlopen (<i>ijsberen</i>) ▪ tics in het gezicht (<i>bv. veelvuldig knipperen met de ogen</i>) ▪ samengeperste lippen ▪ snelle intonatie en luide stem ▪ adrenaline wordt aangemaakt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adrenaline wordt aangemaakt en kan gevoel van verhoogde spanning brengen in het lichaam |
| Interventie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De cliënt verwacht niet dat de begeleider de situatie overneemt, maar naar hem luistert en begrip toont ▪ Wil duiden dat hij niet akkoord gaat, maar doet dit op een inadequate manier ▪ In deze fase vraagt de cliënt vooral ondersteuning | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laat controle bij de cliënt, maar geef grens aan (<i>'als je niet stopt met dreigen dan zal je naar afzondering moeten, jij kan zelf bepalen of wij moeten in grijpen of niet, de controle is bij jou'</i>) ▪ Oogcontact houden ▪ Respecteer de afstand tussen jezelf en de cliënt ▪ Erken de emotie. Erkenning doet de boosheid dalen. ▪ Luister en vat samen. Check of wat je ziet ook klopt met wat je denkt. ▪ Observeer de totale context (<i>invloed groepsdynamiek, bezoek en contact context, afwezigheid context</i>) ▪ Ga na wat de oorzaak is van zijn kwaadheid ▪ Neem geen veroordelende houding aan (<i>niet te snel interpreteren</i>) ▪ Geduld en begrip, daarom niet goedkeuren ▪ Afleiding kan helpen ▪ Bied hulp aan, maar neem niet over. ▪ Zoek een 'win-win' oplossing |

FASE 2: Gedeeltelijk controleverlies → grenzen stellen

De escalatiefase. De fase waar de begeleider grenzen moet aangeven en deze hanteren. Het is van belang in deze fase om realistische verwachtingen te stellen en grenzen te hanteren die de begeleider zelf kan hanteren.

| | Cliënt | Begeleider |
|-----------|--|---|
| Kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De cliënt dreigt zijn zelfcontrole te verliezen ▪ Cliënt blijft discussiëren en is niet voor rede vatbaar ▪ Cliënt geraakt in machtsstrijd ▪ Cliënt wil 'ontladen' ▪ Reëel gevaar voor acting-out ▪ Zoekt een reden om te kunnen 'ontladen' | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voelt dat de spanning te snijden is ▪ Voelt dat elk verkeerd gedrag een risico inhoudt op escalatie ▪ Voelt bij zichzelf de adrenaline toenemen ▪ Voelt dat hij wordt meegetrokken in een machtsstrijd ▪ Voelt dat hij een grens moet trekken ▪ Observeert de cliënt |



| | | |
|--------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Minste gedrag van de begeleider kan geïnterpreteerd worden als provocatie ▪ De cliënt zoekt de grens op ▪ De cliënt observeert de begeleider en maakt een inschatting | |
| Lichaamstaal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lichaamssignalen worden omgezet in acties, zoals: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gillen ▪ Schreeuwen ▪ Samengebalde vuisten ▪ Luider stemvolume ▪ Sneller ademen ▪ Feller transpireren | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespannen gevoel ▪ Soms stem dit stopt ▪ Luider praten en ons hier niet altijd van bewust zijn ▪ Onrustige bewegingen ▪ Begeleider neemt houding aan die hem het meest rust geeft |
| Interventie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De cliënt voelt wanneer hij geen duidelijke grens krijgt en dreigt verder te escaleren ▪ Zoekt de begrenzing op en kijkt of de begeleider zijn agressie wel kan dragen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basishouding van 'containment' (<i>begrenzen en toch ruimte geven voor zelfcontrole, helpen dragen van de agressie</i>) ▪ Wik en weeg je woorden ▪ Wees je bewust dat de cliënt weinig 'taal' heeft om te verwoorden hoe hij zich voelt en dus sneller uit in 'non-verbale' communicatie (<i>fysieke onrust</i>) ▪ Let op je houding, hoe en waar je staat ▪ Wees je bewust van je lichaamstaal ▪ Er is geen ruimte meer om te overleggen ▪ Jij moet een duidelijke grens aangeven om escalatie te voorkomen ▪ Benoem wat het gevolg zal zijn als hij de grens niet respecteert ▪ Neem over, maar benoem dat hij zelf kan kiezen om de escalatie te stoppen ▪ Wees directief |

FASE 3: Destructie, totaal controleverlies → ingrijpen

De acting-out fase. Deze fase kan voor alle partijen een diepe indruk nalaten. Wees ervan bewust dat elke tussenkomst *veilig* (= de fysieke en psychische integriteit van allen waarborgen), *humaan* (respectvol, met de nodige zorg) en *legaal* (wettelijk toegestaan en maatschappelijk aanvaard) moet gebeuren.

In deze fase kan de Persoons- en Teamgerichte Veiligheidstechniek efficiënt gebruikt worden.

| | Cliënt | Begeleider |
|-----------|---|---|
| Kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaos, acting-out ▪ Gevaar voor fysiek geweld ▪ De cliënt ontlaadt (<i>adrenaline komt naar buiten</i>) ▪ Door de sterke toename van de adrenaline heeft de cliënt meer fysieke kracht dan hij beseft ▪ Acting-out kan ook gebeuren naar zichzelf toe | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De fysieke kracht van de cliënt kan grote indruk maken op begeleider ▪ Zoekt hulp, assistentie is noodzaak ▪ Interventie is sterk afhankelijk van eigen ervaring, persoonlijkheid, ondersteunende elementen (<i>bv. alarmknop, personeelsbezetting</i>) |



| | <i>(automutilatie)</i> | |
|--------------|--|---|
| Lichaamstaal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lichaamssignalen worden omgezet in acties, zoals: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schoppen ▪ Slaan ▪ Spuwen ▪ Materiële vernieling ▪ Grove schuttingstaal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grote ogen ▪ Verbolgen gezicht ▪ Afwerende houding ▪ Gespannen lichaamshouding |
| Interventie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ De cliënt heeft zichzelf niet mee ronder controle ▪ Externe controle dringt zich op | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zorg voor de veiligheid van medecliënten, jezelf en de cliënt die agressie pleegt ▪ Indien je de agressieve cliënt niet kan verwijderen, verwijder desnoods de omstanders ▪ Zorg voor ondersteuning (<i>bv. collega's, hulp van andere afdeling...</i>) ▪ Gebruik PTV indien nodig ▪ Breng bij fysieke agressie de cliënt naar afzondering en volg het procedure tijdelijke afzonderingsmaatregelen |

FASE 0: ontspanning → evalueren

| | Cliënt | Begeleider |
|--------------|---|--|
| Kenmerken | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliënt is opnieuw aanspreekbaar en kan luisteren ▪ Cliënt wil terug in dialoog gaan met begeleider | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gaat terug in dialoog met de cliënt ▪ Werkt registratie (<i>incident, dwang</i>) af ▪ Heeft met team overlegd ivm de herstelopdracht (<i>bij fysieke agressie of zeer ernstig verbale agressie</i>) |
| Lichaamstaal | <ul style="list-style-type: none"> ○ Lichaamsspanning is sterk afgebouwd ○ Spanning die in deze fase aanwezig is, hangt vaak samen met het herstel | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voelt innerlijk opnieuw rust ▪ Spanning die aanwezig is, hangt vaak samen met het herstel ▪ Kan luisterende houding aannemen |
| Interventie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Is afwachtend ▪ Heeft zichtbaar of niet zichtbaar nood om opnieuw in relatie te treden ▪ Er is innerlijke strijd tussen nader komen en afstand houden tgo de begeleider | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bespreken wat er gebeurde tenzij hiervoor tegenindicaties zijn conform het beeld van de cliënt. ▪ Bespreken of cliënt zelf lichaamssignalen voelde bij de start van het conflict ▪ Kijken of cliënt zelf tips kan geven voor toekomst ▪ Bespreken van herstelopdracht, eventueel peilen naar herstelgesprek |



1.2. Nood aan vrijheidsbeperkende maatregelen als beveiligingsmiddelen

Confrontatie met agressie en ander grensoverschrijdend gedrag kan sterk belastend zijn voor alle betrokkenen. Het kan het zelfvertrouwen van de begeleiders aantasten en zo ook hun professionele houding en functioneren belemmeren. Het kan ook bij betrokken cliënten (zowel rechtstreeks als onrechtstreeks) of in hun omgeving leiden tot het vervallen van de basisveiligheid of andere sterk nadelige gevolgen hebben.

Daarom is het belangrijk te beschikken over een aantal efficiënte vrijheidsbeperkende maatregelen op het moment dat preventieve maatregelen een crisissituatie niet hebben kunnen afwenden.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle handelingen waarmee we anderen beperken in hun vrijheid om te kiezen. De tekst 'Vrijheidsbeperkende maatregelen' op lexicon bespreekt naast de concrete richtlijnen omtrent toepassing, melding, registratie en evaluatie, uitgebreid de ethische aspecten van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen vanuit verschillende perspectieven. Belangrijke attitudes zijn geweldloze weerbaarheid, geweldloos verweer, acceptatie van de persoon en een respectvolle houding van de begeleiders in de Meander. Het betekent dat zeker in dergelijke situaties agressie niet wordt ontlokt door het eigen optreden, de manier van aanspreken, het overtrokken gebruik van geweld. Om te vermijden dat negatieve emoties verder de overhand krijgen en de situatie daardoor des te meer beladen wordt, dienen begeleiders deze moeilijke momenten zo rustig mogelijk te laten verlopen.



1.3. Opvang en herstel van slachtoffer(s) na een agressie-incident

Het niet kunnen verwerken van een schokkende, mogelijk traumatische gebeurtenis – hier: het agressie-incident – verhoogt de kans op een post-traumatische stressstoornis (PTSS). Bij de opvang van een slachtoffer van een agressie-incident – zowel begeleider als cliënt – is het daarom belangrijk te handelen vanuit zijn behoeften, rekening houdend met de fases waarin het slachtoffer zich bevindt (zie ook bijlage 3. *Psychotraumatologie*). Onderstaand schema (figuur 3) kan helpen bij de opvang van een slachtoffer van agressie, of het nu gaat om een cliënt of om een begeleider.

Figuur 3. Opvang na een schokkend agressie-incident

Eerste 90 minuten (crisifase) : PERSOONLIJKE AANDACHT en ZORG van de eerste hulp :

- agressie stoppen, uit de situatie halen, dader en slachtoffer scheiden, veiligheid herstellen
- fysieke of emotionele verzorging (bvb. kop koffie, warme trui, ...)



Binnen de 48 tot 72 u. : PERSOONLIJKE AANDACHT met LUISTEREN

- **T.a.v. een cliënt die slachtoffer is door begeleider/team onder regie van de orthopedagoog**
 - 'Wat is er gebeurd?' (zonder analyse, advies, ...), 'Hoe voelde je je?', 'Hoe voel je je nu?'
 - gedetailleerde reconstructie van het incident laten vertellen (zonder reacties als 'had je niet beter dit of dat' of andere goedbedoelde adviezen) en erkennen van gevoelens van het slachtoffer
 - bij een persoon met weinig tot geen verbale mogelijkheden of een mentaal niveau dat verbale communicatie beperkt: laten ervaren van veilige, betrouwbare en constante relaties
- **T.a.v. een begeleider die slachtoffer is door het team/collega's onder regie van de orthopedagoog**
 - 'Wat is er gebeurd?' (zonder analyse, advies, ...), 'Hoe voelde je je?', 'Hoe voel je je nu?'
 - gedetailleerde reconstructie van het incident laten vertellen (zonder reacties als 'had je niet beter dit of dat' of andere goedbedoelde adviezen) en erkennen van gevoelens van het slachtoffer
 - verzekeren dat de aangevallen persoon GEEN SCHULD treft
 - bevestigen dat de persoon alles heeft gedaan wat in zijn macht lag om het incident tot een goed einde te brengen



- **T.a.v. ouders van een cliënt die slachtoffer is door het team, orthopedagoog, directie**
- **T.a.v. een cliënt die slachtoffer is door begeleider/team onder regie van orthopedagoog**
- **T.a.v. een begeleider die slachtoffer is door het team/collega's onder regie van de orthopedagoog**

Na de eerste opvang met vooral persoonlijke aandacht en luisteren/binnen 48 tot 72 u. : PERSOONLIJKE AANDACHT en ACTIE

- voorbereiden op wat er allemaal kan komen aan psychische, fysieke en sociale reacties (angsten, hoofdpijn, vermoeidheid, gespannenheid, nieuwsgierige vragen, ...) en erbij zeggen dat dit normale reacties zijn
- voorbereiden op wat er allemaal kan komen aan psychische, fysieke en sociale reacties (angsten, hoofdpijn, vermoeidheid, gespannenheid, nieuwsgierige vragen, ...) en erbij zeggen dat dit normale reacties zijn
- reconstructie van het incident laten vertellen en erkennen van gevoelens van het slachtoffer



- normaliseren van gevoelens, erbij zeggen dat deze gevoelens normaal zijn
- informeren
- erkennen van gevoelens
- bevestigen dat men op dat moment het best mogelijke heeft gedaan om uit de situatie te raken
- aangifte doen of vergoeden van geleden materiële schade
- aangifte doen of vergoeden van geleden materiële schade
- bij een cliënt met weinig tot geen verbale mogelijkheden of een mentaal niveau dat verbale communicatie beperkt, verloopt de aanpak eerder indirect, op het niveau van de begeleiding, met voornamelijk inzicht proberen te krijgen in het gedrag van de cliënt en het structureren van de omgeving met het oog op veiligheid en veilige relaties



Enkele dagen tot max. 3 maanden na het incident :

- **T.a.v. een cliënt die slachtoffer is door begeleider/team onder regie van de orthopedagoog**
 - ondersteunen, ontlasten, bevragen, reconstrueren, conclusies, meenemen in de gewone dingen
 - bij een cliënt met weinig tot geen verbale mogelijkheden of een mentaal niveau dat verbale communicatie beperkt, verloopt de aanpak eerder indirect, op het niveau van de begeleiding, met voornamelijk inzicht proberen te krijgen in het gedrag van de cliënt en het structureren van de omgeving met het oog op veiligheid en veilige relaties
- **T.a.v. een begeleider die slachtoffer is door het team/collega's onder regie van de orthopedagoog**
 - ondersteunen, ontlasten, bevragen, reconstrueren, analyse maken van het incident en eventuele toekomstige voorvallen bespreekbaar maken (preventie !), meenemen in de gewone dingen, conclusies naar actie, conclusies naar ondersteuning, conclusie naar vorming
 - verwijzen naar de vertrouwenspersoon agressie-incidenten in de Meander
 - verwijzen naar de interne vertrouwenspersoon van de Meander of naar de externe vertrouwenspersoon bij Liantis
- **T.a.v. ouders van een cliënt die slachtoffer is door het team, orthopedagoog, directie**
 - reconstrueren, informeren, erkennen van gevoelens



Na meer dan 3 à 6 maanden na het incident : PROFESSIONELE HULP

- **T.a.v. een cliënt die slachtoffer is door begeleider/team onder regie van de orthopedagoog**
 - professionele hulp na overleg met de psychiater
- **T.a.v. een begeleider die slachtoffer is door het team/collega's onder regie van de orthopedagoog**
 - verwijzen naar vertrouwenspersoon agressie-incidenten de Meander
 - verwijzen naar professionele hulp bvb. Externe vertrouwenspersoon bij Liantis, psycholoog, centrum voor slachtofferhulp, ...
 - contact houden en informeren naar verwerkingsverloop
- **T.a.v. ouders van een cliënt die slachtoffer is door het team, orthopedagoog, directie**



- contact houden en informeren naar verwerkingsverloop
- verwijzen naar professionele hulp bvb. psycholoog, centra voor slachtofferhulp

Na een incident met agressie is er steeds herstel nodig, of het nu gaat om verbale agressie, agressie naar materiaal, fysieke agressie, psychische of seksuele agressie. Er is herstel nodig naar de begeleider, het team, de direct betrokken cliënt én naar de andere (direct of indirect) betrokken cliënten. Herstel is nodig om het wederzijds vertrouwen en het investeren in de hulpverleningsrelatie van de begeleiderskant te kunnen waarborgen. Herstel is nodig om grenzen duidelijk te stellen en te bewaken. Herstel is ook nodig om agressie in de toekomst te voorkomen.

2. Herstel t.a.v. de cliënt als agressor

Agressie moet begrensd worden : agressie markeren en sanctioneren maakt duidelijk dat er grenzen zijn, waar deze liggen en hoe ze gesteld worden. Het is van belang de cliënt te laten vergoeden wat hij aan schade berokkend heeft (bv. verontschuldiging, vergoeding, ...). Daarnaast is het aangewezen de cliënt die het agressieve gedrag stelde te beluisteren en zijn visie van het verhaal te laten vertellen, zeker met het oog op een verder zetten van de hulpverleningsrelatie. Begrip opbrengen voor het agressieve gedrag betekent niet dat men het gedrag ook goedkeurt.

3. Omgaan met eigen emoties als begeleider

Tot voor enkele jaren was er weinig aandacht voor incidenten in de werksfeer waarbij agressie voorkomt. Het werd gezien als een beroepsrisico waarmee men moest leren leven. In veel organisaties werd er ook niet gepraat over de gevolgen die dit voor werknemers kon hebben. Men liep immers niet te koop met wat vaak als een persoonlijk probleem werd bestempeld. Gelukkig zijn de tijden wat dat betreft veranderd. De mate waarin begeleiders ervaringen met agressieve cliënten verwerken, is immers ook een bepalende factor bij hun toekomstige aanpak van agressie. In die zin zal een overwogen herstel na een incident preventief werken voor zowel de begeleider als voor de cliënt.

Volgende aandachtspunten kunnen een hulpmiddel zijn in het omgaan met de eigen emoties voor begeleiders die met agressie of bedreigende situaties worden geconfronteerd :

- bespreek je gevoelens van angst, frustraties, onmacht, ... met je collega's en met verantwoordelijken. Sociale steun in het omgaan met je gevoelens, alsook tijd en ruimte om je emoties te ventileren, kunnen helpen om het gebeuren te verwerken.
- wanneer je angstig bent voor een cliënt of voor een bepaalde situatie (bvb. bij een bepaalde cliënt aan tafel zitten 's middags), ben je misschien geneigd om dit soort situaties te vermijden. Je ontwijkt die cliënt, je laat de moeilijke momenten over aan collega's, ... Dat kán tijdelijk een oplossing zijn: beide partijen krijgen immers de kans om tot rust te komen; op wat langere termijn is het echter geen oplossing wanneer je uit angst het contact met de cliënt vermijdt: je blijft immers angstig, in gedachten wordt het risico of het probleem misschien altijd maar groter, je leert niet om door de moeilijke situatie te raken, je doet geen positieve ervaringen op en de afstand tussen jou en de cliënt wordt alsmaar groter.
- bij vragen rond de eigen schuld of verantwoordelijkheid, het eigen kunnen, is het goed met verantwoordelijken deze twijfels te bespreken. Faalangst, een gehavend zelfvertrouwen zullen verdere rustige benadering van problematische situaties immers bemoeilijken. Bij een bespreking in team kan blijken dat meerdere mensen met dit probleem zitten en kan er een gezamenlijke oplossing worden gezocht.
- het verkennen van de eigen grenzen met betrekking tot angst (voor jezelf en/of met anderen) helpt je om het probleem concreter, beter afgelijnd en daardoor minder allesoverheersend te maken : bespreek waarvoor en in welke situaties je bang bent. Welke factoren kunnen de angst doen toenemen of afnemen? Wat kan je zelf doen als het misgaat? Deze elementen voor jezelf overlopen, maken het probleem concreter en betere beheersbaar, dan wanneer je je volledig laat leiden door je emoties.



- neem informatie door over de cliënt voor wie je angst hebt. Deze informatie kan je helpen het gedrag van de betrokken cliënt te begrijpen, te voorspellen, anders te bekijken. Heb hierbij ook aandacht voor positieve elementen, hobby's en vaardigheden van die persoon. Deze geven een meer genuanceerd beeld van de cliënt: hij of zij is meer dan zijn of haar agressieve gedrag. Bovendien bieden deze positieve elementen soms aanknopingspunten om op een positieve manier het contact weer aan te gaan.
- neem tijdig afstand van het gebeurde, zeker na de werkuren. Durf jezelf op een bepaald moment op te leggen dat je nu niet meer aan het gebeurde denkt. Vermijd je voortdurend af te vragen 'wat je had kunnen doen om het te voorkomen' en 'dat het volgende keer weer zal gebeuren' ... op tijd afstand nemen van het werk maakt het mogelijk de nodige energie op te doen voor een volgende werkdag. Een fysieke uitlaatklep als sport kan hierbij helpen.



DEEL 5. HANDELEN BIJ SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG / SEKSUEEL MISBRUIK

1. Vermoeden van seksueel misbruik of effectief seksueel misbruik : meldingsplicht!

Wanneer er een vermoeden is van seksueel misbruik bij een cliënt (door een andere cliënt, personeelslid, familie of derden) geldt voor elke medewerker een meldingsplicht. Gezien het delicate karakter van dergelijke melding kiezen we er in de Meander voor om de orthopedagogen als vertrouwenspersonen aan te stellen. Doordat zij de zorg rond de cliënten continu opvolgen, staan zij ook voldoende dicht bij de medewerkers in de directe zorg om ook met deze problematiek in eerste instantie om te gaan. Na de verplichte melding ligt de verantwoordelijkheid niet langer meer bij de melder. De orthopedagogen zullen zoveel mogelijk de anonimiteit van de melder proberen te waarborgen.

2. Aandachtsprotocol bij seksueel misbruik

2.1. Een houvast bij hevige emoties

Bij vaststelling van seksueel misbruik worden alle betrokkenen – cliënten, ouders en personeel - overspoeld door emoties. Het eerste handelen vertrekt dan vaak ook veel meer vanuit deze emoties dan wel vanuit de noden van het slachtoffer. De acties die ondernomen worden, missen vaak het beoogde resultaat : enerzijds staan zij te ver af van het slachtoffer en anderzijds kunnen belangrijke aspecten - bij gebrek aan coördinatie - worden vergeten. Een protocol kan dan een houvast bieden. Een 'protocol' wordt vaak gelinkt aan een beslissingsboom met duidelijke stappen en afspraken. In geval van seksueel misbruik heeft zo'n protocol echter weinig kans op slagen. Het vereenvoudigt te zeer de complexiteit van deze problematiek en gaat voorbij aan de emoties die hieraan verbonden zijn. Het sluit te weinig aan bij de concrete realiteit en geeft vooral een vals gevoel van veiligheid. Toch kunnen er houvasten worden uitgewerkt. We hebben het dan eerder over aandachtspunten, geformuleerd en geordend in een aandachtsprotocol. Het voordeel hiervan is dat er blijvend beroep wordt gedaan op de verantwoordelijkheid en betrokkenheid van degenen die ermee aan het werk gaan. Het zal geen gevoel van zekerheid brengen, het zal veeleer weergeven hoe complex situaties van misbruik zijn. Dit inzicht vormt misschien de beste beveiliging voor de slachtoffers.

2.2. Uitgangspunt 1 : juridisch kader versus hulpverleningskader

Om de opdrachten van justitie te onderscheiden van deze van de hulpverleners is het belangrijk een onderscheid te maken tussen het juridisch kader en het hulpverleningskader. Bij ernstig vermoeden van of feitelijk seksueel misbruik door een personeelslid, licht de orthopedagoog de directie in. Directie beslist of er juridische stappen worden ondernomen. Door de stap naar justitie te zetten wordt de hulpverlener (begeleidersteam, orthopedagoog, eventueel andere betrokken disciplines) echter niet van zijn verantwoordelijkheid ontslaan: men moet op de eerste plaats het slachtoffer blijven ondersteunen. Als hulpverlener kan en mag je je diagnostiek doorgeven aan het gerecht ; laat je echter niet verleiden om de cliënt te verhoren of door te vragen. Een gesprek met de cliënt kan het vermoeden van een strafbaar feit – seksueel misbruik – verhelderen, waardoor de benodigde ondersteuning duidelijker kan worden. Het is echter niet de bedoeling om vast te stellen of misbruik daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Dat is de taak van politie en justitie.

2.3. Uitgangspunt 2 : positie van het slachtoffer

Dit betekent vooral handelen in contact en in gesprek met het slachtoffer. Vaak wordt er vertrokken vanuit ons eigen denkkader over wat goed is voor de cliënt zonder dit te toetsen in contact met de cliënt. Het is echter vanzelfsprekend dat de hulpverlening vertrekt vanuit het belang van de cliënt.

2.4. Inhoud van het aandachtsprotocol

Niet alleen het slachtoffer, maar ook de ouders, personeel, andere cliënten en dader(s) zijn in geval van seksueel misbruik betrokken partijen met wie men rekening dient te houden. Het is dan ook belangrijk dat er een coördinator wordt aangeduid. Zijn taak is zicht houden op het geheel, bijhouden



hoe het met de verschillende partijen gaat en aanspreekpunt zijn voor externen. Indien nodig kan via de algemeen directeur een crisisteam opgericht worden om te ondernemen acties te bepalen.

2.4.1. Een cliënt is slachtoffer

Stoppen!

Prioritair in geval van vaststelling van seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel misbruik is steeds het stoppen ervan en het beveiligen van de situatie voor de betrokken cliënt(en) (slachtoffers of potentiële slachtoffers). Elke medewerker, zowel van de indirecte zorg als van de directe zorg, heeft een meldingsplicht. De orthopedagogen zijn hierbij aangesteld als vertrouwenspersonen.

Veiligheid, erkenning, verantwoordelijkheid en respect voor het eigen tempo

Ten aanzien van een cliënt die slachtoffer is van seksueel misbruik, is het in de eerste plaats belangrijk tegemoet te komen :

- **Veiligheid** is prioritair, zowel letterlijk als figuurlijk. Letterlijk veilig betekent dat men er voor zorgt dat het misbruik zich niet meer kan herhalen. Figuurlijke veiligheid wil zeggen dat de context veilig is om met het slachtoffer aan het werk te gaan. Figuurlijke veiligheid kan men bieden door:
 - zekerheid dat het slachtoffer geen confrontatie meer moet aangaan met de dader
 - duidelijkheid over wat er met de informatie van het slachtoffer gebeurt
 - het slachtoffer op de hoogte te brengen van het verdere verloop, planning

Net zoals bij andere traumatische ervaringen gaat seksueel misbruik gepaard met controleverlies waaruit een gevoel van onveiligheid ontstaat. Duidelijke informatie op maat van het slachtoffer helpt om de gebeurtenissen te begrijpen en te situeren en als slachtoffer opnieuw een vorm van controle te krijgen. Als men hulpverlening opstart zonder de slachtoffers hierin te betrekken, vergroot men het gevoel van onveiligheid.

- **Erkenning**, d.w.z. het slachtoffer(s) wordt geloofd d.w.z. ernstig genomen in wat hij voelt en beleeft
- **Verantwoordelijkheid** wordt opgenomen en bij de juiste persoon gelegd, d.w.z. dat de verantwoordelijkheid bij de dader ligt en niet bij het slachtoffer. De grootste erkenning bestaat erin wanneer de dader zelf kan aangeven wat er gebeurd is en zijn verantwoordelijkheid opneemt om herstel voor het slachtoffer mogelijk te maken. Ook de zorgenden rondom het slachtoffer dragen verantwoordelijkheid voor de noden en hulpverlening van het slachtoffer(s).
- **Respect voor het tempo van het slachtoffer** is belangrijk, zonder de verantwoordelijkheid van het verdere verloop van de hulpverlening bij hem te leggen

Opvang en herstel

In het verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis onderscheiden we een viertal opeenvolgende fasen (zie *bijlage 3 – Psychotraumatologie*), die elk een evolutie in de tijd aangeven en te herkennen zijn aan de typische reacties van het slachtoffer. Er wordt ook weergegeven hoe de opvang van een slachtoffer kan gebeuren.

2.4.2. Een cliënt is dader

Niet alleen lopen personen met een verstandelijke beperking meer risico om slachtoffer te worden van seksueel misbruik, ook het risico dat ze zelf seksueel grensoverschrijdend gedrag gaan vertonen, of zelf pleger van seksueel misbruik worden, is groter (zie *bijlage 2 – Risicofactoren om pleger te worden*). Ondanks preventieve maatregelen, is misbruik tussen cliënten niet uit te sluiten.



In de hulpverlening ten aanzien van de cliënt als dader, is het belangrijk deze zo te organiseren dat er niet voorbij wordt gegaan aan de noden van het slachtoffer (dat centraal staat). Dit gebeurt dan ook het best buiten de leefgroep en door iemand die uit de polarisatie 'dader-slachtoffer' kan blijven. Gewoonlijk zal de betrokken orthopedagoog dit op zich nemen. Per individuele situatie bekijkt de orthopedagoog met het betrokken leefgroepeteam en andere betrokken disciplines de verdere inhoud van de hulpverlening ten aanzien van de cliënt als dader. Het kan hier gaan om het voeren van gesprekken, verandering van leefgroep, aanpassing in de ondersteuning en begeleiding, toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (zie Lexicon – 'Vrijheidsbeperkende maatregelen'), materiële veranderingen,... Bij de begeleiding vertrekken we steeds van de vraag naar de betekenis van het gedrag, d.w.z. wat wil deze cliënt hiermee uitdrukken, wat is de motivatie. Gedrag kan verschillende betekenissen hebben. Eenzelfde gedrag heeft niet altijd dezelfde betekenis.

Omwille van de complexiteit van de problematiek kan de orthopedagoog zich laten bijstaan door het Vertrouwenscentrum Limburg in Hasselt dat hierin heel wat deskundigheid heeft. Wanneer uit overleg met de directie blijkt dat de Meander zelf niet de gepaste begeleiding kan aanbieden, wordt gezocht naar externe mogelijkheden tot therapie en begeleiding of doorverwijzing naar andere instanties (eventueel juridisch).

2.4.3. Een medewerker is dader

Indien een medewerker aangewezen wordt als dader van seksueel grensoverschrijdend gedrag, licht de orthopedagoog de directie in. Directie beslist of er juridische stappen worden ondernomen. Het is aangewezen om in geval van juridische stappen zo snel mogelijk met de dader een gesprek te hebben waarin men aangeeft dat er beroep gedaan wordt op justitie voor een onafhankelijk onderzoek. Het is dan ook aangewezen om minstens vanaf dit moment het personeelslid niet meer toe te laten in de voorziening.

2.4.4. Vertegenwoordiger

Vertegenwoordiger van het slachtoffer

De vertegenwoordiger van een cliënt die slachtoffer is van seksueel misbruik, heeft recht op en nood aan snelle en correcte informatie. Met deze informatie kunnen zij hun kind/broer/zus ondersteunen en op die manier tegemoet komen aan zijn voornaamste noden nl. veiligheid en erkenning door de vertegenwoordiger. De vertegenwoordigers hebben vaak ook zelf ondersteuning nodig omdat zij door een gelijkaardige ervaring gaan als hun kind/broer/zus. Naast algemene info over het standpunt van de voorziening en het traject dat men wil volgen, hebben zij ook nood aan individuele ondersteuning en informatie over hun eigen kind/broer/zus. Indien nodig kunnen de vertegenwoordigers doorverwezen worden naar andere hulpverlenende instanties.

Vertegenwoordigers van de andere cliënten

Aan vertegenwoordigers van de andere cliënten in de leefgroep geeft men best algemene info over het gebeurde en de planning. Niet enkel de reputatie maar vooral het vertrouwen zou aangetast worden indien zij het van anderen moesten vernemen (bvb. van andere vertegenwoordigers of medewerkers).

2.4.5. Personeel

Hulpverleners die geconfronteerd worden met seksueel misbruik worden overspoeld door emoties. Het is belangrijk dat men deze emoties kan uiten en een plaats kan geven : debriefing.

Debriefing van eigen emoties is nodig om de stap te kunnen zetten naar het slachtoffer met zijn noden. Verschillende vormen van debriefing zijn aangewezen : formeel en informeel, individueel en in groep.



Daarnaast is er ook nood aan **inhoudelijke vorming**. Begeleiders en stafleden hebben nood aan een kader om te kunnen begrijpen waarom slachtoffers op een bepaalde manier reageren. Daarom moet er kennis aanwezig zijn over trauma en traumatherapie (zie *bijlage 3 – Psychotraumatologie*).

Alle personeelsleden moeten bovendien **informatie** hebben over het verloop en de planning, zodat zij de slachtoffers kunnen informeren. Ook niet rechtstreeks betrokken collega's hebben informatie nodig om hun betrokken collega's te kunnen ondersteunen en om te vermijden dat er onjuiste verhalen ontstaan op basis van geruchten. Om dit ondersteuningswerk te organiseren is het meest aangewezen om beroep te doen op de bestaande hiërarchische structuur.

2.4.6. *Andere cliënten*

Andere cliënten zijn in eerste instantie niet bekend als slachtoffer. Toch kunnen ook andere cliënten slachtoffer zijn of getuige geweest zijn van het misbruik (non-abused). Het is de opdracht van de begeleiders om ook met de andere cliënten in gesprek te gaan over het gebeurde: zij moeten horen wat er gebeurd is, welk standpunt de voorziening inneemt en hoe men opnieuw veiligheid wil creëren. Daarnaast is het belangrijk te zoeken naar communicatiekanalen waarmee de cliënten kunnen aangeven dat zij beroep willen doen op een bepaalde begeleider.



DEEL 6. Communicatie naar verschillende partijen bij grensoverschrijdend gedrag: een overzicht

1. Algemeen:

In het kader van psychotraumatologie (zie bijlage 3) speelt communicatie een belangrijke rol. Tijdens een gesprek dient rekening gehouden te worden met het inhoudsaspect en het betrekkingaspect. Het **inhoudsaspect** heeft betrekking op de feitelijke informatie die overgebracht wordt tijdens het gesprek. Het **betrekkingaspect** zijn de verhoudingen tussen de communicerende partijen, dit weerspiegelt zich in non-verbale signalen. Bij het betrekkingniveau is de werkrelatie een belangrijke factor, waarbij voldoende vertrouwen in de hulpverlener noodzakelijk is. Zorg voor een veilig gevoel zodat de persoon zich durft te uiten.

Daarnaast zijn de luistervaardigheden en regulerende vaardigheden van belang in een gesprek. **Luistervaardigheden** houdt in dat de hulpverlener actief luistert, en dit zowel non-verbaal als verbaal toont. De **regulerende vaardigheden** dienen voor de duidelijkheid tijdens een gesprek, hoe een gesprek verloopt met een duidelijk begin en einde.

- Geef duidelijke informatie over hoe het gesprek verloopt en welke verwachtingen je hebt.
- Stel je gesprekspartner op zijn/haar gemak, door rust uit te stralen en aandacht te tonen.
- Praat meteen over welke boodschap je het wilt hebben. Wacht hier dus niet mee.
- Geef open informatie, gebruik eenvoudige taal en geen vakjargon.
- Herhaal belangrijke informatie op het einde van het gesprek.
- Let er op dat je aansluit bij het referentiekader van de verschillende betrokken partijen.
- Informeer eerst de direct betrokkenen.

2. Communicatie t.a.v. de dader

- Houdt rekening met het ontwikkelingsniveau indien het een cliënt is.
- Heb respect voor alle betrokkenen tijdens het gesprek, ook de dader.
- Zorg voor open communicatie.
- Heb aandacht voor onderliggende emoties/betekeningen tijdens het gesprek.
- Maak duidelijk wat de verwachtingen zijn tijdens een gesprek.
- Wanneer je de dader ruimte wilt geven om zijn verhaal te vertellen kan je open vragen gebruiken, wanneer je specifiek iets wilt controleren kan er gebruik gemaakt worden van gesloten vragen.
- Vermijd waarom-vragen, deze kunnen bedreigend overkomen.

3. Communicatie t.a.v. het slachtoffer

- Problemen rustig verkennen, goed luisteren en begrip tonen.
- Vertrek vanuit het belang van het slachtoffer.
- Vanaf het begin duidelijkheid verschaffen wat het slachtoffer van jou kan verwachten.
- Houdt rekening met het ontwikkelingsniveau indien het een cliënt is.
- Stel open vragen afwisselend met gesloten.
- Houdt het tempo van de gesprekspartner aan.



- Neem voldoende tijd om over het incident te praten.
- Moedig aan om verder te vertellen, maar vraag niet verder als het slachtoffer niet meer wil.
- Geef geruststelling dat we ondersteuning bieden.
- Probeer rust uit te stralen en een gevoel van controle.

4. Communicatie t.a.v. omstaanders

- T.a.v. Cliënten
 - Houdt rekening met het ontwikkelingsniveau.
 - Niet elke cliënt heeft dezelfde hulp nodig, weeg af of een gesprek nodig is.
 - Erken hun gevoelens.
 - Neem voldoende tijd om het incident met hun te bespreken.
 - Sluit aan bij het referentiekader.
- T.a.v. Begeleiders
 - Heb aandacht voor hun angsten/emoties rondom het incident, geef erkenning.
 - Bevraag hoe ze het gesprek/ondersteuning hebben ervaren (metagesprek).
 - Aansluiten bij referentiekader tijdens het gesprek, maar geef daarna een interpretatie van de specifieke situatie, je gaat interpreteren vanuit een theoretisch referentiekader.
 - Zoeken naar wat werkt bij de cliënt in overleg met de begeleiders, hoe kan je de volgende keer preventief werken?

5. Communicatie t.a.v. vertegenwoordiger

- Vertrek vanuit de gedeelde zorg die je wil bieden aan de cliënt.
- Vertrek altijd vanuit het belang van de cliënt.
- Zorg voor een sfeer van open communicatie.
- Bespreek de objectieve/correcte gegevens van het gebeurde incident.
- Maak goede afspraken met de vertegenwoordigers en verduidelijk welke stappen verder ondernomen worden.
- Maak de vertegenwoordigers niet onnodig ongerust.
- Voorzie tijd en ruimte voor de gevoelens van de vertegenwoordigers.
- Verwijs de ouders door voor professionele hulp indien nodig.

<http://www.kindengezin.be/img/grensoverschrijdend-gedrag.pdf>

<http://www.kindengezin.be/kinderopvang/sector-babys-en-peuters/veiligheid-en-gezondheid/grensoverschrijdend-gedrag/#Communicatie>

<http://www.mpi-oosterlo.be/sites/default/files/pagefiles/Agressie.pdf>



LITERATUURLIJST

American Psychiatric Association, Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV, Swets & Zeitlinger B.V., Lisse, 1995.

Bancken, J. Omgaan met medewerkers na een ingrijpende gebeurtenis. Management van de 'Zorg voor Zorgende'. Indomo vzw. Gastspreker in het kader van de cursus 'Omgaan met medewerkers na een agressie-incident' van Impuls vzw. 2005.

Bosch, E. Visie en attitude. Respectvolle bejegening van mensen met een verstandelijke handicap. Een praktijk- en discussieboek. Uitg. Nelissen B.V., Baarn, 1997.

Bosch, E. Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten. Uitg. H. Nelissen B.V., Baarn, 1998.

De Jaegher, R. Agressie in de opvoedings- en huisvestingsinrichtingen en –diensten van de Vlaamse Gemeenschap. Resultaten en aanbevelingen vanuit een LBC-onderzoek. TVW, 28^{ste} jg, nr. 261, juli 2004.

De Lovie. Omgaan met agressie. 2004.

De Meander. Kwaliteitshandboek. 2004.

De Meander. Referentiemap Zorg. Vrijheidsbeperkende maatregelen in de Meander. 2003.

Heijkoop, J. Vastgelopen. Nieuwe mogelijkheden in de begeleiding van geestelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblemen. Uitg. H. Nelissen, Baarn, 1991.

Impuls vzw. Agressie en beleid. 2004. Syllabus in het kader van de cursus 'Omgaan met medewerkers na een agressie-incident' van Impuls vzw. 2005.

KHLim dep. SAW. Project agressie in de welzijnssector. 2003.

Maaslands Instituut. Arbeidsreglement. 2003.

O.C. St.-Ferdinand. Kwaliteitshandboek. 2005.

Ploeg van der, J.D. Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's. Lemniscaat b.v. Rotterdam, 1990.

Ter Horst, W. Het herstel van het gewone leven. Wolters-Noordhoff bv Groningen, 1988.

Van Tilburg, E. Agressie. Praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten. Uitg. Garant Antwerpen – Apeldoorn, 2004.

Watzlawick, P. e.a. De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Deventer, van Loghum Slaterus, 1975.



Bijlage 1. Risicofactoren om slachtoffer van seksueel overschrijdend gedrag te worden

Wat maakt mensen met een verstandelijke beperking zo kwetsbaar? In de leefsituatie van veel mensen met een verstandelijke handicap is sprake van afhankelijkheid, machtsverschillen en isolement. Dit zijn risicofactoren waarvan bekend is dat zij personen kwetsbaar maken voor seksueel misbruik. Deze risicofactoren hangen vaak samen met zowel de omgeving waarin de persoon met een verstandelijke beperking leeft als met de verstandelijke handicap zelf.

Factoren die met de omgeving samenhangen

- (blijvende) afhankelijkheid van derden
- benaderd worden op onmogelijkheden, de handicap voorop stellen
- overbescherming, verwenning en aangeleerde hulpeloosheid
- groter sociaal isolement / uitsluiting, waardoor er minder mogelijkheden zijn om ervaringen op te doen en te experimenteren en hiervan te leren
- ontkennen of negeren van sekse en seksualiteit (door begeleiders) en een seksneutrale en seksloze benadering
- gebrek aan informatie, waardoor er te weinig kennis is over het eigen lichaam, seksualiteit en seksueel misbruik
- veelvuldige lichamelijke contacten, minder privacy en zeggenschap over het eigen lichaam
- niet begrepen en soms niet geloofd worden door de omgeving
- minder goed grenzen hebben leren stellen in de opvoeding doordat men minder goed geleerd heeft te luisteren en coöperatief te zijn en doordat men minder goed geleerd heeft 'nee' te zeggen tegen grensoverschrijding

Factoren die met de beperking samenhangen

- negatief zelf- en lichaamsbeeld
- verminderde, vertraagde of verstoorde sociale en emotionele ontwikkeling; moeilijker kunnen leren door ervaring
- moeite met inschatten van de veiligheid van situaties en de aard van personen (goed of niet goed?)
- gemakkelijker beïnvloedbaar zijn en consequenties van eigen gedrag en dat van anderen moeilijker kunnen overzien
- moeilijker tot een eigen identiteit kunnen komen, inclusief sekse en seksuele identiteit



Bijlage 2. Risicofactoren om pleger van seksueel grensoverschrijdend gedrag te worden

Een deel van onderstaande risicofactoren maken personen met een verstandelijke beperking kwetsbaarder om plegergedrag te ontwikkelen. Het gaat enerzijds om factoren die met de omgeving samenhangen en om factoren die met de beperking en/of de persoon samenhangen.

Factoren die met de omgeving samenhangen

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

Factoren die met de beperkingen/of de persoon samenhangen

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



Bijlage 3 - Psychotraumatologie

Het uit het oude Griekse afgeleide begrip 'trauma' betekent letterlijk 'wonde'. Wanneer het gaat over zogenaamd 'mentale' wonden, spreken we over een 'psychotrauma'. Psychotraumatologie is de studie van het interne proces dat plaatsvindt na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis met een traumatisch potentieel, in de literatuur ook wel 'critical incident' genoemd.

1.1. Elementen die bijdragen tot het traumatisch potentieel van een gebeurtenis

- gebeurtenis : intensiteit, duur, plotse en onverwachte karakter, aantal slachtoffers, ...
- slachtoffer : psychische draagkracht en het probleemoplossend vermogen ('coping'), leeftijd, vroegere ervaringen, ...
- sociale context : mate van 'sociaal support', invloed van het sociaal netwerk, ...

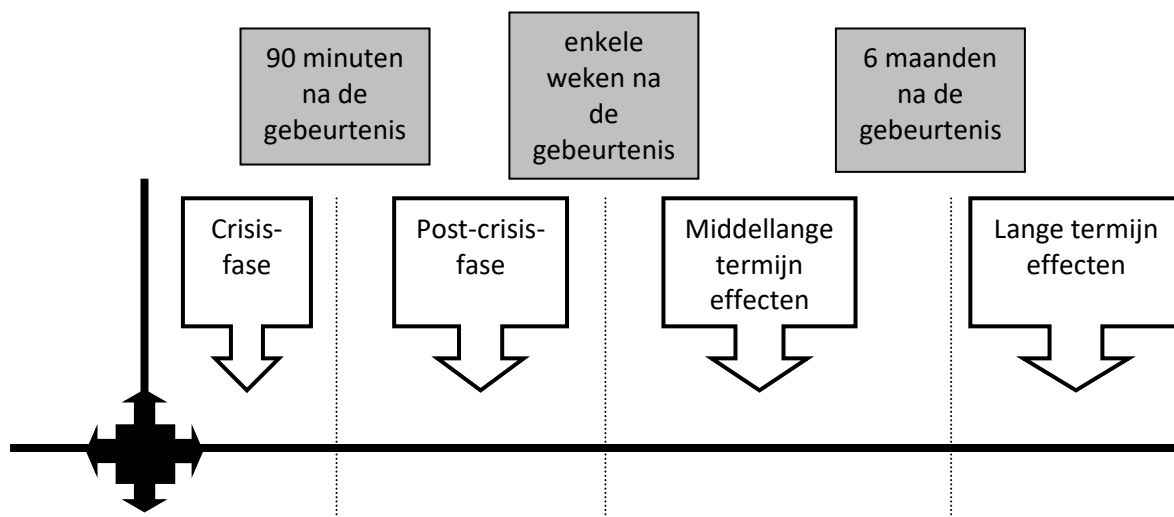
1.2. Kenmerken van een schokkende gebeurtenis of 'critical incident'

- extreem verlies van controle, verlies van grip op het dagelijks leven, machteloosheid
- ontwrichting : vanzelfsprekende verwachtingen en veronderstellingen zijn plots niet meer geldig; het vertrouwen in zichzelf en in de omgeving, de zekerheid van het dagelijks bestaan en het besef van de eigen onkwetsbaarheid gaan abrupt verloren.

1.3. Fases in het verwerkingsproces na een schokkende gebeurtenis

In het verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis onderscheiden we een viertal opeenvolgende fasen, die elk een evolutie in de tijd aangeven (*figuur 4*) en te herkennen zijn aan de typische reacties van het slachtoffer.

Figuur . Emotioneel schokkende gebeurtenis: een evolutie in de tijd



1.3.1. Crisisfase (tot 90 minuten na het incident)

Tijdens de schokkende gebeurtenis kunnen slachtoffers heel wat zogenaamde 'acute stressreacties' vertonen : schrik, ongeloof, verbijstering, intense machteloosheid, (doods-)angst, lichamelijke reacties als hartkloppingen en koud zweet, apathie en gevoelloosheid, hyperalertheid en adequaat handelen, vluchten, ... Ook vlak na het incident blijft het lichaam nog adrenaline produceren,



waardoor het nog een tijd in staat van paraatheid blijft en een begeleider bvb. nog in staat is praktische dingen te regelen en zijn dienst af te maken. Pas daarna neemt de spanning af. Dit gaat meestal gepaard met volledige fysieke en mentale uitputting.

1.3.2. Post-crisisfase (enkele dagen tot weken na het incident)

De eerste dagen en weken na het agressie-incident worden gekenmerkt door emoties als verslagenheid en verdriet bij het slachtoffer, trillende handen en benen, hoofd-, maag- en spierpijnen, woede en agressie, slapeloosheid, wanhoop, machteloosheid en een zoeken naar informatie omtrent het gebeuren.

Vertaald naar de begeleider als slachtoffer wordt deze fase gekenmerkt door een verlies van zelfvertrouwen om nog met de cliënten te kunnen werken. In deze fase zegt iemand bvb. dat hij of zij niet meer terug wil gaan. Er is een verlies aan motivatie en professionele identiteit.

1.3.3. Middellange termijn effecten

Na de post-crisisfase volgt een periode waarin waakzaamheid, schrikreacties, angsten en vermijdingsgedrag zich nog kunnen voordoen, ondanks dat dit ook de fase is waarin het leven weer zijn gewone gang begint te gaan.

Als we naar de begeleider kijken, is dit de fase waarin hij het werk weer heeft hervat. Kenmerkend voor deze fase is dat de waarschijnlijkheid van nieuw geweld in de toekomst wordt overschat. De begeleider heeft angst en is uiterst behoedzaam met cliënten. Ook de locatie waar het incident plaatsvond of de dienst die men toen deed, wekt behoedzaamheid.

Deze fase kan van enkele weken tot enkele maanden duren.

1.3.4. Lange termijn effecten

Herbeleving in dromen en flashbacks, onverwacht overweldigd worden door angst bij herinneringen aan de gebeurtenis kenmerken deze fase. Gevolgen van een agressie-incident kunnen maanden en zelfs nog jaren worden ervaren, zelfs lang nadat eventuele fysieke letsels genezen zijn.

We zien hier een overeenkomst met de posttraumatische stressstoornis (PTSS) met reacties als onder meer blijvend herbeleven van de gebeurtenis, angst bij dingen die de gebeurtenis symboliseren of erop lijken, vermijding, slaap- en concentratieproblemen, schrikreacties, verhoogde prikkelbaarheid, moeite met in- of doorslapen, woede-uitbarstingen, concentratiemoeilijkheden, ...

Van een PTSS kan sprake zijn wanneer herbelevings- en vermijdingssymptomen in verband met de schokkende gebeurtenis 6 maanden na het gebeuren het leven van het slachtoffer nog steeds overheersen en een permanente nefaste invloed hebben op zijn of haar dagelijks leven. Niet alleen een ernstig eenmalig incident kan leiden tot een PTSS, maar ook een (langdurige) cumulatie van minder ernstige incidenten kan dezelfde gevolgen hebben.

Van lange termijn effecten spreken we als de reacties doorwerken 6 maanden of langer na het incident.