

**DE SEKSUELE ONTWIKKELING
VAN KINDEREN MET EEN BEPERKING OF
PSYCHIATRISCH PROBLEEM**

DE SEKSUELE ONTWIKKELING VAN KINDEREN MET EEN BEPERKING OF PSYCHIATRISCH PROBLEEM

Utrecht, 2 december 2014

Auteurs: Hanneke de Graaf, Sanna Maris

Projectnummer:

Rutgers WPF

Deze literatuurstudie is mogelijk gemaakt door financiering van het ministerie van OCW in het kader van het project 'van kwetsbaar naar weerbaar'

© 2014, Rutgers WPF

Alle rechten voorbehouden

www.rutgerswfp.nl

Voorwoord

Seksualiteit bij kinderen en jongeren met een beperking is lange tijd een onderbelicht thema geweest. Voor professionals en ouders is het niet vanzelfsprekend dat deze kinderen en jongeren zich ook seksueel ontwikkelen en juist behoefte hebben aan extra informatie.

Kerdoelen seksuele vorming

Sinds december 2012 moeten scholen aandacht besteden aan seksualiteit, weerbaarheid en seksuele diversiteit, aangezien dit is opgenomen in de kerndoelen voor het speciaal onderwijs (SO) en voortgezet speciaal onderwijs (VSO). En dat is maar goed ook. Het is in de afgelopen jaren steeds duidelijker geworden dat kinderen en jongeren met een beperking kwetsbaar zijn en veel risico lopen op seksueel geweld (Berlo, W. et.al., 2011).

Ondersteuningsbehoefte bij seksuele vorming

Vanuit het (voortgezet) speciaal onderwijs komt al jaren een duidelijke ondersteuningsbehoefte op het gebied van seksuele vorming naar boven. Op veel scholen ontbreekt een eenduidige visie en een planmatige aanpak. Daarbij hebben docenten behoefte aan praktische handvatten. Het liefst in de vorm van een uitwerking van de nieuwe kerndoelen in een doorlopende leerlijn, aangevuld met wetenschappelijke inzichten en methodieken (CED-Groep, 2008; Gesell, Maris, Van Berlo & Van Haastrecht, 2010).

Binnen het project ‘*van kwetsbaar naar weerbaar*’ slaan Rutgers WPF en de CED-groep de handen ineen om te voorzien in deze behoeften. Het doel van het project is om kinderen en jongeren met een beperking te ondersteunen bij hun seksuele ontwikkeling en hen in staat te stellen om zelf (op termijn) seksueel gezonde keuzen te maken. Het project eindigt in 2015 en is mogelijk gemaakt door financiering van het ministerie van OCW.

Literatuurstudie

Deze literatuurstudie heeft als doel de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren met een beperking of psychiatrische problemen in beeld te brengen, zodat de ontwikkelde leerlijn goed aansluit bij de leerlingen in het (V)SO. De wetenschappelijke literatuur naar de seksuele ontwikkeling van deze kinderen en jongeren is echter schaars. Waarschijnlijk is dit te wijten aan het feit dat de doelgroep divers is - veel verschillende beperkingen, die elk eigen problemen met zich meebrengen - en relatief klein (zo'n 35.000 leerlingen op het VSO). En dat het onderwerp *seksualiteit* jarenlang geen prioriteit is geweest bij deze jongeren. Ook is voor onderzoek onder deze jongeren een speciale methodiek vereist. Hierdoor kunnen ze niet eenvoudig in grootschalige studies - zoals *Seks onder je 25^e* - meegenomen worden. De literatuurstudie is daarom aangevuld met inzichten van experts, via telefonische interviews. Bij de praktische vertaalslag van de wetenschappelijke inzichten wordt daarnaast gebruik gemaakt van de expertise van een aantal experts uit onderwijs en expertisecentra.

Inleiding

In het speciaal onderwijs zit een zeer diverse groep kinderen en jongeren met verschillende beperkingen of psychiatrische problemen. Om de leerlijn goed aan te laten sluiten bij al deze jongeren, wordt onderzocht hoe de seksuele ontwikkeling verloopt bij een aantal van de belangrijkste groepen in het speciaal onderwijs, te weten: (kinderen en) jongeren met een licht verstandelijke beperking, met een visuele beperking, met een auditieve beperking, met een lichamelijke beperking, met autisme en met ADHD.

De vraagstellingen die met dit onderzoek worden beantwoord zijn:

- 1) Op welke punten verloopt de seksuele ontwikkeling in deze doelgroepen anders dan bij andere (kinderen en) jongeren?
- 2) Welke aspecten van de seksuele gezondheid verdienen extra aandacht?
- 3) Hoe kan hier in opvoeding en onderwijs op aangesloten worden?

Methode

Deze vragen worden beantwoord aan de hand van een literatuurstudie en telefonische gesprekken met enkele experts op het terrein van de seksuele ontwikkeling van deze doelgroepen, namelijk Dilana Schaafsma en Joke Stoffelen (verstandelijke beperking), Jeroen Dewinter (autisme), Carla Vlaskamp (mensen met een ernstige verstandelijke beperking) en Gert de Graaf (kinderen met Down syndroom). Om een referentiekader te schetsen, starten we deze rapportage met een beknopte omschrijving van hoe de seksuele ontwikkeling over het algemeen verloopt bij kinderen en jongeren op het reguliere onderwijs. Deze beschrijving is gebaseerd op een literatuuronderzoek dat Rutgers WPF eerder uitvoerde (De Graaf, 2014).

Inhoudsopgave

1. Hoe verloopt de seksuele ontwikkeling 'normaal' gesproken?	1
2. En hoe gaat dit bij kinderen en jongeren met een beperking of psychiatrisch probleem?	3
2.1 Bij een verstandelijke beperking	3
2.2 Bij een visuele beperking	4
2.3 Bij een auditieve beperking	5
2.4 Bij een lichamelijke beperking	6
2.5 Bij autismespectrumstoornissen (ASS)	7
2.6 Bij ADHD	8
3. Conclusie	11
Literatuur	13

1 Hoe verloopt de seksuele ontwikkeling 'normaal' gesproken?

De kleuterperiode is echt een ontdekkingsfase. Kleuters ontdekken dat ze een jongetje of een meisje zijn en wat daarbij komt kijken. Ze ontdekken hun lichaam en dat van anderen: hoe het eruit ziet, aanvoelt, heet en wat je ermee kunt. Ze zijn vaak ook erg nieuwsgierig naar van alles, bijvoorbeeld naar waar baby's vandaan komen. En ze moeten zich verschillende sociaal culturele regels nog eigen maken, dus het komt nog al eens voor dat kinderen van deze leeftijd hun blote billen aan een ander laten zien of in het openbaar aan hun geslachtsdelen zitten.

Kinderen van zeven tot en met negen jaar kennen deze regels steeds beter. Schaamte doet dan ook zijn intrede en je ziet dat kinderen dan eerder de wc deur op slot doen of een handdoek om zich heen houden bij het omkleden. Toch provoceren kinderen op deze leeftijd de regels ook regelmatig, bijvoorbeeld door vieze woorden te roepen of tekeningen te maken van borsten of geslachtsdelen. Langzamerhand spelen kinderen steeds meer in sekse-homogene paren of groepen. De eerste verliefdheden vinden dan plaats en een enkel kind heeft dan al 'verkering', hoewel dit nog niet zo veel verder gaat dan enkel de afspraak dat je met elkaar gaat.

Vanaf een jaar of tien komen er pre-puberale processen op gang. Tussen het tiende en twaalfde jaar vinden al behoorlijk wat lichamelijke veranderingen plaats die de nodige onzekerheid met zich mee kunnen brengen. De interesse in alles wat met seks te maken heeft komt op gang: er wordt veel met vrienden over dit onderwerp gekletst, ouders krijgen allerlei vragen en kinderen gaan op zoek naar informatie over seksualiteit of seksueel getinte plaatjes en filmpjes. De interesse in dit thema loopt tussen kinderen van deze leeftijd wel sterk uiteen. De één moet er nog niet aan denken, de ander verheugt zich al erg op de tijd die komen gaat.

Tussen het 13^e en 15^e jaar gaan kinderen zich langzamerhand steeds meer losmaken van hun ouders. Tegelijkertijd wordt de mening van de vriendengroep steeds belangrijker. De interesse in seks komt in deze periode steeds meer op gang: jongeren gaan fantaseren, worden seksueel opgewonden en gaan masturberen. Dat laatste geldt vooral voor jongens, en die zoeken ook vaker seksueel getint beeldmateriaal op, vooral op internet. Vrijwel alle jongeren van deze leeftijd zijn wel eens verliefd geweest en een deel van hen heeft ook verkering (gehad). Binnen deze relaties beperkt seksueel gedrag zich nog vooral tot zoenen en eventueel voelen en strelen.

In de periode van 16 tot en met 18 jaar worden relaties en seksuele contacten langzamerhand steeds serieuzer. Seks gaat stapje voor stapje verder en veel jongeren doen in deze periode de eerste ervaringen op met vingeren en aftrekken, geslachtsgemeenschap en orale seks. Daarin zijn laag opgeleide jongeren er over het algemeen wat eerder bij dan hoog opgeleide jongeren. In de eerste (seksuele) relaties is het leren onderhandelen en overleggen met de ander een belangrijke ontwikkelingstaak. Ook ontdekken veel jongeren in deze periode of ze op jongens of meisjes vallen. Voor degenen bij wie dit het eigen geslacht is, kan dit een verwarrende tijd zijn, die meestal wordt afgesloten met het zichzelf benoemen als homo, lesbisch of bi en dit aan anderen vertellen.

2 En hoe gaat dit bij kinderen en jongeren met een beperking of psychiatrisch probleem?

2.1 Bij een verstandelijke beperking

Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking hebben een IQ lager dan 70/75. Dit gaat gepaard met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid. De groep mensen met een verstandelijke beperking is zeer heterogeen. Ten eerste wordt onderscheid gemaakt tussen licht verstandelijk beperkte (IQ 50/55-70), matig verstandelijk beperkte (IQ 35/40-50/55), ernstig verstandelijk beperkte (IQ 20/25-35/40) en diep verstandelijk beperkte (IQ lager dan 20/25) jongeren. Daarnaast kan de oorzaak van de beperking verschillen, de leeftijd waarop deze zijn intrede doet en de bijkomende problemen. Het syndroom van Down is een bekende aangeboren aandoening die gepaard gaat met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking. Vrijwel al het bestaande onderzoek over de seksuele ontwikkeling van jongeren met een verstandelijke beperking heeft betrekking op licht verstandelijk beperkte jongeren. De informatie in dit literatuuroverzicht heeft daarom betrekking op deze groep.

Lichamelijk verloopt de seksuele ontwikkeling bij jongeren met een licht verstandelijke beperking niet heel anders dan bij normaal begaafde jongeren. De eerste menstruatie en zaadlozing vinden dus rond dezelfde leeftijd plaats als bij normaal begaafde jongeren. Alleen bij bepaalde syndromen kan de puberteit soms wat later op gang komen. Veel verstandelijk beperkte jongens en sommige meisjes ontdekken ook masturbatie. Dit is ook bekend van jongeren met een ernstige verstandelijke beperking. Verstandelijk beperkte jongeren ontdekken echter wel uit zichzelf de techniek van masturbatie, maar niet de waarden en normen eromheen. Ze moeten bijvoorbeeld leren dat er een tijd en plaats is waar masturbatie gepast is, en wanneer het niet hoort. Ook worden jongeren met een verstandelijke beperking net als andere jongeren verliefd. Van jongeren met Downsyndroom is bekend dat ze vaak in eerste instantie verliefd worden op mensen zonder Downsyndroom. Ze worden in hun verliefdheden ook nogal eens afgewezen. De kans op verkering is voor deze jongeren niet groot, vooral omdat ze minder keuze hebben, maar zeker niet onmogelijk (De Graaf-Posthumus, 2012).

Sociaal-emotioneel verloopt de ontwikkeling bij verstandelijk beperkte jongeren veel langzamer dan bij normaal begaafde jongeren, waardoor er op een gegeven moment een verschil ontstaat tussen wat iemand fysiek gezien 'kan' en sociaal-emotioneel 'aankan'. Zo kan iemand in staat zijn om met een ander te vrijen, maar heeft hij door een lage emotionele ontwikkeling weinig zicht op wat zijn gedrag bij anderen oproept. Goede informatie is daarom voor deze groep extra belangrijk. Verstandelijk beperkte jongeren hebben minder toegang tot informatie, kunnen minder snel iets begrijpen, en hebben daardoor minder kennis van seksualiteit en intimiteit dan normaal begaafde jongeren. Ze ontdekken de wereld samen met vrienden, die vaak zelf ook verstandelijk beperkt zijn en alles ook wat minder goed begrijpen. Ze nemen wat gezegd wordt vaak heel letterlijk en begrijpen niet de nuances of verhullend taalgebruik (wat in gesprekken over seksualiteit vaak wordt gebruikt). Ouders en verzorgers vinden het vaak moeilijk om heel expliciet over seksualiteit te praten. Ook zien ze deze jongeren niet als seksueel of vinden dat ze dit niet horen te zijn, omdat deze jongeren sociaal-emotioneel gezien veel jonger zijn. Verstandelijk beperkte jongeren kijken naar TV programma's waar andere jongeren ook naar kijken, maar pikken daar waarschijnlijk andere dingen uit op. Ook hebben ze minder autonomie en privacy dan normaal begaafde kinderen en daarom minder mogelijkheden om te experimenteren en dingen zelf te ontdekken. Daarnaast hebben normaal begaafde kinderen veel meer mogelijkheden om zelf de juiste informatie te vinden (De Graaf-Posthumus, 2012, aangevuld met gesprekken met Dilana Schaafsma & Joke Stoffelen).

De discrepantie tussen hun lichamelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling, de afhankelijkheid van anderen, het gebrek aan kennis en de grotere mate van naïviteit maakt deze jongeren kwetsbaar voor grensoverschrijdend gedrag. 28% van de vrouwen en 19% van de mannen met een verstandelijke beperking heeft in hun jeugd een vorm van seksueel misbruik meegemaakt (Van Berlo

et al., 2011). Mannen met een verstandelijke beperking komen relatief vaak vanwege ‘seksueel ongepast gedrag’ in de seksuologische hulpverlening terecht (Manders, 2010). Juist om deze reden is goede seksuele vorming voor deze doelgroep heel belangrijk. In Engeland is door Cambridge en Carnaby (2002) een soort richtlijn ontwikkeld voor de zorg voor matig tot ernstig verstandelijk beperkten. Het advies bij deze doelgroep is vooral: houdt misbruik in de gaten, maar doe niet alsof ze geen seksuele gevoelens hebben (uit gesprek met Carla Vlaskamp).

2.2 Bij een visuele beperking

Iemand heeft een visuele beperking als hij of zij niet of slechts gedeeltelijk kan zien. Hier wordt de seksuele ontwikkeling van zowel blinde als slechtziende kinderen en jongeren beschreven. Blind zijn betekent dat iemand niet of minder ziet dan 5% of dat het gezichtsveld is beperkt tot minder dan 10%. Bij slechtziendheid is de gezichtsscherpte en/of het gezichtsveld (met bril) minder dan 30%. Er zijn veel verschillende vormen van slechtziendheid, bijvoorbeeld niet scherp zien, donkere vlekken zien of niets zien aan de zijkant. Een visuele beperking kan aangeboren zijn, maar ook later zijn ontstaan. Het kan stabiel zijn of steeds erger worden. Soms komt de visuele beperking samen voor met een lichamelijke, verstandelijke of auditieve beperking. Een kwart van de verstandelijk beperkte jongeren heeft bijvoorbeeld een visuele beperking (Tielen, 2008).

Er bestaat geen onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van visueel beperkte kinderen, maar er zijn wel verschillen tussen goedziende en visueel beperkte kinderen te vinden op andere - aan seksualiteit gerelateerde - terreinen van ontwikkeling. Zo zijn visueel beperkte kinderen iets vaker angstig gehecht, doordat ze de ouders niet (goed) kunnen zien en dus minder goed in de gaten kunnen houden of de ouders bij hen zijn of even de kamer verlaten. Deze hechtingsstijl kan doorwerken in relaties op latere leeftijd. Daarnaast ontwikkelt het ik-besef zich bij deze kinderen later, doordat dit vooral of uitsluitend via gehoor en tast moet plaatsvinden en deze kinderen minder of geen visuele bevestiging krijgen van de ouders. Het verschil tussen jongens en meisjes moeten blinde kinderen ontdekken met behulp van tast, wat niet in alle gezinnen wordt toegestaan. Hierdoor kan de genderrolontwikkeling ook later op gang komen dan bij goedziende kinderen. Daarnaast lopen visueel beperkte kinderen vaak wat achter in hun spelontwikkeling, omdat ze dit niet of minder goed van andere kinderen kunnen afkijken. Daarom doen ze wellicht ook minder vaak seksuele fantasiespelletjes. De lichamelijke ontwikkeling aan het eind begin van de puberteit verloopt niet anders dan bij goedziende kinderen, maar blinde en slechtziende kinderen kunnen hier wel meer onzeker over zijn, omdat ze zichzelf niet (goed) kunnen zien en vergelijken met anderen (Kef & Van Berlo, 2008).

Jongeren met een visuele beperking lopen tegen een aantal belemmeringen aan, die van invloed kunnen zijn op het verloop van de seksuele ontwikkeling. Op de eerste plaats hebben jongeren met een visuele beperking problemen met communiceren, omdat non-verbale communicatie (het aflezen van gezichtsuitdrukkingen, oogcontact maken) moeilijk of onmogelijk is. Ze zijn beperkt in het vergaren van kennis over seksualiteit, omdat ze hiervoor bijvoorbeeld minder goed of geen gebruik kunnen maken van visuele middelen (zoals de media). Ze kunnen ook minder goed bij anderen of in de media afkijken hoe relaties en seksualiteit werken. Deze jongeren zijn afhankelijker van hun ouders en hebben tegelijkertijd een kleiner sociaal netwerk. Doordat deze jongeren minder mobiel zijn, komen ze minder vaak op plekken waar ze andere jongeren kunnen ontmoeten. Kef & Bos (2006) vonden ook dat deze jongeren vaker met de ouders en minder vaak met vrienden over seksualiteit praten. Het ‘anders’ zijn levert meer ervaring met afwijzing en meer gevoelens van onzekerheid op. Ten slotte is het voor deze jongeren lastiger om vast te stellen of er voldoende privacy is om te kunnen masturberen of seks te hebben (Kef & Bos, 2008; Kef & Van Berlo, 2006; Tielen, 2008).

Al deze belemmeringen zorgen ervoor dat blinde en slechtziende jongeren vergeleken met goedziende jongeren minder ervaring hebben met verkering en seksueel gedrag en dat ze de eerste ervaringen hiermee later opdoen. Slechtziende jongeren zitten wat dit betreft tussen blinde en goedziende jongeren in, maar lijken meer op blinde dan op goedziende jongeren. Jongeren met een

visuele beperking verschillen niet van goedziende jongeren wat betreft verliefdheid, opwinding, ervaring met masturbatie en kennis (Tielen, 2008). Ze zijn wel kwetsbaar voor seksueel misbruik: 20% van de vrouwen en 18% van de mannen met een visuele beperking heeft in hun jeugd een vorm van seksueel misbruik meegemaakt (Van Berlo et al., 2011). Het verdient aanbeveling om in het onderwijs met tastbaar materiaal te werken, dat zo levensecht mogelijk is. Daarbij moeten begrippen heel goed worden uitgelegd en ook duidelijk worden gemaakt wat goedzienden kunnen zien.

2.3 Bij een auditieve beperking

Jongeren met een auditieve beperking zijn ofwel doof, ofwel slechthorend. Kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) hebben auditieve verwerkingsproblematiek. Slechthorende kinderen zijn in staat om (eventueel met hulpmiddelen) gesproken taal te verstaan, dove kinderen niet. De meeste literatuur over de seksuele ontwikkeling van jongeren met een auditieve beperking, gaat over dove kinderen. In het speciaal onderwijs zitten kinderen met een auditieve beperking in cluster 2. In dit cluster zitten ook veel kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS), voorheen ernstige spraaktaal moeilijkheden (ESM). Wij hebben geen Nederlandse literatuur kunnen vinden over de specifieke seksuele ontwikkeling van kinderen met TOS, maar veel van de communicatieproblemen die slechthorende kinderen ondervinden, gelden ook voor deze groep. Ze verstaan de gesproken taal matig, maar ervaren problemen bij taalbegrip.

Doofheid en slechthorendheid kunnen voor communicatieproblemen zorgen, en deze communicatieproblemen kunnen gevolgen hebben voor de seksuele ontwikkeling (Knors & Trommelen, 2008). Voor kinderen die gebarentaal gebruiken, is de mate waarin zij last hebben van communicatieproblemen onder andere afhankelijk van de mate waarin anderen gebarentaal beheersen. Met gebaren kun je bijna alles zeggen, maar dan moet je dat wel allebei kunnen. Voor het praten over seksualiteit missen ouders en leerkrachten soms de benodigde gebarentaal of ze vinden gebaren voor seksualiteit te expliciet (Fodok, 2002). Hierdoor leggen ouders en leerkrachten minder uit zichzelf uit en hebben dove en slechthorende jongeren ook minder vaak iemand bij wie ze terecht kunnen met vragen. Ook is veel voorlichtingsmateriaal niet geschikt voor dove jongeren. Doordat ze niet horen wat er niet gezegd wordt, zijn deze jongeren zich ook minder bewust van taboes. Ze voelen bepaalde gedragsregels minder goed aan en kunnen anderen minder goed peilen of hun behoefte aan privacy inschatten. Ze kunnen fysieker zijn, vaker anderen aanraken, wat verkeerd geïnterpreteerd kan worden. Naast de beperkte toegang tot informatie is ook bij deze jongeren het sociale netwerk kleiner. Hierdoor is er vaker sprake van isolement, hebben ze minder voorbeelden van relaties en seksualiteit en minder mogelijkheden om een partner te vinden. Het besef 'anders' te zijn kan net als bij visueel beperkte jongeren voor onzekerheid zorgen. Ook zijn deze jongeren afhankelijker van ouders en andere volwassenen dan goed horende jongeren en hebben ze vaak minder privacy.

Deze jongeren zijn vaak beperkter in het vinden van een partner dan jongeren zonder beperking en ze doen daarom minder of later ervaring op met relaties en seksualiteit. Dat geldt vooral voor dove jongeren die de voorkeur geven aan een dove partner. Ook is het voor hen lastiger om met een eventuele partner over seksualiteit te praten. Het niet goed begrijpen van de communicatie rond wensen en grenzen (bijvoorbeeld hoe anderen jouw signalen interpreteren, of hoe je zelf signalen van anderen moet interpreteren), maakt dat dove kinderen meer risico lopen op seksueel misbruik en agressie. 29% van de vrouwen en 10% van de mannen met een auditieve beperking heeft in hun jeugd een vorm van seksueel misbruik meegemaakt (Van Berlo et al., 2011). Het gebrek aan kennis maakt hen ook kwetsbaarder en naïefer en minder genuanceerd in hun denken. In het onderwijs moeten vooral de relationele en emotionele kanten van seks extra aandacht krijgen.

2.4 Bij een lichamelijke beperking

In dit gedeelte beschrijven we de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren met een motorische beperking. Dit is een beperking waarbij iemand door een probleem aan zijn lichaamsdelen gehinderd is in het bewegen of handelen. Dit kan komen doordat lichaamsdelen niet volgroeid of beschadigd zijn (fysieke afwijkingen) of doordat lichaamsdelen door aantasting van zenuwen of spieren niet goed functioneren (functionele afwijkingen). Functionele afwijkingen zijn bijvoorbeeld verlammingen (bijvoorbeeld dwarslaesie), spierziekten (bijvoorbeeld de ziekte van Duchenne) of stoornissen in de samenwerking van spieren (zoals tremors en spasticiteit). Motorische beperkingen kunnen aangeboren of verworven zijn, en stabiel of progressief. In Cluster 3 van het speciaal onderwijs, waar jongeren met een motorische beperking zitten, zitten ook jongeren die langdurig ziek zijn (met bijvoorbeeld epilepsie, diabetes of reuma). De seksuele ontwikkeling van deze heterogene groep jongeren wordt hier niet beschreven, maar veel van de motorische en psychosociale belemmeringen die kinderen met een lichamelijke beperking ondervinden, zullen ook van toepassing zijn op deze groep.

Jonge kinderen met een beperking worden soms minder geknuffeld dan kinderen zonder beperking (Meihuizen-De Regt, Wiegerink & Van der Doef, 2008). Dat kan komen doordat de ouders de beperking nog moeten accepteren, doordat ouders teveel bezig zijn met de verzorging of door fysieke belemmeringen, bijvoorbeeld van medische apparaten. Minder knuffelen en aanraking kan de sociaal-emotionele ontwikkeling belemmeren. Daarnaast kan de genderrolontwikkeling vertraging oplopen, als de zorg voor het kind meer aandacht krijgt dan dat hij een jongen of meisje is (Van Berlo en Van der Put, 2003). Kinderen met een lichamelijke beperking hebben minder contact met andere kinderen, waardoor er minder mogelijkheden zijn om spelenderwijs het eigen lichaam en dat van anderen te ontdekken (Meihuizen-de Regt et al., 2008; Murphey & Young, 2005). Door de voortdurende zorg blijft ook de ontwikkeling van een schaamtegevoel wat achter, en moeten deze kinderen duidelijke uitgelegd krijgen wanneer het wel of niet gepast is als anderen je geslachtsdelen kunnen zien (Kuyper & Maris, 2012).

Bij sommige lichamelijke beperkingen verloopt de lichamelijke ontwikkeling anders. Bij cerebrale parese begint de puberteit bijvoorbeeld eerder en is het deze later afgerond, terwijl meisjes met spina bifida juist eerder in de puberteit komen (gemiddeld 2,5 jaar) (Murphey & Young, 2005). Soms schamen jongeren zich voor hun beperking, lichaam of littekens. Doordat het sociale netwerk - evenals bij de andere doelgroepen - kleiner is dan bij jongeren zonder beperking, hebben deze jongeren minder kans om sociale vaardigheden te ontwikkelen of te experimenteren met relaties en seksueel gedrag (Meihuizen-de Regt et al., 2008). Daarnaast hebben ze minder mogelijkheden om dingen zelfstandig te doen, vooral als de ouders wat overbeschermend zijn. Het is bijvoorbeeld ook lastiger om uit te gaan. Het gevoel van anders-zijn en niet te voldoen aan de norm kan leiden tot een negatief zelfbeeld. Het seksuele zelfbeeld kan ook negatief beïnvloed zijn door maatschappelijke opvattingen over seksualiteit van mensen met een beperking (Murphey & Young, 2005; Van Berlo & Van der Put, 2003). Veel jongeren maken zich zorgen over hun vruchtbaarheid (Wiegerink, 2011). Jongeren die door hun beperking niet oud worden (bijvoorbeeld met de ziekte van Duchenne) kunnen wellicht ook het gevoel hebben dat ze de partner teveel belasten als ze een relatie aangaan (uit de klankbordgroep). Dit is juist een reden om hen relationele en seksuele vorming aan te bieden (op school en thuis).

Jongeren met een lichamelijke beperking hebben - vergeleken met jongeren zonder beperking - vooral minder ervaring met afspraakjes en relaties (Van Berlo & Van der Put, 2003). Zo bleek uit een onderzoek onder jongeren met cerebrale parese dat 28% van de jongeren tussen de 21 en 25 jaar een relatie heeft, tegenover 63% van hun leeftijdsgenoten zonder beperking (Wiegerink, 2011). In deze studie hadden jongeren met cerebrale parese ook minder ervaring met seks dan jongeren in de algemene populatie, maar veel andere studies vinden op dit punt geen verschil tussen jongeren met en zonder beperking (Van Berlo & Van der Put, 2003). Een grotere vriendenkring, vaker uitgaan, en meer zelfvertrouwen vergroten de kans op verkering en seksuele ervaring. Jongeren met een lichamelijke beperking hebben vaker problemen met het seksueel functioneren, door minder of

niks voelen (bijvoorbeeld bij een dwarslaesie), minder goed kunnen bewegen, medicijnen of zorgen over incontinentie (Murphey & Young, 2005). In een onderzoek onder jongeren met cerebrale parese werden veel verschillende seksuele problemen genoemd, bijvoorbeeld niet klaarkomen of fysieke belemmeringen (spasticiteit, moeite met beenspreiding, moeite met bekken kantelen, stijfheid, vermoeidheid, evenwichtsproblemen, verminderde handfunctie, energietekort, krachtverlies en trillen) (Wiegerink, 2011).

Jongeren met een lichamelijke beperking lopen meer risico op seksueel misbruik door hun afhankelijkheid van (veel verschillende) anderen, beperkte vaardigheden om in te schatten wat toelaatbaar gedrag is en beperkte mogelijkheden om hulp te zoeken of om zichzelf te verdedigen. Jongeren die eenzaam zijn of een negatief zelfbeeld hebben, hebben extra veel behoefte aan aandacht en waardering, wat een kwaadwillende pleger in de kaart kan spelen (Van Berlo et al., 2011). Bij jongeren die veel zorg nodig hebben, kan de grens tussen functionele en seksuele aanraking vervagen of kan iemand het gevoel krijgen dat zijn of haar lichaam niet van henzelf is (Meihuizen-de Regt et al., 2008). 28% van de vrouwen en 12% van de mannen met een lichamelijke beperking heeft in de jeugd een vorm van seksueel misbruik hadden meegemaakt (Van Berlo et al., 2011).

Aandacht voor seksualiteit in het onderwijs wordt voor deze jongeren lang niet altijd vanzelfsprekend gevonden. Ze krijgen minder informatie en de informatie is daarnaast niet toegesneden op hun situatie. Jongeren met een beperking geven zelf aan behoefte te hebben aan hulp en informatie, vooral met betrekking tot fysieke problemen, de acceptatie van hun lichaam, het leren praten over beperkingen en mogelijkheden met een partner en voortplanting. De keuze voor anticonceptie vraagt ook meer aandacht dan bij jongeren zonder beperking (bijvoorbeeld de wisselwerking met andere medicatie, of het effect op botontkalking) (Murphey & Young, 2005).

2.5 Bij autismespectrumstoornissen (ASS)

Onder stoornissen in het autisme spectrum vallen onder andere klassiek autisme, de stoornis van Asperger en PDD-NOS (pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anderszins omschreven). Al deze stoornissen worden gekenmerkt door beperkte sociale en communicatieve vaardigheden en het minder goed begrijpen van sociale signalen. Ook vinden jongeren met ASS het lastig om overzicht te houden of de samenhang te zien tussen dingen. Daardoor hebben ze vaak moeite met veranderingen. Ook hebben ze vaak een beperkt voorstellingsvermogen en beperkte fantasie. Daarnaast kunnen deze jongeren onaangepast, star en zich herhalend gedrag vertonen. Het profiel van deze 'kernsymptomen' en de ernst ervan kunnen van persoon tot persoon en gedurende de levensloop variëren (Boudesteijn, Van der Vegt, Visser, Tick & Maras, 2011). Sommige jongeren met ASS vermijden sociale contacten, anderen willen graag contact maken, maar pakken dit wat 'vreemd' aan. Jongeren met autisme hebben soms een (lichte) verstandelijke beperking, maar kunnen ook gemiddeld of bovengemiddeld intelligent zijn.

Onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van jongeren met autisme is schaars. Dewinter en collega's hebben recent wat hierover bekend is samengevat in een overzichtsartikel op basis van 26 empirische en 29 case studies (Dewinter, Vermeiren, Vanwesenbeeck & Van Nieuwenhuizen, 2013). Veel van dit onderzoek bestaat uit observaties van ouders of verzorgers, jongeren met autisme komen nauwelijks zelf aan het woord en het meeste onderzoek gaat over jongens. Onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van kinderen met autisme ontbreekt, maar het valt te verwachten dat de seksuele ontwikkeling door bepaalde kenmerken van kinderen met autisme ook al anders verloopt tijdens de kindertijd. Zo zou het goed kunnen dat kinderen met autisme later dan andere kinderen de privacy regels rond masturbatie leren. Door hun kleinere sociale netwerk en doordat ze soms moeite hebben om zich dingen voor te stellen, valt ook te verwachten dat zij minder vaak seksueel getinte fantasiespelletjes spelen dan leeftijdsgenootjes zonder autisme. Ook grensoverschrijding zou al tijdens de kindertijd voor kunnen komen (uit een gesprek met Jeroen Dewinter).

De lichamelijke ontwikkeling verloopt bij jongeren met ASS niet anders dan bij andere jongeren. De sterke lichamelijke veranderingen in de puberteit kunnen voor jongeren met ASS - die slecht tegen verandering kunnen - wel beangstigend zijn. In de beschikbare observatiestudies wordt gevonden dat 40 tot 77% van de jongens met autisme masturbeert. Normaalbegaafde jongens met autisme weten over het algemeen beter dan verstandelijk beperkte jongens met autisme dat masturbatie iets is wat je niet doet waar anderen bij zijn. Andere solistische gedragingen die iets vaker voor lijken te komen bij jongens met ASS dan bij andere jongens zijn dwangmatig masturberen, masturberen in het openbaar en opgewonden worden van 'vreemde' prikkels (zoals bepaalde voorwerpen, lichaamsdelen of kinderen). Daarnaast vinden verschillende studies aanwijzingen dat homoseksualiteit vaker voorkomt onder jongeren met autisme. Ook scoren jongens met autisme vaak gemiddeld iets lager op schalen die masculiniteit meten (Dewinter et al., 2013).

Bij normaalbegaafde jongeren worden over het algemeen weinig verschillen gevonden tussen jongeren met en zonder autisme als het gaat om seksuele gevoelens en verlangens. De meeste jongens met autisme hebben behoefte aan een relatie en seksueel contact en een groot deel van hen weet dat ook te realiseren. Het is voor jongeren met ASS wel lastiger om deze relatie te behouden (Boudesteijn et al., 2011). Normaalbegaafde autistische jongens hebben vaker seksuele ervaring dan verstandelijk beperkte autistische jongens. Onrealistische verlangens, zoals verliefd worden op een onbereikbaar persoon, lijken iets vaker voor te komen bij jongeren met autisme dan bij jongeren zonder autisme. Jongeren met autisme die een (seksuele) relatie weten te realiseren, zijn vaak meer (seksueel) tevreden dan jongeren bij wie dit niet lukt. Als het niet lukt om een seksuele relatie te realiseren, kan dit voor gevoelens van frustratie zorgen. Jongeren met minder sociale en communicatieve vaardigheden zijn in een relatie vaak minder tevreden, onzekerder en angstiger, dan jongeren die hier vaardiger in zijn (Dewinter et al., 2013).

Jongeren met ASS zijn niet goed in staat om het perspectief van een ander in te nemen. Daardoor worden zij in hun seksuele en relationele gedrag vooral gestuurd door de eigen behoeften en zien zij niet goed in dat de ander dit niet prettig hoeft te vinden. Ook voelen zij minder snel eventuele negatieve bedoelingen van anderen aan. Hierdoor lopen zij meer risico om over de grenzen van anderen te gaan of zelf slachtoffer te worden van grensoverschrijding (Boudesteijn et al., 2011). Er zijn veel case studies gepubliceerd over grensoverschrijdend gedrag van jongeren met autisme, vooral in de minder begaafde groep. Ook onderzoek onder zedendelinquenten suggereert een verband tussen autisme en grensoverschrijdend gedrag. Dergelijk gedrag kan variëren van masturberen in het openbaar, via grensoverschrijdende pogingen om iemand te verleiden tot aanranding en verkrachting. Verklaringen voor dit gedrag worden gezocht in beperkt sociaal inzicht of vaardigheden, gebrek aan empathie, minder remmingen, de neiging tot preoccupatie en zich herhalende en stereotype gedragspatronen (Dewinter et al., 2013).

Jongeren met autisme hebben een kleiner sociaal netwerk, en zijn daarom voor seksuele vorming meer dan andere jongeren afhankelijk van ouders en school. Daarbij hebben ze zeer expliciete informatie nodig, zowel in de seksuele en relationele vorming als bij seksuele contacten. Ze zouden daarom in de seksuele en relationele vorming ook vaardigheden moeten aanleren om tijdens seksuele contacten die expliciete informatie van de ander te krijgen die zij nodig hebben om de wensen en grenzen van de ander in te schatten.

2.6 Bij ADHD

Er bestaan drie subtypen AD(H)D. Type 1 heeft hoofdzakelijk aandachtsproblemen, type 2 voornamelijk problemen met hyperactiviteit en impulsiviteit en type 3 combineert deze problemen. Literatuur naar de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren met AD(H)D is schaars, en de literatuur die er is concentreert zich vooral op type 2 of type 3. Deze kinderen zijn bewegelijk en onrustig. Ook zijn deze kinderen sneller opgewonden of gefrustreerd dan andere kinderen. Ze zijn impulsief, doen dingen zonder erover na te denken en zijn zich niet goed bewust van de gevolgen van hun gedrag. Ook vinden ze het lastig om emoties, zoals boosheid, te reguleren. Deze

kernmerken van jongeren met AD(H)D kunnen doorwerken in de seksuele ontwikkeling (Barkley, 2002; Flory et al, 2006).

In sociale contacten kunnen kinderen met ADHD vaker boos of vijandig reageren, omdat ze deze emoties minder goed kunnen reguleren. Met de ouders hebben ze vaker conflicten en er is daarom meer stress thuis. Bijna de helft van de kinderen met ADHD heeft problemen met vriendschappen, omdat ze minder capabel zijn in sociale vaardigheden als delen, samenwerken en op je beurt wachten. Deze sociale problemen zouden ook door kunnen werken in de relationele en seksuele ontwikkeling. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat deze kinderen minder vaak verkering hebben of makkelijker over de grenzen van een ander kind heen gaan bij een seksueel spelletje. Onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van kinderen met ADHD bestaat echter niet.

Jongeren met ADHD vertonen meer externaliserend probleemgedrag, zoals boosheid, druggebruik en delinquentie, dan kinderen zonder ADHD (Barkley, 2002; Flory et al, 2006). Vanuit de literatuur is bekend dat dergelijk gedrag vaak samengaat met eerder seksueel actief worden, vaker onbeschermd seks en een grotere kans om zowel dader als slachtoffer te worden van grensoverschrijding (De Graaf, Van Dijk & Wijsen, 2010). Uit Amerikaans onderzoek onder jongens met ADHD blijkt inderdaad dat deze jongens relatief vroeg seksueel actief worden. In de ene studie waren jongens met ADHD gemiddeld 15 jaar bij de eerste geslachtsgemeenschap (Barkley, 2002). In een andere studie, waar jongens met en zonder ADHD met elkaar werden vergeleken, hadden ADHD'ers eerder ervaring met seksueel gedrag anders dan geslachtsgemeenschap (16,3 versus 16,6) en met geslachtsgemeenschap (17,9 versus 18,4) (Flory et als., 2006). Daarnaast vertonen ADHD'ers meer seksueel riskant gedrag, mogelijk omdat ze impulsiever zijn en de gevolgen van riskant gedrag minder goed overzien. Het behouden van een relatie is lastiger voor deze jongeren, waardoor ze meer wisselende partners hebben dan jongeren zonder ADHD. Ze hebben vaker onbeschermd seks en daarmee een grotere kans op ongeplande zwangerschap en soa (Barkley, 2002; Flory et al, 2006). In het onderzoek van Barkley (2002) hadden jongeren met ADHD een 42 keer grotere kans op tienermoeder- of vaderschap en een vier keer grotere kans op een soa dan jongeren zonder ADHD.

3 Conclusie

Bovenstaande laat zien dat jongeren met een licht verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke beperking, en jongeren met autisme of ADHD, op verschillende punten helemaal niet zo anders zijn dan jongeren zonder deze beperkingen of problemen. De lichamelijke ontwikkeling verloopt in de meeste van deze doelgroepen niet veel anders dan bij andere jongeren. Bovendien hebben ze ongeveer dezelfde seksuele interesses en worden ze even vaak verliefd. Ze lopen echter wel tegen een aantal specifieke belemmeringen op die een risico kunnen vormen voor de seksuele ontwikkeling. Tussen de verschillende doelgroepen met een beperking zien we veel overlap in deze belemmeringen. Zo is het voor bijna alle groepen lastiger om informatie over seksualiteit te vergaren, bijvoorbeeld omdat de omgeving hen niet als seksueel ziet, omdat reguliere informatie voor hen minder toegankelijk is of omdat ze reguliere informatie minder goed begrijpen. Ook zijn ze vrijwel allemaal voor een groot deel afhankelijk van zorg, waardoor ze minder autonomie en privacy hebben. Ook zijn jongeren met verschillende beperkingen minder mobiel, waardoor ze bijvoorbeeld minder makkelijk kunnen uitgaan, en hebben ze een kleiner sociaal netwerk. Hierdoor kunnen ze minder experimenteren met seks en relaties dan andere jongeren en doen ze de eerste ervaringen later op. Ook kan het gevoel 'anders' te zijn bij al deze jongeren voor onzekerheid zorgen. Daarnaast hebben verschillende van de hier beschreven doelgroepen - naast jongeren met een beperking ook jongeren met autisme - communicatieproblemen. Daardoor missen ze de nuance van communicatie sneller en moet er dus expliciet gecommuniceerd worden, zowel in onderwijs als in contacten tussen partners. De afhankelijkheid van anderen, het gebrek aan kennis en het minder goed kunnen interpreteren van signalen maakt al deze groepen kwetsbaar voor seksueel misbruik. ADHD'ers lopen tegen andere problemen aan. Deze jongeren beginnen vaak juist eerder aan seks en lopen vooral meer risico op soa en ongeplande zwangerschap.

Literatuur

- Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl 12), 10-15.
- Berlo, W. van, Haas, S. de, Oosten, N. van, Dijk, L. van, Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). Beperkt weerbaar: een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking. Utrecht: Rutgers WPF / Movisie.
- Berlo, W. & Put, C. van der. (2003). Jongeren met een lichamelijke handicap en seksualiteit: een overzicht van de literatuur. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 114-124.
- Boudesteijn, F., Vegt, E.J.M. van der, Visser, K., Tick, N., & Maras, A. (2011). *Psychoseksuele ontwikkeling bij adolescenten met een autismespectrumstoornis*. Assen: Van Gorcum.
- Carnaby, S., & Cambridge, P. (2002). Getting personal: an exploratory study of intimate and personal care provision for people with profound and multiple intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 120-132.
- CED Groep (2008). *Rijp & Groen. ZML-scholen aan het woord over seksualiteit*. Rotterdam: CED Groep.
- Flory, K., Molina, B.S.G., Pelham, W.E., & Smith, B. (2010). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 571-577.
- FODOK (2002). *Oog voor de dove puber*. Utrecht: FODOR.
- Gesell, S., Maris, S., Berlo, W. van, & Haastrecht, P. van (2010). *Slapende honden wakker maken? Quickscan van het interventieaanbod ter bevordering van seksuele gezondheid voor mensen met een beperking of chronische ziekte*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Graaf, H. de, Dijk, L. van, & Wijsen, C. (2010). *Leefstijlcampagne seksuele weerbaarheid. Voorbereidend literatuuronderzoek*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Graaf-Posthumus, M. de (2012) Over de praktische aspecten van ontluikende seksualiteit. *Down Up*, 90-94.
- Graaf, H. de (2014). *Van alle leeftijden: de seksuele ontwikkeling van conceptie tot overlijden*. Delft: Eburon.
- Hellemans, H., Vermeulen, P., Conix, G., & Lameillieure, L. De (2006). *Seks@autisme.kom: een programma voor relationele en seksuele vorming voor jongeren en volwassenen met autisme. Deel 1: Seksualiteit*. Berchem: EPO.
- Kef, S. & Berlo, W. van (2008). Blindheid en slechthoortheid. In: W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-de Regt & N. van Son-Schoones (Red.). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking* (pp. 362-370). Assen: Van Gorcum.
- Kef, S. & Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behavior and psychological of adolescents with blindness. *Sexuality and disability*, 24, p. 89-100.
- Knoors, H. & Trommelen, J. (2008). Doofheid. In: W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-de Regt & N. van Son-Schoones (Red.). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*, (pp. 371-378). Assen: Van Gorcum.
- Kuyper, A., & Maris, S. (2012). *Totally sexy: Relaties en seksualiteit bij jongeren met een chronische ziekte of lichamelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Meihuizen-de Regt, M.J., Wiegerink, D.J.H.G., & Doef, S. van der (2008). De psychoseksuele ontwikkeling en beleving verstoord. In: W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-de Regt & N. van Son-Schoones (Red.). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking* (pp. 154-164). Assen: Van Gorcum.
- Murphy, N., & Young, P. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 640-644.
- Schaafsma, D., Stoffelen, J.M.T., Kok, G. & Curfs, M.G. (2013). Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: an intervention mapping approach. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 26, 157-166.
- Tielen, L. (2008). *Tastbare liefde: relaties en seksualiteit bij jongeren met een visuele beperking*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Wiegerink, D. Roebroek, M., Stam, H., & Cohen-Kettenis, P. (2011). Relatievorming en seksuele ontwikkeling bij jongvolwassenen met cerebrale parese. *Tijdschrift voor seksuologie*, 35, 187-194.