

Onbeperkte liefde?

Seksualiteit, relatievorming en psychosociale ontwikkeling bij adolescenten met een visuele beperking, adolescenten met cerebrale parese en adolescenten zonder beperking



Bachelor-these Orthopedagogiek, 2008
Faculteit Psychologie en Pedagogiek
Vrije Universiteit te Amsterdam

Ngoya Ataliede	1468480
Sacha Bendel	1532014
Anna Schmidt	1540661

Begeleidster: Dr. S. Kef



vrije Universiteit

amsterdam

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
1.1. Visuele beperking en relaties	6
1.2. Cerebrale parese en relaties	9
1.3. Relevantie	13
2. Methode	13
2.1. Doel en –vraagstelling	13
2.2. Onderzoeksopzet	15
2.3. Onderzoeksgroep	18
2.4. Data-analyse	19
3. Resultaten	20
3.1. Correlatie psychosociale ontwikkeling en seksualiteit	20
3.2. Overeenkomsten in de drie-groepsvergelijking	23
3.3. Verschillen in de drie-groepsvergelijking	24
4. Discussie	26
4.1. Conclusies	26
4.1.1. Psychosociale ontwikkeling en seksualiteit	26
4.1.2. Driegroepsvergelijking	28
4.2. Discussie	30
4.3. Aanbevelingen	32
5. Literatuurlijst	33

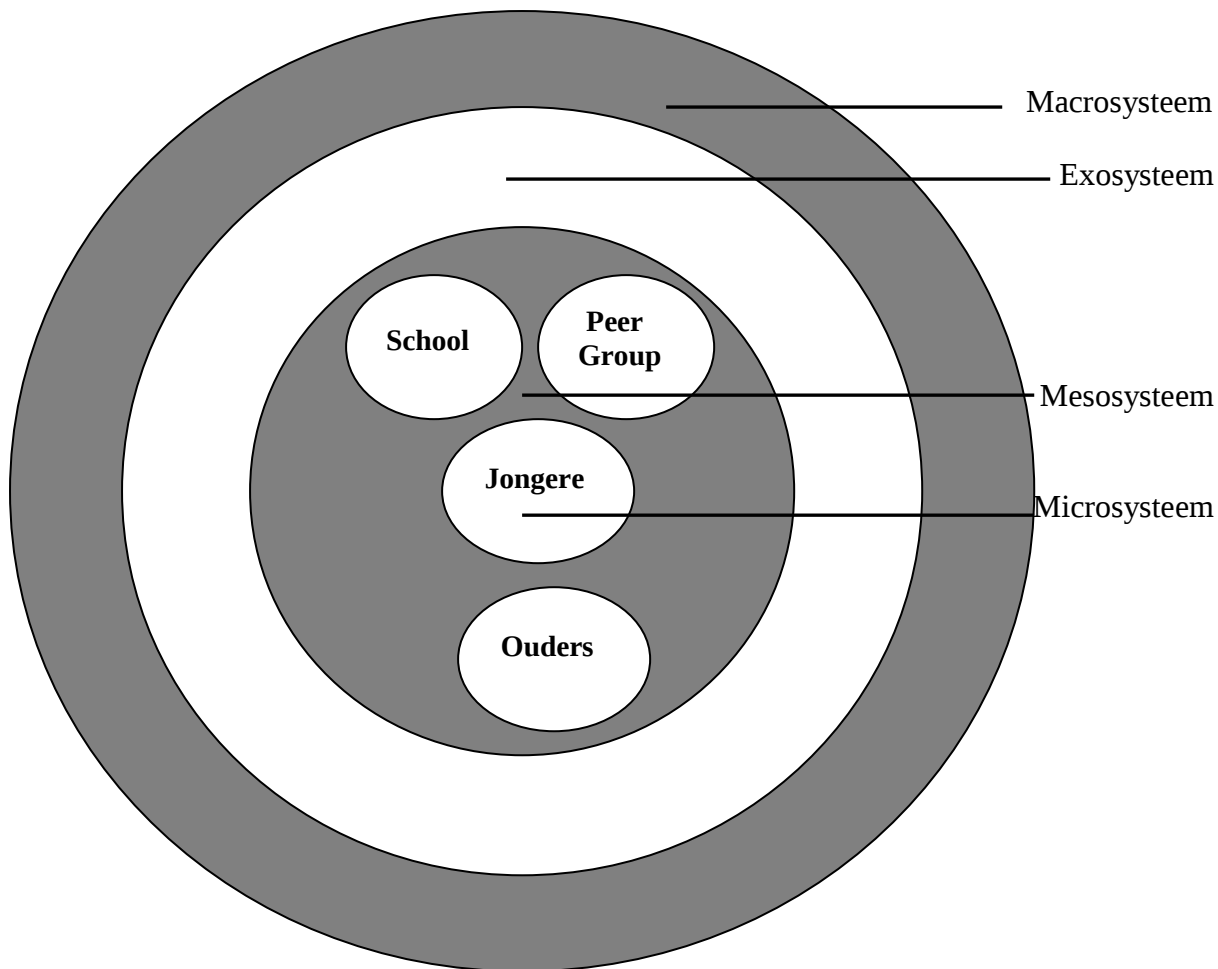
1. Inleiding

Voor veel jongeren is de adolescentietijd een moeilijke periode. Ze ervaren in deze periode grote veranderingen op psychosociaal gebied en sociale netwerken worden steeds belangrijker. Volgens Erikson heeft iedere levensfase een centrale opgave. Door deze op te lossen, kan het kind doorgaan naar de volgende levensfase met een nieuwe opgave om op te lossen. De centrale opgave in de ontwikkelingsfase van de adolescentieperiode is identiteitsvinding versus identiteitsverwarring. De adolescent probeert in deze fase een antwoord te vinden op de vraag: 'Wie ben ik en waar is mijn plaats in deze samenleving?' (Erikson, 1968). Bij het vinden van de juiste plaats in de samenleving is sociale aanvaarding een grote zorg voor veel adolescenten. Dit komt vooral doordat vrienden een belangrijkere rol gaan spelen in het leven van adolescenten. Vooral romantische relaties worden in de adolescentietijd erg belangrijk (Furman, Brown & Feiring, 1999). Dit houdt in deze context zowel verkering als seksuele relaties in, die afhankelijk van de definitie wel of niet romantisch genoemd kunnen worden. Deze relaties hebben een belangrijk aandeel in de vorming van de onafhankelijkheid van de adolescenten. Acceptatie van vrienden is sterk van invloed op de psychologische ontwikkeling (Harter, 1997). Steeds meer studies richten zich op de sociale netwerken van adolescenten, omdat blijkt dat tijdens de adolescentietijd een basis kan worden gelegd voor latere participatie en integratie (Elchardus & Glorieux, 2002). Het lijkt zo te zijn dat jongeren met een breed sociaal netwerk waarin ze zelf een belangrijke plaats innemen, vaardiger zijn in het leggen van contacten, waardoor ze meer ervaring met seks opdoen (Boyer, Tschann & Schafer, 1999; Vanwesenbeeck, 1997). Bij jongeren die niet over een dergelijk netwerk beschikken, komt het vaker voor dat ze wel seksuele ervaring willen opdoen, maar dit niet kunnen realiseren (Van Zessen, 1995). Het huidige onderzoek richt zich specifiek op adolescenten met een visuele beperking en op adolescenten met cerebrale parese. Door deze twee groepen met elkaar en met een groep van adolescenten zonder beperking te vergelijken, wordt getracht meer inzicht te verwerven in relatievorming en de seksuele ontwikkeling bij adolescenten met een beperking.

De volgende theoretische modellen zijn als theoretische achtergrond in het onderzoek gebruikt:

Ecologisch model

In zijn ecologisch model heeft Bronfenbrenner getracht in kaart te brengen op welke manier omgevingsinvloeden een rol kunnen spelen bij de persoonlijkheidsontwikkeling en geeft hij de persoonlijkheidsontwikkeling weer als een product van interactie tussen het groeiende menselijke wezen en zijn omgeving. (Bronfenbrenner, 1979). Uitgangspunt van zijn denken is dat de omgeving waarin een kind opgroeit, grote invloed heeft op zijn of haar ontwikkeling en gedrag. Het individu herstructureert actief systemen en wordt door systemen beïnvloed. Bronfenbrenner geeft de ecologische omgeving weer als een ‘topografisch’ arrangement van systemen. In dit model is ieder systeem ingebed in een bredere context. Hij benoemt deze hiërarchie van elkaar opvolgende systemen als *micro*-, *meso*-, *exo*- en *macrosystemen* (Bronfenbrenner, 2004; Bronfenbrenner, 1979). In het midden van het ecologisch model ligt het eerste systeem, het *microsysteem* (ook het ecologisch centrum genoemd). Dit systeem bestaat uit directe ervaringen van het kind in een bepaalde setting. Hieronder vallen bijvoorbeeld het gezin en de peers. Om het microsysteem heen ligt het *mesosysteem*. Het mesosysteem verbindt interne relaties van twee of meerdere systemen waarin het kind actief deelneemt. Wat er in een bepaald systeem gebeurt, is weer van invloed op wat er in een ander systeem gebeurt. Voorbeelden hiervan zijn de relaties tussen gezin en school en de relaties tussen school en peergroup. De laag om het mesosysteem wordt het *exosysteem* genoemd. Het exosysteem bestaat uit factoren waar het kind niet direct deel van uit maakt, maar deze factoren zijn indirect van invloed op het kind. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het schoolbeleid, het werk van de ouders en de massamedia. Als laatst vermeld Bronfenbrenner het *macrosysteem*. Het macrosysteem kan worden gezien als de verdere maatschappij en is het verst van het kind verwijderd, maar kan alsnog een belangrijke invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. Voorbeelden van macrosystemen zijn politieke gebeurtenissen en sociale normen en waarden. Een weergave van het ecologisch model van Bronfenbrenner is te vinden in figuur 1.



Figuur 1. Ecologisch model naar Bronfenbrenner (1979)

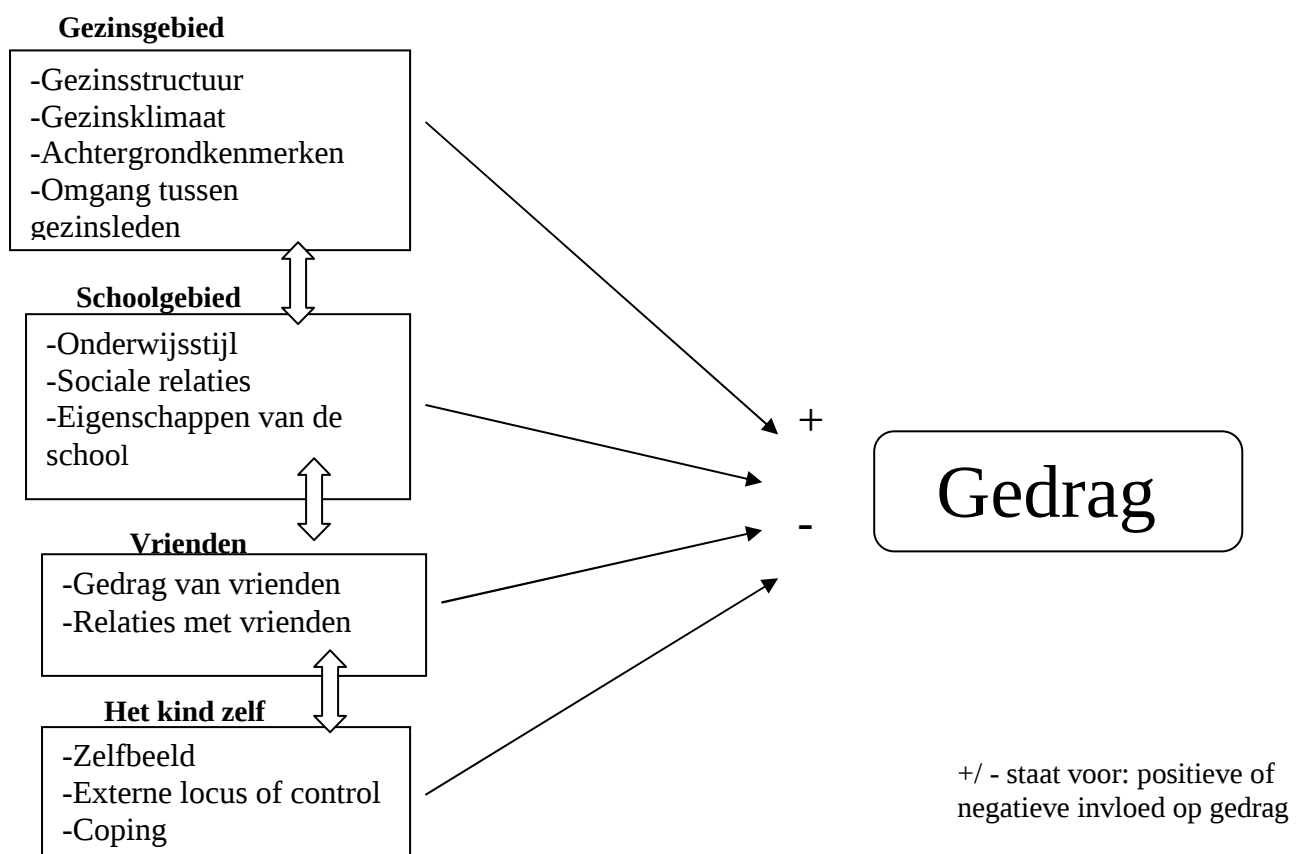
Het model van risico- en protectieve factoren

Dit model gaat er vanuit, dat gedrag een uitkomst is van een complexe wisselwerking tussen persoonlijke en omgevingsfactoren (Van der Ploeg, 1997). Hierbij wordt er gebruik gemaakt van risico- en protectieve (beschermende) factoren. Een risicofactor is een bepaalde gebeurtenis, eigenschap of omstandigheid die problemen kan doen ontstaan of verergeren (Van der Ploeg, 1997). Wanneer er naast risicofactoren ook protectieve factoren aanwezig zijn, kunnen de aanwezige protectieve factoren het risico verminderen of tegengaan.

In zijn boek onderscheidt Van der Ploeg (1990) risicofactoren op verschillende gebieden, zoals het gezinsgebied, het schoolgebied, risicofactoren in de vriendengroep en in het kind zelf. Op het gebied van het gezin noemt Van der Ploeg structurele gezinsfactoren die te maken hebben met de samenstelling van het gezin. Relationele risicofactoren in het gezin geven de omgang tussen gezinsleden onderling weer.

De structurele risicofactoren op schoolgebied verwijzen naar de (vastliggende) ecologische, organisatorische, sociale en onderwijskundige eigenschappen van de school (Van der Ploeg, 1990). Relationele risicofactoren op schoolgebied zijn onder andere sociale relaties, relaties

met de leerkracht en de onderwijsstijl. Op het gebied van relationele risicofactoren in de vriendengroep noemt Van der Ploeg (1990) het gedrag van vrienden en problematische relaties met vrienden. Tot slot noemt Van der Ploeg (1990) risicofactoren in het kind zelf. Hier gaat het om aspecten van het kind die de vatbaarheid voor negatieve invloeden versterken. De meest risicoverhogende persoonlijkheidsaspecten zijn achtereenvolgend het zelfbeeld, een externe locus of control en een ineffectieve copingstrategie. Met het zelfbeeld wordt het geheel van houdingen tegenover de eigen persoon bedoeld. Externe locus of control betekent dat de persoon de verwachting heeft dat de controle over situaties en gebeurtenissen buiten zichzelf ligt. Coping is een actief en doelgericht proces dat een mediërende rol vervult in het tot stand komen van gedrag, voornamelijk gedrag dat ontstaat in confrontatie met bedreigende situaties. Een adequate copingsstrategie kan protectief werken.

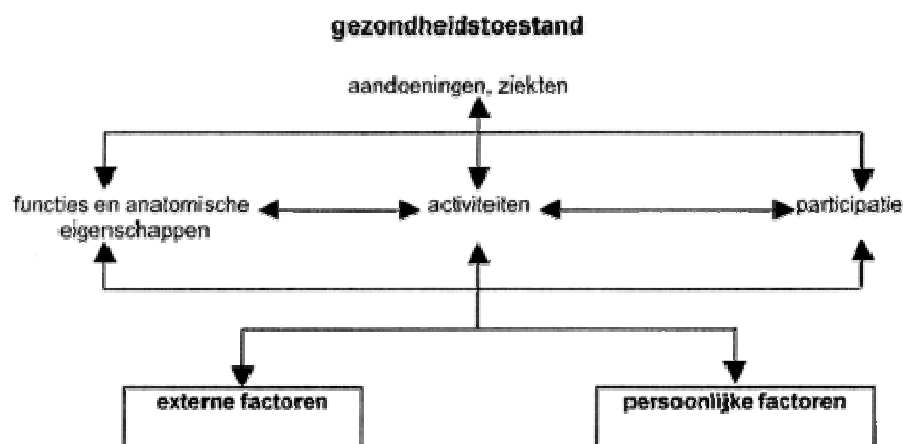


Figuur 2. Risico- en protectieve factorenmodel

ICF-Model

In het model voor de Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF-model) van de World Health Organisation (WHO) wordt beschreven hoe mensen met een aandoening met deze aandoening omgaan. Het ICF-model is een classificatiesysteem dat

lichaamsfuncties, -structuren, activiteiten en participatie beschrijft (WHO, 2002). Bovendien omschrijft het zowel persoonlijke als ook externe factoren die een rol kunnen spelen. Belangrijke persoonlijke factoren kunnen bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, ernst van de beperking en andere gezondheidscondities, fitheid, leefstijl, gewoontes, opvoeding en coping-mechanismen zijn (Gray & Hendershot, 2000). De externe factoren zijn breed en omvatten zowel technische voorzieningen, wetgevingen als ook gezinsfactoren. Voor dit onderzoek zijn vooral mobiliteit, toegang tot belangrijke voorzieningen en daarmee tot interactie, steun vanuit de omgeving en de mate van sociale interactie van belang.



Figuur 3. Schema van het ICF-model van de WHO

1.1. Visuele beperking en relaties

Alvorens aandacht te schenken aan de psychosociale ontwikkeling en relatievorming van adolescenten met een visuele beperking is het belangrijk om het begrip visuele beperking te definiëren. Volgens Kollin (1993) is er bij een ziend persoon sprake van een normale gezichtsscherpte van 100% of meer. Een ziend persoon kan van ongeveer 140 graden horizontaal en 80 graden verticaal een beeld zien zonder het hoofd te bewegen. Een persoon die ziend is, ziet details al op 10 meter afstand. De term visuele beperking kan opgedeeld worden in slechthooftheid en blindheid. Bij een persoon die slechthoofdig is, is de gezichtsscherpte minder dan 30 % en hij ziet details pas vanaf 3 meter of minder. Het gezichtsveld van een slechthoofdig persoon is kleiner dan 30 %. Bij een gezichtsscherpte van 5% of minder wordt er over blindheid gesproken. Bij een blind persoon is het gezichtsveld kleiner dan 10%.

Een visuele beperking kan verschillende oorzaken hebben. Een beperking kan ontstaan door afwijkingen in het hoornvlies, de oogbol of het netvlies. Soms mankeert er niets aan het oog, maar functioneert de oogzenuw niet naar behoren. Bij bepaalde personen wordt de afwijking in de hersenen veroorzaakt. Een visuele beperking kan constant of progressief zijn. Daarnaast kan een beperking vanaf de geboorte aanwezig zijn, maar ook later ontstaan (Gringhuis, Moonen & Van Woudenberg, 1996).

Communicatie verloopt bij adolescenten met een visuele beperking anders dan bij adolescenten zonder beperking. Het grootste deel van communicatie verloopt over het algemeen non-verbaal. Non-verbale communicatie bestaat onder andere uit handgebaren, oogcontact en gezichtsuitdrukking. Voor de meeste adolescenten die een visuele beperking hebben, is het moeilijk om informatie te halen uit non-verbale tekenen, simpelweg omdat ze deze niet (goed) kunnen zien. Het missen van non-verbale tekenen kan problemen opleveren in de sociale interactie (Pilon, 2003). Met name oogcontact is een belangrijk non-verbaal teken. De meeste adolescenten zonder een visuele beperking maken gebruik van oogcontact om een eerste stap te zetten in het aangaan van een relatie met de andere sekse (Tielen, 2008). Het ontdekken van een leefomgeving verloopt voor adolescenten met een visuele beperking niet zomaar. Door hun beperking worden zij minder geprikkeld om op ontdekking uit te gaan. Adolescenten met een visuele beperking overzien hun omgeving slecht of helemaal niet, hierdoor komen ze minder snel in aanraking met objecten en ervaringen die hun ontwikkeling bevorderen. Dit is in overeenstemming met het ecologisch model van Bronfenbrenner. Doordat adolescenten met een visuele beperking vanwege hun beperking minder (snel) geneigd zijn om op onderzoek uit te gaan, vindt er minder interactie plaats tussen de adolescent en zijn of haar omgeving. De geringe interactie is weer van invloed op de persoonlijkheidsontwikkeling van de adolescent. Het voorstellingsvermogen, dat belangrijk is voor de opbouw van een begrip van de wereld, is bij adolescenten met een visuele beperking in vergelijking met adolescenten zonder beperking zwak (Van Hell, Boswinkel, Zeeuwen & De Crom, 2004).

Voor adolescenten met een visuele beperking werkt steun uit een sociaal netwerk als een buffer tegen stress (Kef, Habekothé & Hox, 1998). Sociale netwerkaspecten, zoals steun van familieleden en vrienden en de waargenomen onafhankelijkheid zijn onder andere van invloed op het welbevinden. Vooral steun van familieleden en vrienden is belangrijk voor deze adolescenten om met hun beperking om te gaan. De kwaliteit van sociale

netwerkaspecten kan fungeren als risico of protectieve factor volgens het model van Van der Ploeg (1990). Een factor dat volgens dit model een risicofactor genoemd kan worden is de waargenomen kwaliteit van vriendschapsrelaties. Uit onderzoek van Kalksma (2005), waarbij de resultaten gekoppeld werden aan resultaten uit een eerder onderzoek van Kef (2005), bleek dat de netwerkaspecten samenhangen met onder andere het aantal vrienden en hechte vrienden. Een gezonde psychosociale ontwikkeling hangt onder andere samen met meer vrienden en hechte vrienden. Uit het onderzoek van Kalksma (2005) bleek verder dat adolescenten die een visuele beperking hadden en gelukkiger waren met hun vriendenkring gemiddeld ook meer vrienden hadden. Deze adolescenten waren in het algemeen ook actiever in het onderhouden van hun vriendschapsrelaties. Zij ervoeren ook minder moeilijkheden in vriendschapsrelaties die veroorzaakt werden door hun beperking. Adolescenten die minder gelukkig waren met hun vriendenkring voelden zich sneller ongemakkelijk zonder hechte vriendschapsrelaties. Ook voelden de adolescenten zich eerder gespannen als ze contact moesten leggen en bij het geven van hun eigen mening.

Bij adolescenten met een visuele beperking zou het hebben van een beperking en een kleiner sociaal netwerk ook als risicofactor kunnen worden gezien en het hebben van ondersteunende netwerken als protectieve factor.

Adolescenten met een visuele beperking blijken een kleiner netwerk te hebben dan adolescenten zonder beperking (Kalksma, 2005). Deze adolescenten rapporteerden ook minder vrienden te hebben dan adolescenten zonder beperking en moesten harder werken om deze relaties te onderhouden (Kalksma, 2005; Kef et al 1998). Adolescenten met een visuele beperking blijken ook meer tijd alleen door te brengen en minder tijd met vrienden, dan adolescenten zonder beperking (Kef & Bos, 2006; Tielen, 2008). Het daten komt bij hen minder voor, ook hebben zij minder seksuele ervaringen en zijn ze ouder wanneer zij deze ervaringen opdoen (Kalksma, 2005; Kef et al 1998). Adolescenten met een visuele beperking kunnen problemen ondervinden met de buitenwereld en dit kan gevolgen hebben voor hun sociale en seksuele ontwikkeling. De problemen met de buitenwereld kunnen veroorzaakt worden door het missen van veel visuele signalen (Kef & Bos, 2006; Tielen, 2008). Uit het bovenstaande blijkt dat adolescenten met een visuele beperking meer moeilijkheden ervaren met relatievorming. Er is geen verschil gevonden tussen adolescenten met en adolescenten zonder beperking wat zelfwaardering betreft. Beide groepen ervaren een positieve zelfwaardering.

1.2. Cerebrale parese en relaties

Cerebrale parese (CP) is een verzamelnaam voor een groep aandoeningen, waarvan het gemeenschappelijke kenmerk is dat de beperking van motorische aard is en dat de oorsprong van de beschadiging in de hersenen ligt (Wilson, Morgan, Shelton & Thorogood, 2007). Er kan echter gradatie zijn in de ernst van de motorische problemen. Daarnaast kan ook de oorzaak verschillen, de symptomen kunnen verschillende vormen aannemen en er kunnen veel verschillende bijkomende beperkingen zijn. De beschadiging van de zich nog ontwikkelende hersenen kan tijdens de foetale ontwikkeling (prenataal), de geboorte (perinataal) of kort na de geboorte (postnataal) plaatsvinden (Becher, Smit & Gorter, 2003). Prenatale factoren kunnen van genetische aard zijn of problemen tijdens de zwangerschap. Perinatale factoren zijn zuurstoftekort en/of onvoldoende bloedverzorging van de hersenen tijdens de geboorte. Bovendien is er een samenhang met prematuriteit en dismaturiteit. Postnatale factoren zijn hersenentrauma's, meningitis, encefalitis en als gevolg van bijna verdrinking. Gemeenschappelijk is ook, dat het een stoornis in het houdings- en bewegingsapparaat betreft. De prevalentie in Nederland is gemiddeld 2,08 per 1000 levendgeborenen (Becher, et al., 2003).

Cerebrale Parese uit zich op verschillende manieren, waarbij er ook combinaties van uitingvormen mogelijk zijn. Er zijn 2 verschillende manieren van indeling mogelijk. Op basis van uitingvorm van de motorische storing en op basis van de plaats van het lichaam waar dit voorkomt. De mogelijke uitingmanieren zijn (Becher, et al., 2003):

- Spastische Parese: Kenmerkend is een stoornis in de regulatie van de spierspanning (tonus). Er is een grote diversiteit aan spierfunctiestoornissen. Er wordt in de literatuur meestal de volgende classificatie aangehouden: Stoornissen in spieractivatie, in spierstijfheid en in spierlengte. De meeste problemen komen vooral voor wanneer iemand van plan is iets te gaan ondernemen, met iets bezig is, bij opwinding of andere emoties. De hersenen zijn niet in staat de juiste spanning aan de spieren door te geven en ze onderling op de goede manier te laten samenwerken. Bewegingen zijn vaak krampachtig en mensen met het spastische type voelen vaak stijf en sterk aan. Meestal heeft de stoornis betrekking op het gedeelte van de hersenen dat te maken heeft met bewegen en spreken.
- Dyskinetische parese: Kenmerkend zijn onwillekeurige bewegingen, gevolgd door een inactieve of gefixeerde houding. Er zijn 2 groepen te onderscheiden: Hyperkinesie

en Dystonie. Typisch voor de hyperkinetische vorm zijn vooral de doellose en ongecontroleerde bewegingen. De dystonische vorm wordt vooral gekenmerkt door bewegingen met sterk wisselende tonus, die voornamelijk optreden bij positieveranderingen van het lichaam.

- Atactische parese: Kenmerkend zijn problemen in de balans, coördinatie en in het focussen van gerichte bewegingen. Er zijn moeilijkheden in de uitvoering van vrijwillige bewegingen. Deze verlopen schokkerig.

Op basis van de plaats van de stoornis komt men tot de volgende indeling (Wilson et al., 2007):

- Monoplegie: als één lichaamsdeel (arm, been) betrokken is,
- Diplegie: als twee lichaamsdelen betrokken zijn,
- Triplegie: als drie lichaamsdelen betrokken zijn,
- Hemiplegie: als een arm en een been aan dezelfde kant van het lichaam betrokken zijn,
- Quadriplegie, als alle lichaamsdelen aangedaan zijn.

CP is niet te genezen, maar therapie is wel mogelijk in de vorm van secundaire en tertiaire preventie. Secundaire preventie houdt in, dat men probeert om verergering van de aandoening te voorkomen. Dit kan bij CP door een speciaal dieet, door biofeedbacktraining en door medicatie. Met het medicijn baclofen kan de spierspanning in het hele lichaam omlaag worden gebracht, en met botulinetoxine kan men tijdelijk de spasticiteit in een bepaalde spiergroep verminderen. Bij tertiaire preventie probeert men om de negatieve gevolgen van de aandoening op lange termijn te beperken. Dit kan gebeuren door het bespreekbaar maken, voorlichting en verschillende speciale vaardigheidstrainingen. Doelen zijn hierbij vooral zelfredzaamheid, communicatie, socialisatie en mobiliteit. Zowel secundaire als ook tertiaire preventie kan men in termen van protectieve en risicofactoren zien. De aandoening, dus CP en de bijkomende beperkingen vormen hier de risicofactoren. Steun vanuit de omgeving, een hoog IQ en positieve uiterlijke kenmerken zijn voorbeelden van mogelijke protectieve factoren.

De zelfstandigheid van mensen met CP hangt sterk af van de ernst van de aandoening en van eventuele bijkomende beperkingen (Wiegerink & Gorter, 2008). Mogelijke bijkomende beperkingen kunnen zijn:

- Epilepsie, wat ook veroorzaakt wordt door een beschadiging in het zenuwstelsel en wel in de hersenen. In veel gevallen kan dit goed worden behandeld met medicatie.

- Cognitieve beperkingen, zoals leerstoornissen en een laag IQ. Ongeveer een derde tot de helft van mensen met CP functioneert op zeer moeilijk lerend niveau. Maar er zijn ook mensen met CP die juist en heel hoge intelligentie hebben en er is geen verband met IQ en ernst van de beperking (Wiegerink & Gorter, 2008).
- Communicatieproblemen door aantasting van de mondmotoriek. Hierdoor is het moeilijker om hen te verstaan en kan kwijlen een probleem zijn.
- Emotionele en gedragsproblemen, zoals geïrriteerdheid en woedeaanvallen. Vooral in de adolescentie ziet men vaak emotionele labiliteit, depressie, afhankelijkheid en een negatief zelfbeeld (Becher, et al., 2003). De emotionele labiliteit die ook bij andere adolescenten tijdens de puberteit te zien is, is bij de adolescenten met cerebrale parese vaak heftiger en kan ook sterker fluctueren (Wiegerink & Gorter, 2008).

Afhankelijkheid van vooral volwassenen kan door de vele ontvangen behandelingen zijn ontstaan en kan leiden tot een vorm van aangeleerde hulpeloosheid.

Zoals in het ecologisch model en het protectieve en risicofactorenmodel duidelijk wordt, is voor adolescenten de sociale omgeving van groot belang. Dit geldt natuurlijk ook voor de adolescenten met cerebrale parese. Deze adolescenten verschillen echter op een aantal punten van hun leeftijdsgenoten. Waar de verschillen precies liggen en op welke manier hun beperking daadwerkelijk invloed heeft op hun functioneren en hun competentie-beleving hangt van meerdere factoren af. Zoals in het ICF-model van de WHO uitgelegd is, kunnen dit zowel persoonlijke als ook externe factoren zijn (WHO, 2002). Maar zoals Bronfenbrenner in zijn ecologisch model zegt, is het zo, dat niet alleen de feitelijke gegevens een invloed hebben, maar dat vooral de subjectieve beleving van de adolescent zelf een rol speelt (Bronfenbrenner, 2004).

Om de behoeftes van deze adolescenten nu wat beter te kunnen begrijpen is het van belang om een completer beeld van de verschillende aspecten van hun sociaal en seksueel functioneren te ontwikkelen. In onderzoek van Wiegerink et al. werd gevonden, dat de adolescenten met cerebrale parese sociaal minder actief waren en dat dating later begon en minder frequent was (Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Stam, Cohen-Kettenis, 2006). Bovendien werd in dit onderzoek gevonden, dat de adolescenten met cerebrale parese moeilijkheden ondervinden in het opbouwen van seksuele relaties. Er was evidentie, dat deze moeilijkheden door een slechte beleving van de eigen competentie en een lage seksuele zelfwaardering veroorzaakt kunnen worden. Deze zouden wederom door overbescherming in

de opvoeding en negatieve attitudes van de omgeving tot stand zijn gekomen. Hiervoor is echter nog onvoldoende evidentie.

1.3. Relevantie

Om onder andere meer inzicht te krijgen in de behoeften op het gebied van relatievorming en seksualiteit bij adolescenten met een beperking is het nodig een vollediger beeld te krijgen van hun sociaal en seksueel functioneren. Het is belangrijk in kaart te brengen of relatievorming en seksualiteit van adolescenten met een beperking anders is dan relatievorming en seksualiteit bij adolescenten zonder beperking. Het krijgen van een vollediger beeld is van belang om de begeleiding van adolescenten met een beperking te verbeteren en adequater in te gaan op hun persoonlijke behoeften.

Naast deze maatschappelijke relevantie heeft het huidige onderzoek een wetenschappelijk belang. Er zijn recentelijk meerdere onderzoeken gedaan naar netwerken (Kef et al. 1998; Kalksma, 2005), relatievorming (Tielen, 2008), psychosociale ontwikkeling (Kef, 2002; Kef, 2005) en seksualiteit (Kef & Bos, 2006; Tielen, 2008) bij adolescenten met een visuele beperking. Het verband tussen deze variabelen is echter nog weinig onderzocht. Er is in de literatuur nog weinig bekend over mogelijke algemene gevolgen van het hebben van een beperking die gelden voor alle groepen met een beperking op het gebied van relatievorming en seksualiteit. In dit onderzoek wordt er gekeken of er een dergelijke algemene factor bestaat die hetzelfde is voor de groep met een visuele beperking en de groep met cerebrale parese. Daarnaast zouden er ook specifieke gevolgen van één bepaalde beperking kunnen zijn die invloed hebben op relatievorming en seksualiteit. Het huidige onderzoek maakt dus onderscheid tussen de algemene gevolgen van het hebben van een beperking en de specifieke consequenties van één bepaalde beperking en kijkt of beide invloed hebben op relatievorming en de seksuele ervaring van adolescenten.

2. Methode

2.1. Doel en –vraagstelling

Het huidige onderzoek bestaat uit twee delen. Ten eerste wordt de relatie onderzocht tussen de psychosociale ontwikkeling en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking. De

veronderstelde wederzijdse beïnvloeding van de seksuele ontwikkeling en het psychosociale welbevinden geeft aanleiding tot verder onderzoek in de vorm van een drie-groepsvergelijking. Daarom volgt daarnaast een vergelijking tussen adolescenten met een visuele beperking, adolescenten met cerebrale parese en adolescenten zonder beperking op het gebied van seksuele ervaring en relatievorming.

De vraagstellingen die worden onderzocht zijn:

1. Wat is de relatie tussen de psychosociale ontwikkeling en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking?
2. Wat zijn de overeenkomsten in relatievorming en de seksuele ervaring bij adolescenten met een visuele beperking, adolescenten met cerebrale parese en adolescenten zonder beperking?
3. Wat zijn de verschillen in relatievorming en de seksuele ervaring bij adolescenten met een visuele beperking, adolescenten met cerebrale parese en adolescenten zonder beperking?

Hypothesen

Er wordt een positieve correlatie voorspeld tussen de psychosociale ontwikkeling en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking. Daarnaast worden in het onderzoek een aantal factoren verwacht die een rol kunnen spelen in de verschillen tussen de drie groepen. De hypothesen zijn dien ten gevolge:

Ten eerste wordt er een verschil verwacht in de waarneming tussen de groep van adolescenten met een visuele beperking en de ander twee groepen. Deze groep heeft in vergelijking met de ander twee groepen minder de mogelijkheid tot visuele waarneming en heeft dus minder de kans zich op deze manier met anderen te vergelijken. Concrete implicaties zijn dat ze minder oogcontact kunnen maken, slechter het gedrag van anderen als gedragsmodel kunnen gebruiken en op deze manier dus minder indirecte ervaring met onder meer relaties en dating-gedrag op kunnen doen (Kef & Bos, 2006). Bovendien zijn zij minder in staat om hun eigen lichaam met dat van anderen te vergelijken, maar merken zij wel degelijk dat dit voor hun leeftijdsgenoten belangrijker wordt. Dit maakt hen onzeker (Tielen, 2008) en zal waarschijnlijk een negatieve invloed hebben op hun zelfbeeld en ook op hun sociale vaardigheden. Er wordt verwacht dat deze negatieve invloed weer een negatieve invloed heeft op het dating-gedrag en sociale relaties. Daardoor wordt dus een verschil verwacht tussen de groep van adolescenten met een visuele beperking in vergelijking met de andere twee groepen.

Een tweede verwachting in dit onderzoek is een verschil te vinden tussen de groep adolescenten met CP en de ander twee groepen. Voor adolescenten met CP kunnen algemene psychologische kenmerken, minder vertrouwen in hun eigen competenties en minder seksueel zelfvertrouwen een negatieve invloed hebben op onder andere een actieve, zelfbewuste levensstijl (Wiegerink, et al, 2006). Een andere belangrijke factor is, dat de adolescenten door de lichamelijke beperkingen belemmeringen in mobiliteit ervaren. Dit belemmert de adolescenten in alledaagse activiteiten. Deze invloed is bij de groep met cerebrale parese groter dan bij de groep van de adolescenten met een visuele beperking. De adolescenten ervaren een directere belemmering, omdat hun lichaam soms niet doet wat ze willen. Negatieve houdingen van andere personen beïnvloeden hen ook op een negatieve manier (Wiegerink et al, 2006).

Hoewel adolescenten met cerebrale parese sociale relaties hebben, is het moeilijk voor ze om intieme relaties aan te gaan (Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Cohen-Kettenis & Stam, 2007). Dit komt ook naar voren bij de groep adolescenten met een visuele beperking (Kef & Bos 2006). Ten derde wordt daarom verwacht dat er overeenkomsten zullen zijn tussen de twee groepen adolescenten met een beperking. De hypothese is dat beide groepen adolescenten met een beperking zullen afwijken van de derde vergelijkingsgroep. Er wordt dus een algemene invloed van het hebben van een beperking vermoed. Deze invloed zal ook tot stand kunnen komen door de manier waarop adolescenten met een beperking door hun omgeving worden benaderd. Volgens Gill hebben gehandicapten minder relaties en trouwen ze minder vaak. Als oorzaak voert zij aan, dat de omgeving hun als ongeschikte partners ziet. Deze invloed lijkt vooral voor vrouwen groot te zijn. Hier spelen vooral uiterlijke idealen en meer praktische dingen zoals het minder geschikt zijn om voor kinderen te zorgen een rol (Gill, 1996). In het onderzoek van Tielen geven de meeste jongeren aan, liever een partner zonder beperking te hebben. Andere jongeren maakte het niet uit of ze een partner met of zonder beperking hebben, maar niemand gaf aan liever een partner met een beperking te hebben. (Tielen, 2008). De manier waarop een beperking invloed heeft en de problemen waar de adolescenten tegen aanlopen, zullen afhankelijk van de aard van de beperking verschillen. Zo kunnen mannelijke adolescenten met een lichamelijke beperking de druk van bestaande masculine idealen ervaren (Wiegerink, 2005). Adolescenten met een visuele beperking hebben moeite met het observeren en interpreteren van hun omgeving. Adolescenten met een duidelijke fysieke beperking, zoals cerebrale parese, hebben er sneller mee te maken dat hun omgeving hen anders benaderd. Dit zou er toe kunnen leiden dat er verschillende barrières zijn waar de adolescenten tegen aanlopen bij het ontwikkelen van relaties. Daarom wordt er

gekeken of er een factor te vinden is, die voor de twee groepen met een beperking gemeenschappelijk is en of die er bij adolescenten met een beperking voor zorgt dat ze minder snel seksuele relaties aan gaan dan adolescenten zonder beperking.

2.2. Onderzoeksopzet

In het huidige onderzoek wordt gebruik gemaakt van bestaande onderzoeksgegevens.

Correlatieanalyse

Om vraag 1 uit paragraaf 2.2 te beantwoorden wordt een correlatieanalyse uitgevoerd. Bij deze correlatieanalyse wordt gebruik gemaakt van de data van Kef (2006). Uit haar data zijn meerdere indicatoren voor de psychosociale ontwikkeling geselecteerd. Dit zijn de volgende variabelen: algemeen welbevinden, welbevinden vriendenkring, zelfwaardering, acceptatie stoornis, eenzaamheid, gemiddeld aantal vrienden, competentie sociale acceptatie, competentie romantiek, competentie vriendschap, sociaal aanvaard voelen en degree of peer activity. Daarnaast is gebruik gemaakt van de data van Tielen (2008). Zij gebruikte de gegevens van 88 respondenten die eerder meededen aan het onderzoek van Kef (2006). Doordat de gegevens van de twee onderzoeken verkregen zijn bij dezelfde personen, kunnen deze in het huidige onderzoek aan elkaar gekoppeld worden. Uit de data van Tielen is in het huidige onderzoek voor seksualiteit een totale ervaringsscore berekend, die uit de volgende ervaringsscores is samengesteld: zoenen, strelen onder de kleren, vrijen zonder kleren, geslachtsgemeenschap, masturberen, verliefdheid en het hebben van een relatie. Deze items zijn dichotoom gescoord, waardoor ze bij elkaar opgeteld kunnen worden tot een totaalscore. Deze totaalscore zal variëren van 7 tot 14. Er is voor het berekenen van een totaalscore van de ervaring gekozen, omdat zo inzichtelijk wordt wat de invloed van de psychosociale ontwikkeling op de gehele seksuele ervaring is. Daarnaast zijn ook de leeftijden van de eerste keer een afspraakje hebben, de eerste keer verkeren, de eerste keer zoenen, de eerste keer strelen onder de kleren, de eerste keer vrijen zonder kleren en de eerste keer geslachtsgemeenschap meegenomen in de correlatieanalyse.

Drie-groepsvergelijking

Om de vragen 2 en 3 uit paragraaf 2.1 te kunnen beantwoorden zal er een kwantitatieve analyse worden uitgevoerd, waarbij de data van drie verschillende onderzoeksgroepen met

elkaar vergeleken worden. Voor de gegevens over relaties en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking wordt weer gebruik gemaakt van de uitkomsten van het onderzoek van Tielen (2008). Voor de drie-groepsvergelijking zullen gegevens van onderzoek van de Rutgers Nisso Groep (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005) worden gebruikt als vergelijkingsgroep van adolescenten zonder beperking. Naast deze twee datasets wordt gebruik gemaakt van de onderzoeksgegevens van Wiegerink et al (2007) over sociale en seksuele relaties bij adolescenten met cerebrale parese.

De instrumenten die de verschillende onderzoeken gebruiken komen grotendeels overeen. De methoden waarop de vragenlijsten worden afgenomen zijn echter verschillend.

Als onderzoeksmethode is bij het onderzoek van Tielen gekozen voor een telefonisch interview, omdat de adolescenten die aan dit onderzoek meededen de vragenlijst niet of moeilijk konden lezen door hun visuele beperking. Bovendien konden de vragen zo worden toegelicht wanneer er onduidelijkheid ontstond. Ook is een telefonisch interview persoonlijker dan vragenlijsten wat een voordeel kan zijn bij een intiem onderwerp zoals dat hier behandeld is. Een face-to-face interview zou te persoonlijk en confronterend kunnen zijn bij een dergelijk onderwerp, wat blokkerend kan werken voor de respondent. Tijdens het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van een computergestuurde vorm van dataverzameling: Computer Assisted Self-Administered Questionnaire (CASAQ). Hierbij kreeg de onderzoekster de vragen op haar beeldscherm en kon de antwoorden meteen invoeren. Alle interviews zijn door dezelfde persoon afgenomen. De gebruikte vragenlijst bestond uit open en gesloten vragen. De vragenlijst is deels gebaseerd op vragen uit onderzoek van Sloep en Reek (1998) en deels op vragenlijsten uit het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep. De onderzoekster heeft zelf nog enkele vragen opgesteld en toegevoegd die meer ingaan op de beleving van de adolescenten.

In het onderzoek van Wiegerink et al is gebruik gemaakt van schriftelijke vragenlijsten en semi-gestructureerde interviews, die zijn afgenomen door twee verschillende onderzoekers. Om de sociale participatie van de adolescenten te meten, is gebruik gemaakt van de *Life Habits* vragenlijst (LIFE-H), *Vineland Adaptive Behaviour Scale* vragenlijst (VABS) en de *Competentie Beleving Schaal voor Adolescenten* (CBSA). Om de seksuele ervaring en intieme relaties te meten, is gebruik gemaakt van de vragen uit het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep, enkele vragen uit het interview van de Nederlandse *ASPINE* onderzoek (Adolescents with spina bifida In the Netherlands) en de *Physical Disability Sexual and Body Esteem* vragenlijst (PDSBE schaal).

Het onderzoek van de Graaf et al voor de Rutgers Nisso Groep heeft grotendeels gebruik gemaakt van de vragenlijst van *Jeugd en Seks 95* (Brugman, Goedhart, Vogels & Zessen, 1995). Soms zijn niet alle schalen volledig gebruikt en enkele items en schalen zijn door de onderzoekers zelf geconstrueerd. De vragenlijst is elektronisch afgenomen. Adolescenten konden de vragenlijst via internet bereiken en invullen. Op deze manier kreeg elke respondent alleen de vragen die bij zijn ervaring en situatie pasten. De jongere respondenten die via scholen zijn benaderd, hebben de vragenlijst klassikaal ingevuld in computerlokalen. Voor een overzicht van de onderzoeksinstrumenten die in dit onderzoek worden gebruikt zie tabel 1. Voor alle variabelen zijn alleen de items gebruikt die bij alle drie de onderzoeken overeenkwamen, zodat de gegevens vergelijkbaar blijven.

Tabel 1. *Onderzoeksinstrumenten drie-groepsvergelijking*

Variabelen	Bron (vragenlijsten)	Item-aantal	Score (min-max)
Aantal goede vrienden	De Graaf et al. (2005) (VB)*	1(VB)	1-3
	De Graaf et al. (2005) (CP)**	1 (CP)	1-3
	De Graaf et al. (2005) (GB)***	1 (GB)	1-3
Verliefdheid	Sloep en Reek (1998) (VB)	1(VB)	1-2
	De Graaf et al. (2005) (CP)	1 (CP)	1-2
	De Graaf et al. (2005) (GB)	1 (GB)	1-2
Verkering	De Graaf et al. (2005) (VB)	1 (VB)	1-2
	Sloep en Reek (1998) (VB)	1 (VB)	
	De Graaf et al. (2005) (CP)	2(CP)	1-2
	De Graaf et al. (2005) (GB)	2 (GB)	1-2
Seksuele ervaring	De Graaf et al. (2005) (VB)	4 (VB)	1-2
	De Graaf et al. (2005) (CP)	4 (CP)	1-2
	De Graaf et al. (2005) (GB)	4 (GB)	1-2
Seksueel zelfbeeld	De Graaf et al. (2005) (VB)	1 (VB)	1-5
	PDSBE (CP)	1(CP)	1-5
	De Graaf et al. (2005) (GB)	1 (GB)	1-5

*VB is Visueel beperkt, **CP is Cerebrale parese, ***GB is geen beperking

2.3. Onderzoeksgroep

Visuele beperking

De participanten aan het onderzoek van Tielen (2008) zijn 88 adolescenten met een visuele beperking van 16 tot 25 jaar (gemiddelde leeftijd van 20,2 jaar). Aan het onderzoek deden 46 jongens (52%) en 42 meisjes (48%) mee. Er wordt binnen het onderzoek drie gradaties in visuele beperking onderscheiden: matig slechtziend (42%), ernstig slechtziend (39%) en blind (19%). 14% heeft een progressieve aandoening en bij 86% is de aandoening stabiel. Het opleidingsniveau van de adolescenten is: 10% VMBO, 3% HAVO, 2% VWO, 38% MBO, 30% HBO en 16% Universiteit. 40% van de participanten had een baan of bijbaantje. Adolescenten met een verstandelijke beperking waren uitgesloten van het onderzoek. De deelnemers zijn benaderd naar aanleiding van een eerdere deelname aan onderzoek van Kef (2006) en één participant is gevonden via de organisatie Visio.

Cerebrale parese

Aan het cohortonderzoek van Wiegerink et al (2007) deden 103 adolescenten met cerebrale parese mee in de leeftijd van 16 tot en met 20 jaar (gemiddelde leeftijd van 17,9 jaar). Dit onderzoek was longitudinaal en bij het huidige onderzoek is ervoor gekozen om alleen de gegevens van de tweede meting (84 participanten) mee te nemen in de analyses, omdat dit beter overeenkomt met de vergelijkingsgroepen. De leeftijd van de participanten bij deze meting is 18 tot en met 22 jaar (gemiddelde leeftijd van 20,5 jaar). Van de participanten waren 62 jongens (60%) en 41 meisjes (40%). De gradatie in ernst van de beperking is aangegeven aan de hand van de Gross Motor Functioning Classification System (GMFCS). Het GMFCS beschrijft de ernst van cerebrale parese aan de hand van de functionele mogelijkheden van het kind op het gebied van zichzelf verplaatsen. De kinderen worden ingedeeld op basis van informatie over het spontaan bewegen en de activiteiten van de kinderen gerelateerd aan hun leeftijd, zoals omrollen, zitten, kruipen en staan (www.netchild.nl). Hierbij maakt men gebruik van vijf niveaus, waarbij niveau I de beste en niveau V de minste functionele mogelijkheden aangeeft (www.childnet.nl). Van de adolescenten vielen 78 (76%) in groep I (loopt zonder belemmeringen), 7 (7%) in groep II (loopt zonder hulpmiddelen, belemmeringen in buitenshuis) en 18 (18%) in groep III (loopt met hulpmiddelen), IV (zelf voortbewegen met belemmeringen) of V (zelf voortbewegen, ernstig belemmerd). Het opleidingsniveau van de participanten is verdeeld in drie groepen:

40 (39%) hebben een laag niveau, dat houdt geen opleiding, (zeer) moeilijk lerend ((z)mlk) en VMBO (praktisch) in. 35 (34%) hebben een gemiddeld niveau, wat VMBO (theoretisch), MAVO en MBO inhoudt. 26 (25%) hebben een hoog niveau, wat HAVO, VWO, HBO of WO betekend. Adolescenten met ernstige leerstoornissen ($IQ < 70$) waren uitgesloten van het onderzoek. De deelnemers zijn benaderd via acht revalidatiecentra en –afdelingen uit zuidwest Nederland.

Rutgers Nisso Groep

De participanten van het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep (2005) waren 4821 adolescenten tussen de 12 en 25 jaar (gemiddelde leeftijd van 18,6 jaar). De samenstelling van deze steekproef was representatief voor de Nederlandse adolescenten. Om de groepen vergelijkbaar te houden, zal de jongste leeftijdscategorie (12 t/m 14 jaar) niet worden meegenomen in het huidige onderzoek. In de vermelde percentages van de Rutgers Nisso Groep is deze leeftijdscategorie echter wel meegenomen. Van de participanten waren 2382 jongens (49%) en 2439 meisjes (51%). Bij het opleidingsniveau is onderscheid gemaakt tussen een laag en een hoog niveau. Laag opgeleide (62%) waren adolescenten die VMBO of MBO volgden of die geen onderwijs meer volgden en waarvan de hoogst afgeronde opleiding basisschool, MAVO of VMBO, MBO, HAVO of VWO was. Hoog opgeleide (38%) waren adolescenten die HAVO, VWO, HBO of universiteit volgden en adolescenten die HBO of universiteit hebben afgerond. De deelnemers zijn zowel aselekt als select geworven. Voor het representatieve deel van de steekproef werden adolescenten op aselekte wijze benaderd via scholen en de Gemeentelijke Basisadministraties van verschillende gemeenten.

2.4. Data-analyse

Voor de groep adolescenten met een visuele beperking wordt door middel van correlaties gekeken naar de relatie tussen de psychosociale ontwikkeling en seksualiteit. Voor de psychosociale ontwikkeling zijn hier de geselecteerde indicatoren uit de data van Kef (2006) gebruikt en voor seksualiteit de totale ervaringsscore berekend uit de data van Tielen (2008). Daarnaast worden nog de leeftijden voor het eerste keer van zoenen, strelen onder de kleren, vrijen zonder kleren en geslachtsgemeenschap meegenomen. Vervolgens is er een correlatieanalyse uitgevoerd waarin alle indicatoren voor de psychosociale ontwikkeling, de leeftijden en de totale seksuele ervaringsscore opgenomen zijn.

Voor de drie-groepsvergelijking tussen adolescenten met een visuele beperking, adolescenten met cerebrale parese en adolescenten zonder beperking worden de volgende variabelen gebruikt: hoeveelheid goede vrienden, verliefdheid, verkering (samengesteld uit ervaring met het hebben van een relatie en nu een relatie hebben), seksuele ervaring (samengesteld uit zoenen, strelen onder de kleren, vrijen zonder kleren, geslachtsgemeenschap, relatie gehad en verliefd geweest) en seksueel zelfbeeld. Voor ieder van deze variabelen wordt vervolgens per groep berekend hoeveel procent van de adolescenten hiermee ervaring heeft. Voor de variabele totale seksuele ervaring is de gemiddelde score berekend. Deze variabele bestaat uit zes dichotoom gescoorde items en kan daardoor variëren tussen de 6 en de 12.

Met de seksuele ervaringsscore is een ANOVA uitgevoerd. Naast deze ANOVA voor seksuele ervaring worden ook een ANOVA voor aantal goede vrienden en een ANOVA voor seksueel zelfbeeld uitgevoerd. Bij de variabele 'aantal goede vrienden' wordt onderscheid gemaakt tussen 'geen', 'één tot twee' en 'meer dan drie' goede vrienden. Bij de variabele 'seksueel zelfbeeld' worden de volgende gradaties onderscheiden: zeer positief, positief, neutraal, negatief en zeer negatief. Ten slotte wordt aan de hand van post hoc onderzoek onderzocht welke groepen significant van elkaar verschillen en welke plaats de beide groepen met een beperking ten opzichte van elkaar innemen.

Naast de ANOVA's wordt er een t-test uitgevoerd, omdat niet alle datasets volledig beschikbaar zijn. De t-test wordt uitgevoerd voor de variabelen: leeftijd eerste zoen, leeftijd eerste keer strelen onder kleren, leeftijd eerste keer vrijen zonder kleren en leeftijd eerste keer geslachtsgemeenschap. Er worden eerst een one sample t-test uitgevoerd voor de groep adolescenten met een visuele beperking vergeleken met adolescenten zonder beperking en voor adolescenten met cerebrale parese vergeleken met adolescenten zonder beperking. Vervolgens wordt met behulp van een independent t-test onderzocht of de twee groepen adolescenten met een beperking voor deze variabelen van elkaar verschillen.

3. Resultaten

3.1. Correlatie psychosociale ontwikkeling en seksualiteit

Aan de hand van een correlatieanalyse is het verband tussen de psychosociale ontwikkeling en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking onderzocht. Er wordt een negatieve

samenhang gevonden voor de leeftijd waarop adolescenten met een visuele beperking hun eerste afspraakje hebben en de mate waarin ze zich sociaal aanvaard voelen ($r(56) = -0.33, p = 0.01$). Tussen de variabelen Leeftijd van de eerste zoen en Acceptatie van de stoornis wordt ook een negatieve correlatie gevonden ($r(55) = -.30, p = 0.02$). Tussen het gemiddelde aantal goede vrienden en de leeftijd waarop de adolescenten voor het eerst vrijen zonder kleren (zonder geslachtsgemeenschap) bestaat een positieve samenhang ($r(44) = 0.33, p = 0.03$). De totale seksuele ervaring correleert negatief met de degree of peer activity ($r(71) = -0.37, p = 0.00$). Dus, hoe beter de psychosociale ontwikkeling, hoe jonger adolescenten zijn als zij voor het eerst een afspraakje hebben en als zij voor het eerst zoenen. Echter, hoe meer vrienden ze hebben, hoe ouder ze zijn wanneer ze voor het eerst vrijen zonder kleren en hoe meer activiteiten met leeftijdsgenoten worden ondernomen, hoe minder de totale seksuele ervaring.

Naast deze significante correlaties zijn ook een aantal trends waar te nemen, hierbij ligt het significantieniveau tussen $p = 0.05$ en $p = 0.10$. Voor de leeftijd van het eerste afspraakje zijn trends met de volgende variabelen gevonden: acceptatie stoornis ($r(56) = -0.23, p = 0.09$), eenzaamheid ($r(56) = 0.24, p = 0.07$), competentie sociale acceptatie ($r(56) = -0.25, p = 0.06$) en degree of peer activity ($r(56) = -0.24, p = 0.07$). Dus, wanneer een adolescent zijn stoornis beter accepteert, minder eenzaam is, zijn competentie sociale acceptatie beter is of zijn degree of peer activity groter, hoe jonger de adolescent bij zijn eerste afspraakje is. Voor de totale seksuele ervaring zijn er trends met de variabelen zelfwaardering ($r(71) = -0.22, p = 0.07$) en het gemiddelde aantal vrienden ($r(71) = -0.21, p = 0.07$). Dus, hoe minder de zelfwaardering en minder het aantal vrienden hoe meer seksuele ervaring de adolescenten hebben. Verdere trends worden waargenomen tussen de leeftijd van eerste keer geslachtsgemeenschap en het aantal vrienden ($r(38) = 0.30, p = 0.06$), de leeftijd van eerste keer strelen onder de kleren en degree of peer activity ($r(52) = -.26, p = 0.06$), de leeftijd van de eerste zoen en degree of peer activity ($r(55) = -0.26, p = 0.05$) en de leeftijd van de eerste keer verkering met sociaal aanvaard voelen ($r(50) = -0.22, p = 0.09$). Dus, hoe meer vrienden de adolescenten hebben hoe ouder ze zijn bij de eerste keer geslachtsgemeenschap. Naarmate de adolescenten meer activiteiten met leeftijdsgenoten ondernemen zijn ze jonger wanneer ze voor het eerst onder de kleren strelen en bij hun eerste zoen. Adolescenten die zich sociaal aanvaard voelen zijn jonger wanneer ze voor het eerst verkering krijgen. Voor een overzicht van de correlaties zie tabel 2.

Tabel 2. *Correlatie psychosociale indicatoren en seksuele ervaring*

Psychosociaal Seksuele ervaring	Algemeen welbevinden	Welbevinden vriendenkring	Zelfwaardering	Acceptatie stoornis	Eenzaamheid	Gemiddeld aantal vrienden	Competentie sociale acceptatie	Competentie romantiek	Competentie vriendschap	Sociaal aanvaard voelen	Degree of peer activity
Leeftijd 1ste afpraak	-.03	-.18	-.13	-.23 ¹	.24 ¹	.02	-.25 ¹	-.18	-.10	-.33*	-.24 ¹
Leeftijd 1ste keer Verkering	.14	-.07	-.05	-.05	.09	.08	-.03	-.09	.13	-.22 ¹	-.01
Leeftijd 1ste zoen	.08	-.08	-.05	-.30*	-.02	.09	-.09	-.00	.21	-.13	-.26 ¹
Leeftijd 1ste keer Strelen	.15	-.04	.07	-.02	.06	.14	-.20	-.01	.22	-.16	-.26 ¹
Leeftijd 1ste keer vrijen zonder kieren	.19	.06	.09	.04	-.17	.33*	-.04	-.03	.23	-.07	-.14
Leeftijd 1 ^{ste} keer gemeenschap	.18	.02	.11	-.06	-.14	.30 ¹	-.09	.00	.10	-.03	.01
Seksuele ervaring	-.17	-.04	-.22 ¹	-.18	.12	-.21 ¹	-.18	-.18	.03	-.12	-.37**

* Correlatie is significant voor $p < 0.05$

** Correlatie is significant voor $p < 0.01$

¹ Trend

3.2. Overeenkomsten in de drie-groepsvergelijking

Om de verschillen en overeenkomsten tussen de drie groepen adolescenten te onderzoeken is een ANOVA uitgevoerd met aansluitend een post hoc toets. In de posthoc-toets is er geen significant verschil gevonden tussen de groep adolescenten met een visuele beperking en de groep adolescenten met cerebrale parese op het gebied van de totale seksuele ervaring. Er kan dus verondersteld worden dat de groep adolescenten met een visuele beperking overeenkomt met de groep adolescenten die cerebrale parese hebben op het gebied van de totale seksuele ervaring ($p > 0.05$). Uit tabel 3 blijkt dat de groep adolescenten met een visuele beperking bijna hetzelfde scoren (10.23) als de groep adolescenten met cerebrale parese (9.99).

Op het gebied van goede vrienden zijn er ook overeenkomsten te vinden. Uit de posthoc-toets is gebleken dat de groep adolescenten met cerebrale parese overeenkomt met de groep adolescenten zonder beperking ($p > 0.05$). De resultaten die te vinden zijn in tabel 3 lijken deze bevinding te staven. In de categorie ≥ 3 vrienden is te zien dat de groep adolescenten met cerebrale parese (68%) meer overeenkomt met de groep adolescenten zonder beperking (66%).

Een ander gebied waarop er overeenkomsten te vinden zijn, is op het gebied van seksueel zelfbeeld. Hier is wederom uit de posthoc-toets gebleken dat er geen significant verschil is tussen de twee groepen adolescenten met een beperking. Hier kan men dus ook veronderstellen dat er een overeenkomst is tussen deze twee groepen. De groep adolescenten met een visuele beperking komt overeen met de groep adolescenten die cerebrale parese hebben ($p > 0.05$). Uit tabel 3 blijkt echter dat de groep adolescenten met een visuele beperking (3.2) meer overeenkomt met de groep adolescenten zonder beperking (2.6) als er naar de gemiddelde waarden gekeken wordt.

Uit de t-toets blijkt dat er geen significant verschil is tussen de leeftijden waarop adolescenten met een visuele beperking (16.4 jaar) en adolescenten met CP (16.5 jaar) voor het eerst strelen onder de kleren ($t(107) = -0.25, p = 0.800$). De gemiddelde leeftijd waarop adolescenten met een visuele beperking (16.6 jaar) voor het eerst vrijen zonder kleren komt overeen met de leeftijd waarop adolescenten zonder beperking (16.3 jaar) dat doen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de groep adolescenten met een visuele beperking en de groep adolescenten met CP overeenkomen op het gebied van seksuele ervaring, seksueel zelfbeeld en de leeftijd waarop ze voor het eerst strelen onder de kleren. Op het gebied van hoeveelheid goede vrienden en de leeftijd waarop voor het eerst wordt

gevreëen zonder kleren komen de groep adolescenten met CP en de groep adolescenten zonder beperking met elkaar overeen.

3.3. Verschillen in de drie-groepsvergelijking

Het verschil tussen de groepen bij het totaal aan seksuele ervaring is significant met $F = 23.885$ ($p < 0.01$). Uit de posthoc-toets blijkt dat het verschil tussen de adolescenten zonder beperking en de twee ander groepen significant is met allebei $p < 0.01$. De groep adolescenten zonder een beperking heeft hier een hogere score op het totaal aan seksuele ervaring (11.0) dan de ander twee groepen (10.23 en 9.99).

Het verschil tussen de drie groepen bij de hoeveelheid goede vrienden is significant met $F = 9.446$ ($p < 0.01$). Uit de posthoc-analyse blijkt dat de groep van adolescenten met een visuele beperking van de andere twee groepen verschilt (voor verschil VB en GB is $p < 0.01$ en voor VB en CP is $p = 0.02$). Hier heeft de groep met een visuele beperking een beduidend groter aantal goede vrienden (90 % tegenover 68 % en 66 % bij de ander twee groepen in de categorie ≥ 3).

Het verschil tussen de drie groepen bij seksueel zelfbeeld is significant met $F = 17.221$ ($p < 0.01$). Bij de posthoc-analyse valt op dat de groep zonder beperking significant verschilt ten opzichte van de ander twee groepen (VB-groep: $p < 0.01$, CP-groep: $p < 0.01$). Bij de gemiddelden is weinig verschil te zien, maar het seksueel zelfbeeld van de groep zonder beperking ligt vergeleken met de groep met cerebrale parese meer in de lagere categorieën. In vergelijking met de groep met een visuele beperking is bij de groep zonder beperking de verdeling van de scores over de categorieën gespreider. Er zijn dus meer extreme waardes (++ en --) bij hen te vinden dan bij de groep met een visuele beperking, wiens scores meer in het midden van de categorieën liggen. Als men naar de gemiddelde waarden blijft kijken, scoort de groep met cerebrale parese het hoogst. De ander twee groepen zijn qua gemiddelde score gelijk te noemen.

Uit de t-toets blijkt dat zowel de leeftijd waarop adolescenten met een visuele beperking ($t(66) = 4.95$, $p < 0.01$) als adolescenten met CP ($t(51) = 6.58$, $p < 0.01$) voor het eerst zoenen significant verschilt van de leeftijd waarop adolescenten zonder beperking dat doen. Het verschil tussen de twee groepen adolescenten met een beperking is ook significant ($t(117) = -2.01$, $p = 0.05$). De twee groepen met een beperking zoenen gemiddeld later dan adolescenten zonder beperking (14.0 jaar). Adolescenten met een visuele beperking zoenen

(15.3 jaar) eerder dan adolescenten met CP (16.3 jaar). De leeftijden waarop adolescenten met een visuele beperking ($t(61) = 4.58, p < 0.01$) en adolescenten met CP ($t(46) = 3.55, p < 0.01$) voor het eerst strelen onder de kleren verschillen significant van de leeftijd waarop adolescenten zonder beperking dat doen. Adolescenten met CP (17.5 jaar) vrijen significant later zonder kleren dan adolescenten zonder beperking ($t(42) = 3.56, p < 0.01$). Het verschil tussen de twee groepen adolescenten met een beperking is significant ($t(92) = -2.23, p = 0.03$). Adolescenten met CP zijn gemiddeld ouder dan adolescenten met een visuele beperking als ze voor het eerst vrijen zonder kleren. Zowel adolescenten met een visuele beperking ($t(87) = -283.42, p < 0.01$) als adolescenten met CP ($t(37) = 4.46, p < 0.01$) zijn ouder als ze voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben dan adolescenten zonder beperking (respectievelijk 17.4, 18.4 en 16.7 jaar). Het verschil tussen de twee groepen adolescenten met een beperking is significant ($t(124) = -65.33, p < 0.01$).

Tabel 3. Overeenkomsten en verschillen in de driegroepsvergelijking

		VB	CP	GB	Type consequentie
Zoenen	%	76	73	90	A* + S**
	Leeftijd	15.3	16.3	14.0	
Strelen onder kleren	%	71	65	84	A
	Leeftijd	16.4	16.5	15.4	
Vrijen zonder kleren	%	58	53	72	S
	Leeftijd	16.6	17.5	16.3	
Geslachtsgemeenschap	%	48	38	70	A + S
	Leeftijd	17.4	18.4	16.7	
Verkering gehad	%	78	79	87	-
	Leeftijd	15.6	-	15.2	
Nu Verkering	%	41	24	58	-
Verliefd geweest	%	92	93	97	-
Totale seks. Ervaring		10.23	9.99	11.0	A
Goede Vrienden	geen	1	5	3	S
	1 - 2	9	27	31	
	≥ 3	90	68	66	
Seksueel zelfbeeld	++	1	19	7	A
	+	41	52	35	
	$\pm$	40	20	40	
	-	17	7	13	
	--	1	1	6	
	Gemiddeld	3.2($\pm$)	3.8(+)	2.6($\pm$)	

*A = Algemeen gevolg beperking

** S = Specifiek gevolg één beperking

Samenvattend kan worden gesteld dat de groep adolescenten zonder beperking significant verschilt van de twee groepen met een beperking op het gebied van seksuele ervaring, seksueel zelfbeeld, de leeftijd waarop ze voor het eerst zoenen, de leeftijd waarop ze voor het eerst strelen onder kleren en de leeftijd waarop ze voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben. Op het gebied van de hoeveelheid goede vrienden verschilt de groep adolescenten met een visuele beperking significant van de andere twee groepen. De groep adolescenten met CP verschilt significant van de groep adolescenten zonder beperking voor de leeftijd waarop voor het eerst wordt gevreeën zonder kleren. De twee groepen met een beperking verschillen significant van elkaar voor de leeftijd van de eerste zoen, de eerste keer vrijen zonder kleren en de eerste keer geslachtsgemeenschap.

4. Discussie

In dit hoofdstuk zullen naar aanleiding van de in hoofdstuk 3 weergegeven resultaten, de vraagstellingen uit het onderzoek worden beantwoord en de hieraan verbonden implicaties worden besproken. Vervolgens worden de beperkingen en aandachtspunten van dit onderzoek behandeld. Ten slotte volgen aanbevelingen voor vervolg onderzoek en de praktijk.

4.1. Conclusies

4.1.1. Psychosociale ontwikkeling en seksualiteit

Hoewel er een aantal significante correlaties en trends is gevonden tussen indicatoren voor de psychosociale ontwikkeling van adolescenten met een visuele beperking en variabelen die seksuele ervaring meten, is de samenhang niet zo groot als verwacht. Van de 77 correlaties bleken er slechts vier significant te zijn en tien trends. Daarom kunnen er geen harde conclusies uit de resultaten worden getrokken en is voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten geboden.

Uit de correlatieanalyse bleek dat adolescenten die zich meer sociaal aanvaard voelen, jonger zijn tijdens hun eerste afspraakje. Wanneer ze hun stoomis beter accepteren, zijn de adolescenten jonger tijdens hun eerste zoen. Uit deze twee significante correlaties valt voorzichtig te concluderen dat adolescenten met een visuele beperking die een gezonde

psychosociale ontwikkeling doormaken op jongere leeftijd hun eerste ervaringen hebben met relatievorming en seksualiteit. Er is ook een aantal trends gevonden die deze conclusie onderbouwen. Zo zijn adolescenten jonger tijdens hun eerste afspraakje wanneer zij hun stoornis beter accepteren, minder eenzaam zijn, hun competentie sociale acceptatie beter is of wanneer ze meer activiteiten met leeftijdsgenoten ondernemen. Naarmate de adolescenten meer activiteiten met leeftijdsgenoten ondernemen zijn ze jonger wanneer ze voor het eerst onder de kleren strelen en bij hun eerste zoen. Adolescenten die zich sociaal aanvaard voelen zijn jonger wanneer ze voor het eerst verkering krijgen.

Er zijn echter ook significante correlaties en trends gevonden die er op wijzen dat adolescenten die een minder gezonde psychosociale ontwikkeling doormaken jonger en meer ervaring opdoen met seksualiteit. Uit de correlatieanalyse blijkt namelijk dat adolescenten die meer goede vrienden hebben ouder zijn wanneer zij voor het eerst vrijen zonder kleren en dat de totale seksuele ervaring meer is wanneer ze minder activiteiten met leeftijdsgenoten ondernemen. Adolescenten met een lagere zelfwaardering en minder goede vrienden hebben meer seksuele ervaring. Deze tegenstrijdigheid zou kunnen worden verklaard uit het feit dat een deel van de participanten aan het onderzoek in instellingen woonde. Deze adolescenten leven vaak geïsoleerder dan hun leeftijdsgenoten, waardoor ze vaak minder goede vrienden hebben en ook minder activiteiten met leeftijdsgenoten zullen ondernemen. Tegelijkertijd leven ze nauw samen met leeftijdsgenoten, waardoor er meer gelegenheid is romantische relaties aan te gaan en seksuele ervaring op te doen. Een ander verklaring kan zijn dat de vrienden van adolescenten met een visuele beperking meer geïnteresseerd zijn in puur vriendschappelijke aspecten dan dat ze geïnteresseerd zijn in seksuele activiteiten met een vriend of vriendin die een visuele beperking heeft. Ook zouden juist de adolescenten met een visuele beperking degenen kunnen zijn die denken dat hun vrienden toch niet verder zouden willen gaan vanwege hun beperking.

Uit eerder onderzoek van Kalksma (2005) bleek al dat veel adolescenten last hebben van vooroordelen en onbegrip van anderen. Het lijkt er op dat de adolescenten die zich juist wel geaccepteerd voelen door hun omgeving en zichzelf accepteren zoals ze zijn eerder romantische relaties aangaan. Dit zou overigens ook andersom kunnen werken: adolescenten die eerder verkering hebben of seksueel contact, voelen zich geaccepteerd en zullen zichzelf beter accepteren. Hieruit kan worden geconcludeerd dat zichzelf sociaal aanvaard voelen en acceptatie van de eigen stoornis als protectieve factoren kunnen worden gezien voor de seksuele ontwikkeling van adolescenten met een visuele beperking.

Opvallend is verder dat adolescenten die veel activiteiten met leeftijdsgenoten ondernemen jonger zijn wanneer ze hun eerste ervaringen opdoen met relatievorming en seksualiteit. Uit eerder onderzoek (Kalksma, 2005; Kef et al 1998; Kef & Bos, 2006) bleek al dat adolescenten met een visuele beperking een kleiner sociaal netwerk hebben en minder vrienden. Het huidige onderzoek bevestigt dat dit een risicofactor vormt voor het aangaan van romantische relaties en de seksuele ontwikkeling. Uitgaande van het ICF-model lijkt vooral de mate van maatschappelijke participatie belangrijk te zijn voor de relationele en seksuele ontwikkeling van adolescenten met een visuele beperking. Dit hangt uiteraard nauw samen met de andere factoren uit het ICF-model. Uit de correlatie-analyse komt namelijk naar voren dat het voor de relationele en seksuele ontwikkeling van de onderzochte adolescenten een belangrijke rol speelt in welke mate ze activiteiten met leeftijdsgenoten ondernemen. Het lijkt er dus op dat een goede integratie in de sociale omgeving bevorderlijk is voor het functioneren van de adolescenten.

Samenvattend is er één correlatie gevonden voor de totale seksuele ervaring. De andere drie significant correlaties zijn gevonden voor de leeftijden van een eerste keer ervaring opdoen met verkering, zoenen en vrijen zonder kleren. De leeftijd lijkt dus een belangrijk aspect te zijn. Van de elf indicatoren correleren er vier, namelijk algemeen welbevinden, welbevinden vriendenkring, competentie romantiek en competentie vriendschap, met geen enkele indicator van seksuele ervaring. Uit het huidige onderzoek blijkt dus dat het geen rol speelt hoe competent de adolescenten met een visuele beperking zich voelen op het gebied van romantiek en vriendschap op de hoeveelheid seksuele ervaring die ze opdoen.

4.1.2. Driegroepsvergelijking

Er is een duidelijk verschil gevonden tussen de groepen adolescenten met een beperking en de adolescenten zonder beperking. Adolescenten met een beperking hebben minder seksuele ervaring en zijn ouder als ze deze ervaring opdoen. Dit is al eerder aangetoond in onder andere onderzoeken van Tielen (2008) en Wiegerink et al (2007). Interessant is dat het huidige onderzoek zichtbaar maakt dat er zowel algemene als beperkingspecifieke gevolgen een rol spelen (zie tabel 3).

Als naar het totaal aan seksuele ervaring wordt gekeken is er een algemeen gevolg van het hebben van een beperking zichtbaar. Zowel adolescenten met cerebrale parese als

adolescenten met een visuele beperking hebben minder seksuele ervaring dan adolescenten zonder beperking. Wordt er gedetailleerder gekeken naar de leeftijd waarop de eerste ervaring wordt opgedaan dan worden ook specifieke gevolgen van de verschillende beperkingen gevonden. Zowel adolescenten met CP als adolescenten met een visuele beperking zijn ouder dan adolescenten zonder beperking als zij voor het eerst zoenen en voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben. Er wordt dus voor zowel de leeftijd van de eerste keer zoenen als de eerste keer geslachtsgemeenschap een algemeen én specifiek gevolg van het hebben van een beperking gevonden. Adolescenten met CP zijn gemiddeld een jaar ouder dan adolescenten met een visuele beperking tijdens hun eerste zoen en de eerste keer geslachtsgemeenschap. Dit verschil zou mogelijk door de aard van de beperking kunnen komen. De beperking van adolescenten met CP is opvallender en beter zichtbaar voor hun omgeving. Dit zou sneller kunnen leiden tot een negatieve houding van de omgeving. Het is mogelijk dat hun uiterlijke kenmerken minder voldoen aan de normatieve idealen, wat zeker in de adolescentietijd een belangrijke rol speelt. Voor de leeftijd waarop voor het eerst onder de kleren wordt gestreeld, is geen significant verschil tussen de twee groepen met een beperking gevonden. Wel verschillen beide groepen van de adolescenten zonder beperking, dit duidt dus op een algemeen gevolg van het hebben van een beperking. Er is geen significant verschil gevonden tussen de leeftijd waarop adolescenten met een visuele beperking en adolescenten zonder beperking voor het eerst vrijen zonder kleren. De groep adolescenten met CP is wel significant ouder dan de andere twee groepen. Er bestaat dus een specifiek gevolg van het hebben van cerebrale parese.

Voor het aantal goede vrienden is er een significant verschil gevonden tussen de groep adolescenten met een visuele beperking en de andere twee groepen. Adolescenten met een visuele beperking lijken veel meer goede vrienden te hebben dan de andere twee groepen, dat op een specifiek gevolg van de beperking duidt. Hierbij moet er wel rekening mee worden gehouden dat dit verschil ook kan zijn veroorzaakt door een iets andere definiëring van het begrip ‘goede vrienden’ in de verschillende vragenlijsten of de plaats die de vraag innam binnen de vragenlijst. Een andere mogelijke oorzaak kan zijn dat de adolescenten met een visuele beperking die in een instelling woonden ten tijde van het onderzoek, een deel van de medebewoners van hun instelling als goede vrienden beschouwden en het totaal daarom op een groot aantal uitkomt.

Bij het seksueel zelfbeeld is er een algemeen gevolg van het hebben van een beperking gevonden. De twee groepen met een beperking lijken een beter seksueel zelfbeeld te hebben dan de groep adolescenten zonder beperking. Dit zou mogelijk kunnen worden

verklaard, doordat de beperking de adolescenten bewuster maakt van hun eigen lichaam en daarbij horende seksualiteit. Door hun beperking worden de adolescenten frequenter geconfronteerd met de (on)mogelijkheden van hun lichaam en leren ze zichzelf te accepteren zoals ze zijn. Ook zijn de groepen respondenten uit de twee onderzoeken naar adolescenten met een beperking gemiddeld ouder, waardoor deze groepen wat volwassener en daarmee zelfverzekerder kunnen zijn wat betreft hun seksualiteit. Doordat er een andere vragenlijst voor seksueel zelfbeeld is gebruikt bij het onderzoek naar adolescenten met CP (zie tabel 1) dan bij de andere twee onderzoeken, kan dit het beeld ook vertekenen.

Samenvattend blijken er zowel algemene gevolgen als specifieke gevolgen van het hebben van een beperking te zijn, die invloed hebben op de seksuele ontwikkeling van adolescenten. Behalve dat een beperking aan zich consequenties met zich meebrengt, maakt het dus ook verschil wat voor een soort beperking je precies hebt. Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat adolescenten met CP nog meer benadeeld lijken te zijn door hun beperking dan adolescenten met een visuele beperking wat betreft het aangaan van romantische en seksuele relaties. Mogelijk is hierin ook een belangrijke rol weggelegd voor de omgeving van deze adolescenten. De fysieke verschijning van adolescenten met CP zou in sommige gevallen tot een negatieve houding en minder acceptatie door de sociale omgeving kunnen leiden.

4.2. Discussie

Een eerste aandachtspunt in het huidige onderzoek is het feit dat er gebruik is gemaakt van bestaande onderzoeken. De drie onderzoeken die met elkaar zijn vergeleken verschillen op een aantal punten van elkaar wat de resultaten kan hebben vertekend. Zo verschillen de samenstellingen van de onderzoeksgroepen. De respondenten van het onderzoek van de RNG waren gemiddeld jonger dan de andere twee groepen. Ondanks correctie voor de jongste leeftijdsgroep, deden er aan het onderzoek van de RNG relatief meer jongere adolescenten mee. Dit houdt in dat de verschillen tussen de groep adolescenten zonder beperking en de twee groepen met een beperking in werkelijkheid nog groter kunnen zijn. Bij het onderzoek van de RNG is de samenstelling van respondenten representatief voor de Nederlandse adolescenten. Bij de andere twee onderzoeken zijn de respondenten bereikt via instellingen en revalidatiecentra. Hoewel het geen volledig klinische groepen betrof, is representativiteit op deze wijze minder makkelijk te bereiken. Adolescenten die nooit gebruik gemaakt hebben

van de hulpverlening, vallen zo namelijk buiten de onderzoeken. Ook verschilt de samenstelling van respondenten qua opleidingsniveau. De groep adolescenten met een visuele beperking is gemiddeld het hoogst opgeleid en de groep adolescenten met CP het laagst. Uit het onderzoek van de RNG (de Graaf et al, 2005) bleek dat laagopgeleide adolescenten meer ervaring hadden op het gebied van seks dan hoogopgeleide. Dit zou kunnen betekenen dat het verschil tussen de groepen in werkelijkheid nog groter is. Van de onderzochte adolescenten met CP zou op basis van hun opleidingsniveau namelijk verwacht worden dat ze meer ervaring hebben dan de adolescenten met een visuele beperking.

Er moet ook rekening mee worden gehouden dat de vragenlijsten van de drie onderzoeken op verschillende manieren zijn afgenomen. Het onderzoek van Tielen (2008) maakte gebruik van telefonische interviews, de RNG gebruikte zelfinvulvragenlijsten en het onderzoek van Wiegerink et al (2007) maakte gebruik van zowel zelfinvulvragenlijsten als semi-gestructureerde interviews. Bij alle varianten moet rekening worden gehouden met sociale wenselijkheid. Vooral de interviews zouden confronterend kunnen zijn door het persoonlijke onderwerp.

In het huidige onderzoek is getracht voor de vergelijking van de variabelen zoveel mogelijk gebruik te maken van dezelfde vragen uit de verschillende onderzoeken. Dit was echter niet altijd mogelijk, daarom zullen sommige uitkomsten vertekend zijn door een verschillende operationalisering van de variabelen. Tot slot zouden de individuele onderzoeken al meetfoutjes kunnen bevatten, die in het huidige onderzoek ook meewegen en daardoor de resultaten beïnvloeden.

Ook wat betreft de uitgevoerde correlatieanalyse zijn enkele kanttekeningen te plaatsen.

Tussen het onderzoek van Kef (2006) en het onderzoek van Tielen (2008) zat bijna twee jaar tijd, hierdoor kan de psychosociale ontwikkeling in de tussentijd zijn veranderd. Er zouden zowel positieve als negatieve veranderingen kunnen hebben plaatsgevonden. Hoewel er dezelfde respondenten zijn gebruikt, zou het voor het aantonen van een correlatie met de seksuele ervaring methodologisch beter zijn als de twee onderzoeken gelijktijdig waren uitgevoerd.

Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat er geen causaal verband is aangetoond. Er is enkel een samenhang geconstateerd en het is dus niet aangetoond of de psychosociale ontwikkeling de seksuele ervaring beïnvloed of dat de hoeveelheid ervaring op seksueel gebied invloed heeft op de psychosociale ontwikkeling.

4.3. Aanbevelingen

In de huidige driegroepsvergelijking is de psychosociale ontwikkeling van adolescenten niet meegenomen, omdat daar niet voldoende gegevens van beschikbaar zijn. Met de correlatieanalyse is echter aangetoond dat er samenhang bestaat tussen seksualiteit en de psychosociale ontwikkeling van adolescenten met een visuele beperking. Het is mogelijk interessant meer gegevens te verzamelen over de psychosociale ontwikkeling van verschillende groepen adolescenten en deze te koppelen aan de seksuele ontwikkeling en met elkaar te vergelijken.

Om meer inzicht te krijgen in de causale relatie tussen de psychosociale ontwikkeling en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking zou longitudinaal onderzoek mogelijk nuttig kunnen zijn. Nu is enkel duidelijk geworden dat er een samenhang bestaat tussen de twee factoren, maar over de richting van de invloed kunnen nog geen harde uitspraken worden gedaan. Daar zal dus vervolg onderzoek voor nodig zijn.

Een laatste aanbeveling voor de wetenschap is meer gericht op de omgeving van de adolescent. Om adolescenten met een beperking optimaal te kunnen begeleiden in hun ontwikkeling is het ook nuttig te weten in welke mate de maatschappij open voor ze staat. Willen de potentiële partners van adolescenten wel een relatie met iemand met een beperking? Wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen verschillende beperkingen en zo ja in welke mate? Het zou interessant zijn ook deze kant van de problematiek te belichten.

Naast deze suggesties voor wetenschappelijk onderzoek zijn er op basis van het huidige onderzoek ook aanbevelingen voor de praktijk te doen. Door onderscheid te maken tussen de gevolgen voor de seksualiteit van adolescenten die specifiek door één type beperking komen en die bij het hebben van een beperking in het algemeen horen, kan de hulpverlening gericht te werk gaan. Advisering en zorgverlening kunnen meer op maat worden gegeven. Zo blijkt het voor adolescenten met een visuele beperking erg belangrijk te zijn dat ze hun eigen stoornis accepteren en dat ze zichzelf sociaal aanvaard voelen, hier kan de hulpverlening gericht op inspelen. Deze kennis kan ook voor ouders van belang zijn omdat ze dan een beter zicht krijgen op wat mogelijke factoren zijn waar hun zoon of dochter tijdens deze toch al stressvolle ontwikkelingsperiode mee te maken zou kunnen krijgen en wat mogelijke factoren zijn die hem of haar in deze fase zouden kunnen helpen. Daardoor hebben ze de kans hun kind beter te kunnen steunen.

Voor de adolescent met een beperking zelf kan dit betekenen dat hij meer inzicht krijgt in het verloop van de seksuele ontwikkeling. Doordat hij te weten komt dat de seksuele carrière van adolescenten met een beperking gemiddeld op een later moment begint zou hij minder psychische druk kunnen voelen om op seksueel gebied qua leeftijd gelijk te zijn aan zijn leeftijdsgenoten zonder een beperking. Aangezien de lichamelijke ontwikkeling niet verschilt, hierbij valt vooral te denken aan hormonale veranderingen tijdens de adolescentie, doorlopen de adolescenten met een beperking op dit vlak wel degelijk dezelfde ontwikkeling als hun leeftijdsgenoten zonder een beperking. Dit betekent dat de behoefte naar seksueel contact waarschijnlijk ook gelijktijdig zou ontstaan. Dit kan ondanks de kennis over vertraging voor frustratie zorgen. Daarnaast is van belang dat de reden voor deze vertraging misschien niet bij de adolescenten zelf ligt, maar in de manier waarop deze door de omgeving wordt benaderd. In dit geval zou vooral de omgeving een verandering teweeg kunnen brengen en heeft de adolescent het niet alleen in de hand. Ook dit kan voor hem frustraties met zich meebrengen. Aan de ander kant bestaat door de kennis over vertraging wel de kans voor de adolescent met een beperking zich beter met andere adolescenten met een beperking verbonden te kunnen voelen. Hierdoor zou hij zich minder alleen kunnen voelen met eventuele problemen op seksueel gebied.

Geconcludeerd kan worden dat er zowel algemene als specifieke gevolgen zijn van het hebben van een beperking die de relatievorming en seksuele ontwikkeling van adolescenten met een beperking bemoeilijken. Hun mogelijkheid tot het aangaan van romantische relaties en het opdoen van seksuele ervaring lijken beperkt. Hierin zijn uiteraard individuele verschillen die samenhangen met de psychosociale ontwikkelingen en omgevingsinvloeden. Liefde lijkt dus deels beperkt te zijn.

5. Literatuurlijst

- Becher, J.G., Smit, L.M.E., Gorter, J.W. (2003). *Cerebrale Parese*. In: Meihuizen-de Regt, M.J., de Moor, J.M.H., Mulders, A.H.M. (Ed.) *Kinderrevalidatie*. Assen: Van Gorcum.
- Boyer, C.B., Tschann, J.M., & Schafer, M.A. (1999). Predictors of risk for sexually transmitted disease in ninth grade urban high school students. *Journal of Adolescents Research*, 14, 448-465.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Bioecological Theory of human development*. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, pp. 6963-6970.
- Brugman, E., Goedhart, H., Vogels, T., & Zessen, G. van (1995). *Jeugd en Seks 95: Resultaten van het nationale scholierenonderzoek*. Utrecht: SWP.
- Elchardus, M. & Glorieux, I. (2002). *De symbolische samenleving. Een exploratie van de nieuwe sociale en culturele ruimtes*. Tiel: Lannoo.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Furman, W., Brown, B.B. & Feiring, C. (1999). *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*. New York: Cambridge University Press.
- Gill, C.J. (1996). Dating and relationship issues. *Sexuality and disability*, 14, 183-190.
- Graaf, H. de, Meijer S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^{ste}: Seksuele gezondheid van adolescenten in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Gray, D.B. & Hendershot, G.E. (2000). The ICIDH-2: Developments for a new era of outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 12, S10-S14.
- Gringhuis, D., Moonen, J. & Van Woudenberg, P. (1996). *Kinderen die slecht zien. Ontwikkeling, opvoeding, onderwijs en hulpverlening*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Harter, S. (1997). The development of selfrepresentations. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol.111). New York: Willey.
- Hell, J.G. Van, Boswinkel, N., Zeeuwen, Y.A.J.M. & Crom, S.J.A. De (2004). Realistisch rekenen door slechtziende kinderen en zeer zwakke rekenaars. *Willem bartjens*, 23, pp. 15-24.
- Kalksma, S (2005). *Oog voor elkaar. Onderzoeksscriptie naar vriendschapsrelaties van jongeren met een visuele beperking*. Doctoraal scriptie pedagogiek, Universiteit van Amsterdam.
- Kef, S., Habekoth, H.T. & Hox, J.J. (1998). Adolescenten met een visuele beperking: persoonlijk netwerk en welbevinden. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14, 4, pp.200-219.

- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96, pp.22-37.
- Kef, S. (2005). *Verder kijken dan de beperking. Longitudinaal onderzoek naar de psychosociale ontwikkeling en sociale netwerken van adolescenten en jongvolwassenen met een visuele beperking*. Amsterdam; VU, FPP, Orthopedagogiek
- Kef, S. & Bos, H. (2006). Love is blind: Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality and Disability*, 24 (2), pp. 89-100.
- Kolb, B. & Whishaw, I.Q. (2003). *Fundamentals of Human Neuropsychology*. New York: Worth Publishers.
- Kollin, J. S. (1993). A retinal display for virtual- environment applications. In: *Proceedings of society for information display*. International Symposium, Digest of technical papers, Vol. XXXIV. (p. 827) Playa del rey, CA: Society for information display.
- Network for Childhood Disability Research in The Netherlands. Geraadpleegd op 28.april 2008, op www.netchild.nl
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 39, pp. 214-223.
- Pameijer, N.K. & Beukering, J.T.E. van (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek*. Leuven (België): Acco.
- Pilon, F. (2003). *Wat betekent visus (en slechthoortendheid) bij het jonge kind*. Geraadpleegd op 2 april 2008, op <http://www.boerhaavenet.nl/books/2003.pdf>
- Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (1990). *Lastposten of slachtoffers van de samenleving*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (1997). *Homeless youth*. London: Sage.
- Sloep, A., & Reek, S. (1998) *Love is blind. Research into the perception of dating and sexuality of adolescents who are blind*. Matser thesis. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Tielen, L. (2008). *Tastbare liefde. Relaties en seksualiteit bij adolescenten met een visuele beperking*. Amsterdam: Vrije Universiteit, M-these Orthopedagogiek.

- Vanwesenbeeck, I. (1997). Female sexual power and control: From problem to promise. In A. van Lenning, M. Bekker, & I. Vanwesenbeeck (Eds.). *Feminist utopias in a postmodern era* (pp 161-175). Tilburg: Tilburg University Press.
- Wiegerink, D.J.H.G., Roebroek, M.E., Donkervoort, M., Stam, H.J., Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: a review. *Clinical rehabilitation*, 20 (12), pp. 1023-1031.
- Wiegerink, D.J.H.G., Roebroek, M.E., Donkervoort, M., Cohen-Kettenis, P.T. & Stam, H.J. (2007). Social, intimate and sexual relationships of adolescents with cerebral palsy compared with able-bodied age-mates. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40
- Wiegerink, D.J.H.G. & Gorter, J.W. (2008). *Cerebrale parese*. In: Gianotten, W.L., Meihuizen-de-Regt, M.J., van Son-Schoones, N. (Red.). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Wilson Jones, M., Morgan, E., Shelton, J.E., Thorogood, C. (2007). Cerebral Palsy: Introduction and Diagnosis (Part 1). *Journal of Pediatric Health Care* 21(3) pp. 146-152.
- World Health Organization, Netherlands WHO-FIC collaborating Centre (2002). *ICF Internationale classificatie van het menselijk functioneren*. Bilthoven: RIVM.
- Zessen, G. van (1995). *Wisselend contact: Seksuele levensverhalen van mensen met veel partners*. Leiden: DSWO Press.