

DE SEKSUELE ONTWIKKELING VAN ADOLESCENTEN MET EEN LICHT
VERSTANDELIJKE BEPERKING IN ZORG

Masterthesis Universiteit Utrecht
Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
Masterprogramma Orthopedagogiek
Werkveld Gehandicaptenzorg

M. Meulman & K.M. Herder



Universiteit Utrecht



Studenten: M. Meulman (4071700) & K.M. Herder (3666123)

Afstudeerinstelling: Vitree

Begeleider vanuit de instelling: Mevr. S. Ebbers

Begeleider: Dr. J.C.H. Douma

Tweede beoordelaar: Msc. K.H.J. van Lieshout

Datum: 9 juli 2014

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van een jaar lang intensieve samenwerking. Wij willen graag een aantal mensen bedanken voor de steun en medewerking die wij ontvangen hebben tijdens de uitvoering van onze masterthesis, want zonder hen was het ons niet gelukt! Allereerst willen wij Vitree bedanken en in het bijzonder mevrouw S. Ebbers voor het meedenken en het beschikbaar stellen van de gegevens en materialen die nodig waren voor huidig onderzoek. Daarnaast willen wij graag de jongeren en medewerkers van Vitree bedanken voor hun inzet en medewerking aan het onderzoek. Tevens willen wij onze masterthesisbegeleidster van de Universiteit Utrecht, mevrouw J.C.H. Douma bedanken voor de intensieve begeleiding van het afgelopen jaar en als laatste willen wij onze familie en vrienden bedanken. De steun en medewerking van bovengenoemde personen hebben ons gestimuleerd en gemotiveerd om onze masterthesis tot een succes te brengen, daarvoor dank!

Abstract

Background: Adolescents with mild intellectual disabilities (MID) in care have difficulty dealing with their sexual development and are at increased risk to become victims of sexual abuse. Although knowledge, experience and a tolerant attitude about sexuality could reduce the vulnerability, only little is known about these specific aspects of sexual development and possible differences for child factors (sex, age, IQ level and care setting). Therefore, this is mapped in current research. **Method:** Fifty adolescents, aged 15-23 years, with MID in care have completed the adapted Dutch version of the Socio-Sexual Knowledge and Attitude Assessment Tool-Revised (SSKAAT-R). **Results:** Adolescents have a lot of knowledge (93.38%) and a tolerant attitude (85.36%). Within knowledge and attitude, no significant differences were found for the child factors. Adolescents have the least knowledge of their own body (90.67%) and the most conservative attitude of contraception and sexually transmitted diseases (STD's) (65.99%). They appear to have few experiences with exceeding socially accepted sexual boundaries (17.86%) and have few experiences with sexually transgressive behaviour in social media (10.00%). Girls, adolescents aged 19-23 and adolescents in a residential care setting have significantly more experience in the area of intimacy. Girls also have more undesirable experiences. Finally, boys have more experience with their own bodies. **Conclusion:** Sexual prevention, education and treatment should be more focused on knowledge of one's own body and attitude towards contraception and STD's. Further research aimed at improving prevention, education and treatment as well as follow-up research into the reliability and validity of the instrument is necessary.

Keywords: Adolescents, mild intellectual disability, sexual development

Samenvatting

Achtergrond: Adolescenten met een licht verstandelijke beperking (LVB) in zorg hebben moeite om adequaat om te gaan met hun seksuele ontwikkeling en lopen een verhoogd risico om slachtoffer te worden van seksueel misbruik. Hoewel kennis, ervaring en een tolerante attitude ten aanzien van seksualiteit de kwetsbaarheid kunnen verminderen, is er weinig bekend over deze specifieke aspecten van de seksuele ontwikkeling en mogelijke verschillen voor kindfactoren (geslacht, leeftijd, IQ en hulpverleningssetting). Daarom wordt dit in dit onderzoek in kaart gebracht. **Methode:** Vijftig adolescenten in de leeftijd van 15-23 jaar met een LVB in zorg hebben de aangepaste Nederlandse versie van de Social-Sexual Knowledge and Attitude Assessment Tool-Revised (SSKAAT-R) ingevuld. **Resultaten:** Adolescenten hebben veel kennis (93.38%) en een tolerante attitude (85.36%). Binnen kennis en attitude zijn geen significante verschillen gevonden voor de kindfactoren. Adolescenten hebben de minste kennis van het eigen lichaam (90.67%) en de meest conservatieve attitude jegens anticonceptie en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) (65.99%). Ze blijken weinig ervaringen te hebben met het overschrijden van sociaal geaccepteerde seksuele grenzen (17.86%) en weinig ervaringen te hebben met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de sociale media (10.00%). Meisjes, adolescenten in de leeftijd van 19-23 en adolescenten in een residentiële hulpverleningssetting hebben significant meer ervaring op het gebied van intimiteit. Meisjes hebben daarnaast meer onwenselijke ervaringen. Jongens hebben tenslotte meer ervaring met hun eigen lichaam. **Conclusie:** Seksuele preventie, voorlichting en behandeling dient meer gericht te worden op kennis van het eigen lichaam en de attitude jegens anticonceptie en SOA's. Vervolgonderzoek gericht op het verbeteren van preventie, voorlichting en behandeling evenals vervolgonderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van het instrument is noodzakelijk.

Sleutelwoorden: Adolescenten, LVB, seksuele ontwikkeling

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

De seksuele ontwikkeling van adolescenten met een licht verstandelijke beperking in zorg

In 2012 publiceerde de Commissie-Samson in Nederland een onderzoek naar de aard, de omgang en gevolgen van seksueel misbruik van kinderen die in de periode van 1945 tot 2010 in de jeugdzorg zijn geplaatst. Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen met een licht verstandelijke beperking [LVB] in de LVB-jeugdzorg een driemaal grotere kans lopen om slachtoffer te worden van seksueel misbruik dan kinderen zonder LVB in de reguliere jeugdzorg. Bovendien neemt seksueel misbruik bij kinderen en adolescenten met een (L)VB ernstigere vormen aan dan bij kinderen zonder (L)VB (Wissink, Moonen, Van Vugt, & Stams, z.d.). Slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugdzorg blijken vaak te behoren tot de adolescentie leeftijdscategorie (Balogh et al., 2001). Dit maakt adolescenten met een LVB in zorg de grootste risicodoelgroep om slachtoffer te worden van seksueel misbruik (Morano, 2001).

Een oorzaak van het grote risico op seksueel misbruik bij adolescenten met een LVB die zorg ontvangen is te vinden in een grotere kwetsbaarheid en beïnvloedbaarheid door beperkingen in cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden. Door deze beperkingen is er sprake van een gebrek aan assertiviteit, tekorten in het overzien van gevolgen van gedrag en een gebrek aan communicatieve vaardigheden (Douma, Van den Bergh, & Hoekman, 1998; Valenti-Hein & Choinski, 2007). Daarnaast blijkt de seksuele voorlichting die adolescenten met een LVB krijgen gebrekkig te zijn (Gomez, 2012; Levy & Packman, 2004; McCabe, 1999; Morano, 2001). Een gebrek aan kennis, ervaring en attitude van seksualiteit verhoogt het risico op seksueel misbruik (Ailey, Marks, Crisp, & Earle Hahn, 2003; Galea, Butler, & Iacono, 2004). Educatie gericht op seksualiteit speelt een belangrijke rol in het verminderen van de kwetsbaarheid van adolescenten met een verstandelijke beperking [VB] ten aanzien van seksueel misbruik (Galea et al., 2004). Door bovengenoemde tekortkomingen hebben mensen met een (L)VB vaak moeite met het adequaat omgaan met hun seksuele ontwikkeling (Murphy & Young, 2005). De ondersteuning en educatie die adolescenten met een VB hierbij nodig hebben, kan alleen bepaald worden door het in kaart brengen van de seksuele ontwikkeling, zodat de kans op seksueel misbruik verkleind kan worden (Galea et al., 2004). Over de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB in zorg is weinig onderzoek bekend. Het is daarom van wezenlijk belang dat dit in kaart wordt gebracht.

De seksuele ontwikkeling wordt gezien als een lichamelijk en psychisch leer- en groeiproces (Heemelaar, 2000). Dit hangt samen met diverse ontwikkelingstaken, zoals het beheersen van complexe emoties, onafhankelijk denken en delen van gevoelens en gedachten (Murphy & Young, 2005). Juist deze ontwikkelingstaken verlopen bij mensen met een LVB

moeizamer, waardoor zij een groter risico lopen op seksueel misbruik (Conod & Servais, 2008; Murphy, zoals geciteerd in Carr, O'Reilly, Walsh, & McEvoy, 2007; Sullivan & Knutson, 2000). Adolescenten vormen hierbij een kwetsbare doelgroep. In de adolescentiefase vindt namelijk de seksuele bewustwording plaats (WHO, 2006). In de overgang naar volwassenheid doen adolescenten seksuele ervaringen op en experimenteren ze met relaties als onderdeel van een gezonde seksuele ontwikkeling. Bij een peergroep horen is één van de ontwikkelingstaken van adolescenten. Activiteiten ondernemen om erbij te horen is sterk gerelateerd aan doen wat de groep doet en van je vraagt. Ook adolescenten met een LVB willen graag ergens bij horen en vrienden hebben in de populatie van adolescenten zonder LVB. Deze hang naar acceptatie en het gebrek aan assertiviteit, tekorten in het overzien van gevolgen van gedrag en een gebrek aan communicatieve vaardigheden maakt deze doelgroep kwetsbaar voor beïnvloeding, dwang en verleiding (Matson & Sevin, 1988). Deze zogenoemde groepsdruk blijkt een sterke voorspeller van seksueel risicogedrag (Santor, Messervey, & Kusumaker, 2000). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Rotheram-Borus, Mahler, Koopman en Langabeer (1996) naar seksueel misbruik bij adolescenten die van huis zijn weggelopen, dat seksueel risicogedrag een voorspeller is voor seksueel misbruik. Adolescenten die van huis zijn weggelopen hebben vaak verstandelijke beperkingen en/of gedragsproblemen. Deze adolescenten blijken vaker onbeschermd seks gehad te hebben en meer seksuele partners gehad te hebben dan adolescenten die niet seksueel misbruikt zijn (Rotheram-Borus et al., 1996).

Door het in kaart brengen van de seksuele ontwikkeling aan de hand van de aspecten kennis, attitude en ervaring kan seksuele voorlichting, preventie en interventie worden verbeterd, waardoor adolescenten met een LVB in zorg geleerd kan worden om op een adequate manier om te gaan met hun seksuele ontwikkeling. Hierdoor kan de kwetsbare positie van deze doelgroep ten aanzien van seksueel misbruik en uiteindelijk de kans op seksueel misbruik verkleind worden.

Onder de term 'adolescenten' worden in dit onderzoek personen in de leeftijd van 15 tot en met 23 jaar verstaan, terwijl meestal de leeftijdscategorie van 12 tot 18 gehanteerd wordt (Erikson, 1977). Vergeleken met normaal begaafde leeftijdsgenoten hebben adolescenten met een LVB echter een vertraagde of afwijkende cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling (Cheng & Udry, 2005). Dit betekent dat adolescenten met een LVB ontwikkelingstaken later bereiken, wat maakt dat in dit onderzoek gekozen is voor de leeftijdscategorie van 15 tot en met 23 jaar.

Er is sprake van een LVB als een persoon zowel beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen als in zijn intelligentie heeft. Een beperking in de intelligentie wordt gekenmerkt door een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 50 en 70 (American Psychiatric Association, 2000). In de Nederlandse praktijk van zorgverlening vallen individuen met een IQ-score tussen de 71 en 85 ook onder de term LVB mits er sprake is van beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen (Zoon, 2012). De IQ-scores in huidig onderzoek bevinden zich dan ook tussen de 50 en 85. Het grootste deel van de adolescenten met een LVB kan zonder professionele ondersteuning goed functioneren in de maatschappij. Dit onderzoek gaat echter over adolescenten met een LVB die zorg ontvangen vanwege internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag. Zoals uit het rapport van de commissie Samson al naar voren kwam, gaat het hier om een kwetsbare doelgroep en het is dan ook van belang dat er onderzoek gedaan wordt naar de seksuele ontwikkeling van deze doelgroep.

In huidig onderzoek wordt daarom de seksuele ontwikkeling in kaart gebracht ten aanzien van de volgende aspecten: 'kennis', 'attitude' en 'ervaring'. Deze drie constructen zijn onderdeel van diverse vragenlijsten over de seksuele ontwikkeling van individuen met een (L)VB. Een overzicht van deze vragenlijsten is weergegeven in tabel 1. De aspecten van de seksuele ontwikkeling worden hieronder toegelicht.

Kennis van seksualiteit geeft weer wat iemand weet over seksualiteit. Het betreft kennis over de lichamelijke ontwikkeling (Talbot & Langdon, 2006), intimiteit, relaties en geslachtsgemeenschap (Ailey et al., 2003), anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen [SOA's], zwangerschap, geboorte, abortus (Galea et al., 2004; Servais, 2006), menstruatie en masturbatie (Galea et al., 2004). Uit het enige gevonden onderzoek naar het niveau van seksuele kennis van adolescenten met een LVB die zorg ontvangen blijkt dat adolescenten met een LVB in zorg minder kennis hebben over seksualiteit dan hun leeftijdsgenoten zonder LVB (Isler, Tas, Beytut, & Conk, 2009). Overige onderzoeken betreffen meestal volwassenen met een VB, waarin geen onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende niveaus van verstandelijke beperking. Deze onderzoeken onderschrijven de conclusie dat mensen met een (L)VB minder kennis hebben van seksualiteit dan mensen zonder VB (Galea et al., 2004; McCabe, 1999; Murphy & O'Callaghan, 2004). Over de verschillende onderwerpen (zoals hierboven beschreven) die behoren tot het construct kennis is geen informatie uit de literatuur bekend.

Met 'attitude' ten aanzien van seksualiteit wordt bedoeld hoe adolescenten tegen seksueel gerelateerde onderwerpen en situaties aan kijken, zoals anticonceptie en abortus (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006; Lief, Fullard, & Devlin, 1990), homoseksualiteit,

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

masturbatie en seks onder dwang (Fisher, Davis, Yarber, & Davis, 2010). Ook over de attitude ten aanzien van seksualiteit van adolescenten met een LVB die zorg ontvangen is weinig bekend. Er zijn twee Nederlandse onderzoeken gevonden waarin onderzoek is gedaan naar de visie ten aanzien van seksualiteit van adolescenten met een LVB en gedragsproblemen wonend in een residentiële setting (Haspels & Spanjaard, 1998; Klomp & Potse, 2012). Uit onderzoek van Haspels en Spanjaard (1998) blijkt dat adolescenten met een LVB en gedragsproblemen over het algemeen een tolerante attitude hebben ten aanzien van in de Westerse samenleving geaccepteerde vormen van relaties en seksualiteit. Onderwerpen waarover vragen in de vorm van stellingen werden gesteld waren: (a) stereotiepe man/vrouw denkbeelden, (b) homoseksualiteit, (c) lastig vallen (verbaal en handtastelijkheden), (d) dwingen, afkopen en chanteren, (e) dreigen met geweld. Ook uit onderzoek van Klomp en Potse (2012) blijkt dat 27 adolescenten met een LVB in zorg een positieve attitude hebben over knuffelen, zoenen, seks, masturberen, pornografie, prostitutie en homoseksualiteit. Geconcludeerd werd dat adolescenten met een LVB een neutrale visie hebben op homoseksualiteit en onpersoonlijke zaken als masturberen, porno kijken en naar een prostituee gaan (Klomp & Potse, 2012). Andere onderzoeken naar de attitude ten aanzien van seksualiteit zijn gericht op volwassenen of zijn niet specifiek voor mensen met een LVB (Konstatereas & Lunskey, 1997; McCabe, 1999; McCabe & Cummins, 1996). Uit deze onderzoeken blijkt een negatievere attitude ten aanzien van seksualiteit van mensen met een VB. Vooral ten aanzien van masturbatie, orale seks en homoseksualiteit hebben mensen met een (L)VB een negatievere attitude dan mensen zonder (L)VB (McCabe & Cummins, 1996). Uit onderzoek van McCabe en Cummins (1996) blijkt daarentegen wel dat de meerderheid van de volwassenen met een (L)VB positieve gevoelens had over geslachtsgemeenschap.

Met 'ervaring' wordt gemeten wat iemand al gedaan heeft op het gebied van seksualiteit. Hierbij wordt gekeken naar de mate waarin adolescenten ervaring hebben met verkering, zoenen en daten (Konstantareas & Lunskey, 1997), masturbatie of het bekijken van pornografie (Fullard et al., 2005) en naar de ervaring op het gebied van vrijen (met de eigen of andere sekse), vrijen onder dwang en SOA's (Haspels & Spanjaard, 1999; McCabe, 1999). Ook op het gebied van ervaring is weinig bekend over de doelgroep adolescenten met een LVB die zorg ontvangen. Uit onderzoek van Chamberlain, Rauh, Passer, McGrath en Burket (1984) naar de seksuele activiteit van meisjes met een LVB in de leeftijd van 11 t/m 23 jaar die zorg ontvangen, blijkt dat deze meisjes meer seksuele ervaring hebben dan adolescenten met een ernstigere mate van verstandelijke beperking, maar dat deze ervaring vergelijkbaar is met die van adolescenten zonder (L)VB. Dit onderzoek is echter 30 jaar geleden uitgevoerd.

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

Door veroudering zijn de resultaten mogelijk niet meer representatief. Onderzoek onder volwassenen met een LVB laat zien dat er vaak minder ervaring is op het gebied van seksualiteit dan bij mensen zonder LVB (McCabe, 1999). Er is geen informatie bekend over de verschillende onderwerpen die behoren tothet aspect ervaring (zoals hierboven beschreven). Dit benadrukt de noodzaak voor onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van deze doelgroep.

Daarnaast zal worden onderzocht of bepaalde kenmerken van de adolescenten gerelateerd zijn aan de mate van seksuele kennis, attitude en ervaring van deze adolescenten met een LVB in zorg. Zo zal er gekeken worden naar verschillen tussen jongens en meisjes, adolescenten met een hoger versus lager IQ, jongere versus oudere adolescenten en adolescenten die ambulantly versus residentieel worden behandeld. Wat hier al over bekend is uit wetenschappelijk onderzoek wordt hieronder uiteen gezet.

Er is één onderzoek bekend binnen de groep adolescenten met een LVB in zorg, waarin de seksuele ontwikkeling van jongens wordt vergeleken met die van meisjes (Klomp & Potse, 2012). Hieruit blijkt dat jongens een positievere attitude hebben ten aanzien van knuffelen, zoenen en (heteroseksuele) seks dan meisjes. Ook bestaan er enkele onderzoeken waarin verschillen in seksualiteit tussen jongens en meisjes zonder LVB zijn onderzocht (De Graaf, Kruijer, Van Acker, & Meijer, 2012; Oliver & Hyde, 1993; Petersen & Hyde, 2010). Hieruit blijkt dat jongens meer kennis hebben op het gebied van seksualiteit dan meisjes (De Graaf et al., 2012). Daarnaast blijken ze een meegaandere attitude te hebben, vooral op het gebied van masturbatie, en sneller in te stemmen met seksuele activiteiten, waardoor ze meer seksuele ervaringen hebben dan meisjes (Oliver & Hyde, 1993; Petersen & Hyde, 2010). Meisjes blijken minder controle en keuze te ervaren tijdens seksuele activiteiten en ervaren daardoor minder genot als het gaat om seksuele activiteiten dan jongens (Ailey et al., 2003). Dit kan verklaren waarom meisjes meer angst en schuldgevoel ervaren tijdens seksuele activiteiten en twee keer zo vaak slachtoffer zijn van seksueel misbruik als jongens (Commissie Samson, 2012; Morano, 2001; Oliver & Hyde, 1993; Reiter et al., 2007). Het is daarom van belang om het verschil voor sekse ten aanzien van de seksuele ontwikkeling in kaart te brengen.

Ten aanzien van verschillen in leeftijd blijkt eveneens geen onderzoek bekend. Bij de populatie mensen zonder LVB blijkt dat hoe ouder een adolescent wordt, hoe meer kennis en ervaring hij heeft op het gebied van seksualiteit (De Graaf, et al., 2012; Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000).

Ook over de vergelijking tussen de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een

IQ tussen de 50 en 70 en adolescenten met een IQ tussen de 71 en 85 is geen onderzoek bekend. Wel zijn er enkele onderzoeken gedaan naar volwassenen met verschillende niveaus van beperkingen. Zo blijken volwassenen met een LVB meer ervaring te hebben met en meer kennis te hebben van seksualiteit dan mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking (Kok, Maassen, Maaskant, & Curfs, 2009; Kroft, 2008; Servais et al., 2002).

Eveneens onduidelijk is of er een verschil bestaat tussen de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB die in een residentiële setting wonen en adolescenten met een LVB die thuis wonen en ambulante hulp krijgen. De onderzoeksresultaten zijn tegenstrijdig. Onderzoek van Ailey en collega's (2003) laat zien dat adolescenten die in een instelling wonen beperkt worden in het recht op seksuele expressie. Doordat ze in een instelling wonen, hebben ze vaak weinig tijd en vrijheid om intieme relaties buiten de instelling aan te gaan of om hiermee te experimenteren. Contact met leeftijdsgenoten in een instelling is vaak alleen functioneel (Ailey et al., 2003). Adolescenten die ambulante hulpverlening krijgen zouden in dit geval meer ervaring hebben met seksualiteit omdat zij in de 'normale' maatschappij verblijven waarin ze meer contact met anderen en een grotere persoonlijke vrijheid hebben (Morano, 2001). Onderzoek van Spanjaard (2005) toont daarentegen aan dat de kans om in contact te komen met leeftijdsgenoten met negatieve seksuele ervaringen groter is in een residentiële setting. De negatieve ervaringen worden dan het referentiekader en de norm voor het opdoen van nieuwe ervaringen. Ook andere onderzoeken onderschrijven de conclusie dat adolescenten met een LVB in een residentiële instelling meer ervaring hebben met seksualiteit en vaker slachtoffer te zijn van seksueel misbruik dan adolescenten met een LVB in een ambulante setting (Servais, 2006; Spanjaard, Haspels, & Rose, 2000; Vermeulen et al., 2007). Het is daarom van belang om het verschil in seksuele ontwikkeling van adolescenten in een residentiële en ambulante hulpverleningssetting in kaart te brengen.

Uit bovenstaande literatuur blijkt dat er weinig bekend is over de kennis, ervaring en attitude van adolescenten met een LVB in zorg, ten aanzien van seksualiteit. Daarom is het van wezenlijk belang dat dit in kaart wordt gebracht en dat er gekeken wordt naar de samenhang met specifieke kenmerken van adolescenten. Op deze manier kunnen preventie, voorlichting en behandeling verbeterd worden, waardoor de kwetsbare positie van adolescenten met een LVB in zorg ten aanzien van seksueel misbruik af zal nemen en het risico op seksueel misbruik zal verminderen.

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

Tabel 1

Vragenlijsten over de seksuele ontwikkeling van individuen met een VB met bijbehorende constructen.

Vragenlijst	Constructen	Bron
- Sexual Knowledge, Experience en Needs schale for people with intellectual disability (SexKen-ID)	Kennis & ervaring	McCabe (1999)
- Socio-Sexual Knowledge and Attitudes Assessment Tool-Revised (SSKAAT-R)	Kennis & attitude	Lunsky, Frijters, Griffiths, Watson en Williston (2007)
- Seksuele Kennis, Attitude, Vaardigheden en Ervaringen vragenlijst (SKAVE)	Kennis, attitude & ervaring	Haspels en Spanjaard (1999)
- Assessment of Sexual Knowledge (ASK)	Kennis	Galea en collega's (2004)
- The general Sexual Knowledge Questionnaire (GSKQ)	Kennis	Talbot en Langdon (2006)
- Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescents (SKAT-A)	Kennis, attitude & ervaring	Fullard en collega's (2005)
- Socio-Sexual Knowledge, Experience, Attitudes, and Interests test (SSKEAI)	Kennis, attitude & ervaring	Konstantareas en Lunsky (1997)
- (Brief) Sexual Attitudes Scale ((B)SAS)	Attitude	Hendrick en collega's (2006)
- Sexual Activities and Attitudes Questionnaire (SAAQ)	Attitude	Noll, Trickett en Putman (2003)
- Attitudes Towards Sexuality Scale (ATSS)	Attitude	Fisher en Hall (1988)
- Trueblood Sexual Attitude Questionnaire (TSAQ)	Attitude	Hannon, Hall, Gonzalez en Cacciapaglia (1998)
- Revised Initial Attitudes Toward Sexuality Inventory (RATSI)	Attitude	Patton en Mannison (1993)

Methode

Respondenten

Huidig onderzoek is uitgevoerd bij Vitree, een hulpverleningsinstelling die onder andere behandeling in de vorm van diagnostiek, training en hulp aan huis biedt aan kinderen en adolescenten met een LVB en diens ouders of verzorgers. Alle (ongeveer) 250

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

adolescenten in de instelling in de leeftijd van 15 tot en met 23 jaar kwamen in aanmerking voor deelname aan huidig onderzoek naar de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB in zorg. Voordat de adolescenten en diens ouders of verzorgers daadwerkelijk zijn benaderd en de betrokken hulpverleners zijn ingelicht, is het onderzoek besproken in een ethische commissie bestaande uit een gedragsdeskundige, een teammanager en een aandachtsfunctionaris seksualiteit van Vitree. Deze besproken informatie is samengevat en voorgelegd aan het managementteam, die vervolgens toestemming heeft gegeven voor het onderzoek. Vervolgens zijn alle gedragsdeskundigen en taakhouders seksualiteit van de teams geïnformeerd en geïnstrueerd over het onderzoek en de afnameprocedure tijdens een bijeenkomst die georganiseerd was door de onderzoeksters. De gedragsdeskundigen en taakhouders hebben deze informatie vervolgens overgebracht naar de hulpverleners van de teams, die uiteindelijk de vragenlijst bij de adolescenten in interview zouden gaan afnemen. Uiteindelijk waren 21 teams met 94 adolescenten bereid om mee te werken aan het onderzoek. Voordat de adolescenten van deze teams en diens ouders en/of verzorgers benaderd zijn, heeft de gedragsdeskundige op basis van ervaring en kennis van de doelgroep en de individuele adolescenten, 15 adolescenten uitgesloten van deelname. Bij acht adolescenten was een vragenlijst over seksualiteit behandeltechnisch niet verantwoord, bijvoorbeeld vanwege een traumabehandeling of langdurige ziekte (55.33%) en bij zeven adolescenten was er sprake van ervaring met seksueel misbruik of seksueel grensoverschrijdend gedrag (46.68%), waardoor een vragenlijst over seksualiteit momenteel te confronterend was. De overige 79 adolescenten en diens ouders en/of verzorgers zijn vervolgens geïnformeerd over het onderzoek door middel van een flyer. Op de flyer stond tevens vermeld dat adolescenten en wettelijk vertegenwoordigers contact op konden nemen met de betreffende gedragsdeskundige of hulpverlener voor meer informatie of bezwaar tegen deelname. Indien een ouder of adolescent bezwaar had, is de adolescent uitgesloten van deelname.

In het kader van de toestemmingsprocedure is gehandeld volgens de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), waarin beschreven staat dat voor adolescenten in de leeftijd van 16 tot 23 jaar alleen toestemming van de adolescent zelf noodzakelijk is (GGZ Nederland, 2013). Voor een adolescent van 15 jaar is de toestemming van zowel de ouder als de adolescent nodig. Doordat de afname van de vragenlijst in het belang van de behandeling van de adolescent is, is toestemming van de adolescent voldoende. Hierbij is rekening gehouden met de wilsbekwaamheid van de adolescent, die beoordeeld is door de betreffende gedragsdeskundige. In huidig onderzoek zijn geen adolescenten als

'wilsonbekwaam' beoordeeld door de gedragsdeskundigen. Indien dit wel het geval zou zijn, zou de wettelijk vertegenwoordiger beslissen over de deelname van de adolescent aan het onderzoek. In de 'visie Seksualiteit' van Vitree staat daarnaast beschreven dat de seksuele ontwikkeling gezien wordt als een onderdeel van de behandeling, waarvoor adolescenten en diens wettelijk vertegenwoordiger tekenen middels een zorg- en dienstverleningsovereenkomst.

Van de 79 adolescenten die benaderd zijn voor deelname, waren 18 adolescenten niet gemotiveerd om deel te nemen (62.07%), vijf adolescenten waren niet meer in behandeling (17.24%) en bij zes adolescenten is de reden 'anders' ingevuld (20.69%). Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de adolescent op vakantie is of omdat de ouders geen toestemming hebben gegeven. Uiteindelijk is bij 50 adolescenten de vragenlijst over seksualiteit afgenomen. Hun antwoorden zijn meegenomen in huidig onderzoek. Doordat de onderzoeksters geen goed beeld hadden van de adolescenten doordat ze niet aanwezig zijn geweest bij de afname van de vragenlijst en de adolescenten niet kennen, is het niet bekend of deze groep representatief is voor alle adolescenten met een LVB in de leeftijd van 15 t/m 23 jaar die zorg ontvangen bij Vitree. In totaal hebben 27 jongens (54.00%) en 23 meisjes (46.00%) met een gemiddelde leeftijd van 17.06 jaar ($SD = 1.58$) deelgenomen. Voor de analyses is leeftijd onderverdeeld in twee groepen, namelijk van 15-18 jaar ($N=38$; 76.00%) en van 19-23 jaar ($N=12$; 24.00%). Voor deze indeling is gekozen omdat uit onderzoek van Erikson (1977) blijkt dat bij normaal begaafde individuen de adolescentiefase duurt tot de leeftijd van 18 jaar. De meegenomen adolescenten hebben gemiddeld een totaal IQ van 73.11 ($SD = 8.79$). Voor de analyses is dit eveneens onderverdeeld in twee groepen, namelijk een IQ-groep van 50-70 ($N=13$; 26.00%) en een IQ-groep van 71-85 ($N=31$; 62.00%). Van zes adolescenten is het totaal IQ onbekend (12.00%). De IQ-groepen zijn gebaseerd op de niveaus van een verstandelijke beperking van de DSM-IV-TR (Kraijer & Plas, 2006), waarbij de eerste IQ-groep 'licht verstandelijk beperkt' genoemd wordt en de tweede IQ-groep 'zwakbegaafd'. Het aantal adolescenten dat residentieel in behandeling is betreft 43 (86.00%) en het aantal adolescenten dat ambulantly in behandeling is betreft 7 (14.00%).

Afhankelijke variabelen

In dit onderzoek zijn kennis, attitude en ervaring ten opzichte van seksualiteit de afhankelijke variabelen.

Kennis en attitude. In Nederland zijn momenteel geen betrouwbare en bruikbare vragenlijsten die de kennis en attitude ten aanzien van seksualiteit van adolescenten met een LVB in kaart brengen. Zo blijkt uit diverse interne onderzoeken van Vitree dat de Seksuele

Kennis, Attitude, Vaardigheden en Ervaringenlijst (SKAVE) (Haspels & Spanjaard, 1999) niet goed aan sluit bij de doelgroep LVB. De plaatjes zijn bijvoorbeeld niet van deze tijd en de vragen zijn te lang en sluiten niet aan bij de belevingswereld van de adolescenten. Er is door Vitree besloten om de Socio-Sexual Knowledge and Attitude Assessment Tool-Revised [SSKAAT-R] aan te schaffen vanuit Canada, omdat van deze vragenlijst, in vergelijking met de overige vragenlijsten uit tabel 1, een hoge betrouwbaarheid en validiteit bekend is (voor de Canadese doelgroep). De interne consistentie, gemeten met Cronbach's Alpha, voor de schaal 'kennis' is .81 en voor de schaal 'attitude' is .92 (Griffiths & Lunsky, 2003). De test-hertest betrouwbaarheid is .96 en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bevindt zich tussen de .89 en .96 (Griffiths & Lunsky, 2003). De SSKAAT-R meet de kennis en attitude van individuen in de leeftijd van 15 tot ongeveer 80 jaar met een verstandelijke beperking ten aanzien van seksualiteit en is bedoeld als educatief hulpmiddel voor de seksuele ontwikkeling (Griffiths & Lunsky, 2003). De kennis en attitude wordt gemeten aan de hand van zeven deelonderwerpen: (a) anatomie, (b) vrouwenlichaam (alleen voor vrouwen), (c) mannenlichaam (alleen voor mannen), (d) intimiteit, (e) zwangerschap, geboorte en kindwens, (f) anticonceptie en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en (g) sociale seksuele grenzen. Hierbij geldt dat het deelonderwerp 'anatomie' alleen betrekking heeft op het construct kennis.

De SSKAAT-R is door de onderzoeksters naar het Nederlands vertaald en aangepast op een aantal punten om de bruikbaarheid voor de Nederlandse doelgroep adolescenten met een LVB te vergroten. Om de betrouwbaarheid van de vertaling zoveel mogelijk te waarborgen is de vragenlijst door de twee onderzoeksters afzonderlijk van elkaar vertaald. Deze vertaling is vervolgens met elkaar vergeleken, waarna tot één definitieve versie gekomen is. Terugvertaling van het Nederlands naar het Canadees-Engels bleek om financiële redenen niet mogelijk. De vragenlijst is vervolgens op een aantal punten aangepast. Allereerst zijn de zwart-wit foto's die verouderd waren en niet aansloten bij de doelgroep vervangen door (rechtenvrije) foto's die herkenbare situaties weergeven en aansluiten bij de belevingswereld van een adolescent met een LVB (Douma, Moonen, Noordhof, & Ponsioen, 2012). Zo was er een foto van een oudere vrouw met het Down syndroom, waar de adolescenten zich mee moesten identificeren. Deze foto is vervangen door een adolescent, zonder zichtbare beperking. De tekeningen uit de oorspronkelijke SSKAAT-R zijn niet aangepast, omdat deze aan voorgaande kenmerken zoals beschreven door Douma en collega's (2012) voldoen. Aangezien de oorspronkelijke vragenlijst voor individuen van 15 tot +/- 80 jaar is, zijn de vragen die betrekking hebben op volwassenen, zoals prostaatcancer, borstcancer, menopauze en sterilisatie, verwijderd. De vragenlijst is daarnaast ingekort,

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

omdat de oorspronkelijke afname meer dan twee uur in beslag nam. Bij het inkorten van de vragenlijst is het doel van de vragenlijst als uitgangspunt genomen; basale informatie geven over de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB in zorg. Te gedetailleerde vragen en vragen die geen betrekking hadden op de seksuele ontwikkeling zijn verwijderd. Enkele vragen die op basis van deze criteria verwijderd zijn: *'Hoe plaats je maandverband in je ondergoed?'*, *'Waar moet je naar toe gaan om te bevallen?'*, *'Waarom draagt een baby een luier?'* en *'Wijs de plek aan waar het bloed uit komt als een vrouw menstrueert'*. Het deelonderwerp sociale media wordt in de oorspronkelijke SSKAAT-R niet meegenomen. Adolescenten met een LVB hebben echter een kwetsbare positie wanneer het gaat om internet en sociale media. Door hun grote vertrouwen in anderen, het feit dat ze gemakkelijk te beïnvloeden zijn en door het niet goed in kunnen schatten van situaties (Galea et al., 2004; Isler et al., 2009; Sobsey, 1994), lopen adolescenten met een LVB veiligheidsrisico's wanneer het gaat om internet en sociale media. In huidig onderzoek wordt het deelonderwerp 'sociale media' om die redenen wel meegenomen. Gekeken wordt wat de kennis, attitude en ervaring van adolescenten is op het gebied van sociale media. Het deelonderwerp sociale media bevat vragen gericht op het tonen van seksueel gerelateerde beelden en berichten via de sociale media zoals de webcam en telefoon en het al dan niet accepteren van een online-vriend (Kerstens & De Graaf, 2012). Enkele voorbeeldvragen zijn te zien in tabel 2.

Onder kennis wordt verstaan wat iemand weet of geleerd heeft. Kennis wordt in de vragenlijst gemeten ten aanzien van acht deelonderwerpen, zoals weergegeven in tabel 2. Er is veelal gebruik gemaakt van een tweepuntsantwoordschaal (0 = geen kennis/fout antwoord en 1 = wel kennis/goed antwoord) en af en toe van een driepuntsschaal (0 = geen kennis/fout antwoord, 1 = een beetje kennis/bijna goed antwoord, 2 = veel kennis/goed antwoord). In de oorspronkelijk versie van de SSKAAT-R is het onderwerp 'mannenlichaam' alleen bedoeld voor mannen en het onderwerp 'vrouwenlichaam' alleen voor vrouwen. Voor de analyses zijn de items van 'mannenlichaam' en 'vrouwenlichaam' samengevoegd tot het deelonderwerp 'lichaam eigen sekse'. Vervolgens zijn schaalscores berekend door alle items bij elkaar op te tellen, zowel van de totale schaal 'kennis' als van de afzonderlijke deelonderwerpen. Ook is het percentage juist beantwoorde items berekend voor de totale kennisschaal en de afzonderlijke deelonderwerpen, zie tabel 2. Hierbij zijn enkel de adolescenten meegenomen die minimaal 90% van de items ingevuld hebben.

Met het construct attitude wordt gemeten wat iemand ergens van vindt aan de hand van zeven deelonderwerpen, zoals weergegeven in tabel 2. Ook hier geldt dat er zowel gebruik is gemaakt van een tweepuntsantwoordschaal (0 = conservatieve attitude en 1 =

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

tolerante attitude), als van een driepuntsschaal (0 = conservatieve attitude, 1 = wel tolerante attitude, maar er wordt niet de juiste uitleg gegeven waarom dit wel of niet gepast is (bijvoorbeeld als iemand aangeeft dat het niet oké is om seks te hebben met je broer, maar vervolgens niet kan vertellen dat dit niet oké is omdat je broer familie is of omdat je incest pleegt), 2 = tolerante attitude en de juiste uitleg). Ook bij attitude zijn het deelonderwerp 'mannenlichaam' en 'vrouwenlichaam' samengevoegd tot het deelonderwerp 'lichaam eigen sekse'. Vervolgens zijn schaalscores berekend door alle itemsscores bij elkaar op te tellen, zowel van de totale schaal 'attitude' als van de afzonderlijke deelonderwerpen. Er zijn percentages berekend van het totaal aantal items dat een tolerante attitude weergeeft (ten opzichte van de totaal te behalen score(s)). Dit is gedaan voor zowel het totale construct 'attitude' als voor de afzonderlijke deelonderwerpen, zoals weergegeven in tabel 2. Enkel de adolescenten die minimaal 90% van de items ingevuld hebben zijn meegenomen.

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

Tabel 2

Gegevens van de aangepaste versie van de SSKAAT-R en de minimum (min), maximum (max) en gemiddelde (M) scores samen met de standaarddeviatie (SD) en het percentage items dat staat voor veel kennis, een tolerante attitude en positieve of negatieve ervaring (%).

Onderwerp	Aantal items	Aantal antwoord mogelijkheden	Voorbeelditem	N	Min	Max	M	SD	%
<u>Kennis</u>									
Totaalscore	59	2 of 3		47	70.00	90.00	83.11	4.733	93.38
Anatomie	20	2 of 3	Hoe verschilt een man van een vrouw?	47	30.00	38.00	36.40	2.32	95.80
Lichaam eigen sekse	5	2 of 3	Wijs de tekening aan van de zaadlozing.	50	3.00	7.00	6.20	1.07	88.57
Intimiteit	5	2	Items waarbij de respondent aan moet geven wat er op een plaatje te zien is, zoals 'handen vasthouden' of 'geslachtsgemeenschap'.	50	3.00	5.00	4.78	0.46	95.60
Zwangerschap en geboorte	7	2	Wijs aan hoe een vrouw zwanger kan worden.	50	5.00	7.00	6.44	0.54	92.00
Anticonceptie en SOA's	13	2 of 3	Welke soorten anticonceptie gebruiken vrouwen en mannen? Wat is een SOA?	50	13.00	21.00	18.34	2.13	91.70
Sociale seksuele grenzen	6	2 of 3	Wat moet je doen als iemand je aan wil raken op een manier die je niet prettig vindt?	50	6.00	9.00	8.16	1.02	90.67
Sociale media	3	2	Op de foto staat een plaatje van Peter. Peter is een jongen. Kan Peter in het 'echt' ook een vrouw of een meisje zijn?	50	2.00	3.00	2.98	0.14	99.33
<u>Attitude</u>									
Totaalscore	38	2 of 3		48	26.00	39.00	34.15	2.58	85.36
Lichaam eigen sekse	3	2	Wat vind je van vrouwen of mannen die masturberen?	49	1.00	3.00	2.80	0.50	93.20
Intimiteit	16	2	Wat vind je ervan als twee mannen of twee vrouwen met elkaar zoenen?	48	10.00	16.00	14.06	1.74	87.89
Zwangerschap en	1	2	Wat vind je ervan als een vrouw met een beperking	49	0.00	1.00	0.86	0.35	85.71

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

geboorte			een kind krijgt?							
Anticonceptie en SOA's	3	2	Wat zou je ervan vinden om vrienden te zijn met iemand die een SOA heeft?	49	1.00	3.00	1.98	0.25	65.99	
			Wat vind jij van anticonceptie?							
Sociale seksuele grenzen	11	2 of 3	Is het oké als Paul Martha aanraakt als zij niet aangeraakt wil worden?	48	8.00	13.00	10.88	1.04	83.65	
Sociale media	4	2	Wat vind je ervan als een vrouw haar borsten laat zien voor de webcam?	47	2.00	4.00	3.66	0.56	91.49	
<u>Ervaring</u>										
Lichaam eigen sekse	3	2	Heb je wel eens gemasturbeerd?	44	0.00	3.00	1.36	1.14	45.45	
Intimiteit	6	2	Heb je wel eens geslachtsgemeenschap gehad?	48	0.00	6.00	4.13	1.41	68.75	
Sociale seksuele grenzen	4	2	Ben je wel eens aangeraakt terwijl je dat niet wilde?	49	0.00	3.00	0.71	0.96	17.86	
Sociale media	2	2	Heeft iemand je wel eens gedwongen om je borsten of een ander (ontbloot) lichaamsdeel te laten zien voor de webcam?	50	0.00	2.00	0.20	0.45	10.00	

Noot. N = aantal adolescenten

Ervaring. Dit is geen onderdeel van de oorspronkelijke SSKAAT-R. In diverse vragenlijsten die de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB in kaart brengen wordt het onderwerp 'ervaring' echter wel meegenomen (Fullard, Lief, & Scheier, 2005; Haspels & Spanjaard, 1999; Konstantareas & Lunsy, 1997; McCabe, 1999). Om ervaring te meten zijn de vragen van de SKAVE als uitgangspunt genomen (Haspels & Spanjaard, 1999). Uit interne onderzoeken van Vitree blijkt dit onderdeel namelijk bruikbaar in de praktijk. De betrouwbaarheid of validiteit is echter onbekend. Het gaat dan om de vragen uit het onderdeel 'Ik Heb', dat de seksuele ervaringen van een adolescent meet ten aanzien van verkering, porno, masturbatie, vrijen met de eigen en de andere sekse, verschillende manieren van vrijen, vrijen onder dwang en iemand dwingen tot seks. De manier van vraagstelling is aangepast aan de standaarden van de 'Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB', waarin beschreven staat dat de vraagstelling kort, eenduidig en concreet moet zijn (Douma et al., 2012). Voor een overzicht van de (inhoudelijke) gegevens van de vragenlijst wordt verwezen naar tabel 2. Ook hier geldt dat de deelonderwerpen 'mannenlichaam' en 'vrouwenlichaam' samengevoegd zijn tot het deelonderwerp 'lichaam eigen sekse'. Het construct 'ervaring' bevat enerzijds de onderwerpen 'lichaam eigen sekse' en 'intimiteit', die gerelateerd zijn aan de seksuele ontwikkeling en als 'positieve' ervaringen worden bestempeld. Voorbeelden hiervan zijn: *'Heb je wel eens gemasturbeerd'* en *'Heb je wel eens geslachtsgemeenschap gehad?'*. Anderzijds bevat het construct 'ervaring' de onderwerpen 'sociale seksuele grenzen' en 'sociale media', die gerelateerd zijn aan onwenselijke ervaringen en daarom ook wel 'negatieve' ervaringen worden genoemd. Voorbeelden hiervan zijn: *'Ben je wel eens aangeraakt terwijl je dat niet wilde?'* en *'Heb je wel eens je borsten of een ander (ontbloot) lichaamsdeel laten zien voor de webcam?'*. Er wordt gebruik gemaakt van een tweepuntsantwoordschaal. Bij de vragen gericht op de seksuele ontwikkeling geldt hoe hoger het aantal punten, hoe verder iemand is in zijn seksuele ontwikkeling en hoe meer 'positieve' ervaring iemand heeft (0 punten = geen ervaring en 1 punt = wel ervaring), terwijl bij de vragen gericht op onwenselijke ervaringen geldt hoe hoger het aantal punten, hoe meer negatieve ervaringen iemand heeft met seksualiteit gericht op seksueel misbruik of seksueel grensoverschrijdend gedrag (0 punten = geen ervaring en 1 punt = wel ervaring). Binnen het construct worden geen items omgepooled. Vervolgens zijn per deelonderwerp schaalesscores berekend door alle items bij elkaar op te tellen. Per deelonderwerp zijn vervolgens percentages berekend van het totaal aantal items dat staat voor negatieve ervaring of positieve ervaring (ten opzichte van de totaal te behalen score). Voor de deelonderwerpen die behoren tot het construct 'negatieve ervaring' geldt hoe hoger het percentage, hoe meer onwenselijke ervaringen en voor de deelonderwerpen die

behoren tot het construct 'positieve ervaring' geldt hoe hoger het percentage, hoe meer positieve ervaringen passend bij de seksuele ontwikkeling. Doordat het construct uit twee onderdelen bestaat worden geen uitspraken gedaan over de totale schaal 'ervaring'. Enkel de adolescenten die minimaal 90% van de items ingevuld hebben zijn meegenomen.

Afnameprocedure

De vragenlijst is in ongeveer 60 minuten in interviewvorm afgenomen door een hulpverlener die een vertrouwensband heeft met de adolescent. Op deze manier werd nabijheid geboden en voelde de adolescent ruimte om zijn verhaal te uiten (indien noodzakelijk). Dit is van belang vanwege de grote kwetsbaarheid van de doelgroep en de persoonlijkheid van het onderwerp seksualiteit. In de instructie voor de hulpverleners die de vragenlijst afgenomen hebben stond beschreven dat de vragen precies zo moesten worden voorgelezen, als dat ze beschreven stonden, dat het van belang was om de vragen neutraal voor te lezen en dat er geen inhoudelijke informatie of voorbeelden gegeven mochten worden ter verduidelijking. Dit om de betrouwbaarheid van de antwoorden te vergroten. Tijdens de afname is geprobeerd om de adolescenten zoveel mogelijk op hun gemak te stellen, zodat de gegeven antwoorden overeenkomen met wat ze werkelijk weten, vinden en gedaan hebben. In het kader van de behandeling is de vragenlijst opgenomen in het dossier van de individuele adolescent (GGZ-Nederland, 2013) en zijn de vragenlijsten anoniem aangeleverd aan de onderzoeksters waardoor de gegevens voor huidig onderzoek anoniem en vertrouwelijk verwerkt zijn.

Gezien het feit dat uit diverse onderzoeken blijkt dat adolescenten met een LVB in zorg tot de grootste risicodoelgroep behoren als het gaat om seksueel misbruik, zijn 16 antwoorden die adolescenten kunnen geven aangeduid met een '*'. Deze antwoorden geven een indicatie voor mogelijke ervaringen met seksueel misbruik en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag. Als een adolescent zo'n antwoord gaf, was extra alertheid van de hulpverlener die de vragenlijst afnam geboden en gaf dit aanknopingspunten voor een vervolgesprek of vervolgdagnostiek. Enkele voorbeelden hiervan zijn wanneer iemand aangaf dat het 'oké' is als een vrouw haar borsten laat zien voor de webcam of om seks te hebben met je broer of zus. Het zijn vragen die behoren tot de constructen kennis, attitude en ervaring. Bij vier vragen diende zelfs het protocol seksueel misbruik, dat gehanteerd wordt binnen de instelling, in werking te worden gezet wanneer een adolescent een bepaald antwoord gaf. Dit was bijvoorbeeld het geval als iemand vertelde dat hij of zijn wel eens seks heeft gehad tegen zijn of haar wil in of als de adolescent vertelde een ander wel eens gedwongen te hebben tot seks.

Data-analyse

Om te onderzoeken of er een effect van leeftijdsgroep, IQ-groep, hulpverleningssetting en sekse bestaat op de afhankelijke variabelen kennis, attitude en ervaring en de bijbehorende afzonderlijke deelonderwerpen is gebruik gemaakt van een Mann-Whitney-U toets. Hiervoor is gebruik gemaakt van de geconstrueerde schaalscores, zoals hiervoor beschreven. Er is gebruik gemaakt van deze non-parametrische toets, omdat de steekproef klein is en omdat voor de meeste variabelen niet werd voldaan aan de assumpties van parametrische toetsten zoals een normale verdeling en homogeniteit van de varianties. Er is voor alle statistische analyses een significantieniveau van $p < .05$ gehanteerd met tweezijdige toetsing, omdat de bevindingen uit de literatuur onvoldoende eenduidigheid bieden voor specifieke verwachtingen.

Resultaten

Kennis. In tabel 2 is te zien dat adolescenten veel kennis hebben op het gebied van seksualiteit. Gemiddeld geven ze voor 93.38% van de items het goede antwoord. Wanneer gekeken wordt naar de afzonderlijke deelonderwerpen blijken adolescenten met een LVB in zorg de meeste kennis op het gebied van sociale media (99.33%) en de minste kennis op het gebied van het eigen lichaam (88.57%) te hebben. In tabel 3 zijn vervolgens de resultaten van de Mann-Whitney U test weergegeven, waaruit blijkt dat er geen significante verschillen gevonden zijn voor sekse, leeftijdsgroep, IQ-groep en hulpverleningssetting.

Attitude. Adolescenten met een LVB in de leeftijd van 15 t/m 23 jaar die zorg ontvangen blijken een tolerante attitude te hebben op het gebied van seksualiteit (85.36%), zoals weergegeven in tabel 2. Wanneer gekeken wordt naar de afzonderlijke deelonderwerpen blijken adolescenten de meest tolerante attitude te hebben op het gebied van het eigen lichaam (93.20%) en de meest conservatieve attitude ten opzichte van anticonceptie en SOA's (65.99%). De resultaten van de Mann-Whitney U test zijn vervolgens weergegeven in tabel 4, waaruit blijkt dat er geen significante verschillen gevonden zijn voor sekse, IQ-groep, leeftijdsgroep en hulpverleningssetting. *Ervaring.* Op het gebied van positieve ervaringen, die gerelateerd zijn aan de seksuele ontwikkeling, blijkt uit huidig onderzoek dat adolescenten de meeste ervaring hebben met intimiteit (68.75%) en het minste ervaring met hun eigen lichaam (45.45%). Op het gebied van onwenselijke ervaringen blijken adolescenten weinig negatieve ervaring gehad te hebben (sociale seksuele grenzen = 17.86% en sociale media = 10.00%). In tabel 5 zijn de resultaten van de Mann-Whitney U weergegeven, waarmee de verschillen voor sekse, IQ-groep, leeftijdsgroep en hulpverleningssetting onderzocht zijn.

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

Tabel 3

Gemiddelde scores op de seksuele kennis per leeftijdsgroep, sekse, IQ-groep en hulpverleningssetting: Resultaten van de Mann-Whitney U test.

Onderwerp	Variabele		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>			
Totaal kennis	Leeftijd	15-18	35	83.09	4.98	203.50	-0.16	.87			
		19-23	12	83.17	4.11						
	Sekse	Jongen	26	82.27	5.48				225.50	-1.02	.31
		Meisje	21	84.14	3.45						
	IQ	50-70	13	81.08	6.09				145.50	-1.03	.31
		71-85	28	83.43	4.06						
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	82.14	7.08				136.50	-0.11	.92
		Residentieel	40	83.28	4.30						
Anatomie	Leeftijd	15-18	35	36.43	2.42	202.00	-0.21	.84			
		19-23	12	36.33	2.10						
	Sekse	Jongen	26	36.00	2.50				202.50	-1.61	.11
		Meisje	21	36.90	2.02						
	IQ	50-70	13	35.31	3.01				133.00	-1.44	.15
		71-85	28	36.61	2.00						
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	36.71	1.80				140.00	0.00	1.00
		Residentieel	40	36.35	2.41						
Lichaam eigen sekse	Leeftijd	15-18	38	6.24	1.05	206.00	-0.55	.59			
		19-23	12	6.08	1.16						
	Sekse	Jongen	27	6.15	1.13				300.50	-0.21	.83
		Meisje	23	6.26	1.01						
	IQ	50-70	13	6.23	0.93				192.00	-0.09	.93
		71-85	31	6.13	1.18						
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	5.71	1.70				134.50	-0.50	.63
		Residentieel	43	6.28	0.93						
Intimiteit	Leeftijd	15-18	38	4.82	0.46	190.00	-1.24	.21			
		19-23	12	4.67	0.49						
	Sekse	Jongen	27	4.81	0.39				298.00	-0.35	.73
		Meisje	23	4.74	0.54						
	IQ	50-70	13	4.69	0.63				191.00	-0.39	.70
		71-85	31	4.81	0.40						
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	4.71	0.49				136.50	-0.56	.57
		Residentieel	43	4.79	0.47						
Zwangerschap en geboorte	Leeftijd	15-18	38	6.47	0.51	205.00	-0.60	.55			
		19-23	12	6.33	0.65						
	Sekse	Jongen	27	6.56	0.51				240.00	-1.57	.12
		Meisje	23	6.30	0.56						
	IQ	50-70	13	6.38	0.65				189.00	-0.37	.71
		71-85	31	6.48	0.51						
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	6.14	0.38				98.00	-1.68	.09
		Residentieel	3	6.49	0.55						
Anticonceptie en SOA's	Leeftijd	15-18	38	18.9	2.26	225.00	-0.07	.95			
		19-23	12	18.50	1.73						
	Sekse	Jongen	27	17.93	2.44				251.00	-1.17	.24

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

		Meisje	23	18.83	1.61			
	IQ	50-70	13	17.54	2.40	149.00	-1.37	.17
		71-85	31	18.55	2.06			
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	18.29	3.04	139.00	-0.33	.75
		Residentieel	43	18.35	2.00			
	Leeftijd	15-18	38	8.13	1.09	224.00	-0.10	.92
		19-23	12	8.25	0.75			
Sociale seksuele grenzen	Sekse	Jongen	27	8.07	1.07	281.50	-0.61	.54
		Meisje	23	8.26	0.96			
	IQ	50-70	13	8.00	1.08	179.50	-0.61	.54
		71-85	31	8.16	1.07			
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	7.57	1.51	116.50	-1.03	.29
		Residentieel	43	8.26	0.90			
Sociale media	Leeftijd	15-18	38	2.97	0.16	222.00	-0.56	.57
		19-23	12	3.00	0.00			
	Sekse	Jongen	27	2.96	0.19	299.00	-0.92	.36
		Meisje	23	3.00	0.00			
	IQ	50-70	13	2.92	0.27	186.00	-1.54	.12
		71-85	31	3.00	0.00			
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	3.00	0.00	147.00	-0.40	.69
		Residentieel	43	2.98	0.15			

Noot: n = aantal adolescenten, M = gemiddelde score, SD = standaarddeviatie, U = Mann-Whitney U score, z = gestandaardiseerde score, p = overschrijdingskans.

Er blijkt een significant verschil voor sekse te bestaan op het deelonderwerp 'lichaam eigen sekse' ($U = 148.50$, $z = -2.27$, $p = .02$). Jongens hebben significant meer ervaring ten opzichte van hun eigen lichaam dan meisjes. Daarnaast blijken meisjes, adolescenten in de leeftijd van 19 t/m 23 jaar en adolescenten die residentiële hulpverlening krijgen significant meer ervaring op het gebied van intimiteit te hebben dan jongens, adolescenten in de leeftijd van 15 t/m 18 en adolescenten die ambulante hulpverlening krijgen (respectievelijk $U = 96.50$, $z = -2.99$, $p = .00$; $U = 189.00$, $z = -2.11$, $p = .04$; $U = 56.00$, $z = -2.68$, $p = .01$ n1 n2 n3). Als laatste blijkt er een significant verschil in sekse te bestaan op het deelonderwerp 'sociale seksuele grenzen' ($U = 85.00$, $z = -4.76$, $p = <.001$) en op het deelonderwerp 'sociale media' ($U = 238.00$, $z = -2.12$, $p = .03$). Meisjes blijken op het gebied van 'sociale seksuele grenzen' en 'sociale media' meer onwenselijke ervaringen gehad te hebben dan jongens.

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

Tabel 4

Gemiddelde scores op de seksuele attitude per leeftijdsgroep, sekse, IQ-groep en hulpverleningssetting: Resultaten van de Mann-Whitney U test.

Onderwerp	Variabele		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Totaal attitude	Leeftijd	15-18	36	34.19	2.46	213.00	-0.07	.94
		19-23	12	34.00	3.05			
	Sekse	Jongen	26	34.50	2.18	263.00	-0.48	.63
		Meisje	23	33.73	2.99			
	IQ	50-70	13	34.69	2.50	154.00	-1.10	.27
		71-85	30	34.83	2.42			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	34.43	2.37	137.50	-0.18	.86	
	Residentieel	41	34.10	2.64				
Lichaam eigen sekse	Leeftijd	15-18	37	2.84	0.44	195.50	-0.96	.34
		19-23	12	2.67	0.65			
	Sekse	Jongen	27	2.89	0.32	259.50	-1.17	.24
		Meisje	22	2.68	0.65			
	IQ	50-70	12	2.92	0.29	165.00	-0.89	.38
		71-85	31	2.77	0.50			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	2.71	0.49	128.00	-0.85	.40	
	Residentieel	42	2.81	0.51				
Intimiteit	Leeftijd	15-18	36	14.17	1.78	181.00	-0.85	.40
		19-23	12	13.75	1.66			
	Sekse	Jongen	27	14.07	1.82	274.50	-0.19	.85
		Meisje	21	14.05	1.69			
	IQ	50-70	13	14.46	1.76	146.50	-1.31	.19
		71-85	30	13.80	1.67			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	14.29	2.21	122.00	-0.64	.52	
	Residentieel	41	14.02	1.68				
Zwangerschap en geboorte	Leeftijd	15-18	37	0.84	0.37	204.50	-0.67	.50
		19-23	12	0.92	0.29			
	Sekse	Jongen	27	0.85	0.36	293.50	-0.12	.91
		Meisje	22	0.86	0.35			
	IQ	50-70	13	0.85	0.38	192.50	-0.10	.92
		71-85	30	0.83	0.38			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	0.86	0.38	147.00	0.00	1.00	
	Residentieel	42	0.86	0.35				
Anticonceptie en SOA's	Leeftijd	15-18	37	1.97	0.29	216.00	-0.34	.74
		19-23	12	2.00	0.00			
	Sekse	Jongen	26	1.96	0.34	287.50	-0.55	.58
		Meisje	23	2.00	0.00			
	IQ	50-70	12	1.92	0.29	165.00	-1.56	.12
		71-85	31	2.03	0.18			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	2.00	0.00	143.50	-0.24	.81	
	Residentieel	42	1.98	0.27				
sociale seksuele	Leeftijd	15-18	36	10.89	0.98	211.00	-0.13	.90
		19-23	12	10.83	1.27			
	Sekse	Jongen	26	11.00	1.06	238.50	-1.09	.28

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

grenzen	IQ	Meisje	22	10.73	1.03			
		50-70	13	11.15	1.34	155.50	-1.15	.25
		71-85	30	10.80	0.96			
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	11.14	0.38	116.50	-0.87	.38
		Residentieel	41	10.83	1.12			
Sociale media	Leeftijd	15-18	35	3.60	0.60	171.00	-1.19	.23
		19-23	12	3.83	3.89			
	Sekse	Jongen	26	3.61	0.64	261.00	-0.32	.75
		Meisje	21	3.71	0.46			
	IQ	50-70	13	3.54	0.66	166.50	-0.74	.46
		71-85	29	3.69	0.54			
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	3.43	0.79	114.50	-0.95	.34
		Residentieel	40	3.70	0.52			

Noot: n = aantal adolescenten, M = gemiddelde score, SD = standaarddeviatie, U = Mann-Whitney U score, z = gestandaardiseerde score, p = overschrijdingskans.

Tabel 5

Gemiddelde scores op de seksuele ervaring per leeftijdsgroep, sekse, IQ-groep en hulpverleningssetting: Resultaten van de Mann-Whitney U test.

Onderwerp	Variabele		n	M	SD	U	Z	p
Lichaam eigen sekse	Leeftijd	15-18	32	1.41	1.21	178.50	-0.37	.71
		19-23	12	1.25	0.97			
	Sekse	Jongen	23	1.74	1.14	148.50	-2.27	.02*
		Meisje	21	0.95	1.02			
	IQ	50-70	13	1.38	1.19	168.50	-0.02	.99
		71-85	26	1.38	1.20			
Hulpverleningssetting	Ambulant	6	1.00	1.26	90.00	-0.85	.34	
	Residentieel	38	1.42	1.13				
Intimiteit	Leeftijd	15-18	36	3.81	1.43	96.50	-2.99	.00*
		19-23	12	5.08	0.79			
	Sekse	Jongen	26	3.69	1.57	189.00	-2.11	.04*
		Meisje	22	4.64	1.00			
	IQ	50-70	13	4.23	1.17	185.00	-0.10	.92
		71-85	29	4.03	1.61			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	2.43	1.90	56.00	-2.68	.01*	
	Residentieel	41	4.41	1.09				
sociale seksuele grenzen	Leeftijd	15-18	37	0.65	0.98	179.00	-1.12	.26
		19-23	12	0.92	0.90			
	Sekse	Jongen	27	0.19	0.62	85.00	-4.76	.00*
		Meisje	22	1.36	0.90			
	IQ	50-70	13	0.23	0.44	143.50	-1.58	.11
		71-85	30	0.80	1.06			
Hulpverleningssetting	Ambulant	7	0.29	0.76	101.50	-1.45	.15	
	Residentieel	42	0.79	0.98				
Sociale	Leeftijd	15-18	38	0.13	0.34	179.50	-1.65	.10

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

media		19-23	12	0.42	0.67			
	Sekse	Jongen	27	0.07	0.27	238.00	-2.12	.03*
		Meisje	23	0.35	0.57			
	IQ	50-70	13	0.08	0.28	184.50	-0.74	.46
		71-85	31	0.16	0.37			
	Hulpverleningssetting	Ambulant	7	0.00	0.00	119.00	-1.32	.19
		Residentieel	43	0.23	0.48			

Noot: n = aantal adolescenten, M = gemiddelde score, SD = standaarddeviatie, U = Mann-Whitney U score, z = gestandaardiseerde score, p = overschrijdingskans; *p < .05.

Conclusie en discussie

Adolescenten met een LVB die zorg ontvangen hebben door hun beperkingen in intelligentie en sociaal aanpassingsvermogen in combinatie met bijkomende gedragsproblematiek moeite met het adequaat omgaan met hun seksuele ontwikkeling (Murphy & Young, 2005). De grote mate van kwetsbaarheid en beïnvloedbaarheid die dit met zich mee brengt, maakt deze doelgroep de grootste risicodoelegroep om slachtoffer te worden van seksueel misbruik (Commissie Samson, 2012; Morano, 2001). Hoewel bekend is dat kennis, ervaring en een tolerante attitude ten aanzien van seksualiteit de kwetsbaarheid vermindert (Ailey et al., 2003; Galea et al., 2004) en educatie die hierbij nodig is alleen bepaald kan worden door het in kaart brengen van de seksuele ontwikkeling, is er weinig bekend over de specifieke aspecten kennis, attitude en ervaring ten aanzien van de seksuele ontwikkeling en mogelijke verschillen voor sekse, IQ-niveau, leeftijdsgroep en hulpverleningssetting. In huidig onderzoek is daarom de seksuele ontwikkeling van deze adolescenten in kaart gebracht met een naar het Nederlands vertaalde en op de doelgroep aangepaste versie van de SSKAAT-R.

Kennis. Geconcludeerd kan worden dat adolescenten met een LVB in zorg in dit onderzoek veel kennis hebben over seksualiteit (93.38%). De meeste kennis hebben zij van sociale media (99.33%) en de minste kennis hebben zij van hun eigen lichaam (88.57%). Er zijn geen significante verschillen gevonden voor de verschillende kenmerken van de adolescenten. Het hoge kennisniveau is in strijd met de literatuur waarin werd gevonden dat adolescenten met een LVB weinig kennis hebben (Galea et al., 2004; Isler et al., 2009). Deze discrepantie zou verklaard kunnen worden door verwachtingen op basis van niet vergelijkbare doelgroepen. In huidig onderzoek was het namelijk niet mogelijk om een vergelijking te maken met adolescenten zonder LVB. Het zou kunnen dat deze adolescenten nog meer kennis hebben dan adolescenten in huidig onderzoek, maar daarover kunnen geen uitspraken worden gedaan. Een andere verklaring voor het onverwachte hoge kennisniveau ligt in de SSKAAT-

R. De oorspronkelijke SSKAAT-R is ontwikkeld voor afname bij mensen met uiteenlopende leeftijden en uiteenlopende niveaus van verstandelijke beperkingen. Hierdoor kunnen de vragen te makkelijk zijn voor de LVB-doelgroep waardoor er hoge scores zijn behaald. Desalniettemin kan gesteld worden dat de basiskennis, zoals in kaart gebracht met de SSKAAT-R van adolescenten met een LVB in zorg ruim voldoende is.

Attitude. Gesteld kan worden dat adolescenten met een LVB in zorg een tolerante attitude hebben ten aanzien van seksualiteit (85.36%). Dit komt overeen met onderzoeksresultaten van Haspels en Spanjaard (1998) en Klomp en Potse (2012) naar LVB-adolescenten in zorg. De meest tolerante attitude ten aanzien van seksualiteit hebben adolescenten ten opzichte van hun eigen lichaam (93.20%). Over 'anticonceptie en SOA's' hebben deze adolescenten de meest conservatieve attitude (65.99%). Ook hier worden geen significante verschillen gevonden voor de kenmerken van de adolescenten. In de literatuur werd gevonden dat jongens een meer tolerante attitude hebben ten aanzien van knuffelen, zoenen en (heteroseksuele) seks dan meisjes (Klomp & Potse, 2012). Op deze onderwerpen, die in huidig onderzoek onder het onderdeel 'intimiteit' vallen, wordt echter geen significant verschil gevonden tussen de attitude van jongens en meisjes. Dit zou verklaard kunnen worden doordat in huidig onderzoek mogelijk sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven vanwege de gevoeligheid van het onderwerp seksualiteit (Ross & Mirowsky, 1984).

Ervaring. Op het gebied van positieve ervaringen, die gerelateerd zijn aan de seksuele ontwikkeling, kan worden gesteld dat adolescenten met een LVB in zorg de meeste ervaring (68.75%) hebben met (tong)zoenen, aanraken en geslachtsgemeenschap ('intimiteit') en de minste ervaring met hun eigen lichaam ('lichaam eigen sekse' (45.45%)). Uit onderzoek van Heuves (2006) blijkt dat er een taboe bestaat rondom de onderwerpen masturbatie en porno, die meegenomen worden in het onderdeel 'lichaam eigen sekse'. Dit taboe zou ervoor kunnen zorgen dat adolescenten geen eerlijke antwoorden durven te geven, waardoor sociaal wenselijke antwoorden gegeven zouden kunnen zijn op het onderdeel 'lichaam eigen sekse' (Heuves, 2006). Dit kan het verschil in scores tussen de deelonderwerpen verklaren. Op het gebied van intimiteit blijken meisjes significant meer ervaring te hebben dan jongens. Dit is in tegenstrijd met bestaande onderzoeken naar adolescenten zonder LVB waarin werd gesteld dat jongens meer ervaring zouden hebben met seksualiteit (en dus ook met (tong)zoenen, aanraken en geslachtsgemeenschap) (Oliver & Hyde, 1993; Petersen & Hyde, 2010). Een mogelijke verklaring voor dit verschil wordt gevonden in onderzoek van De Graaf, Meijer, Poelman en Vanwesenbeeck (2005) naar seksualiteit van adolescenten zonder LVB. Hieruit blijkt dat meisjes op 17-jarige leeftijd meer ervaring hebben dan jongens met tongzoenen,

geslachtsgemeenschap en orale seks omdat meisjes hun ervaring over het algemeen opdoen met oudere partners. Dit zou het sekseverschil kunnen verklaren (De Graaf et al., 2005). Waar meisjes meer ervaring hebben met intimiteit, hebben jongens significant meer ervaring hebben met masturbatie en porno ('lichaam eigen sekse') dan meisjes. Dit is terug te vinden in de literatuur (De Graaf et al., 2005, Malamuth, 1996; Oliver & Hyde, 1993). Daarnaast blijken adolescenten in de residentiële hulpverleningssetting significant meer ervaring te hebben op het gebied van intimiteit dan adolescenten in de ambulante hulpverlening. Dit is in overeenstemming met de literatuur (Servais, 2006; Spanjaard, et al., 2000; Vermeulen et al., 2007). Bovendien blijken adolescenten in de leeftijd van 19 t/m 23 jaar significant meer ervaring te hebben met intimiteit dan adolescenten in de leeftijd van 15 t/m 18 jaar. Ook dit is in overeenstemming met de literatuur (De Graaf et al., 2012; Lammers et al., 2000).

Op het gebied van 'negatieve ervaringen', die gerelateerd zijn aan onwenselijke ervaringen, blijken adolescenten in zorg weinig ervaring te hebben (sociale seksuele grenzen = 17.86% en sociale media = 10.00%). Dit terwijl uit de literatuur blijkt dat adolescenten met een LVB een groot risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel misbruik (Morano, 2001). Op basis hiervan zou verwacht worden dat de adolescenten met een LVB in zorg meer negatieve ervaringen hebben dan uit dit onderzoek blijkt. Er zijn verschillende verklaringen te noemen voor dit verschil. Allereerst bestaat, door de gevoeligheid van het onderwerp seksualiteit, de kans op sociaal wenselijke antwoorden (Ross & Mirowsky, 1984). Ook zou het, ondanks het feit dat geprobeerd is de adolescenten op hun gemak te stellen, zo kunnen zijn dat de adolescent niet de openheid voelde om zijn negatieve ervaring te delen, bijvoorbeeld doordat de afnemer van de vragenlijst zijn eigen hulpverlener was. Ten slotte zou de oorzaak kunnen liggen in het feit dat onbekend is of de betrokken doelgroep representatief is voor alle adolescenten met een LVB bij Vitree. Bovendien is er sprake van een kleine steekproefgrootte (n=50), waardoor tevens de generaliseerbaarheid verkleind wordt. Significante verschillen in negatieve ervaringen worden gevonden voor sekse. Zo blijken meisjes significant meer onwenselijke ervaringen gehad te hebben dan jongens met aanraken en aangeraakt worden tegen de wil in ('sociale seksuele grenzen') en met het (al dan niet gedwongen) tonen van (ontblote) lichaamsdelen voor de webcam ('sociale media'). Dit komt overeen met de literatuur waarin gesteld wordt dat meisjes met een LVB vaker slachtoffer zijn van seksueel misbruik dan jongens (Commissie Samson, 2012; Morano, 2001; Reiter e.a., 2007). Een andere verklaring voor het feit dat meisjes meer negatieve ervaringen hebben in de sociale media kan zijn dat meisjes meer tijd op sociale media doorbrengen dan jongens, zo blijkt uit onderzoek van Van Rooij en Schoenmakers (2013) naar het gebruik van

internet onder adolescenten zonder LVB. Geconcludeerd kan worden dat LVB-adolescenten in zorg in dit onderzoek weinig negatieve ervaringen hebben. Wat betreft positieve ervaringen hebben zij veel ervaring met intimiteit en weinig met hun eigen lichaam.

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB in zorg. Uit huidig onderzoek blijkt dat adolescenten veel kennis, een tolerante attitude en weinig ervaring hebben ten aanzien van seksualiteit. Ook blijkt dat er middels de aangepaste SSKAAT-R in verscheidene gevallen seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel misbruik aan het licht is gekomen, wat voorheen niet bekend was. Dit benadrukt het belang van het bespreekbaar maken en het in kaart brengen van de seksuele ontwikkeling van de adolescent aan de hand van de aspecten kennis, attitude en ervaring. Op deze manier kan de behandeling beter aangesloten worden op de ontwikkeling en de behoeften van de adolescenten.

Dit onderzoek kent zowel sterke punten als kanttekeningen. Een sterk punt is dat de vragenlijst is afgenomen door een hulpverlener die nauw betrokken is bij het hulpverleningsproces van een adolescent. Door de vertrouwensband die deze betrokkenheid met zich mee brengt, kan nabijheid geboden worden en zal een adolescent ruimte voelen voor het stellen van vragen en het delen van ervaringen tijdens de afname van de vragenlijst. Deze vertrouwensband kan er daarentegen ook voor zorgen dat een adolescent niet open durft te zijn over zijn ervaringen. Hier dient rekening mee gehouden te worden. Een tweede sterk punt is dat de vragenlijst eenvoudig in gebruik is doordat duidelijk omschreven staat wat een hulpverlener wel of niet kan zeggen en wat er op het antwoordformulier ingevuld dient te worden. Ook blijkt, uit de feedback van hulpverleners en adolescenten, dat de vragenlijst bruikbaar wordt geacht door het gebruik van representatieve plaatjes en foto's met herkenbare situaties.

Voor een juiste interpretatie van de resultaten van huidig onderzoek, moet echter ook rekening worden gehouden met een aantal kanttekeningen. Allereerst is er bij de vertaling van de oorspronkelijke SSKAAT-R geen persoon gevonden met als moedertaal Engels om de vragenlijst terug te vertalen. Om de betrouwbaarheid te vergroten is de vragenlijst wel door beide onderzoekers afzonderlijk vertaald van het (Canadees) Engels naar Nederlands. Een tweede kanttekening is dat er aanpassingen gedaan zijn aan de oorspronkelijke vragenlijst. Zo zijn er enkele vragen verwijderd, is het deelonderwerp sociale media toegevoegd en is geprobeerd de inhoud en lay-out zo goed mogelijk te laten aansluiten op de doelgroep adolescenten met een LVB. Ondanks dat dit gedaan is om de bruikbaarheid bij deze onderzoeksgroep te vergroten, kan dit van invloed zijn op de validiteit van het onderzoek

(Field, 2009). Het is verder niet bekend of de participanten uit huidig onderzoek representatief zijn voor alle adolescenten in de hulpverleningssetting. Bovendien is er sprake van een kleine steekproefgrootte ($n=50$) waardoor de kans op toevallige fouten groter wordt en de generaliseerbaarheid van de gegevens kleiner (Baarda & de Goede, 2007). Ten vierde is de vragenlijst een zelfrapportage, wat betekent dat de antwoorden subjectief kunnen zijn (Robinson & Clore, 2002). Daar staat echter tegenover dat alleen de adolescent zelf het beste deze vragen kunnen beantwoorden. Tijdens de afname is geprobeerd om de adolescenten zoveel mogelijk op hun gemak te stellen, zodat de gegeven antwoorden overeenkomen met wat ze werkelijk weten, vinden en gedaan hebben. Als laatste kanttekening moet er rekening worden gehouden met de gevoeligheid van het onderwerp seksualiteit, waardoor de kans bestaat op sociaal wenselijke antwoorden (Ross & Mirowsky, 1984). De kans op sociaal wenselijke antwoorden wordt in huidig onderzoek verkleind door het gebruik van een tweepuntschaal (Kluger, Reilly, & Russel, 1991).

Ondanks deze beperkingen kunnen we op basis van de resultaten een aantal aanbevelingen doen om de voorlichting, preventie en interventie rondom seksualiteit en seksueel misbruik te verbeteren. Op basis van huidig onderzoek wordt gesteld dat er sprake is van voldoende basiskennis over seksualiteit. Het is echter zeer waarschijnlijk dat de kennisvragen van de SKAAT-R te makkelijk zijn, omdat de adolescenten bijna alle vragen goed hadden. Op het gebied van het eigen lichaam hadden adolescenten de minste kennis. Het gaat hier om onderwerpen als menstruatie, masturbatie, erectie, ejaculatie en pornografie. Bij het geven van seksuele voorlichting zouden deze onderwerpen nog wel aan bod moeten komen. Wanneer gekeken wordt naar de attitude ten aanzien van seksualiteit wordt geconcludeerd dat adolescenten met een LVB in zorg de meest conservatieve attitude hebben ten aanzien van anticonceptie en SOA's. Ook hier dient in voorlichting, preventie en interventie aandacht aan gegeven te worden. Kennis en een positieve attitude over seksualiteit verminderen namelijk de kwetsbaarheid en verkleinen het risico om slachtoffer te worden van seksueel misbruik (Galea et al., 2004).

Ten slotte kunnen aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek. Huidig onderzoek heeft een stap gezet in het ontwikkelen van een bruikbaar instrument (de SKAAT-R) dat de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een LVB in kaart brengt. Vervolgonderzoek is echter nodig om de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument in kaart te brengen. Daarnaast zijn de kennisitems wellicht te makkelijk, of gaan niet verder dan de basiskennis. Dit kan verklaard worden doordat de oorspronkelijke versie van de SSKAAT-R voor een bredere doelgroep bedoeld is, namelijk individuen in de leeftijd van 15 tot +/- 80

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

met een verstandelijke beperking. In vervolgonderzoek zou de mogelijkheid voor het toevoegen van een instaptoets of leeftijdscategorieën waarvoor een vraag ingevuld dient te worden, onderzocht kunnen worden, om de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid van het instrument en de gegevens te vergroten. Hiervoor is een grotere steekproef wenselijk, om de generaliseerbaarheid van de gegevens te vergroten.

Referenties

- Ailey, S. H., Marks, B. A., Crisp, C., & Earle Hahn, J. (2003). Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. *The Nursing Clinics of North America*, 38, 229-252. doi:10.1016/S0029-6465(02)00056-7
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition [DSM-IV-TR])*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. de (2007). *Basisboek statistiek met SPSS: Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., & Richold, P. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 194-201. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00293.x
- Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A., McGrath, M., & Burket, R. (1984). Issues in fertility for mentally retarded female adolescents: I. Sexual activity, sexual abuse, and contraception. *Pediatrics*, 73, 445-450. doi:10.1016/s0197-0070(83)80458-6
- Cheng, M. M., & Udry, J. R. (2005). Sexual experiences of adolescents with low cognitive abilities in the U.S. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17, 155-172. doi:10.1007/s10882-005-2686-3
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig*. Amsterdam: Boom
- Conod, L., & Servais, L. (2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Publica de Mexico*, 50, 230-238. doi:10.1590/S0036-36342008000800017
- Douma, J., Bergh, P. van den, & Hoekman, J. (1998). *Verstandelijke handicap en seksueel misbruik*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijke Kenniscentrum LVB.
- Erikson, E. H. (1977). *Het kind en de samenleving*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Field, A. (3rd ed.) (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. London: Sage
- Fisher, T. D., & Hall, R. G. (1988). In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (2010). *Handbook of Sexuality - Related Measures* (pp. 66-67). New York: Routledge.
- Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (2010). *Handbook of Sexuality*

- *Related Measures*. New York: Routledge.
- Galea, J., Butler, J., & Iacono, T. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29*, 350-365. doi:10.1080/13668250400014517
- GGZ Nederland (2013). *Toelichting wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Gedownload op 23 mei 2014, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Handreiking%20WGBO%20juli%202013.pdf>
- Graaf, H. de, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25^e*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^{ste}. Definitieve resultaten*. Gedownload op 3 juni 2014, van <http://www.edudivers.nl/doc/onderzoek/rapport%20Seks%20onder%20je%2025e.pdf>
- Griffiths, D., & Lunsy, Y. (2003). *Socio-Sexual Knowledge and Attitudes Assessment Tool – Revised (SSKAAT-R)*. Wood Dale, IL: Stoelting Co.
- Gomez, M. T. (2012). The S words: Sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and Disability, 30*, 237-245. doi:10.1007/s11195-011-9250-4
- Hannon, R. Hall, D., Gonzalez, V., & Cacciapaglia, H. (1998). The trueblood sexual attitude questionnaire (TSAQ). In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (2010). *Handbook of Sexuality - Related Measures* (pp. 68-71). New York: Routledge.
- Haspels, M. J. G. & Spanjaard, H. J. M. (1998). *'Grenzen stellen en respecteren': Programma -evaluatie in het kader van het project 'Preventie van seksueel grensoverschrijdend en gewelddadig gedrag van en tussen licht verstandelijk gehandicapte jongeren'*. Amsterdam /Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Haspels, M. J. G., & Spanjaard, H. J. M. (1999). *SKAVE. Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden-, en Ervaringenlijst*. Duivendrecht: PI Research.
- Heemelaar, M. (2000) *Seksualiteit, intimiteit en hulpverlening*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S., & Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research, 43*, 76-86. doi:10.1080/00224490609552301
- Heuves, W. (2006). *Pubers. Ontwikkeling en problemen*. Assen: Van Gorcum.
- Isler, A., Tas, F., Beytut, D., & Conk, Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability, 27*, 27-34. doi:10.1007/s11195-009-9107-2

- Kerstens, J. & Graaf, H. de. (2012). Jongeren en online seksuele activiteiten. In J. Kersten & W. Stol (red.) *Jeugd en cybersafety. Online slachtoffer- en ouderschap onder Nederlandse jongeren*, 135-180. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Klomp, Y. D. & Potse, M. A. (2012). *Visie op seksualiteit van jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun begeleiders* (Master thesis, Universiteit Utrecht, Nederland). Gedownload op 17 juni 2014, van <http://dspace.library.uu.nl:8080/handle/1874/254521>
- Kluger, A. N., Reilly, R. R. & Russell, C. J. (1991). Faking biodata tests: Are option-keyed instruments more resistant? *Journal of Applied Psychology*, 76, 889-896. doi:10.1037//0021-9010.76.6.889
- Kok, G., Maassen, R., Maaskant, M., & Curfs, L. (2009). Zorgverleners over seksualiteit van mensen met verstandelijke beperkingen; een kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 33, 199-206.
- Konstantareas, M. M., & Lunsy, Y. J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 397-413. doi:0162-3257/97/0800-0337\$12.50/0
- Kraijer, D., & Plas, J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Perason Assessment.
- Kroft, A. H. M. (2008). *Relatievorming, seksualiteit en intimiteit bij mensen met een verstandelijke beperking* (Master thesis, Universiteit Utrecht, Nederland). Gedownload op 2 juni 2014, van <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/30641>
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent health*, 26, 42-48. doi:10.1016/ss1054-139x(99)0041-5
- Levy, H., & Packman, W. (2004). Sexual Abuse Prevention for Individuals With Mental Retardation: Consideration for Genetic Counselors. *Journal of Genetic Counseling*, 13, 189-205. doi:10.1023/B:JOGC.0000028158.79395.1e
- Lief, H. I., Fullard, W., & Devlin, S. J. (1990). A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A. *Journal of Sex Education and Therapy*, 16, 79-91.
- Lunsy, Y., Frijters, J., Griffiths, D. M., Watson, S. L., & Williston, S. (2007). Sexual knowledge and attitudes of men with intellectual disability who sexually offend. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32, 74-81. doi:10.1080

/13668250701408004

- Malamuth, N. M. (1996). Sexually explicit media, gender differences, and evolutionary theory. *Journal of Communication*, *46*, 8-31. doi:10.1111/j.1460-2466.1996.tb01486
- Matson, J. L., & Sevin, J. A. (1988). *Psychopathology in persons with mental retardation*. Oxford: Behaviour Intervention Specialists.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, *17*, 157-170.
- McCabe, M. P., & Cummins, R. A. (1996). The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, *31*, 13-21.
- Morano, J. P. (2001). Sexual abuse of the mentally retarded patient: Medical and legal analysis for the primary care physician. *Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatry*, *3*, 126-135. doi:10.4088/PCC.v03n0304
- Murphy, G. (2007). *Intellectual disability, sexual abuse, and sexual offending*. In Carr, A., O'Reilly, G., Walsh, P. N., & McEvoy, J. (Eds.). *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp. 831-866). London/New York: Routledge.
- Murphy, G. H., & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine*, *34*, 1347-1357. doi:10.1017/S0033291704001941
- Murphy, P., & Young, P. C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *47*, 640-644. doi:10.1017/S001216220001258
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 575-586. doi:10.1037/0022-006x.71.3.575
- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *114*, 29-51. doi:10.1037/10345-003
- Patton, W., & Mannison, M. (1993). The revised attitudes toward sexuality inventory. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (2010). *Handbook of Sexuality - Related Measures* (pp. 77-79). New York: Routledge.
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993 – 2007. *Psychological Bulletin*, *136*, 21-38. doi:10.1037/a0017504

- Reiter, S. Bryen, D. Shachar, Y. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of crimes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 11, 1 – 17. doi:10.1177/1744629507084602
- Rooij, A. J. van & Schoenmakers, T. M. (2013). *Monitor Internet en Jongeren 2010-2012. Het (mobiele) gebruik van sociale media en games door jongeren*. Rotterdam: Center for Behavioral Internet Science & IVO. Gedownload op 3 juni 2014, van <http://bit.ly/T3Qw5u>
- Rotherham-Borus, M. J., Mahler, K. A., Koopman, C., Langabeer, K. (1996). Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 390-400. doi:10.1037/h0080189
- Santor, D. A., Messervey, D., & Kusumakar, V. (2000). Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: predicting school performance, sexual attitudes and substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 163-182. doi:0047-2891/00/0400-0163\$18.00/0
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 12, 48-56. doi:10.1002/mrdd.20093
- Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Spanjaard, H., Haspels, M., & Roos, I. (2000). Grenzen stellen en respecteren: Onderzoek naar de effecten van programma-ontwikkeling omtrent seksualiteit. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 26, 211–228.
- Sullivan, P. M., & Knuton, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257-1273. doi:10.1016/s0145-2134(00)00190-3
- Talbot, T. J., & Langdon, P. E. (2006). A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: Is sexual knowledge related to sexual offending behaviour? *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 523-531. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00801.x
- Valenti-Hein, D., & Choinski, C. (2007). Relationships and sexuality in adolescence and young adulthood. In A. Carr, G. O'Reilly, P. Noonan Walsh, & J. McEvoy (Red.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp. 729-755). Londen/New York: Routledge.
- Vermeulen, T., Jansen, M., & Feltzer, M. (2007). LVG: een lichte verstandelijke handicap met zware gevolgen. Een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk

SEKSUELE ONTWIKKELING VAN LVB-ADOLESCENTEN IN ZORG

gehandicapte jeugdigen. *Onderzoek en Praktijk*, 5, 4-14.

Wissink, I. B., Moonen, X., Vugt, E. S. van, Stams, G. (z.d.). Deelonderzoek 5b: Seksueel grensoverschrijdend gedrag en misbruik bij kinderen en jongeren met een (licht) verstandelijke beperking. In: Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig. Bijlagen*. Amsterdam: Boom.

World Health Organisation [WHO] (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organisation

Zoon, M. (2012). *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?*

Gedownload op 19 mei 2014, van http://www.nji.nl/nl/LVB_Wat_werkt.pdf