

Seks zorg als therapeutische interventie bij seksueel grensoverschrijdend gedrag door man met verstandelijke beperking.

Een voorbeeld van good practice met de seksuoloog als regisserend behandelaar.

Paulien van Doorn¹, Egbert Kruijver², Sander Hilberink³

¹ Lunet zorg, Eindhoven

² Basalt Revalidatie, Den Haag

³ Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam

Samenvatting

In de wetenschappelijke literatuur is geen casuïstiek te vinden over de inzet van sekszorg (de populaire benaming van sociaal-erotische zorg) voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking. Deze casus wil bijdragen aan het vullen van deze leemte. De casus is een voorbeeld van het ombuigen van seksueel grensoverschrijdend gedrag naar een positieve sociale en seksuele ontwikkeling, vanuit een integraal seksualiteitsbeleid binnen de begeleidende organisatie. Een aantal voorwaarden voor de inzet van sekszorg wordt benoemd.

De World Health Organization legt een directe link tussen seksuele en reproductieve gezondheid en mensenrechten. "The fulfilment of sexual health is tied to the extent to which human rights are respected, protected and fulfilled" (WHO, 2018, pagina 3). Het in vrijheid en vrij van discriminatie kunnen en mogen beleven van seksualiteit is een afgeleid mensenrecht, gestoeld op onder andere het recht op autonomie, op expressie en op gezondheid. Personen met een verstandelijke beperking hebben in dezelfde mate seksuele behoeften en wensen als andere mensen. Goed geïnformeerd en met voldoende sociale ondersteuning, zijn zij in staat tot veilige seksuele expressie en gezonde relaties (Chrastina & Večeřová, 2018). Duker en McGuire (2009) suggereren dat het verstrekken van op het individu toegesneden seksuele voorlichting leidt tot een directe verbetering van hun mogelijkheden om zelf beslissingen te nemen in hun seksuele relaties. Bestaand onderzoek richt zich echter vooral op de preventie van seksueel misbruik van personen met een verstandelijke beperking (Chrastina & Večeřová,

2018), waarbij in de samenleving de overtuigingen blijven bestaan dat mensen met een verstandelijke beperking ofwel kinderlijk en asexueel zijn, ofwel oversekst en grote kans lopen om zedendelinquenten te worden (Eastgate, 2008). Mensen met een verstandelijke beperking vormen de grootste plegergroep van seksueel misbruik met mensen met een verstandelijke beperking als slachtoffer (van Berlo et al., 2011).

Dit beeld wordt bevestigd in een recent Nederlands proefschrift. Onderzoek naar de seksualiteit van mannen met een verstandelijke beperking is vaak beperkt tot twee aspecten: (1) het hoge risico op HIV, of (2) daderschap van seksueel geweld of ongewenst / problematisch gedrag (Stoffelen, 2018). Stoffelen (2018) stelt samenvattend dat onderwijs en ondersteuning gericht moeten zijn op het voorkomen van problemen zoals ongeplande zwangerschappen, seksueel misbruik of soa's. Het is echter ook belangrijk om aandacht te besteden aan de plezierige en gezonde aspecten van seksualiteit. Masturbatie, of soloseks, is een thema dat expliciete aandacht verdient voor personen met een verstandelijke beperking. Het is een manier om het eigen lichaam en de eigen seksualiteit te verkennen. Ten slotte hebben mensen met een verstandelijke beperking vaak weinig ruimte om seksueel te experimenteren door een beschermende, controlerende omgeving, wat resulteert in weinig privacy. Om zich seksueel te

P. van Doorn, seksuoloog NVVS
E. Kruijver, seksuoloog NVVS
Dr. S.R. Hilberink, senior onderzoeker
Correspondentie: P. van Doorn, E: p.v.doorn@lunetzorg.nl

ontwikkelen, is echter ruimte voor experimenteren essentieel (Stoffelen, 2018). Dit vraagt ons inziens om een benadering die beide doelen recht doet: enerzijds veiligheid bieden, anderzijds ontplooiingskansen geven.

Diagnose en beschrijving cliënt

Bij personen met een (verstandelijke) beperking zien we vaak een disharmonisch profiel (Vonk & Hosmar, 2009). De kalenderleeftijd, de cognitieve en emotionele ontwikkelingsleeftijd lopen sterk uiteen. Men kan vaak op praktisch gebied meer dan men emotioneel aankan (Sterkenburg, 2011; de Zutter, 2016). Dit zien we ook terug in deze casus.

De heer V. is een zachtaardige man, 52 jaar, met een verzorgd uiterlijk. Hij heeft een lichte verstandelijke beperking (indexscores van de intelligentietest WAIS-III-NL: TIQ 65, VIQ 66, PIQ 64). Er is geen noemenswaardig verschil tussen het verbaal en perfoormaal IQ. Er is sprake van faalangst en een hoog spanningsniveau, opvallende gedragingen (knipperen met ogen, friemelen) en laag zelfvertrouwen. Mishandeling door vader, uithuisplaatsing en langdurig seksueel misbruik door een begeleider van het internaat zijn traumatische ervaringen die nog steeds grote impact op hem hebben. Het zelfinzicht van meneer V. is redelijk: hij is in staat om enkele van zijn gevoelens en zorgen te noemen. Hij krijgt zijn gevoelens niet altijd goed onder controle. Bij onverwachte gebeurtenissen is hij snel uit balans: zijn zelfredzaamheid neemt dan af en onzekerheid neemt toe. Hij kan geheel in beslag genomen worden door de angst bekritiseerd of afgewezen te worden. Hij voelt zich vaak minderwaardig, gespannen en heeft het gevoel te falen.

De heer V. is erg zelfstandig: hij voert zijn eigen huishouding, rijdt auto, heeft een baan en een PC met internet. Hij woonde tot voor kort samen met zijn bejaarde moeder waarbij er sprake was van een sterke afhankelijkheidsrelatie en zonder mogelijkheden tot het uiten van eigen seksuele of relationele wensen. De heer V. woont sinds enkele maanden in een eigen appartement met ondersteuning door twee ambulante begeleiders (totaal 4 uur per week) vanuit een instelling die mensen met een verstandelijke beperking ondersteunt bij wonen, werken, dag- en vrijetijdsbesteding.

De heer V. krijgt thuis en op het werk ondersteuning op vooral psychisch gebied. Zijn zelfbeeld, emoties en gevoelens, zijn behoefte aan sociale contacten, de verstandhouding met zijn moeder en enige zus zijn terugkerende gespreksthemata's.

Op het gebied van seksueel gedrag was de heer V. bekend met masturbatie sinds de puberleeftijd, waarbij hij in het geheim seksuele prikkels zocht door te kijken naar pornomagazines en -dvd's, zowel hetero- als homogericht.

Hulpvragen van de heer V. en van het begeleidend systeem

De heer V. komt in contact met de seksuoloog (PvD) van de begeleidende organisatie, na diverse incidenten waarbij begeleidsters betrokken waren waarin hij seksueel grensoverschrijdend gedrag tentoonspreidde.

In het eerste gesprek laat hij veel spanning zien en vertelt huilend zijn verhaal. Hij is verliefd geworden op zijn begeleidster, nadat zij hem kuste omdat ze voor langere tijd afwezig zou zijn. Hij heeft haar daarop vastgepakt, omhelsd en terug gezoend met zijn tong, waarvan zij niet gediend was. Hij was overweldigd door het vertoon van genegenheid door haar en dit maakte allerlei gevoelens, zowel positief als negatief, bij hem los waar hij geen raad mee wist. De begeleidsters zijn zo aardig, raken hem aan, leggen een arm om hem heen. Maar na dit voorval is dat helemaal veranderd, iedereen lijkt boos. De heer V. heeft seksuele verlangens maar hij heeft geen idee hoe hij hieraan - op een sociaal geaccepteerde manier - vorm kan geven. Hij kent geen andere vrouwen dan familie en begeleidsters en weet niet hoe hij iemand anders kan leren kennen of hoe hij een vrouw zou kunnen aanspreken, een gesprek voeren, een uitstapje regelen. Daarnaast weet hij zich geen raad met zijn schijnbaar ontluikende en zich ook aan hemzelf opdringende seksuele gevoelens. Zijn impulsen bepalen dan zijn gedrag. Hij wordt zichtbaar opgewonden, wil steeds dichtbij zijn begeleidster zitten en probeert haar soms met een smoesje aan te raken. De heer V. vraagt om hulp aan de seksuoloog om voor het eerst in zijn leven gewenste seksualiteit met een sekspartner te kunnen ontdekken: "Ik zou zo graag een vrouw willen zien en voelen." Tegelijkertijd is hij bang om zijn huidige begeleidsters kwijt te raken door dit gedrag. Hij vreest ook de mening van zijn moeder en zus over deze wensen, die op zijn uitdrukkelijke verzoek niet worden ingelicht.

Vanuit de begeleidsters komt de vraag naar voren: "Is dit grensoverschrijdend gedrag en hoe moeten wij hiermee omgaan?" Men heeft concrete adviezen nodig om dit gedrag te begeleiden.

Behandeling

Naar aanleiding van zowel zijn hulpvraag als zijn gedrag krijgt de heer V. gesprekken aangeboden bij de seksuoloog, na afsluiting van het EMDR-traject ter behandeling van zijn jeugdtrauma's. Elk vijfde gesprek bij de seksuoloog komt zijn begeleidster mee. De heer V. heeft talloze vragen over zijn lichaam, over seksueel functioneren, over wat normaal seksueel gedrag is, over zijn beleving: hoe moet je klaarkomen, hoeveel sperma is normaal, wat is anale seks, hoe weet je of je opgewonden genoeg bent, waar zit de clitoris, hoe weet je of je homo bent, hoe vaak mag je masturberen zonder dat je ziek wordt? Dit zijn deels oprecht door hem beleefde puzzels, deels seksualiserende vragen om over seks te kunnen praten.

Van meet af aan is de seksuologische inzet tweeledig: enerzijds de hulpvraag van de heer V. aandacht, ruimte en invulling geven en anderzijds het seksueel grensoverschrijdend gedrag stoppen en gewenst, maatschappelijk geaccepteerd seksueel gedrag leren.

Stoppen grensoverschrijdend gedrag

Regelmatig overvalt de seksuele opwinding hem, ook tijdens de gesprekken met de seksuoloog, en dan wordt er een pauze ingelast. De heer V. leert herkennen wanneer zijn zin in seks de overhand krijgt en dat hij dit kan stoppen door het gesprek te onderbreken. De heer V. gaat dan alleen wandelen, en ontdekt dat de erectie dan verdwijnt. Hij leert ook zichzelf af te leiden van seksuele opwinding door aan andere dingen te denken, zoals vieze auto's wassen.

Parallel aan de behandeling van de heer V. voert de seksuoloog diverse gesprekken met de ambulant begeleiders. Hierin wordt de begeleidingsstijl doorgeproken, aangepast en vastgelegd: de gesprekken met de heer V. vinden voortaan op kantoor plaats, dus niet bij hem thuis en er komen duidelijke regels met betrekking tot aanraken, zitplekken en gespreksthemas. Zo wordt in deze specifieke situatie afgesproken dat seksualiteit alleen met de seksuoloog bespreekbaar is voor meneer V.

Een belangrijk thema in de coaching van de ambulant begeleiders is de vraag of zij de heer V. een pleger of een slachtoffer vinden. Sommigen vinden hem zelig, alleen en afhankelijk. Anderen hebben zorg om de vraag of hij hen als seksueel object gebruikt. Kernpunt is telkens: hoe krijgt meneer van hen de kans om te leren in zijn omgeving, en hoe kunnen zij het beste professioneel met zijn gedrag omgaan?

Voor de ambulant begeleiders, vrouwen, MBO/HBO opgeleid, tussen 35 en 45 jaar, heeft deze cliënt veel leermomenten opgeleverd. Men moest in deze casus afstappen van de gebruikelijke zeer positieve ondersteunende benaderingswijze waarbij fysieke aanrakingen een grote plek hadden. Deze benaderingswijze wekte voortdurend seksualisering van het contact op. Het benoemen van afspraken met betrekking tot bejegening en afspraken over aanraken, zitplekken, fysieke nabijheid was helpend en verhelderend. Dit is beschreven in de begeleidingslijn en geplaatst in het persoonlijk plan van de heer V. Deze aanpak vraagt om directief en eerlijk kunnen zijn van de kant van de begeleiders maar ook heel direct ten aanzien van bespreken, of beter gezegd juist het niet bespreken door begeleiding, van seksualiteit. De kunst is om daarbij dusdanig strategisch te handelen (Došen, 2014) dat de zelfstandigheidsontwikkeling van de heer V. wordt bevorderd, en dat de zakelijke en ook vertrouwde relatie blijft tussen hemzelf en zijn begeleiders. Een cliënt begeleiden zonder deze aan te raken was ook een andere manier van benaderen, daar was nog niet eerder over nagedacht.

Als de heer V. seksuele onderwerpen wilde bespreken was het advies om dit niet te doen, omdat hij hierdoor het contact seksualiseert. Om deze reden pasten de begeleiders ook hun houding en kledingkeuze aan. Door hem serieus te nemen kwam er een gelijkwaardigheid in de relatie, die voor de heer V. nieuw was maar die hij juist hierdoor kon leren hanteren.

Ontplooiing eigen seksualiteit

Om in te gaan op de concrete wens van de heer V., opert de seksuoloog de mogelijkheid van sekszorg oftewel sociaal-erotische zorg. Kruijver (2010) definieert sociaal-erotische zorg als het overkoepelende begrip voor intieme, erotische en/of seksuele zorg aan mensen met lichte, matige of ernstige lichamelijke, verstandelijke, sociale en/of psychiatrische beperkingen. Kenmerkend is dat hierbij, indien gewenst of noodzakelijk geacht, nauwe samenwerking wordt gezocht tussen de cliënt, de sociaal-erotisch verzorgende (m/v) en/of diens organisatie en de bij de cliënt betrokken hulpverlening, ten einde de zorg te faciliteren en/of het sociaal-emotionele proces rondom de zorg te begeleiden.

In de casus introduceert de seksuoloog, naast psycho-educatie via de methode Praten over seks (van Doorn & Janssen, 2008), elementen uit de cognitieve gedragstherapie, ook sociaal-erotische zorg teneinde de heer V. een leeromgeving te bieden, waarin hij veilig en gefaseerd nieuwe ervaringen kan opdoen en generaliseren naar zijn dagelijkse leven.

Het bezoek van de seksverzorgende wordt vooraf zeer uitgebreid besproken, wensen en verwachtingen worden minutieus onderzocht. Het seksuele contact is voor de heer V. zowel beangstigend als zeer aantrekkelijk.

De keuze voor de organisatie waar de seksverzorgende bij aangesloten was, werd bepaald door de verwachte mate van professionaliteit. Een uitgebreid intakegesprek, evaluatie van de contacten, veranderen en aanpassen van de contacten waar nodig, zijn hierin cruciaal.

Voor de eerste bezoeken van de seksverzorgende is veel ondersteuning nodig. Praktisch: eerst douchen, nagels knippen, bed verschonen. En psychisch: wat vindt ze van mij, wat moet ik zeggen, wat als ik het niet kan, hoe zeg ik wat ik wil, ze is niet aardig wat nu?

Uiteindelijk heeft de heer V. gedurende 1,5 jaar elke twee weken contact met een seksverzorgende. Hij ziet in totaal vier verschillende vrouwen. Hij blijft steeds gesprekken met de seksuoloog hebben, maar de intervallen tussen de gesprekken worden groter. De ontwikkeling die de heer V. doormaakt is terug te zien in de logboekantekeningen van de seksverzorgende:

Vanavond bij de heer V. was het zoals gebruikelijk. Hij is erg blij als ik er ben en heel actief. Hij voelt zich steeds meer op zijn gemak. De heer V. kan zijn wensen goed kenbaar maken en we hebben een plan gemaakt om die wensen geleidelijk te vervullen.

De heer V. is waarschijnlijk een zeer creatief iemand. Zijn huis is zeer smaakvol ingericht met enkele zelfgemaakte beelden. Ik realiseer me weer zo goed hoe slecht stress is voor een mens, want de heer V. is ook één brok zenuwen en bijna altijd schrikkerig.

De heer V. heeft een vreselijke jeugd gehad met een vader die hem mishandelde.

Hij vertelde daar regelmatig over en had er nog steeds last van. Met ons kon hij zijn seksuele fantasieën uitleven en dat doet hem, daar ben ik van overtuigd, veel goed.

De heer V. laat duidelijk groei zien in zijn ontwikkeling met betrekking tot het hanteren van zijn eigen seksuele gevoelens en seksueel functioneren. Maar ook buiten het seksuele gedrag maakt hij, op zijn eigen manier, sociale vorderingen. Hij krijgt e-mail-contact met een vrouw via een datingsite. Hij wordt zelfverzekerder in zijn omgang met anderen, maakt nieuwe kennissen en kan beter met zijn angsten omgaan. Hij geniet intens van de seksuele contacten.

Seksuoloog als regisserend behandelaar

Het is goed om stil te staan bij de positie die de seksuoloog tijdens het hele traject innam. Zij nam doelbewust een regisserende rol aan, waarbij ze zowel naar de heer V., het zorgsysteem en de later betrokken seksverzorgenden ondersteunend werkte en tegelijkertijd richting gaf aan de behandeling. Een integrale aanpak was nodig.

De heer V. zelf had een duidelijke plek nodig om al zijn vragen en onzekerheden te bespreken alvorens hij zich sociaal, naar begeleidsters toe, kon openstellen. Datzelfde openstellen maar ook zijn wensen verwoorden gold, maar dan in de seksuele vorm, naar de seksverzorgende die hij zo op een veilige manier kon ontmoeten. Ook werd hij ondersteund in zijn keuze om zijn familie niet op de hoogte te stellen van zijn gedrag en zijn wensen.

De heer V. werd door het professionele systeem in eerste instantie als bedreigend ervaren, zij waren erg geschrokken van de grensoverschrijdingen (er is een officiële meldingsprocedure doorlopen; zorgorganisaties hebben de verplichting bij vermoedens van seksueel misbruik deze op te starten). Doordat er beleid over seksuele gezondheid voorhanden was en een verwijzing naar een seksuoloog mogelijk, is verder gekeken dan alleen naar het eerste gedrag van deze cliënt. Een belangrijk aspect hierin was de waarneming dat de begeleidsters in zekere zin ook "grensoverschrijdend" naar de heer V. waren, door zich niet bewust te zijn van de impact van hun spontane manier van omgaan en aanraken. Hierin kon juist de seksuoloog een rol nemen als regisseur naar zowel cliënt als organisatie, en later de seksverzorgende. Vanuit het samen ontleden van het leven en dus de mogelijkheden en beperkingen van de heer V., kon gekeken worden naar de werkelijke betekenis van zijn gedrag.

Beschouwing

Na 2 jaar wordt de behandeling bij de seksuoloog afgesloten. De heer V. heeft uitgerekend hoe lang hij, financieel gezien, van de seksverzorgende gebruik kan maken en wil dit in de toekomst blijven doen tot dat hij misschien een partner vindt.

De mogelijkheid om een seksverzorgende te kunnen inzetten, bleek een goede oplossing voor deze cliënt. Alle betrokkenen (ambulant begeleidsters, EMDR-therapeut, seksuoloog en seksverzorgenden) samen hebben hem voldoende kunnen bieden. Vooral met zijn persoonlijk ambulant begeleidster had de heer V. een goede hulpverleningsrelatie opgebouwd. Dit ondanks dat hij haar in zijn fantasie soms tot seksueel object maakte. Door haar duidelijke, begrenzend maar toch voldoende vertrouwen biedende houding, heeft hij ook deze seksuele fantasieën leren hanteren.

Door de seksuoloog is veel geïnvesteerd in het contact met de seksverzorgenden, om de heer V. te ondersteunen in het seksuele contact en om zijn wensen te verwoorden. Andersom hadden de seksverzorgenden informatie nodig om de heer V. op de juiste manier te kunnen benaderen. De seksuoloog gaf aanwijzingen in de benadering van hem als persoon, concreet taalgebruik en het structureren van het contactuur.

Ook de professionele houding van de seksverzorgenden droeg bij aan het goede verloop van het traject. Een discrete houding en de bijzondere vrouwen die hem hierin ondersteunden, bleken een goede basis voor de heer V. om te kunnen groeien in zijn ontwikkeling. De factoren voor een succesvolle inzet van sekszorg zijn samengevat in box 1.

Box 1. Voorwaarden voor succesvolle inzet van sekszorg

- De cliënt moet in staat zijn om ondersteunende begeleiding te accepteren en, indien nodig, te profiteren van andere behandelingen dan sociaal-erotische zorg, zoals EMDR, en seksuologische behandeling
- Het aanwezig zijn binnen de begeleidende organisatie van een beschreven en geïmplementeerde visie op seksuele gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking
- Aandacht voor de positie van begeleidsters, die coaching nodig hadden om een optimale professionele attitude aan te nemen
- Intensieve samenwerking en overleg tussen alle professionals, met een seksuoloog als regisseur
- Voldoende financiële draagvlak om sekszorg te kunnen bekostigen

Terugkijkend zien we een 52-jarige man met lichte verstandelijke beperking die niet gewend was om met andere vrouwen om te gaan, anders dan zijn bejaarde

moeder en zijn zus. In zijn gezin van herkomst werd hij weinig positief aangeraakt en in zijn omgeving deed hij geen enkele ervaring op met gewenst seksueel gedrag. Toen hij, eenmaal in zijn eigen appartement, door de aardige en invoelende begeleidsters werd ondersteund, bracht dit hem ernstig in verwarring. Hij kreeg zowel herbelevingen van zijn vroegere trauma's als, voor het eerst in zijn leven, contact met zijn eigen seksuele verlangens. Hij kon beide nauwelijks sturen, het overkwam hem.

Door zowel een traumabehandeling te krijgen alsook erkenning en normalisatie van zijn seksuele behoeften, ontstond er voor deze cliënt een veilige situatie om zijn eerste gewenste seksuele contacten te kunnen beleven in een hele gestructureerde omgeving. Zeker in de beginperiode is hierin duidelijk sturing geboden. Zo mocht meneer alleen met de seksuoloog over seks praten, juist om te leren omgaan met de seksuele opwinding die dit voor meneer met zich meebracht.

In de loop van de behandeling kon meneer de seksuele opwinding zelf reguleren en is dit advies ingetrokken. Dit bracht beweging in zijn ontwikkeling ten aanzien van verschillende aspecten. Hij werd erkend als man met normale verlangens, hij vond mogelijkheden om zichzelf seksueel te ontdekken, hij kon veilig leren in de ontmoetingen met de seksverzorgenden.

Het seksuele ontwaken bracht voor hem veel nieuwe ervaringen, maar met die ervaringen kwamen er ook meer angsten. Er was een periode dat de heer V. eigenlijk meer bang was dan dat hij positieve zaken zag. De therapie en begeleiding bestonden toen ook uit het mogen voelen van zijn angst, op zichzelf leren vertrouwen, het zich enigszins losmaken van het bekende, maar ook van het beperkende ouderlijke gezin. Tegelijk kon hij ervaren dat zijn vroegere angsten anders waren dan de huidige. Nu kon hij groeien naar een positiever zelfbeeld, meer zelfvertrouwen verwerven. Hij werd meer volwassen.

Dat bleek ook uit de groei op seksueel gebied. Die groei behelsde het onderzoeken van wat hij op seksueel gebied wilde, wat hij fantaseerde en tot uitvoering durfde te brengen, in de nieuwe veilige omgeving met een seksverzorgende die hij kon vertrouwen. En tegelijk leerde hij welke gedragingen wel en niet konden in zijn sociale omgeving.

Conclusie

Deze casus is een voorbeeld van het zorgvuldig interpreteren van seksueel grensoverschrijdend gedrag van een man met een lichte verstandelijke beperking, een gerichte traumabehandeling en daarna een passende seksuologische behandeling ondersteunt door sociaal erotische zorg, in combinatie met aandacht voor verbetering van de professionele houding van de begeleidsters. Dit gaf een grote wending aan het leven van deze 52-jarige man. Hij verwoordde het als volgt: "Ik heb het gelukkigste jaar van mijn leven gehad."

Literatuur

- Chrastina, J., & Večeřová, H. (2018). Supporting sexuality in adults with intellectual disability — A short review. *Sexuality and Disability*. doi: 10.1007/s11195-018-9546-8. [Epub ahead of print].
- De Zutter, M. (2016). *Theoretische kaders ter ondersteuning van personen met een verstandelijke beperking: Een vergelijkende studie naar hun verhouding tot emotionele ontwikkeling en Quality of Life*. Gent: Universiteit Gent.
- Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Dukes, E., & McGuire, B.E. (2009). Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 53, 727–734.
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50 Suppl 2, S255-259.
- Kruijver, E. (2010). Sociaal erotische zorgverlening: een poging tot definiëring en enkele ethische overwegingen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34, 204-210.
- Sterkenburg, P. (2011). Overvraging en ondervraging, bron van gedragsproblemen. *Markant*, 6, 16-18.
- Stoffelen, J.M.T. (2018). *Sexuality and Intellectual Disability*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Van Berlo, W., de Haas, S., van Oosten, N., van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: RutgersWPF/Movisie.
- Van Doorn, P., & Janssen, A. (2008). *Praten over seks, methode voor het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking bij hun seksuele ontwikkeling*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Van Ham, J., Kolster, J.A., van der Meulen, A.G., van Ninhuis, R., & Sterk, K.H. (2018). *Praktijkgericht onderzoek naar een richtlijn met betrekking tot de inzet van sociaal erotische zorgverlening voor mensen met een verstandelijke beperking*. Vught/Oisterwijk/Genep/Goes: Cello / De Hondsborg / Dichterbij / Gors.
- Vonk, J., & Hosmar, A. (2009). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking. Een denk- en handelingskader voor de praktijk*. Leuven: Acco.
- World Health Organization. (2018). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geneva: World Health Organization.

Summary

Social erotic care as therapeutic intervention for an adult man with an intellectual disability presenting inappropriate sexual behaviour

There is considering limited and lacking scientific literature including case studies regarding the deployment of sex care (the popular term of social erotic care) for individuals with (mild) intellectual disabilities. This case study contributes to bridge this gap. The case is an example of a clinical approach to bend inappropriate sexual behaviour into positive social and sexual development and acceptable sexual behaviour made possible by an integral sexuality policy within the healthcare institution. Some prerequisites for the deployment of sex care are specified.

Keywords: intellectual disability, inappropriate sexual behaviour, erotic care, professional approach

Trefwoorden: verstandelijke beperking, seksueel grensoverschrijdend gedrag, sociaal erotische zorg, professionele benadering