

## Seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële jeugdzorg en reacties van professionals: een literatuuronderzoek

## Colofon

Datum : juni 2015  
Auteurs : Kaj van Zenderen (Rutgers WPF), Willy van Berlo (Rutgers WPF), Remy Vink (TNO) & Hans Feenstra (Rutgers WPF)  
© : Raak-Pro Project 'Gezond seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg': Avans Hogeschool, Movisie, Rutgers, TNO, Accare.

# Inhoud

1. Inleiding.....	5
1.1 Achtergrond doelstelling literatuuronderzoek .....	5
1.2 Methode: systematisch literatuuronderzoek .....	6
1.3 Opbouw van het rapport .....	8
2. Residentiële jeugdzorg .....	9
3. Seksueel (ongewenst) gedrag bij 12-18 jarigen in de residentiële zorg .....	11
3.1 Seksuele ontwikkeling en seksuele-interactiecompetentie .....	11
3.2 Problematisch seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg: psychosociale context...	13
3.2.1 <i>Ervaringen met seksueel misbruik</i> .....	14
3.2.2 <i>Verschillen tussen jongens en meiden in residentiële instellingen</i> .....	17
3.2.3 <i>Plegers</i> .....	18
3.2.4 <i>Etnische diversiteit en (problematisch) seksueel gedrag</i> .....	19
3.3 Seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële leefomgeving: institutionele context.	20
3.3.1 <i>Gebrek aan privérúimte</i> .....	20
3.3.2 <i>Negatief klimaat</i> .....	21
3.4 Conclusie .....	23
4. Omgang door professionals met seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële zorg .....	25
4.1 Reacties van begeleiders op seksualiteit van de jongeren .....	25
4.2 Denkbeelden over seksualiteit van verstandelijk of lichamelijk beperkten .....	29
4.3 Conclusie .....	31
5. Zijn er (effectieve) interventies? .....	33
5.1 Methode .....	33
5.2 Wat kunnen we leren van interventies gericht op het bespreekbaar maken van seksualiteit in het algemeen?.....	33
5.3 Wat kunnen we leren van andere beroepsgroepen en settings? .....	34
5.4 Wat werkt in de residentiële jeugdzorg?.....	34
5.5 Conclusie .....	35
6. Verandering van gedrag .....	36
6.1 Modellen van gedrag en verandering .....	36
6.1.1 <i>Modellen van gedrag</i> .....	36
6.1.2 <i>Modellen van verandering</i> .....	37
6.1.3 <i>Omgevingsverandering</i> .....	38
6.2 Het gedrag van de professionals in model .....	38
6.2.1 <i>Model van het probleem</i> .....	38

6.2.2 Model van de gedragsverandering .....	39
7. Conclusies .....	43
Literatuur .....	47
Bijlage 1 Seksuele ontwikkeling in de adolescentie .....	54
Bijlage 2 Risicofactoren voor seksueel grensoverschrijdend gedrag .....	57

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond doelstelling literatuuronderzoek

Het onderzoek van de Commissie Samson heeft aangetoond dat jongeren in de residentiële jeugdzorg een twee maal zo groot risico lopen op seksueel misbruik als jongeren in de gewone populatie (Samson, 2012); meisjes lopen een nog groter risico dan jongens. Een groot deel van het seksueel geweld bleek zich af te spelen tussen jongeren onderling. Tot dezelfde conclusie kwamen Lamers-Winkelman en Tierolf (2012) in het literatuuronderzoek dat zij voorafgaand aan het onderzoek van de Commissie Samson hebben uitgevoerd. De Commissie Samson heeft naar aanleiding van het onderzoek een reeks aanbevelingen gedaan voor maatregelen om seksueel misbruik te voorkomen en seksueel gezond gedrag te bevorderen.

Jongeren tussen de 12 en 18 jaar bevinden zich in de leeftijdsfase van de adolescentie, de ontwikkeling tussen kindertijd en volwassenheid. Dit gaat gepaard met grote fysieke, cognitieve en emotionele veranderingen. Wanneer zij in die leeftijdsfase uit huis zijn geplaatst is de residentiële instelling een plek waar zij zich met steun van hun begeleiders sociaal-emotioneel ontwikkelen en hun identiteit vormen. Hier hoort ook de ontwikkeling bij van hun seksualiteit en hun seksuele identiteit. Een gezonde seksuele ontwikkeling is een fundamenteel recht (IPPF, 2008). Voor begeleiders is het echter, zeker gezien de achtergrond van de jongeren, lastig te bepalen wat als normaal/ gezond seksueel gedrag, passend bij de ontwikkeling, en wat als afwijkend of risicovol gedrag beschouwd kan worden. Er is sprake van een zekere handelingsverlegenheid bij het bespreekbaar maken van seksueel gedrag en het bieden van ondersteuning bij de seksuele ontwikkeling (Lamers-Winkelman en Tierolf, 2012; Samson, 2012).

Handelingsverlegenheid ten aanzien van seksualiteit en gebrek aan kennis over seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren komt niet alleen in de residentiële jeugdzorg voor. Een aantal jaar geleden is in België het Vlaggensysteem ontwikkeld, een methode om seksueel gedrag van kinderen en jongeren te duiden. Door middel van zes criteria wordt een normatief kader geboden, waarmee professionals seksueel gedrag, variërend van acceptabel tot ernstig grensoverschrijdend, kunnen signaleren en objectief duiden. Op basis hiervan zijn ze beter in staat adequaat te handelen (Frans & Franck, 2010). Het Vlaggensysteem is in Nederland geïntroduceerd door Movisie.

Omdat verondersteld werd dat het Vlaggensysteem voor de residentiële jeugdzorg een belangrijk instrument zou kunnen zijn om seksueel gedrag van jongeren in goede banen te leiden, hebben Movisie, TNO, Avans Hogeschool en Rutgers WPF besloten om het Vlaggensysteem door te ontwikkelen voor deze setting, op bruikbaarheid en doelmatigheid te onderzoeken en te implementeren in onderwijs en beroepspraktijk. Kenmerken van de residentiële setting (groepsbegeleiding in een gesloten omgeving) en van jongeren die daar verblijven (uit huis geplaatste jongeren met diverse problematiek) vragen (mogelijk) om aanpassingen aan het bestaande instrument. Het project bestaat uit een aantal onderdelen. De eerste stap is om het Vlaggensysteem zowel theoretisch als empirisch te onderbouwen om een

basis te leggen voor de doorontwikkeling. Het doorontwikkelde product (Vlaggensysteem-RJ) wordt vervolgens op bruikbaarheid en doelmatigheid onderzocht; daarnaast vindt ook een procesevaluatie plaats. Vervolgens wordt het Vlaggensysteem-RJ in het beroeps- en onderwijsveld geïmplementeerd.

In dit rapport wordt verslag gedaan van het literatuuronderzoek ten behoeve van de theoretische onderbouwing. Dit onderzoek is uitgevoerd door Rutgers WPF en TNO. De vraagstelling was als volgt:

Wat is er in de internationale wetenschappelijke literatuur bekend over:

1. de seksuele ontwikkeling bij 12 tot 18 jarigen;
2. (determinanten van) seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij 12-18 jarigen in residentiële zorg (plegers en slachtoffers);
3. beoordelen van seksueel gedrag van 12-18 jarigen door professionals en reageren daarop (in de residentiële jeugdzorg);
4. (effectieve) interventies gericht op preventie en bespreekbaar maken van seksueel ongewenst gedrag / grensoverschrijdend gedrag bij 12 tot 18-jarigen (in de residentiële jeugdzorg).

Daarnaast is gekeken naar theoretische modellen voor gedragsverandering, in dit verband het beter bespreekbaar kunnen maken van seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag met jongeren in de residentiele jeugdzorg, wat heeft geleid tot de volgende vraag:

5. Wat is de toepasbaarheid/relevantie van algemene theorieën voor gedragsverandering voor het bespreekbaar maken van seksualiteit in de residentiële jeugdzorg.

Over de algemene seksuele ontwikkeling van jongeren (onderzoeksvraag 1) is al veel gepubliceerd. Recent heeft Rutgers WPF een overzicht gemaakt van de seksuele ontwikkeling gedurende de levensloop: *Van alle leeftijden: De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden* (De Graaf, 2013). In dat rapport worden enkele hoofdpunten hieruit gebruikt. Een nieuwe zoektocht met betrekking tot deze eerste vraag was niet haalbaar binnen dit project, noch opportuun. Voor meer informatie over de algemene seksuele ontwikkeling wordt daarom verwezen naar het rapport van De Graaf (2013) en andere overzichten.

## **1.2 Methode: systematisch literatuuronderzoek**

Ten aanzien van onderzoeksvragen 2 tot en met 4 is de volgende procedure gehanteerd:

1. Op basis van de onderzoeksvragen zijn zoektermen geformuleerd door gebruik te maken van artikelen/ rapporten over deze thema's, onder andere door naar relevante titels te kijken in de literatuurlijsten.
2. De zoektermen zijn samen met de coördinator informatievoorziening van RutgersWPF en de documentalist van TNO doorgenomen en aangevuld, bijv. met thesaurustermen.
3. Er is in de volgende databases gezocht:
  - De databases Psycinfo, Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection en E-Journals zijn onderzocht met de volgende (combinaties van) zoektermen:
    - "residential settings" or "residential care" or "group homes" or "residential services"
    - DE "Residential Care Institutions"

- "sexual health" or "sexual behavior" or "sexuality" or "sexual development" or "sex roles" or "intimacy"
- DE "Sexuality" OR DE "Sexual Aids" OR DE "Psychosexual Development" OR DE "Sexual Fantasy" OR DE "Sociosexual Orientation"
- "sexual acting-out" or "sexual behaviour problems" or "sexual abuse" or "sexual harrasment" or "sexual violence" or "anti-social behaviour"
- "interventions" or "programs" or "strategies" or "treatment" or "services" or "therapies" or "best practices" or "what works principals"
- DE "Intervention" OR DE "Crisis Intervention" OR DE "Early Intervention" OR DE "Family Intervention" OR DE "Group Intervention" OR DE "School Based Intervention"
- "communicating" or "discussing" or "taboo"
- "sex education" or "sexual health education"

Er is gefaseerd gezocht (meerdere zoekmomenten) totdat verzadiging optrad. Titels en abstracts die informatie bevatten voor het beantwoorden van de vraagstelling zijn opgeslagen in een EBSCO Host account. Hierbij gaat het om 79 titels.

- De catalogus van het kenniscentrum Rutgers WPF is onderzocht met de zoektermen:
  - jeugdinstelling/ residentiële zorg (73 hits)
  - ongewenste omgangsvormen (111)
  - bespreekbaarheid van seksualiteit (434)
  - seksuele vorming van jongeren (265)/ voorlichting (134)
  - seksueel misbruik (1855)

De verschillende zoektermen zijn bij het zoeken gecombineerd. Er is doorgezocht totdat er geen nieuwe titels meer verschenen. Dit leverde uiteindelijk 41 titels en abstracts op, waarvan 17 van na 2000.

- Bij het zoeken naar literatuur is daarnaast gebruikt gemaakt van het online dossier Residentiële Jeugdzorg van het Nederlands Jeugd Instituut: <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=143485>.
- Tenslotte is de literatuurlijst van Sensoa/ Garant voor de ontwikkeling van het Vlaggensysteem als bron gebruikt.

4. Rutgers WPF en TNO hebben de inclusiecriteria voor de beoordeling van de opgeslagen titels en abstracts als volgt geformuleerd: relevantie voor onderzoeksvraag, doelgroep (childhood, adolescence) publicatie vanaf 2000, peer-reviewed in geval van wetenschappelijke artikelen, en studies over interventies moesten zich richten op de omgang met huidig seksueel (ongewenst) gedrag.
5. De gevonden literatuur is geordend rond de onderzoeksvragen.
6. Rutgers WPF en TNO hebben op basis van de (overeengekomen) inclusiecriteria onafhankelijk van elkaar de lijst met gevonden literatuur beoordeeld. Vervolgens is gezamenlijk besloten welke titels zouden worden gelezen.
7. Er is nog aanvullend gezocht naar literatuur over het thema etnische diversiteit en seksualiteit in relatie tot residentiële jeugdzorg. Hierbij zijn de volgende zoektermen gebruikt:

- "racial differences" or "ethnic differences" or "ethnicity" or "race" or "migrant" or "minority" or "culture" or "cultural differences"
- "child care" or "youth care" or "residential settings" or "residential care" or "group homes" or "residential services"
- "sex" or "sexuality" or "sexual abuse" or "acting out" or "intimacy" or "problematic sexual behaviour" or "PSB"
- "Netherlands" or "Dutch"
- Criteria: na 2000, adolescence, peer reviewed, academic journals, reviews
- Hits: 10

Deze zoekopdracht naar diversiteit en seksualiteit met zoektermen over jeugdzorg en residentiële zorg leverde twee artikelen op, over jeugdige zedendelinquenten.

### ***1.3 Opbouw van het rapport***

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de organisatie van de residentiële jeugdzorg. Hoofdstuk 3 begint met een kort overzicht van de gezonde seksuele ontwikkeling en seksuele interactiecompetentie, en gaat verder over seksueel (ongewenst) gedrag van jongeren in de residentiële jeugdzorg en factoren die daarop van invloed zijn. Hier komt vooral de problematische achtergrond van de jongeren in beeld, en de omstandigheden waarin zij in de instellingen leven. Hoofdstuk 4 betreft de omgang met seksueel gedrag door professionals; hier gaan we ook kort in op jongeren met een beperking. Hoofdstuk 5 gaat over interventies die zijn gericht op preventie en bespreekbaar maken van seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële zorg, en in hoeverre die effectief zijn. In hoofdstuk 6 worden modellen voor gedrag en gedragsverandering binnen dit kader beschreven. In het laatste hoofdstuk tenslotte formuleren we op basis van de literatuur aanbevelingen voor de doorontwikkeling van het Vlaggensysteem RJ.



## 2. Residentiële jeugdzorg

Op de website van het Nederlands Jeugdinstituut (2012) wordt het begrip residentiële zorg aan jeugdigen als volgt gedefinieerd: ‘Hulpverlening waarbij kinderen of jongeren van 0-18 jaar, op vrijwillige of gedwongen basis, (tijdelijk) dag en nacht buiten hun eigen omgeving verblijven, onder meer in leefgroepen, behandelgroepen, gezinsgroepen, kamertrainings-centra, jeugdzorgplusvoorzieningen of justitiële jeugdinrichtingen (Thesaurus Zorg en Welzijn).’ Boendermaker, Van Rooijen en Berg (2012) benadrukken in hun publicatie *Residentiële jeugdzorg wat werkt?* de reikwijdte van het begrip residentiële jeugdzorg in Nederland: uiteenlopende typen zorg voor jeugdigen (kinderen en jongeren) aangeboden tijdens een verblijf in een tehuis of instelling. Het gaat om jeugdigen met verschillende problemen en dus met verschillende behandeldoelen en duur, verblijvend in diverse soorten instellingen (qua omvang, specialisaties en achtergrond personeel). Typen verblijf zijn: gesloten, besloten en open instellingen en leefgroepen, en verblijf in deeltijd, dagbehandeling of 24-uurszorg. Gemiddeld verblijven er 150 jeugdigen en werken er 200 tot 225 personeelsleden in de instellingen. Verblijf- en behandeldoelen zijn grofweg in te delen in ‘care’ en ‘cure’ (Van der Steege in Boendermaker et al., 2012). Onder care valt het bieden van kwalitatief goede verzorging en opvoeding, en onder cure het aanpakken/ verminderen van gedragsproblemen en het aanleren van bepaalde vaardigheden. Beide behandeldoelen zijn sterk met elkaar verweven.

In het rapport van de Commissie Samson (2012) worden de volgende cijfers gegeven over de omvang van de residentiële zorg en pleegzorg: in 2010 verbleven er 46.826 (uit huis geplaatste) kinderen in een residentiële jeugdinstelling of pleeggezin. Redenen voor uithuisplaatsing zijn divers: van opvoedingsproblemen met ouders tot ernstige gedragsproblemen bij de kinderen. Uithuisgeplaatste kinderen worden veelal nog meerdere keren verplaatst, wat zorgt voor een (voortdurende) instabiele leef- en opvoedingssituatie. Loeffen (2007) (in Boendermaker et al. 2012) rapporteert een totaal van 18.247 beschikbare plaatsen in een aantal sectoren: door provincies gefinancierde jeugdzorg, de Jeugd-ggz, de zorg voor licht-verstandelijk beperkte jeugdigen en van de justitiële jeugdinrichtingen. Op de website van het Nederlands Jeugd Instituut wordt gemeld dat jaarlijks ongeveer 24 duizend kinderen en jongeren gebruik maken van residentiële jeugdzorg, ongeveer 11 procent van de gehele groep cliënten van de jeugdzorg.

De literatuurstudie betreft onderzoeken die zijn uitgevoerd in diverse nationale en regionale contexten. De meeste studies zijn uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten en Canada. De hierboven beschreven diversiteit in residentiële opvang komt ook terug in de studies, bijvoorbeeld de verschillende sectoren die door Loeffen (2007) worden onderscheiden, de verschillende types opvang (o.a. gesloten justitiële inrichtingen en behandelgroepen), de care- en cure-doelstellingen. In de studies wordt doorgaans uitgegaan van 24-uurs opvang (‘inpatient treatment’), en niet van dagbehandeling (‘outpatient treatment’) om de residentiële zorg te onderscheiden. In hun steekproef van jeugdige zedendelinquenten onderscheidden Zakireh, Ronis en Knight (2008) een residentiële status van een outpatiënt-status op basis van de ernst van het delict en de mate van strafbaarheid, en op basis van een uitgebreidere achtergrond van gedragsproblemen en psychische problemen, problemen op school (o.a. spijbelen en agressie tegen docenten en peers), eerder delinquent gedrag en eerdere behandelingen voor psychische gezondheid of delinquent gedrag. Wat verder

terugkomt in de studies is dat naast residentiële zorg ook pleegzorg wordt meegenomen, er wordt dan gesproken van de verzamelnaam 'vervangende zorg' (zie bijvoorbeeld Farmer & Pollock, 2003).

De residentiële zorg is in elke context weer net anders georganiseerd, maar op veel plaatsen is wel sprake van een proces van decentralisatie: de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren (en ook deels vormgeven) van nationaal jeugdzorgbeleid wordt gedecentraliseerd oftewel doorgegeven aan regionale (lokale) jeugdzorgorganisaties (Van Berkel & Borghi, 2008). Soms gaat dit gepaard met een proces van (semi)marktwerking: lokale samenwerkingsverbanden tussen publieke en (semi)private organisaties die streven naar het aanbieden van zorg op maat (zie bijvoorbeeld de steekproefwerving van Barter, 2006 en van McConkey & Ryan, 2001).

Ondanks organisatorische verschillen is de betekenis van de residentiële zorg in algemene zin overall gelijk, deze wordt gezien als een 'place of last resort': als andere vormen van hulverlening of omvang geen soelaas bieden komt de residentiële zorg in beeld (Barter, 2006; Knorth, Harder, Zandberg & Kendrick, 2007). Het beeld bestaat dat deze zorg zoveel mogelijk vermeden moet worden, er is namelijk scepsis over de effectiviteit: jongeren zouden negatieve gevolgen ervaren van het residentiële verblijf en volgens sommigen er zelfs slechter van worden.

Tegelijkertijd constateren Knorth et al. (2007) een steeds breder gedeelde, contrasterende visie: residentiële zorg kan juist positief bijdragen aan de psychosociale ontwikkeling en aan het wegnemen van problemen die de jongeren en hun verzorgers ervaren. Op basis van een statistische meta-analyse van effectstudies van interventies in residentiële jeugdzorg, gepubliceerd in de periode 1990-2005, vinden zij ondersteuning voor dat laatste standpunt: kinderen en jongeren laten na een periode van residentiële zorg een verbetering zien van hun psychosociaal functioneren. Residentiële zorg lijkt voor bijvoorbeeld de (zeer) problematische groep betere resultaten te boeken dan thuisbehandeling. Hierbij ging het in de studies wel vooral om kortetermijneffecten, over de lange termijn is minder bekend.

Residentiële zorg wordt, in overeenstemming met het beeld van een 'place of last resort', beschouwd als de meest intensieve vorm van begeleiding en behandeling binnen jeugdzorg (Leenarts, Hoeve, Van de Ven, Lodewijks & Doreleijers, 2013). In de residentiële zorg worden jongeren opgenomen die het risico lopen op de ontwikkeling van psychopathologie en veel problematisch gedrag vertonen (Barter, 2006; Zakireh et al., 2008). De groep kinderen en jongeren die in dergelijke instellingen wordt behandeld, wordt dan ook als zeer problematisch beschouwd. Dit beeld van een 'multiproblem' groep komt in verschillende artikelen terug bij de beschrijving van de doelgroep en de residentiele zorg (zie bijvoorbeeld Gibbs & Sinclair, 2000). Leenarts et al. (2013) concluderen, op basis van meerdere studies, dat tot 90% van de jeugdigen in verplichte residentiële zorg als kind verschillende vormen van misbruik heeft meegemaakt. Een kwart valt binnen de diagnostische criteria van het lijden aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS), met name meisjes. In het volgende hoofdstuk komen we hier op terug.

### **3. Seksueel (ongewenst) gedrag bij 12-18 jarigen in de residentiële zorg**

In de bestudeerde literatuur worden oorzaken voor problematisch gedrag in het algemeen en problematisch seksueel gedrag in het bijzonder ten eerste gezocht in de achtergrond/voorgeschiedenis van de jongere - met name een opgelopen trauma door seksueel misbruik -, en daarmee samenhangende psychosociale problemen, en ten tweede in de context van de instelling zelf, zoals gebrek aan kennis en kunde van de medewerkers, en inadequaat management. Deze tweedeling wordt ook gehanteerd door Lamers-Winkelmann en Tierolf (2012) in hun literatuuronderzoek naar aard en omvang van seksueel misbruik in de residentiële jeugdzorg en pleeggezinnen. De tweedeling is bruikbaar om de resultaten uit de literatuur over seksuele gedragsproblemen van jongeren in de residentiële jeugdzorg te bespreken. In dit hoofdstuk gaan we hier achtereenvolgens op in. Het volgende hoofdstuk is apart gewijd aan de houding, kennis en vaardigheden van begeleiders. Maar allereerst gaan we in dit hoofdstuk kort in op seksuele ontwikkeling en de beschrijving van een verklaringsmodel voor gezonde seksuele interactie.

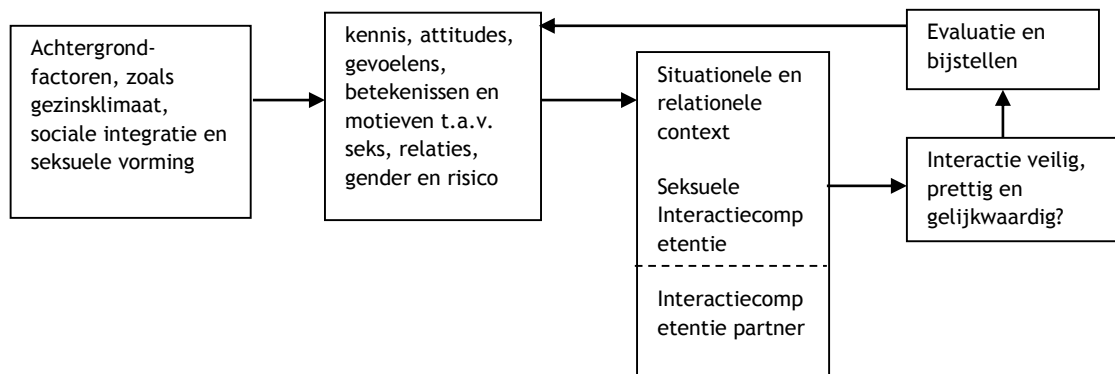
#### ***3.1 Seksuele ontwikkeling en seksuele-interactiecompetentie***

De leeftijdscategorie 12 tot 18 jaar valt in de levensfase van de adolescentie: de ontwikkeling van kindertijd naar volwassenheid. De seksuele ontwikkeling maakt hier een belangrijk deel van uit. Inzicht in de seksuele ontwikkeling in deze periode is van belang omdat het Vlaggensysteem niet alleen is gericht op het duiden van ongewenst seksueel gedrag, maar ook van gezond seksueel gedrag. Als jongeren seksueel gedrag vertonen dat past bij hun ontwikkeling, wordt dit geduid als 'groen gedrag'. De Graaf (2013) heeft de seksuele ontwikkeling beschreven en maakt onderscheid tussen de vroege adolescentie (12 tot 14 jaar), midden adolescentie (15 tot 18 jaar) en de late adolescentie (19 tot 24 jaar). Voor het onderhavige onderzoek gaat het vooral om de vroege en midden-adolescentie. Jongeren tussen de 12 en 14 jaar beginnen met relaties, ze hebben vaak al seksuele fantasieën, ze gaan seksueel gedrag vertonen - doorgaans begint dat met (tong)zoenen en voelen en strelen onder de kleren, en twee derde van de jongens kijkt tussen zijn 12<sup>e</sup> en 14<sup>e</sup> naar porno. Vrijwel alle jongeren tussen de 12 en 18 zijn weleens verliefd geweest, 4 op de 5 heeft verkering gehad, en met 17 jaar heeft de helft van de Nederlandse jongeren ervaring met geslachtsgemeenschap. In bijlage 1 staat een overzicht van de seksuele ontwikkeling tussen 12 en 18 jaar.

Of seksueel gedrag dat gepaard gaat met de seksuele ontwikkeling op een gezonde wijze verloopt heeft met een aantal competenties en risicofactoren te maken. Vanwesenbeeck, Van Zessen, Ingham, Jaramazovic en Stevens (1999) hebben een model ontwikkeld waarin seksuele-interactiecompetentie een sleutelbegrip is. Uitgangspunt is dat seksueel gedrag en mogelijke risico's niet simpelweg voortkomen uit individuele kenmerken en statische persoonlijkheidsfactoren, maar dat er sprake is van contextuele, interactionele en socio-seksuele ontwikkelingskenmerken die met elkaar samenhangen en bepalen hoe de interactie verloopt. Seksuele-interactiecompetentie is het geheel van communicatieve en sociale vaardigheden, gevoeligheden en gedragsstrategieën dat veilig, prettig en gewenst seksueel contact mogelijk maakt (zie ook De Graaf et al., 2010; De Haas, Jonker & Van Berlo, 2010). In de kern betekent dat dat iemand weerbaar is als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag: grenzen aangeven, wensen kenbaar maken, ongewenste seks kunnen weigeren, en anderzijds in staat zijn om indirecte, subtiele en non-verbale signalen van weigering op te

pikken, correct te interpreteren en te respecteren. Seksuele-interactiecompetentie komt tot stand door een leerproces, dat door verschillende factoren wordt bepaald: opvoeding en jeugdervaringen, intermediaire factoren (betekenissen, attitudes, motieven, gevoelens), de context van de seksuele interactie (de situatie, partner). Verschillende contexten vragen verschillende competenties. Een onbekende in een steeg van je afhouden vraagt andere competenties dan ongewenst seksueel gedrag van een vaste partner weerstaan. Beide partners (in de ruime zin) brengen hun eigen competenties in de interactie in. Het samenspel tussen de interactiecompetenties van beide partners levert een uitkomst op van het seksuele contact in termen van risico en/of plezierige positieve seks. De evaluatie van deze uitkomst kan tot gevolg hebben dat gedrag bekrachtigd wordt of dat de betekenisgeving wordt bijgesteld en dat in de toekomst andere 'keuzes' worden gemaakt. Het vermogen om te leren van eerdere ervaringen is een belangrijk onderdeel van dit model (figuur 1).

**Figuur 1. Model van seksuele interactiecompetentie (Vanwesenbeeck et al., 1999)**



Risicofactoren die in de literatuur op verschillende niveaus worden gevonden, kunnen binnen dit model worden beschreven (zie De Graaf, Van Dijk & Wijsen, 2010; De Haas & De Graaf, 2011; De Haas, Jonker, Kuyper & Ohlrichs, 2012). Als het gaat om het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt genoemd: een problematische achtergrond, ervaringen met seksueel misbruik, (gebrek aan) eigen-effectiviteit (de eigen inschatting van vaardigheden), negatief seksueel zelfbeeld, het inschatten van het risico om seksuele grensoverschrijding mee te maken, opvattingen over gender (dubbele moraal), en toekomstperspectief (motivatie voor school). De context wordt bepaald door complexe situaties (aan de ene kant wel en aan de andere kant geen seks willen, met als gevolg ambigue communicatie), de partner en alcoholgebruik. Meisjes zijn een risicogroep wat betreft het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast lopen jongeren die vroeg beginnen met seksuele contacten (met name geslachtsgemeenschap), en laagopgeleide of cognitief minder vaardige jongeren een groter risico op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Risicofactoren voor het *plegen* van grensoverschrijdend dan wel agressief gedrag hebben te maken met seksistische attitudes ten aanzien van vrouwen en permissieve attitudes ten aanzien van seksuele dwang (mede ingegeven door culturele factoren en dubbele moraal), zelfregulatie (het vermogen je in te houden), weerbaarheid tegen groepsdruk en omgevingsdruk, een problematische achtergrond en ervaringen met seksueel misbruik. Plegers zijn meestal jongens. Jongeren uit een warm nest hebben een kleinere kans op zowel

victimizatie als seksuele agressie. Daarnaast speelt bij meisjes het praten over seks in het gezin een rol bij het aangeven wat ze willen en het weigeren van ongewenste seks. In bijlage 2 is een schematisch overzicht weergegeven.

### **3.2 Problematisch seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg: psychosociale context**

Seksueel gedrag is problematisch als het niet past bij het ontwikkelingsniveau voor die leeftijd en als er sprake is van gedrag met druk of dwang dat herhaaldelijk wordt vertoond. Dit kan al op jonge leeftijd voorkomen. In een explorerende studie van Lepage, Tourigny, Rauzé, McDuff en Cyr (2009) is in een groep jonge kinderen (van 6 tot 11 jaar) gekeken naar factoren die samenhangen met problematisch seksueel gedrag gericht op anderen. De steekproef was een groep van 187 random geselecteerde kinderen die opgevangen werden door de Jeugdzorg van Quebec vanwege slechte behandeling of serieuze gedragsproblemen. Daarbinnen zijn 25 kinderen met problematisch seksueel gedrag vergeleken met 159 kinderen zonder dit gedrag. Zowel ouders en begeleiders als de kinderen hadden vragenlijsten ingevuld (Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) en items van de Child Behavior Checklist, en daarnaast vragen over o.a. karakter, seksuele victimisatie, ouderkenmerken en gezinsfactoren). Kinderen met problematisch seksueel gedrag hadden over de hele linie meer problemen dan andere kinderen. Ze hadden een moeilijker temperament (o.a. minder makkelijk aanpassen aan nieuwe stimuli, sneller afgeleid), scoorden hoger op gedragsproblemen (o.a. internaliserende problemen als angst en depressie, en externaliserende problemen zoals agressief en delinquent gedrag), hadden vaker ouders met psychologische stress, hadden vaker te maken met geweld in het gezin en waren vaker seksueel misbruikt.

Uit een longitudinale studie van Friedrich, Bakery, Parker, Schneiderman, Gries en Archer (2005) komt bovendien naar voren dat problematisch seksueel gedrag van kinderen in de residentiële jeugdzorg een sterke continuïteit vertoont in de tijd. Pleegouders en behandelaars rapporteerden op twee meetmomenten over 97 random geselecteerde kinderen van 10 tot 12 jaar. Problematisch seksueel gedrag (PSB) werd gemeten met items van de *Child Behavior Checklist*, waaronder het aanraken van de geslachtsdelen van andere kinderen, anderen vragen om seksuele dingen te doen en proberen om geslachtsgemeenschap te hebben. Resultaten wezen op continuïteit in het gedrag: de meeste kinderen die op het eerste meetmoment PSB hadden vertoond (13 kinderen), deden dat een jaar later ook. Dit gold vooral voor de kinderen in een residentiële instelling, ondanks dat veel van hen een psychologische behandeling kregen waarin dit gedrag mogelijk werd aangepakt. Anderzijds gold voor de meerderheid van degenen die geen PSB hadden vertoond op het eerste meetmoment, dat dit na een jaar nog steeds niet het geval was. Op individueel niveau was bij jongeren met PSB sprake van zowel continuïteit als verandering: sommige seksuele gedragingen bleven gehandhaafd, anderen verdwenen en weer andere werden zichtbaar. De onderzoekers geven verschillende verklaringen voor de sterke continuïteit van PSB. PSB is hardnekkig: ondanks vormen van (therapeutische) behandeling lijkt dit gedrag maar moeilijk te veranderen, zeker bij jongeren die de overgang naar de adolescentie doormaken. Mogelijk is de behandelduur te kort om PSB echt te kunnen veranderen of is de aangeboden behandeling niet effectief of onvoldoende gericht op het specifieke probleem om dit gedrag aan te passen. Het tegenovergestelde kan ook waar zijn: de therapie is wel degelijk effectief maar de jongeren vallen, ondanks gedragsverbeteringen, nog steeds binnen de criteria van problematisch seksueel gedrag. Als voorbeeld wordt een jongen genoemd die over zijn seksuele gevoelens leert praten maar wiens gedrag nog steeds

binnen de criteria van PSB valt. Ook het groepsbehandelingsklimaat geeft mogelijk ruimte aan de ontwikkeling of het behoud van PSB. Ten slotte kan het zijn dat problematisch seksueel gedrag van jongeren in de residentiële jeugdzorg niet goed verbetert omdat zij vaak andere ernstige psychische problemen hebben (Friedrich et al., 2005).

### *3.2.1 Ervaringen met seksueel misbruik*

#### *Omvang*

Als een van de belangrijkste oorzaken van seksueel problematisch gedrag van jongeren in de residentiële jeugdzorg, worden in de literatuur ervaringen met seksueel misbruik genoemd. Percentages van het aantal jongeren met een verleden van seksueel misbruik lopen enigszins uiteen. Conner, Doerfler, Toscano, Volungis en Steingard (2004) beschrijven een groep van 397 achtereenvolgend geplaatste kinderen en adolescenten (gemiddelde leeftijd 13.4 jaar) in een residentieel behandelcentrum in Massachusetts (VS). 33% had ervaringen met seksueel misbruik, 64% van de meiden en 27% van de jongens.

Baker, Archer en Curtis (2007) hebben in Amerika een grootschalig onderzoek uitgevoerd onder ruim 1100 jongeren in de leeftijd van 5 tot 20 jaar (gemiddeld 14 jaar) via de Child Welfare League of America. Alle organisaties die lid zijn van deze organisatie en die deze zorg bieden waren benaderd: 22 organisaties in 13 staten deden mee, de dataverzameling liep van 1995 tot 2002. Bijna 40% van de jongeren had seksueel misbruik meegemaakt, 59% van de meisjes en 30% van de jongens. Farmer en Pollock (2003) concluderen op basis van reviews van 250 dossiers van (nieuw) opgevangen jongeren dat 38% een achtergrond van seksueel misbruik heeft en dat dit geldt voor 52% van de meiden (over jongens wordt dit cijfer niet apart vermeld).

In een onderzoek van Lindsey (1999) zijn vragenlijsten verstuurd naar afdelingsmanagers van residentiële instellingen met het verzoek om informatie te geven over jongeren die ervaringen hebben met seksueel misbruik. 229 afdelingsmanagers reageerden, samen vertegenwoordigden zij 94% van de residentiële instellingen. In 65% van de residentiële instellingen gaven de respondenten aan te werken met kinderen die seksueel zijn misbruikt, en in 17% hadden ze daarvan een vermoeden. In instellingen voor meisjes was men nog zekerder dat men werkte met jongeren die zijn misbruikt dan in instellingen waar alleen jongens werden opgevangen. In 49% van alle instellingen waren de respondenten er zeker van (33%) of hadden ze het vermoeden (16%) dat de kinderen onder hun hoede anderen seksueel hadden misbruikt. Door antwoorden op beide vragen te combineren werd duidelijk dat 31% van de respondenten de zorg had voor zowel misbruikte als misbruikende jongeren. Als er daders aanwezig waren, waren er in 91% van de gevallen ook slachtoffers van seksueel misbruik aanwezig. De respondenten beschouwden dit als een risicovolle maar herkenbare en onvermijdelijke situatie: daders hebben dezelfde aandacht en zorg nodig, en zijn zelf ook vaak misbruikt.

Lamers-Winkelmann en Tierolf (2012) concluderen in hun literatuuronderzoek naar seksueel misbruik in residentiële instellingen en pleeggezinnen, op basis van 11 verschillende studies, dat de helft van de uithuisgeplaatste kinderen in hun voorgeschiedenis slachtoffer is geweest van seksueel misbruik of ander seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zij doen hierbij geen uitspraken over het verschil tussen meisjes en jongens.

#### *Relatie tussen seksueel misbruik en problematisch (seksueel) gedrag*

Uit het eerder genoemde onderzoek van Lepage et al. (2009) onder jonge kinderen kwam al naar voren dat problematisch seksueel gedrag samenhangt met ervaringen met seksueel misbruik. In een Canadese exploratieve studie is gekeken naar verbanden tussen seksueel

gedrag, eigenschappen van misbruik en problemen in het gezin (Cinq-Mars, Wright, Cyr & McDuff, 2003). De onderzoeksgroep bestond uit 125 meiden van 12 tot 17 jaar (gemiddeld 14,4 jaar) met een geschiedenis van seksueel misbruik en afkomstig uit vijf jeugdzorgorganisaties. Er werd gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten. Seksueel risicovol gedrag werd als volgt gedefinieerd: meer dan één seksuele partner in het afgelopen jaar (met instemming), eerste geslachtsgemeenschap voor het 14<sup>e</sup> jaar, onregelmatig condoomgebruik en (tiener) zwangerschap. Seksueel misbruik werd vastgesteld als er sprake was geweest van penetratie, meer dan één dader, meer dan één incident van misbruik, vader of stiefvader als dader en fysieke dwang. Meer dan 80% van deze meiden was weleens seksueel aangehaald, ruim een kwart had orale seks meegemaakt, en bijna de helft (44%) penetratie of volledige geslachtsgemeenschap. De meeste slachtoffers waren meerdere keren misbruikt. Ruim de helft (55%) vertoonde seksueel risicovol gedrag. Uit deze studie bleek een verband tussen ernst van het misbruik en seksueel risicovol gedrag: meisjes die tijdens het misbruik te maken hadden gehad met penetratie, en door meer dan één persoon waren misbruikt, rapporteerden vaker risicogedrag dan diegenen die dat niet hadden meegemaakt. Daarnaast was bij deze meiden vaker sprake van (tiener) zwangerschappen. Ook fysieke dwang speelde een rol bij risicogedrag. Seksueel misbruikt zijn door meer dan één persoon bleek het meest consistent samen te hangen met risicovol gedrag. Gezinsvariabelen bleken geen voorspellende waarde te hebben.

In een andere Canadese studie werd bij adolescente meiden de relatie tussen vormen van slachtofferschap (seksueel misbruik in de kindertijd en ervaringen met datinggeweld) en gevoelens van seksuele eigen-effectiviteit (het vermogen om met partners over seks en anticonceptie te praten) onderzocht (Hovsepian, Blais, Manseau, Otis & Girard, 2009). Adolescenten (N=328) tussen de 12 en 18 jaar die onder toezicht stonden van jeugdzorg in Quebec hadden een vragenlijst ingevuld. De meiden waren geworven tijdens groepsbijeenkomsten (gelegenheidssample) en waren afkomstig van 15 afdelingen van twee centra voor kinderbescherming. Van de meiden rapporteerde 86% minstens één seksueel incident (o.a. ongevraagd seksueel aangeraakt te worden of gedwongen worden om iemand seksueel aan te raken door een minstens vijf jaar ouder iemand), 48% rapporteerde ernstig fysiek geweld van datingpartners, 57% ernstige vormen van psychologische agressie (bijv. schreeuwen of schelden) en 32% ernstige vormen van seksuele dwang. Seksuele eigen-effectiviteit werd bij de meiden op vier manieren gemeten: het vermogen om met hun vriendjes over seksualiteit en anticonceptie te praten (condooms), ervaren controle over seksuele activiteiten met vriendjes, ervaren controle over het gebruik van anticonceptie, en in staat zijn om voorbehoedsmiddelen te kopen en te gebruiken. Er bleek een verband te zijn tussen seksuele eigen-effectiviteit enerzijds en zowel ervaringen met seksueel misbruik in de jeugd als seksuele dwang in datingrelaties anderzijds. Meiden die te maken hebben gehad met seksueel misbruik hadden het idee dat ze minder goed met hun partners over seks en anticonceptie konden praten dan meiden die dit niet hadden meegemaakt. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring dat deze meiden het gevoel dat ze geen controle hebben over seksuele ervaringen als gevolg van het misbruik geïnternaliseerd hebben. Het verband tussen seksueel misbruik in de kindertijd en seksuele eigen-effectiviteit was echter minder sterk als rekening wordt gehouden met seksuele dwang in relaties: dit suggereert dat recentere ervaringen van seksuele victimisatie voorspellender zijn voor de mate van seksuele eigen-effectiviteit.

In de tweede fase van het onderzoek van Farmer en Pollock (2003) is specifiek gekeken naar de 40 jongeren die seksueel bleken te zijn misbruikt of die zelf anderen hebben misbruikt. Op het moment van plaatsing waren volgens de dossiers 15 jongens en 21 meisjes op enig moment in hun leven misbruikt, en 18 jongeren hadden zelf misbruikend gedrag vertoond (doorgaans seksueel aanraken of zoenen). Begeleiders, residentiële begeleiders en/of pleegouders, werden geïnterviewd over redenen voor plaatsing, het seksuele gedrag van het kind en de omgang hiermee. Daarnaast werden de kinderen zelf geïnterviewd over hun ervaringen met de geboden zorg. Tijdens het verblijf vertoonde twee derde van de jongeren, in de ogen van hun begeleiders, (zorgelijk) openlijk seksueel gedrag als compulsief masturberen (13%), openlijk seksueel gedrag naar kinderen of volwassenen (38%) en seksuele activiteiten met peers (33%) (10/13 meisjes). Volgens de onderzoekers is dit seksuele gedrag voor sommige jongeren het primaire wisselgeld om te onderhandelen over relaties en andere aspecten van hun leven.

Divers ander onderzoek heeft aangetoond wat de gevolgen zijn van seksueel misbruik voor seksueel gedrag en beleving, en hoe dit kan worden verklaard (zie Van Berlo & Mooren, 2009). Een kind dat seksueel wordt misbruikt, wordt geconfronteerd met seksueel gedrag waar het qua leeftijd en ontwikkeling nog niet aan toe is. Zowel het vermijden van seksueel gedrag als juist een overmatige seksuele activiteit kan hiervan het gevolg zijn. Door een gevoel van verraad is het vertrouwen in volwassenen en een basaal gevoel van veiligheid beschadigd. Hierdoor kan het voorkomen dat slachtoffers later in hun leven niet goed in staat zijn om een intieme relatie aan te gaan; ze kunnen niet goed beoordelen wie er te vertrouwen is en wie niet, en wantrouwen intieme relaties of vermijden die zelfs helemaal. Anderzijds heeft het misbruikte kind geleerd dat het liefde en aandacht krijgt in ruil voor seks, of dat het anderszins voor seks wordt beloond. Eén van de belangrijkste gevolgen van deze disfunctionele ontwikkeling is dat het kind al jong geseksualiseerd gedrag gaat vertonen. Seks is een manier om iets gedaan te krijgen, om liefde of aandacht te krijgen of om het gevoel van eigenwaarde te verhogen. Slachtoffers van seksueel misbruik worden relatief vaak opnieuw slachtoffer van seksueel geweld (revictimisatie). Hier is veel empirische evidentie voor, bij zowel mannen als vrouwen (zie De Haas et al., 2012). Een oorzaak hiervoor is dat ze zich in risicovolle seksuele interacties begeven, maar slachtoffers zijn ook vaak niet assertief genoeg, omdat hun ervaring is dat ze geen controle hebben over dergelijke situaties. Verder kunnen psychologische problemen en alcohol- en drugsgebruik van invloed zijn. Ten slotte kan acting-out gedrag het gevolg zijn van een negatief zelfbeeld.

Seksueel misbruik kan niet alleen leiden tot problematisch seksueel gedrag, maar ook tot andere gedragsproblemen. Chop (2003) gaat in een theoretische beschouwing (aangevuld met praktijkvoorbeelden) in op problemen in het contact tussen jongeren in residentiële instellingen die het slachtoffer zijn van seksueel misbruik en hun begeleiders, zoals acting out en zelfdestructief gedrag. Ten eerste hebben seksueel misbruikte jongeren de neiging om steeds opnieuw in verkeerde relaties terecht te komen, als slachtoffer of als dader van seksueel misbruik. Ten tweede is er vaak sprake van een sterke identificatie van het slachtoffers met de dader. Dit fungeert als een soort tegengif tegen gevoelens van zwakte en slachtofferschap, en zorgt voor het niet ontvankelijk zijn voor zorg van begeleiders. Het idee zelf verantwoordelijk te zijn voor het misbruik, het verdiend te hebben, geeft jeugdige slachtoffers het gevoel dat zij geen controle hebben over hun leven. Zij kunnen denken dat begeleiders ook uit zijn op het plegen van misbruik. Ten slotte zijn slachtoffers van misbruik er vaak van overtuigd dat relaties gekenmerkt worden door (een combinatie van) geweld en



seksualiteit. Agressie tegen begeleiders kan bijvoorbeeld een test zijn of geboden zorg wel echt gemeend is (Chop, 2003).

### 3.2.2 *Verschillen tussen jongens en meiden in residentiële instellingen*

Uit de literatuur komt naar voren dat meiden in de residentiële jeugdzorg meer problematisch gedrag vertonen dan jongens. In de eerder besproken studie van Conner en collega's (2004) zijn de eigenschappen van 397 kinderen en jongeren in residentiële behandelcentra beschreven met als focus hun agressieve gedrag. Behandelaars, begeleiders en leraren hebben vragenlijsten ingevuld over psychopathologie, frequentie en ernst van agressief gedrag, en hyperactiviteit. Hieruit bleek dat meiden meer internaliserende (angst en depressie) en externaliserende (gedrags- en aandachtstoornis) problemen hebben en meer agressie vertonen dan jongens. Er is bij de meiden sprake van meer gezinsproblemen en uithuisplaatsingen, wat bijdraagt aan verhoogde psychopathologie, meer alcohol en drugsgebruik en meer verbale agressie, fysiek geweld en zelfverwonding. Bovendien zien zij de wereld als vijandiger.

Meisjes zijn vaker het slachtoffer van seksueel misbruik dan jongens. Dat is niet alleen in de residentiële jeugdzorg het geval, maar ook daarbuiten (zie De Haas, Van Berlo, Bakker & Vanwesenbeeck, 2012). Doerfler, Toscano, Conner en Daniel (2009) hebben bij jongeren in de residentiële zorg specifiek de relatie onderzocht tussen gender en verschillende vormen van seksueel misbruik met internaliserend en externaliserend gedrag. Er is gekeken naar 3 vormen van misbruik: seksueel misbruik, fysiek misbruik en zowel seksueel als fysiek misbruik. Jongeren die ervaring hadden met seksueel misbruik (en niet met fysiek misbruik) scoorden hoger op internaliserend en externaliserend gedrag dan jongeren die niet waren misbruikt. Bovendien waren jongeren die waren misbruikt angstiger, vertoonden zij meer delinquent gedrag en zagen zij de wereld als vijandiger. Gecontroleerd voor seksueel misbruik vertoonden meisjes meer internaliserend gedrag (meer depressie en angst) en meer externaliserend gedrag (vijandiger tegen anderen en zichzelf, zien de wereld vijandiger). Ongeacht misbruik komen meisjes kennelijk met meer stoornissen de residentiële zorg binnen dan jongens.

Ook uit de grootschalige studie van Baker et al. (2007) blijkt dat meiden meer externaliserende gedragsproblemen vertonen en dat die te maken hebben met ervaringen met seksueel misbruik. De onderzoekers hebben gekeken naar eigenschappen (van zowel karakter als gezin) van kinderen en jongeren in de residentiële jeugdzorg en therapeutische pleegzorg. De vraag was of emotionele en gedragsproblemen die jongeren laten zien tijdens de eerste drie maanden van hun plaatsing geassocieerd zijn met eigenschappen van de jongeren en of dit nog verschilt voor jongens en meisjes. Begeleiders die het meest vertrouwd waren met de kinderen vulden gegevens in over eigenschappen van het kind en zijn familie (met behulp van de Child and Family Characteristics Form [CFC]). Het bleek dat jongens vaker in de residentiële zorg terechtkomen vanwege eigen problematisch (delinquent) gedrag en criminele achtergrond, minder vaak seksueel zijn misbruikt en minder vaak suïcidaal zijn. Als hun gedrag verbetert, is het doel vaker terugkeer naar een ouder of een familielid. Meisjes zijn vaker slachtoffer van seksueel misbruik en het is bij hen vaker de bedoeling dat ze niet meer naar hun (misbruikende) familie terugkeren. Een verleden van seksueel misbruik is geassocieerd met internaliserend gedrag (somatische klachten, teruggetrokkenheid, depressie en angst) voor jongens en externaliserend gedrag (delinquent en agressief gedrag) voor meisjes. Volgens de onderzoekers is dit opvallend omdat in andere onderzoeken met hetzelfde meetinstrument (*Achenbach Child Behavior Checklist*), bij misbruikte meiden het omgekeerde wordt gevonden.

Als verklaring noemen Baker et al. dat meiden in residentiële behandelcentra niet representatief zijn voor meiden die seksueel zijn misbruikt: alleen de meest problematische meiden komen in de residentiële jeugdzorg terecht. Ook vermoeden zij dat meiden, zeker diegenen die seksueel zijn misbruikt, anders reageren op plaatsing op een leefgroep dan jongens.

### 3.2.3 Plegers

Ook plegers van seksueel geweld zijn relatief vaak slachtoffer van seksueel misbruik. Burton (2000) beschrijft plegers van seksuele delicten die verbleven in drie residentiële inrichtingen aan de hand van de ernst en complexiteit van het seksuele delict en ervaringen met seksueel misbruik. Daarbij is ook gekeken naar continuïteit van het gedrag. Drie groepen zijn vergeleken: een groep die had aangegeven zowel voor als na de leeftijd van 12 jaar seksuele delicten te hebben gepleegd (65), een groep die hiermee begon na de leeftijd van 12 (130) en een groep die toegaf dit alleen voor het twaalfde te hebben gedaan (48) (in totaal waren er 263 jongeren die toegaven seksuele delicten te plegen, gelegenheidssample). De leeftijd van 12 was gekozen vanwege het intreden van de puberteit. Er werden meetinstrumenten voor ervaringen met vormen van misbruik en zelf gerapporteerde agressie gebruikt. Jongeren is gevraagd of ze ooit iemand hebben gedwongen tot seksuele handelingen. Seksueel agressieve delicten zijn gecategoriseerd als a) geen fysiek contact, bijvoorbeeld iemand dwingen tot naakt poseren, b) fysiek contact maar geen penetratie, bijvoorbeeld iemands geslachtsdelen aanraken en c) penetratie. De 'continue' plegers hadden vaker seksuele delicten gepleegd met penetratie, rapporteerden vaker agressief seksueel gedrag en complexere patronen van dit gedrag. Van de plegers die een delict met penetratie begingen, pleegde 88% ook een delict met exhibitionisme, 91% ook met aanraking en 80% alle drie. Continue plegers hadden vaker emotioneel en seksueel misbruik meegemaakt. Burton geeft als verklaring voor de ernst van het problematische gedrag van continue plegers dat zij meer tijd hebben gehad om vaardigheden voor het plegen van ernstige en complexe daden te leren en te versterken.

Zakireh et al. (2008) onderzochten de specifieke eigenschappen van jonge zedendelinquenten van 13 tot 19 jaar in residentiële instellingen. Deze groep is vergeleken met jeugdige niet-zedendelinquenten in deze instellingen en met jeugdige zeden- en niet-zedendelinquenten die in centra voor dagbehandeling werden behandeld. Honderd jongens (13-19 jaar), random geselecteerd door 9 behandelcentra, werden gelijk verdeeld over de vier groepen. Uit deze studie bleek dat jeugdige zedendelinquenten in residentiële instellingen de meest negatieve seksuele en agressieve houdingen hadden en dat ze ernstigere problemen rapporteerden dan zedendelinquenten in dagbehandeling. Er was vaker sprake van hyperseksualiteit (excessieve seksuele drift of preoccupatie), parafilie, sadisme, boosheid, uitingen van agressie en een geschiedenis van misbruik, en ze scoorden hoger op hypermasculiniteit. Met het laatste worden negatieve aspecten van masculiniteit bedoeld zoals dominantie, nemen van risico's, verdedigen van eer en agressie. Zedendelinquenten in residentiële instellingen verschilden van niet-zedendelinquenten op de volgende drie risicofactoren voor seksuele agressie en dwang: a) hyperseksualiteit of seksuele deviatie/ afwijking, b) meer gewelddadig gedrag of fantasieën en c) vaker een geschiedenis van slachtofferschap.

Uit de resultaten bleek verder dat een groot deel van de jeugdige zedendelinquenten gelijksoortige problemen hebben als niet-zedendelinquenten. Het zou dus kunnen zijn dat voor een deel van de jeugdige zedendelinquenten het plegen van seksuele delicten onderdeel is van een breder patroon van antisociaal gedrag.

### *3.2.4 Etnische diversiteit en (problematisch) seksueel gedrag*

Over etnische of culturele diversiteit binnen de doelgroep jongeren in residentiële jeugdzorg in relatie tot seksueel gedrag is weinig literatuur te vinden. In de studies naar seksueel gedrag zijn in de steekproeven wel vaak jongeren met diverse achtergronden meegenomen (zie bijvoorbeeld (Zakireh et al., 2008)). Etniciteit wordt echter niet meegenomen als factor in de analyses. De verschillende subgroepen zijn ook vaak erg klein. Aanvullend is nog gezocht naar literatuur over het thema etnische diversiteit en seksualiteit, in het bijzonder problematisch seksueel gedrag. Gekozen is voor onderzoek naar de Nederlandse situatie vanwege de mogelijk specifieke culturele eigenschappen van de in Nederland aanwezige migrantengroepen: Turken, Surinamers, Antillianen en Marokkanen. Er zijn twee studies gevonden die zijn uitgevoerd onder (migranten)jongeren in de residentiële zorg.

Van Outsem, Beckett, Bullens, Vermeiren, Van Horn en Doreleijers (2006) vergeleken de persoonlijkheidskenmerken van jeugdige zedendelinquenten (n=146) met die van jeugdige plegers van een niet-seksueel geweldsdelict (n= 153) en een representatieve groep niet-delinquente jeugdigen (n=500). In alle drie de groepen waren naast autochtone Nederlanders ook de allochtone groepen Marokkanen, Turken, Antillianen en Surinamers vertegenwoordigd. Als meetinstrument werd de Nederlandse vertaling van ASAP gebruikt, the Adolescent Sexual Abuser Project, een meetinstrument bedoeld voor de identificatie van hoog-risicoplegers van seksueel geweld. Er werden slechts een paar en relatief kleine verschillen gevonden in persoonlijkheidskenmerken tussen de groepen. Vergeleken met jeugdige plegers van niet-seksuele geweldsdelicten hebben jeugdige zedendelinquenten een ietwat lager zelfvertrouwen en een iets hogere mate van emotionele eenzaamheid. Te verwachten valt dat individuen die zijn gepakt en gestraft gevoelens van onzekerheid en eenzaamheid ontwikkelen; ze zijn geïsoleerd van familie, vrienden en gemeenschap. Er is geen bewijs voor de aanname dat jeugdige plegers in het algemeen lijden aan een psychische ziekte of aan ontwikkelingsstoornissen. Jongeren met een laag opleidingsniveau zijn oververtegenwoordigd.

Dit is in het algemeen geassocieerd met een lager intelligentie en impliceert meer moeite om gedrag aan te passen bij het ervaren van seksuele impulsen en om de gangbare manieren van omgang hiermee te leren. Etniciteit was geen onderscheidende factor bij seksuele delicten.

Hendriks en Bijleveld (2008) hebben een studie verricht naar recidive onder 114 jeugdige zedendelinquenten (allen jongens) die zijn behandeld in residentiële zorg. Ze waren geïnteresseerd in het percentage dat recidiveert na residentiële behandeling en in de relatie tussen recidiveren en persoonlijkheid- en achtergrondvariabelen, type delict, eerdere criminele carrière en behandeluitkomsten. Voor informatie over achtergrond, persoonlijkheid, omgeving en criminele carrière en behandelvariabelen zijn behandeldocumenten gebruikt. Recidivegegevens waren afkomstig van Justitie. Drie categorieën zijn gescoord: 1) seksuele recidive (nieuwe veroordeling voor verkrachting, aanranding, bezit en verspreiding van kinderpornografie, *pimping*, 2) gewelddadige recidive (veroordeling) en 3) recidive voor elke andere overtreding.

Bijna een derde pleegde opnieuw een serieus delict, 11% een zedendelict, 27% een niet-seksueel gewelddadig delict, bijna een derde pleegde andere delicten en 30% recidiveerde niet. Er werden weinig verschillen gevonden tussen seksueel-recidivisten en niet-seksueel-recidivisten. Seksuele recidive was wel gerelateerd aan de selectie van een (zeer) jong slachtoffer en de keuze voor een vrouwelijk slachtoffer buiten de familie van de dader, maar niet aan etniciteit. Etniciteit was wel gerelateerd aan gewelddadig niet-seksueel recidivisme. Daarnaast waren niet-seksuele recidivisten ouder dan seksuele recidivisten, vaker verwaarloosd, minder vaak gepest op school, minder vaak seksueel misbruikt, hadden ze betere peerrelaties, en waren ze korter behandeld. Ze werden door de instelling vaker geclassificeerd als een 'opportunistische' zedendelinquent (een seksueel motief is minder dominant dan bij obsessieve delinquenten).

### ***3.3 Seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële leefomgeving: institutionele context***

Voorgaande studies gingen in op de psychosociale problematiek van jongeren in de residentiële zorg als verklaring voor seksueel problematisch gedrag. Nu worden factoren besproken die spelen in de institutionele context: het verblijf op een leefgroep in een residentiële instelling.

#### ***3.3.1 Gebrek aan privéruimte***

In een aantal publicaties wordt gewezen op gebrek aan privéruimte. Hollomotz (2009) heeft vier focusgroepen gehouden met 15 bewoners van residentiële instellingen (self-advocates met een lichte beperking). Doel was om input te krijgen voor vormgeving van lokaal zorgbeleid. Naar voren kwam dat bewoners een gebrek aan privéruimte ervaren om seksuele relaties op een veilige manier te ontwikkelen en te onderhouden. Bewoners gaven aan dat het voor hen vaak niet toegestaan is om alleen, zonder toezicht, te zijn met hun partner, ook niet als het gaat om langdurige relaties. Ook kwam het geregeld voor dat men geen eigen slaapkamer of had een heel smal bed had.

Het gevolg was dat bewoners hun toevlucht namen tot seksuele contacten in geïsoleerde publieke of semipublieke ruimtes (bijvoorbeeld buiten of in ongebruikte ruimtes). Dit soort 'haastige', risicovolle seks ('achter de muur') biedt geen ruimte voor zorgvuldige afstemming over wensen en grenzen en brengt de bewoners, die vaak zelf geconfronteerd zijn met seksueel ongewenst gedrag, in gevaar. De onderzoeker pleit samen met de bewoners voor

het recht op privacy (in de eigen slaapkamer) en het kunnen leiden van een seksueel autonoom leven in een beschermde omgeving. Met iemand in de eigen slaapkamer mogen zijn draait niet alleen om seks, maar ook om het kunnen voeren van persoonlijke gesprekken.

Frans en Franck (2010) noemen ook het gebrek aan privacy in (residentiële) instellingen in hun beschrijving van het Vlaggensysteem. Zij wijten dit aan de accommodatie (bijv. gemeenschappelijke kamers of douches) en het vele toezicht en controle. Experimenteren met seksueel gedrag krijgt geen of weinig plek. Acceptabel of adequaat gedrag wordt in de context (van een instelling) als grensoverschrijdend beschouwd. Huisregels impliceren vaak een (algeheel) verbod op seks; goede en zinvolle seksuele ervaringen worden geproblematiseerd. Er vindt geen differentiatie plaats in (huis)regels naar leeftijd en behoefte: strengere regels voor jongere kinderen gelden ook voor oudere kinderen waardoor de laatsten minder ruimte hebben om op hun niveau ervaringen op te doen.

Het gebrek aan privéruimte voor intimiteit en seksualiteit in residentiële instellingen hangt zoals gezegd samen met het onvermogen van begeleiders om hierbij adequate ondersteuning bieden; het ontbreekt hen aan basiskennis over de seksuele ontwikkeling. Begeleiders zijn vaak onvoldoende opgeleid of bijgeschoold over dit thema. Verschillende studies wijzen op dit gebrek aan kennis en vaardigheden en beleid en richtlijnen vanuit de instelling (Green & Mason, 2002; Green, 2008; Kools & Kennedy, 2001). In het volgende hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de 'problematische' houding van professionals tegenover seksualiteit van jongeren in de instelling.

### *3.3.2 Negatief klimaat*

Een viertal studies schetst een beeld van de residentiële leefomgeving als negatief, agressief en onveilig. Bewoners lopen het risico om seksueel lastig gevallen te worden. Bovendien wordt gewezen op de aanwezigheid van seksistische denkbeelden, zowel onder jongeren als begeleiders, en het normaal vinden van negatief gedrag.

Gibbs en Sinclair (2000) hebben enquête-interviews gehouden over pesten en seksueel aanranden/lastigvallen geworden met 223 jongeren (leeftijd 10-17 jaar), die in 48 verschillende residentiële instellingen verbleven. De jongeren werden door hun begeleiders omschreven als problematisch: er was bij hen sprake van ontwrichte gezinssituaties, veelvuldig spijbelen en schooluitval en gewelddadig gedrag naar kinderen en volwassenen. Bovendien brachten deze jongeren zichzelf of anderen volgens de geïnterviewden in gevaar met hun seksuele gedrag. Uit de enquêtes blijkt dat pesten en seksueel lastigvallen een wijdverbreid onderdeel zijn van het residentiële institutionele leven. Niet zozeer begeleiders maar medebewoners zijn verantwoordelijk voor het lichamelijke en seksuele misbruik. Vier op de 10 jongeren gaven aan gepest te worden en bijna een kwart van de meisjes en 7% van de jongens gaf aan seksueel lastig gevallen te worden na aankomst in de instelling. Op individueel niveau was sprake van continuïteit: jongeren die aangaven dat ze voor hun aankomst in de instelling ook al gepest en seksueel lastig gevallen werden, rapporteerden vaker dat dit (weer) gebeurde. Jonge kinderen en kinderen waarvan de hoofdreden voor hun verblijf gerelateerd was aan misbruik werden vaker gepest.

Voor een kwart van de jongeren hield het pesten op na overplaatsing, en voor een kwart werd het na overplaatsing erger. De auteurs verwijzen naar de vijandige cultuur binnen sommige instellingen, waarin een pikorde heerst van oudere, delinquente jongeren die de

jongere jongeren pesten. Pestgedrag kwam minder vaak voor in kleine instellingen waar begeleiders dezelfde filosofie en aanpak deelden en waar de leiding het gevoel had voldoende mandaat te hebben om adequaat te kunnen optreden.

Barter (2006) wijst in haar studie op de aanwezigheid van seksistische denkbeelden in de residentiële omgeving die meiden kwetsbaar maken voor mannelijk seksueel geweld. In 14 Engelse kindertehuizen zijn interviews gehouden met 71 jongeren in de leeftijdsgroep 8 tot 17 jaar (44 jongens en 27 meiden) en met 71 residentiële begeleiders (uitvoerend en management). Semigestructureerde interviews over persoonlijke ervaringen zijn gecombineerd met vignetten over seksueel geweld. Als voorbeeldvignette werd een situatie van mogelijk seksueel geweld tussen een jongen en een meisje beschreven: de jongen raakt een meisje in haar nachthemd ongevraagd seksueel aan. De begeleiders en jongeren is gevraagd om de ernst van de situatie in te schatten, en een oordeel over het gedrag te geven.

Drie reacties op het gedrag van de jongen zijn te onderscheiden: het wordt benoemd als seksuele grensoverschrijding, ongepast seksueel gedrag en 'normaal' masculien gedrag. Hoe normaler de jongeren het gedrag vonden, hoe vaker het meisje de schuld kreeg van het gedrag; ze provoceert, lokt het zelf uit. Hoewel een groot deel van zowel de jongeren als de professionals het gedrag van de jongen afkeurde, werd de uiteindelijke verantwoordelijkheid wel bij het meisje neergelegd. De onderzoekers vinden het zorgelijk dat dit proportioneel vaker begeleiders (14 van de 21) waren dan jongeren (12 van de 32).

Jongens werden als dubbel slachtoffer neergezet: slachtoffers van vrouwelijke provocatie en van hun 'normale oncontroleerbare' seksualiteit. Vrouwen zouden seksualiteit wel onder controle hebben en dus zijn zij degenen die zich moeten aanpassen om zich niet kwetsbaar te maken voor het mannelijke geweld (meer zelfcontrole). Begeleiders wijzen ook op het gebruik van seksualiteit door de meiden als middel om de 'naïeve' jongens te controleren, jongens zijn onvolwassener.

Green (Green & Mason, 2002; Green, 2001) heeft uitgebreid etnografisch onderzoek gedaan naar seksueel misbruik in residentiële instellingen en wijst daarin ook op (seksuele) onveiligheid en seksisme in residentiële leefomgeving. Een eerste onderzoek vond plaats in 100 residentiële jeugdinstellingen en was gericht op adolescenten die andere jongeren misbruiken in de instellingen (Green & Mason, 2002). Daders verbleven vaak samen met slachtoffers in de instellingen. Daarnaast waren daders ook vaak zelf slachtoffers.

Uit dit onderzoek bleek dat binnen de instellingen talloze seksuele incidenten tussen jongeren onderling plaatsvonden; voor de ondergebrachte kinderen was seksuele activiteit of seksueel gedrag zelden vrijwillig, wederkerig of niet-gebruikend. Deze praktijken werden normaal gevonden en geaccepteerd door de kinderen. Oorzaken hiervoor zoeken Green en Mason in de (gesloten en agressieve) institutionele context van een residentiële instelling en in het problematische verleden van de kinderen (ervaringen met seksueel misbruik).

Het seksueel geweld in residentiële settings vindt volgens Green en Mason (2002) plaats in een seksistische en homofobe context. Jongens vinden vaak dat meiden er alleen zijn voor hun seksuele en fysieke plezier en scheiden seks hierbij van affectie, emoties en toewijding. Seks is voor veel jongens een middel om hun status te verhogen, ten koste van de meiden. Voor meiden was seks echter een manier om liefde te krijgen. Daarnaast waren veel van de meiden eerder seksueel misbruikt en niet in staat om ongewilde seks te weigeren. Seksueel misbruik wordt in deze context gezien als iets wat vrouwen overkomt. Maar ook de begeleiders bleken seksistische denkbeelden te hebben over vrouwelijke en mannelijke

seksualiteit, bijvoorbeeld door vrouwen te zien als uitdagende seksuele en reproductieve wezens. Green wijst hierbij ook op de aanwezigheid van homofobe denkbeelden: jongens die seksueel zijn misbruikt worden als homoseksueel gezien. Misbruikte jongens vinden het lastig om hierover te vertellen en willen hun mannelijkheid verdedigen.

Een tweede onderzoek van Green (2001) betrof seksueel misbruik van kinderen door begeleiders. Het etnografisch onderzoek vond plaats in twee residentiële instellingen gedurende twee jaar. Daarbij zijn 39 interviews gehouden met managers, residentiële begeleiders, sociaal werkers en kinderen. Daarnaast zijn 64 interviews gehouden met begeleiders en ex-residenten van andere instellingen.

Green wijst op kenmerken van de organisatie zoals een gesloten, geïstitutionaliseerde setting, die zowel staf als kinderen kwetsbaar maakt voor manipulatie en exploitatie.

Kinderen rapporteerden een variëteit aan tactieken die hun misbruikers inzetten om angst aan te jagen, te manipuleren en te zorgen dat zij zouden zwijgen en mee zouden werken, waaronder het afwisselen van vernederen, bang maken en speciaal laten voelen, zorgen dat kinderen de misbruiker zien als een almachtig, niet uit te dagen, persoon en privileges geven die andere kinderen niet krijgen (de beste kamer geven).

Daarnaast beschrijft Green in haar onderzoek de dynamieken op het niveau van kindermisbruikers en andere stafleden: veel misbruikers hebben macht binnen de instelling en buiten deze macht (subtiel) uit; stafleden zijn vaak bang voor deze seniors. Stafleden die tegen hen in gaan worden vernederd en krijgen geen steun van de andere stafleden. In de interviews worden verschillende voorbeelden gegeven van subtiele tactieken die misbruikers hanteren om stafleden te controleren, stil te houden en hun invloed op de kinderen te verkleinen. Misbruikers proberen bijvoorbeeld om positieve contacten tussen niet-misbruikende medewerkers en kinderen te verbreken. Of misbruikers verspreiden roddels over niet-gehoorzame stafleden (over hun privérelaties) onder de kinderen, die de stafleden daar vervolgens mee gaan pesten.

### **3.4 Conclusie**

Problematisch seksueel gedrag kan verschillende vormen aannemen: seksueel gedrag dat niet bij de (jonge) leeftijd past, risicovol gedrag, zoals vroeg beginnen met seksuele contacten, verscheidene seksuele partners hebben en onbeschermd seks, en daarnaast agressief gedrag, waarbij grenzen van anderen worden overschreden. Kinderen en jongeren in de residentiële zorg kunnen ofwel als slachtoffer, ofwel als dader ervaringen hebben met seksueel geweld. Beide groepen verblijven ook vaak samen in dezelfde instellingen, en daders zijn ook vaak zelf slachtoffers.

Kinderen in de residentiële zorg die problematisch seksueel gedrag vertonen hebben over de hele linie meer gedrags- en achtergrondproblemen dan kinderen die dit gedrag niet vertonen. Binnen residentiële instellingen komen jeugdige zedendelinquenten naar voren als de meest problematische groep: vergeleken met andere jongeren in residentiële instellingen hebben zij de meest negatieve seksuele en agressieve houdingen. Er is bij jeugdige zedendelinquenten vaker sprake van seksuele preoccupatie, gewelddadig gedrag en eerder slachtofferschap. Daarnaast hebben zij over het algemeen ernstigere problemen dan jongeren met seksuele gedragsproblemen die buiten residentiële instellingen worden behandeld.

Tevens komt naar voren dat problematisch seksueel gedrag van kinderen in de residentiële jeugdzorg een sterke continuïteit vertoont in de tijd, en dat plegers van dit

continue gedrag significant vaker agressief seksueel gedrag en complexere patronen van dat gedrag laten zien.

Als verklaring voor problematisch seksueel gedrag, en voor multiproblematiek in het algemeen, wordt in meerdere studies verwezen naar ervaringen met seksueel misbruik (in de kindertijd); hoe ernstiger het misbruik, hoe risicovoller het huidige seksuele gedrag. Ervaringen met seksueel misbruik in de jeugd, en recentere ervaringen met seksuele dwang, beïnvloeden de seksuele eigen-effectiviteit: het (eigen waargenomen) vermogen van de adolescent om over seks te praten en te onderhandelen met partners. Ook het gevoel geen controle te hebben en het associëren van seksualiteit met geweld speelt een rol.

Meiden komen in verschillende studies als de meest problematische groep in beeld. Vaker slachtoffer zijn van seksueel misbruik zou bij hen tot meer beschadiging en meer externaliserende problemen leiden. Dit is opmerkelijk omdat onderzoek onder meiden buiten residentiële instellingen doorgaans laat zien dat meiden die seksueel zijn misbruikt juist meer internaliserende gedragsproblemen vertonen. Er zijn geen aanwijzingen dat etniciteit een rol speelt bij seksuele delicten en recidive, andere factoren als opleiding en achtergrond lijken belangrijker.

Verder blijkt dat de residentiële leefomgeving onvoldoende ruimte biedt voor de jongeren om uiting te geven aan seksualiteit en intimiteit. Er is een gebrek aan privéruimte om seksuele relaties op een veilige manier te ontwikkelen en te onderhouden). Daarbij komt in een aantal studies ook nog het beeld naar voren van de residentiële leefomgeving als onveilig en agressief: daders en/of slachtoffers van seksueel misbruik verblijven samen in de instelling, jongeren worden veelvuldig gepest en seksueel lastig gevallen door medebewoners, en ook bestaat het risico om seksueel misbruikt te worden door begeleiders.

Het seksuele geweld in residentiële settingen vindt volgens een enkele studie vaak plaats in een seksistische context: jongens gebruiken seks als middel voor verhoging van hun beperkte status en meisjes gebruiken seks als een manier om liefde te krijgen. Voor sommige jongeren is seks het primaire wisselgeld voor het onderhandelen over relaties en andere aspecten van hun leven. Veel van de meiden zijn eerder seksueel misbruikt en daardoor vaak minder goed in staat om ongewilde seks te weigeren. Reacties van begeleiders en jongeren op seksueel geweld binnen residentiële instellingen kunnen ingegeven zijn door seksistische denkbeelden over schuld en verantwoordelijkheid: meiden die door jongens zijn lastig gevallen hebben dit met hun provocatieve gedrag (deels) zelf uitgelokt, zij hadden zich beter tegen het 'natuurlijke oncontroleerbare' seksuele gedrag van de jongens moeten beschermen.



## 4. Omgang door professionals met seksueel (ongewenst) gedrag in de residentiële zorg

In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat de houding, kennis en vaardigheden van begeleiders een belangrijke rol spelen bij problematisch seksueel gedrag van de jongeren in residentiële instellingen: er wordt niet of niet adequaat gereageerd op de seksualiteit van de jongeren. De Commissie Samson (2010), die seksueel misbruik van minderjarigen in residentiële instellingen of pleeggezinnen onderzocht, concludeerde dat er onder begeleiders sprake is van handelingsverlegenheid bij het bespreekbaar maken van seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit hoofdstuk gaat dieper in op de omgang van professionals met seksualiteit in de residentiële leefomgeving. Studies worden gepresenteerd over denkbeelden en reacties van residentiële begeleiders op seksualiteit en de gevolgen hiervan voor de jongeren.

### 4.1 *Reacties van begeleiders op seksualiteit van de jongeren*

De eerder genoemde onderzoeken van Green (Green & Mason, 2002; Green, 2001) naar seksueel misbruik in residentiële instellingen wijzen als oorzaak ook op het onvermogen en de afkeer van begeleiders om met seksualiteit en seksueel misbruik om te gaan. Begeleiders worden nauwelijks ondersteund en getraind, en instellingsbeleid en richtlijnen ontbreken. Staftraining richt zich op rapporteren of openheid rond seksueel misbruik en niet op therapeutische technieken voor de omgang met kinderen die seksueel misbruikt zijn.

Begeleiders zelf voelen zich niet toegerust om met seksuele issues om te gaan. Reacties worden gestuurd door onverschilligheid, angst, schaamte en door eigen (morele) waarden rondom gender en seksuele oriëntatie. Seksueel gedrag wordt ontkend of genegeerd, men tracht het te voorkomen dan wel te stoppen. De focus ligt dan louter op controle en supervisie en niet op de behoeftes en gevoelens van de kinderen. Begeleiders zijn bang om seksueel willekeurig of oncontroleerbaar gedrag te promoten als ze met de jongeren over seks praten. Vrouwelijke stafleden richten zich louter op het geven van technisch advies over het voorkomen van zwangerschap of soa's.

Voor de kinderen is het dan onduidelijk wat seksueel misbruik inhoudt. Ze kunnen angstig worden om iets wat met seks te maken heeft te bespreken, omdat het een taboe-onderwerp is waar vaak bestraffend op wordt gereageerd; misbruik krijgt hierdoor meer kans. Daarnaast missen kinderen affectieve steun en hebben ze weinig feitelijke kennis over seksualiteit. Seksuele behoeftes zijn moeilijk te onderscheiden van andere emotionele behoeftes; 'quick-fix' seks wordt ingezet voor het stillen van behoeftes.

Uit een exploratief onderzoek naar de ervaringen van 15 ggz-werkers (crisisopvang) die werken met vrouwelijke cliënten met een geschiedenis van seksueel misbruik komt naar voren dat de helft zich onvoldoende toegerust voelt om te reageren op onthullingen van seksueel geweld (McLindon & Harms, 2011). Alle respondenten rapporteren dat zij hebben gewerkt met cliënten die seksueel geweld hebben meegemaakt, de meerderheid geeft aan dat dit frequent is. De impact van seksueel geweld wordt door hen beschouwd als zeer nadelig met langetermijnevolgen. De meerderheid (11) geeft echter aan dat zij de afgelopen 10 jaar nooit of zeer beperkt training hebben gehad over seksueel geweld. De helft vindt dat dit gebrek aan

training het lastig maakt om tijdens het werk te reageren op zaken rond seksueel geweld. Patiënten worden zelden doorgestuurd naar gespecialiseerde hulp.

Opvallend is dat bijna alle geïnterviewde GGZ-werkers niet willen dat onderzoek naar seksueel geweld een verplicht onderdeel wordt van (intake)onderzoek onder cliënten. De reden die zij daarvoor geven is dat onderzoek naar seksueel geweld stressvol en schadelijk zou zijn voor de patiënt en zijn behandeling, zeker gezien de beperkte tijd van crisisinterventies. De onderzoekers geven aan dat het direct oppakken van deze problemen de werker juist bewust maakt van de invloed van het geweld op de ervaren stress. Bovendien krijgt de cliënt hiermee het signaal dat het belangrijk en veilig is om over seksueel geweld te praten.

Farmer en Pollock (2003) identificeren verschillende punten waarbij het misgaat in de omgang met kinderen die zijn misbruikt of die zelf anderen misbruiken. Ten eerste is het organiseren van supervisie belangrijk: plannen maken voor veilige zorg voordat het kind is geplaatst, en huisregels opstellen, bijvoorbeeld regels over delen van het huis waar een kind niet mag komen, vaak een slaapkamer van een ander kind. Kinderen moet worden verteld hoe ze zich kunnen beschermen tegen seksueel misbruik en dat ze dit niet geheim houden. Dit geldt vooral voor de kinderen die ervaringen hebben met misbruik: zij hebben nooit ervaren hoe het is om je te beschermen tegen de seksuele aandacht van anderen. Begeleiders ontbrak het echter aan volledige informatie: van 42% van de misbruikte kinderen was het misbruik bij plaatsing niet doorgegeven en van de helft van de kinderen die anderen hadden misbruikt was dit ook niet gebeurd.

Een ander belangrijk punt is het geven van seksuele voorlichting: jongeren moeten adequate kennis hebben over de seksuele ontwikkeling, anticonceptie en seksuele gezondheid. Uit analyses van de dossiers bleek dat 43% geen informatie kreeg over lichamelijke veranderingen tijdens het opgroeien en een derde wist niet genoeg over de gevaren van onveilige seks of anticonceptie. Volgens de onderzoekers is het gevolg dat jongeren zich niet goed beschermen tegen risico's van soa's en zwangerschap: tijdens het onderzoek werden 4 van de 22 geïnterviewde meiden na plaatsing zwanger. Begeleiders stelden zich passief op bij het geven van voorlichting. Ze waren ook vaak bang ter verantwoording te worden geroepen als ze seksuele activiteiten van jongeren onder de toegestane leeftijd toestonden.

Wat verder mist is (therapeutische) aandacht voor achterliggende oorzaken van vertoond seksueel gedrag. Ongewenst gedrag wordt vooral tegemoet getreden met versterkte supervisie. Bij minder dan een derde van de misbruikte kinderen werd de ervaring met misbruik aangepakt, bij 44% is dit ooit in het verleden gebeurd. Opgevangen jongeren, met name meiden, toonden sterk geseksualiseerd gedrag naar andere jongeren en/ of volwassenen. Adviezen van begeleiders aan pleegouders waren gebaseerd op het idee dat dit gedrag voortkomt uit een zoektocht naar emotionele ondersteuning en affectie. Daarbij werd soms ook gezegd dat dit gedrag gewoonweg niet valt te vermijden. Dit idee is volgens Farmer en Pollock (2003) beperkt: er wordt geen koppeling gemaakt met ervaringen met seksueel misbruik en er worden geen suggesties gegeven hoe de meiden te leren om affectie te krijgen op een niet-seksuele manier. Volgens Hudson (1989) lijken residentiële werkers theorie en praktische ideeën te missen die hen helpen om deze meiden te begeleiden (in Farmer & Pollock, 2003).

In een tweede publicatie onderscheidt Farmer (2004) op basis van analyses van de interviews vier groepen jongeren die verschillend seksueel gedrag vertonen, die alle een andere behandeling behoeven:

1. jongeren die geen problematisch seksueel gedrag vertonen. Doordat zij minder problemen veroorzaken worden hun bredere hulpbehoeften vaak genegeerd: ze krijgen weinig supervisie, minder dan een derde krijgt steun bij problematiek in de brede zin (waaronder met school of onverwerkte problemen), en minder dan de helft krijgt een vorm van therapie.
2. jongeren die slecht persoonlijke grenzen kunnen aangeven, doorgaans seksueel actieve meiden die veel risico's lopen. De hulp voor deze groep schiet zwaar te kort. Residentiële werkers ontbreekt het aan kennis en inzicht in de oorzaken van het gedrag: er wordt geen verband gelegd tussen gedrag en ervaringen met seksueel misbruik. Risicovol gedrag wordt vaak genormaliseerd. Mannelijke residentiële begeleiders zijn bang dat de meiden ze beschuldigen van seksueel misbruik.
3. jongeren die zich inlaten met prostitutie, en daarbij vaak geëxploiteerd worden door volwassenen. Er is te weinig toezicht, waardoor deze jongeren zichzelf en anderen in gevaar brengen, ze lopen bijvoorbeeld vaak de deur uit. Verzorgers zijn niet in staat om het gedrag aan te passen. Deze jongeren moeten gescheiden worden van netwerken van pooiers en klanten.
4. seksueel agressieve jongeren. Hierbinnen onderscheidt Farmer jongeren waarbij seks gerelateerd is aan agressie van jongeren bij wie dat niet het geval is. Bij de laatste groep is sprake van streng toezicht en ligt de focus op gedragscontrole. Wat mist is therapeutische aandacht voor het misbruikende of gewelddadige gedrag.

Farmer concludeert dat de omgang met kinderen die seksueel misbruikt zijn of die misbruiken wordt beïnvloed door:

- *Processen van vermijding en ontkenning*: seksueel misbruik of hyperseksueel gedrag maakt begeleiders angstig en hun belangrijkste reactie is vermijding. Dit manifesteert zich door ontkenning of minimalisering van het seksueel misbruik, er wordt vaak niet met de jongeren gesproken over hoe herhaling te voorkomen. Ook wordt er geen verband gelegd tussen de seksuele activiteiten van kinderen en hun achtergronden van seksueel misbruik. Bij gevallen van seksueel misbruik die door kinderen zijn gepleegd is men ook huiverig om kinderbeschermingsmaatregelen in te zetten omdat men wil voorkomen dat de kinderen gelabeld worden, een stigma krijgen.
- *Gevoelens van hulpeloosheid*: het gevoel niks te kunnen doen om het gedrag of de situaties van de kinderen te kunnen verbeteren. Processen van hulpeloosheid, ontkenning en minimalisering raken meiden extra hard: mannelijke begeleiders bieden vermijdende zorg, uit angst om beschuldigd te worden van seksueel misbruik.

Een onderzoek van Kools en Kennedy (2001) laat zien dat het seksuele gedrag van kinderen die zijn misbruikt wordt geproblematiseerd en dat er verkeerd wordt gereageerd. Binnen een instelling voor residentiële behandeling interviewden zij 20 residentiële begeleiders, 5 verplegers en 15 jeugdzorgwerkers, over hun ervaren in het werken met kinderen (6-14 jaar) die seksueel zijn misbruikt, over hun kennis van de ontwikkeling van kinderen en over de toepassing van deze kennis in residentiële behandeling.

Uit de interviews blijkt dat de begeleiders het seksuele gedrag van de misbruikte kinderen bijna exclusief beschouwen als afwijkend; er was weinig bewijs dat seksuele uitingen of fysiek contact tussen kinderen als normaal werden waargenomen. Onaangepast of agressief gedrag was zelfs de meest typische reactie die was geobserveerd in kinderen die seksueel misbruikt zijn. Het wordt beschouwd als acting-out: het voorzetten of opnieuw vertonen van

misbruikende relaties. Elke vorm van fysiek contact bij deze kinderen werd als disfunctioneel gezien, en leeftijdsadequate peer-interacties werden beschouwd als seksueel.

Het seksuele gedrag werd volgens de onderzoekers verkeerd geïnterpreteerd en bejegend. Vooral zichtbaar waren gedragsrestricties: verbieden van elke vorm van fysiek contact en onderdrukken van normale peerinteracties. Wat ook gebeurde was kinderen buiten de groep plaatsen of publiekelijke confrontatie op de groep. De verkeerde omgang met het gedrag werd bepaald door een gebrekkige kennis over de normale seksuele ontwikkeling en over de ervaringen en gevolgen van seksueel misbruik. Het idee was dat misbruikte kinderen alleen maar seksuele aandacht zoeken. Misconcepties zorgden voor overreactie en beperking van fysiek contact tussen kinderen of sociale isolatie. Veel begeleiders voelden zich ongemakkelijk met de seksualiteit van de kinderen, en begrepen niet dat seks een normaal onderdeel is van de ontwikkeling. Dit werd ook ingegeven door angst voor persoonlijke en institutionele aansprakelijkheid.

De onderzoekers pleiten voor een aanpak die rekening houdt met en is afgestemd op de (seksuele) ontwikkeling van kinderen. Seks is hiervan een integraal onderdeel: het ontwikkelen van een seksuele identiteit en leren van gepaste uitingen van seksualiteit in de context van peerinteracties. Dit geldt des te meer voor misbruikte kinderen. Gedragsbeperkingen zijn in sommige situaties nodig (bij schadelijk gedrag voor anderen) maar jongeren hebben ook concrete leerervaringen nodig voor het aanleren van gezond fysiek, sociaal en seksueel gedrag.

In een andere publicatie gaan Kools en Spiers (2002) dieper in op het gebrek aan kennis over de ontwikkeling van adolescenten in de context van residentiële zorg. In 20 interviews met begeleiders is gekeken naar percepties over ontwikkelingsbehoeften, omgangskwesties, de kennis van begeleiders, barrières voor de ontwikkeling van adequate zorg en werkervaring. De behandeling van de kinderen bleek vooral gericht op het bieden van structuur. Het programmabeleid hield geen rekening met de ontwikkeling van adolescenten: er was geen beleid of protocol voor begeleiders om kinderen voor te bereiden op de psychische, fysieke en emotionele veranderingen rond de puberteit, en er werd ook geen seksuele voorlichting gegeven. Kools en Spiers onderscheiden drie typen van begeleiders:

- 1) Degenen die onervaren zijn: zij hebben minimale kennis van de basisprincipes van de adolescentie. Dit gaat gepaard met zich oncomfortabel voelen t.a.v. de adolescent en zijn seksuele gedrag: leeftijdsadequaat gedrag wordt gepathologiseerd.
- 2) Beleidsvolgers: zij hebben gemiddeld tot veel ervaring, hebben kennis van adolescentie, maar volgen sterk de filosofie en het beleid van de instelling, zonder vragen te stellen, ongeacht de leeftijd of ontwikkeling van het kind. Gevolg: behandelpraktijken die niet passen bij adolescenten. Vragen rond de puberteit worden door hen niet opgepakt/opgepikt, tenzij het kind er zelf mee komt.
- 3) Overstijgers: zij hebben gemiddeld tot veel ervaring. Zij passen programma's flexibel (per situatie) toe als uitgangpunten botsen met hun eigen handelwijze en ideeën over ontwikkeling. Zij zijn in staat om te gaan met seksualiteit, spreken bijvoorbeeld open met het kind over de puberteit en onderscheiden ('normaal') seksueel gedrag van psychische stoornissen.

Een Zweeds onderzoek (discoursanalyse) wijst op beeldvormingsprocessen waarbij (ook) een ontkenning plaatsvindt van seksualiteit (Överlieb, 2003). Överlieb onderzocht de manier waarop medewerkers in één residentiële instelling voor jonge vrouwen (13-21) praten over seksualiteit. De begeleiders definieerden de jonge vrouwen als asexuele wezens, als het ware

als kinderen. Tegelijkertijd beschouwde men het seksuele gedrag van de vrouwen als ongepast en zelfs destructief. De vrouwen zelf echter claimden ruimte voor hun eigen seksualiteit.

Twee redenen werden aangedragen om de jonge vrouwen als asexueel te zien. Door te praten over de vrouwen als jonge kinderen creëerden zij een omgangsvorm waarin seksualiteit geen rol speelde: het thema werd vermeden. Dit maakte het voor de mannelijke medewerkers makkelijker om met de jonge vrouwen om te gaan, hun seksualiteit werd namelijk als potentieel bedreigend gezien voor de seksueel 'disfunctionele' vrouwen. De tweede reden was dat begeleiders de opgevangen vrouwen 'opnieuw' wilden laten beginnen. Begeleiders zagen het als hun verantwoordelijkheid om de jonge vrouwen te helpen bij het (weer) onder controle krijgen van hun seksualiteit. Door over deze vrouwen te praten als asexuele kinderen en hen een 'tijdelijke rust' van seksualiteit voor te schrijven, wilden begeleiders hen de kans geven om hun disfunctionele seksuele gedrag te vervangen voor een normale en gezonde seksualiteit. Gevolg van dit beeldvormingsproces: vrouwen werden vooral verzorgd en niet behandeld, er werd niet aangesloten bij hun zorgbehoefte.

#### ***4.2 Denkbeelden over seksualiteit van verstandelijk of lichamelijk beperkten***

Een drietal studies richt zich specifiek op de omgang met seksualiteit van (licht) verstandelijk of lichamelijk beperkten in residentiële instellingen. Mensen met een beperking zijn (sterk) afhankelijk van de zorg en ondersteuning van begeleiders. Het gevolg is dat begeleiders vaak substantiële invloed hebben op het seksuele leven van de mensen die ze begeleiden/verzorgen.

Grieve et al. (2008) bespreken verschillende studies die laten zien dat er een stigma rust op de seksualiteit van mensen met een beperking: het idee dat mensen met een beperking dezelfde verlangens en behoeftes hebben is lastig te accepteren. De onderzoekers hebben 188 verpleegkundigen en zorgverleners gevraagd naar hun mening over relaties tussen mensen met een beperking. Vergelijkingen zijn gemaakt tussen verschillende personeelsgroepen, verschillende residentiële settings (kleine leefgemeenschappen/ leefgroepen, verpleeggroepen in ziekenhuizen en verpleeghuizen) en verschillende categorieën van beperkingen (licht, matig en ernstig).

Zorgverleners in (kleine) leefgemeenschappen bleken vaker positief te staan tegenover relaties van mensen met een beperking dan zorgverleners in (grotere verpleeg)huizen. Mogelijk hebben mensen in een kleinere leefgemeenschap meer mogelijkheden om zich te uiten. Maar het kan ook zijn dat toelatingscriteria voor instellingen strenger zijn en het dus om zwaardere gevallen gaat, en dat dit hun ideeën over mensen met een beperking beïnvloedt. Medewerkers met meer training en opleidingskwalificaties staan positiever tegenover relaties van mensen met een beperking.

Uit de studie bleek verder dat conservatieve houdingen ten aanzien van de seksualiteit van mensen met een beperking (nog steeds) aanwezig zijn. Ondanks dat medewerkers het beste voor hebben met het welzijn van de cliënten hebben ze toch attitudes die de ontwikkeling van een seksuele identiteit en persoonlijke relaties in de weg staan. Medewerkers zijn ook onzeker of niet bekend met het beleid van de organisatie over intieme relaties en seksualiteit, zijn bang dat ze terecht gewezen of aangeklaagd worden als ze seksuele relaties oogluikend toestaan of juist als ze niet ingrijpen.

Ook Bazzo, Nota, Soresi en Ferrari Minnes (2007) geven aan dat het seksuele leven van mensen met een beperking wordt gecompliceerd door negatieve houdingen van begeleiders. Zij onderzochten attitudes ten aanzien van het seksuele gedrag van mensen met een beperking, en verwachtten dat deze worden beïnvloed door de professionele rol/ functie, het opleidingsniveau en het type instelling waar men werkzaam in is. De attitudes van zorgwerkers zijn gemeten aan de hand van 20 items van de Sexuality and Mental Retardation Attitudes Inventory, een vragenlijst over ideeën over seksuele rechten en seksuele stereotypen van mensen met een beperking. Geïnterviewd zijn 216 werkers van 9 residentiële instellingen (intramuraal), 14 dagverblijven (semimuraal) en 6 'outpatiënt' behandelcentra (ambulant).

Er is sprake van gematigd liberale attitudes ten opzichte van de seksualiteit van mensen met een beperking; opleidings- en functieniveau leidden niet tot verschillen in attitudes. Wel bepalend was, net als in de studie van Grieve et al. (2008), het type instelling waarin men werkzaam is: het meest positief en liberaal zijn medewerkers van ambulante zorginstellingen, medewerkers werkzaam in residentiële instellingen zijn het minst liberaal. In gesloten instellingen leek men minder liberale attitudes te hebben. Vermoedelijke reden daarvoor is dat ambulante zorgmedewerkers hun patiënten gedurende korte periodes per week zien, en dat zij minder vaak te maken hebben met uitingen van seksueel gedrag, lastige situaties en verzoeken dan medewerkers die continu of gedurende lange periodes met dezelfde mensen werken. De laatste groep krijgt vaker te maken met situaties van gewenst of ongewenst seksueel gedrag en moet dus ook vaker ingrijpen in dit soort situaties. Het kan ook nog zijn dat ambulante zorgwerkers minder zware patiënten krijgen, en daardoor dus positiever zijn.

In beide studies (Bazzo et al, 2007; Grieve et al., 2008) wordt de aanbeveling gedaan om via training de conservatieve houdingen van professionals te veranderen en om een meer verlichte en realistischere visie op seksualiteit van individuen met een beperking aan te moedigen. Daarbij hoort ook het verbeteren van vaardigheden van begeleiders voor de omgang met lastige situaties.

McConkey en Ryan (2001) onderzochten ervaringen van begeleiders in de omgang met jongeren en volwassenen met een beperking. 150 stafleden van publieke en private zorginstellingen in Noord-Ierland, waaronder residentiële instellingen (45%) voor tieners en volwassenen met een verstandelijke beperking, hebben een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met seksuele incidenten (o.a. publiek masturberen, ongewenste seksuele toenaderingen door mannen en vragen over geslachtsgemeenschap). Bijna twee derde heeft één van de scenario's meegemaakt; 35% heeft niks meegemaakt, 24% één incident en 41% twee of meer. Het vaakst genoemde incident was openlijke masturbatie.

Stafleden die al eerder een bepaald incident hadden meegemaakt zijn zelfverzekerder, net als stafleden van residentiële instellingen: zij zijn zelfverzekerder in het omgaan met de incidenten en vragen minder snel hulp van een collega dan stafleden van dagopvanginstellingen. Als verklaring geven de onderzoekers dat residentiële werkers hechtere relaties met cliënten kunnen opbouwen.

Slechts 22% van de residentiële werkers geeft aan training over seksualiteit te hebben gehad, dit is hoger bij het management dan bij de uitvoerende staf (45% versus 11%). Bijna de helft van de stafleden geeft aan dat meer training en duidelijkere beleidsrichtlijnen het zelfvertrouwen in de omgang met seksualiteit van cliënten kunnen vergroten. Stafleden die training hebben gehad, rapporteren ook meer seksuele incidenten. Mogelijk zoeken zij vanwege de incidenten bewust meer training of herkennen zij de incidenten beter.

### 4.3 Conclusie

Begeleiders in de residentiële zorg hebben vaak te weinig kennis over de seksuele ontwikkeling en de gevolgen van seksueel misbruik. Ze krijgen vanuit de organisatie en het management niet genoeg training en missen richtlijnen en (formeel) beleid. Zij ervaren in hun optreden onzekerheid, ongemakkelijkheid, schaamte en angst. Er wordt bij kinderen die seksueel zijn misbruikt geen link gelegd tussen het huidige gedrag en het ervaren misbruik en vaak wordt geen gerichte therapeutische behandeling ingezet. Informatie over ervaringen met misbruik wordt in veel gevallen ook niet goed doorgegeven bij plaatsing in een instelling of pleeggezin.

Begeleiders reageren ontkennend of bagatelliserend op seksueel gedrag (normaliseren en minimaliseren), of juist straffend, met als doel het gedrag te stoppen zonder het met de jongeren te bespreken. In veel gevallen wordt zowel normaal als verstoord seksueel gedrag als pathologisch gezien. Problematiseren van seksueel gedrag speelt nog sterker bij kinderen die seksueel zijn misbruikt. Reacties worden ook ingegeven door angst voor persoonlijke en institutionele aansprakelijkheid, bijvoorbeeld als begeleiders seksuele activiteiten van jongeren toestaan onder de toegestane leeftijd. Volgens een van de studies wordt seksualiteit van adolescenten ook ontkend door hen als asexueel en onschuldig te zien. Over seks praten met de jongeren wordt dan als iets ongepast gezien, zeker bij slachtoffers van seksueel misbruik.

De reacties van begeleiders op seksualiteit bepalen het seksuele gedrag van de jongeren en hun begrip van seksualiteit. Door negatief te reageren en dit gedrag louter te stoppen of bestraffen blijft onduidelijk hoe jongeren zelf tegen het gedrag aankijken en of het met wederzijdse instemming gebeurt. Jongeren krijgen de boodschap dat het onacceptabel is om open over seks te praten. Door het ontbreken van seksuele voorlichting beschermen jongeren zich onvoldoende tegen risico's van soa's en zwangerschap.

Een negatieve houding ten aanzien van seksualiteit van (licht) verstandelijk en lichamelijk beperkten staat de ontwikkeling van een seksuele identiteit en het aangaan van intieme relaties in de weg. Wel blijkt de houding van begeleiders afhankelijk van het type en de omvang van de instelling: begeleiders in kleine leefgemeenschappen staan vaker dan die in grotere instellingen positief tegenover relaties tussen mensen met een beperking, en medewerkers van ambulante zorginstellingen zijn liberaler dan medewerkers werkzaam in residentiële instellingen. Wel voelen stafleden van residentiële instellingen zich zelfverzekerder in het omgaan met de seksuele incidenten dan stafleden van dagopvanginstellingen, zij kunnen hechtere relaties met cliënten opbouwen.

De studies wijzen op het belang van meer training voor residentiële werkers over seksualiteit en seksuele ontwikkeling. Stafleden die training hebben gehad herkennen en rapporteren meer seksuele incidenten.

De gevonden literatuur is vooral afkomstig uit andere landen dan Nederland. Er moet daarom voorzichtig omgegaan worden met het generaliseren van de conclusies uit dit onderzoek. De Nederlandse situatie in de residentiële jeugdzorg is echter voor wat betreft organisatie (type opvang en decentralisatie) en de opgevangen doelgroep (diverse problemen, niet meer thuis of in pleeggezinnen te begeleiden) vergelijkbaar met die in andere contexten.





## 5. Zijn er (effectieve) interventies?

In dit hoofdstuk beantwoorden we de vierde onderzoeksvraag die aan de basis ligt van deze literatuurstudie: wat is er in de internationale wetenschappelijke literatuur bekend over preventieve interventies gericht op het bespreekbaar maken van seksueel (ongewenst) gedrag van 12 tot 18-jarigen in de residentiële jeugdzorg?

### 5.1 Methode

Geen van de bestudeerde publicaties voldeed volledig aan de inclusiecriteria, dat wil zeggen dat die a) zowel de residentiële jeugdzorg voor b) 12 tot 18 jarigen betreffen als c) preventieve interventies voor het bespreekbaar maken van seksueel gedrag. Er blijkt weinig onderzoek te zijn gedaan naar het bespreken en bespreekbaar maken van seksualiteit en seksueel gedrag, onafhankelijk van welke setting dan ook.

Omdat de literatuursearch weinig opleverde is ter aanvulling ook op Internet via Google en Google Scholar gezocht naar methoden voor het bespreekbaar maken van seksueel gedrag bij jongeren (onafhankelijk van de setting; en gericht op gezond seksueel gedrag en preventie van seksueel geweld, dus niet (alleen) gericht op seksualiteit en SOA-preventie), en naar het effect van deze methoden.

### 5.2 Wat kunnen we leren van interventies gericht op het bespreekbaar maken van seksualiteit in het algemeen?

Andere gevonden interventies betreffen *seksuele voorlichting* en zijn gericht op (het bespreekbaar maken van) seksualiteit, met het oog op de vooral fysieke seksuele gezondheid en de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), HIV of zwangerschap. Met deze interventies wordt kennis verworven door informatie-overdracht via strategieën zoals spel, computergames, groepsgesprekken en lessen e.d.

Bij het inzetten van bijvoorbeeld peer-education als strategie is het belangrijk om goed de werkzame bestanddelen daadwerkelijk op te nemen in te ontwikkelen programma's. Dit concluderen Kim en Free (2008) op basis van een systematische review van peer-education bij SOA-preventie. De effectiviteit van peer-education komt uit wetenschappelijke studies erg wisselend naar voren waardoor er onvoldoende overtuigend bewijs is voor de effectiviteit van peer-education als strategie. Daarmee is niet gezegd dat de strategie een verkeerde keuze zou zijn maar wordt gewezen op het belang van zorgvuldige ontwikkeling en toepassing van peer-education als werkwijze.

Schulenberg en Stefan (2003) ontwikkelden de 'Mountain Range Exercise (MRE)' voor adolescenten met seksueel-geweldervaringen. MRE bestaat uit film- en tekenactiviteiten rondom 'bergtoppen' en is gebaseerd op de principes van logotherapie (Frankl, 1985). Logotherapie is een humanistische benadering die uitgaat van de existentiële behoefte aan zingeving en doelen in het leven. Slachtoffers van seksueel geweld ervaren volgens Schulenberg en Stefan een leegte door gebrek aan doelen (zoals geborgenheid, warmte) en frustratie door niet weten hoe dit in te vullen. Sommigen voelen zich even 'beter' door dit met onaangepast

of seksueel grensoverschrijdend gedrag in te vullen. Door de tekeningen ervaren adolescenten weer wat zij belangrijk vinden in hun leven en hoe zij dit kunnen bereiken.

### **5.3 Wat kunnen we leren van andere beroepsgroepen en settings?**

Ook andere beroepsgroepen werkzaam in de residentiële zorg ervaren moeite met het omgaan met seksueel gedrag van cliënten/bewoners. Een voorbeeld is de psychiatrie voor volwassenen. De onderzoekers Quinn, Happell en Welch (2013) vinden dat (het bespreken van) seksualiteit deel moet uitmaken van een algehele holistische begeleiding van cliënten/bewoners van psychiatrische ziekenhuizen. Daar komt bij dat dit van belang is in het kader van therapietrouw aangezien medicatie in veel gevallen van invloed is op de seksualiteit(sbeleving). Uit het onderzoek van Quinn, Happell en Browne (2011) komt naar voren dat cliënten niet uit zichzelf over het onderwerp beginnen of om hulp vragen. Dit betekent dat professionals in de psychiatrie het initiatief daarvoor moeten nemen. In dit onderzoek kregen sociaalverpleegkundigen een korte training op basis van het zogenaamde BETTER-model dat oorspronkelijk ontwikkeld is voor oncologie-verpleegkundigen (Mick & Cohen, 2003) met de elementen:

B: bring up (begin er over)

E: explain (leg uit dat seksualiteit normaal onderdeel van het leven is en besproken kan en mag worden)

T: tell (vertel dat dat voor iedereen anders is, dat nu misschien niet het juiste moment is maar dat er altijd ruimte voor is)

T: time (neem er de tijd voor)

E: educate (psycho-educatie, informatieverstrekking)

R: record (noteer in het dossier dat het thema besproken is en wordt)

Uit het onderzoek komt naar voren dat, nog belangrijker dan de toepassing van het model als zodanig, verpleegkundigen met name seksualiteit aan de orde (durven) stellen wanneer zij het gevoel hebben hierop voorbereid te zijn (o.a. door training) en 'toestemming' hebben om het onderwerp te bespreken. Een belemmerende factor bleek veelal te bestaan uit tijdsdruk, hoge caseload en onvoldoende draagvlak van het management waardoor er onvoldoende de tijd werd ingeruimd om seksualiteit te bespreken. En zelfs wanneer deze belemmerende factoren werden beslecht en training werd gegeven, bleek het behoud van kennis en de toepassing daarvan na verloop van tijd af te brokkelen en was er geen duurzaam effect meer op gedragsverandering (Kerfoot et al. 2007; Tippett 2004).

### **5.4 Wat werkt in de residentiële jeugdzorg?**

Boendermaker, Van Rooijen en Berg (2012) hebben op basis van onderzoek een overzicht gemaakt van kenmerken die de kwaliteit en effectiviteit van de residentiële jeugdzorg beïnvloeden. Een aantal van de factoren die zij noemen zouden ook van toepassing kunnen zijn op de ontwikkeling van gezond seksueel gedrag bij de jongeren. In goede orthopedagogische basiszorg bijvoorbeeld:

- is er aandacht voor de normale ontwikkeling van jeugdigen, zonder daarbij de speciale behoeften van deze jeugdigen uit het oog te verliezen;

- is er aandacht voor jeugdigen als individu in plaats van alleen als groepslid. Jongeren moeten serieus genomen worden, en er moet tijd genomen worden om naar ze te luisteren;
- wordt een veilige omgeving geboden, waarin verbaal en fysiek geweld wordt voorkomen;
- is er aandacht voor het gezin van herkomst;
- worden personeel en vrijwilligers op misbruik gescreend;
- wordt vertrouwelijkheid van informatie en toegang tot informatie gegarandeerd.

Voor goede zorg dient het personeel ondersteund en getraind te worden. Het management heeft daarbij een duidelijke rol. Het moet bijvoorbeeld een duidelijke visie hebben op het omgaan met de kinderen, binnen de teams is sprake van goede samenwerking, er is sprake van stabiliteit binnen de organisatie, de teams en de leefgroepen, en medewerkers hebben het gevoel dat hun werk gewaardeerd wordt.

Daarnaast onderscheiden de auteurs kenmerken die bijdragen aan effectiviteit van interventies, waaronder goede theoretische onderbouwing, monitoring van de uitvoering ten behoeve van een hoge integriteit van de behandeling, o.a. door het gebruik van handleidingen, de werkrelatie tussen therapeut en cliënt. Ook rust, privacy (een eigen kamer) en veiligheid worden genoemd.

### **5.5 Conclusie**

Er is niet of nauwelijks onderzoek gedaan naar de effecten van interventies die zich richten op het bespreekbaar maken van seksueel gedrag van jongeren tussen 12 en 18 jaar in de residentiële jeugdzorg. Er *zijn* vrijwel geen interventies die zich hier specifiek op richten. Interventies betreffen:

- interventies die zich richten op de overwegend seksuele gezondheid in brede zin en anticonceptie,
- interventies die zich richten op het bespreekbaar maken van seksualiteit in *andere settings*.

Voor het bespreekbaar maken van seksualiteit is het van belang dat professionals het initiatief nemen, omdat cliënten niet geneigd zijn uit zichzelf over seksualiteit te beginnen. Ondersteuning van het management om seksualiteit te bespreken en dit ook duurzaam te doen is ook van belang. Als het gaat om algemene bejegening van jongeren in de residentiële jeugdzorg is het belangrijk om oog te hebben voor de normale ontwikkeling, voor het individu, voor een veilige omgeving, en voor het gezin van herkomst. Ook rust, privacy, vertrouwelijkheid en op misbruik gescreend personeel zijn van belang. Deze voorwaarden zijn makkelijk toe te passen op de ontwikkeling van gezond seksueel gedrag.

## 6. Verandering van gedrag

Uit het voorgaande is gebleken dat gedragsverandering bij professionals in de residentiële jeugdzorg nodig is om op een goede manier om te gaan met seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag van jongeren. In dit hoofdstuk gaan we in op verschillende modellen van gedragsverandering die van toepassing kunnen zijn op professionals in de residentiële jeugdzorg.

### 6.1 Modellen van gedrag en verandering

#### 6.1.1 Modellen van gedrag

Veelgebruikte verklaringsmodellen zijn sociaal-cognitieve gedragsmodellen, die gebaseerd zijn op klassieke leertheorieën, waarin wordt gesteld dat beloning van gedrag zal leiden tot positieve associatie met het gedrag en tot slot een toename van dat gedrag. Die beloning kan zijn in de vorm van het krijgen van waardering van anderen, maar ook door het zien dat anderen beloond worden door hun gedrag, en zelfs door jezelf te belonen. Voorbeelden van sociaal-cognitieve gedragsmodellen zijn het Beredeneerd Gedragmodel (Fishbein & Ajzen, 2010) en het ASE-model (Figuur 2; De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1995). Deze vergelijkbare modellen gaan ervan uit dat gedrag voorafgegaan wordt door de intentie om dit gedrag te vertonen. Deze intentie wordt op zijn beurt beïnvloed door de volgende factoren (determinanten):

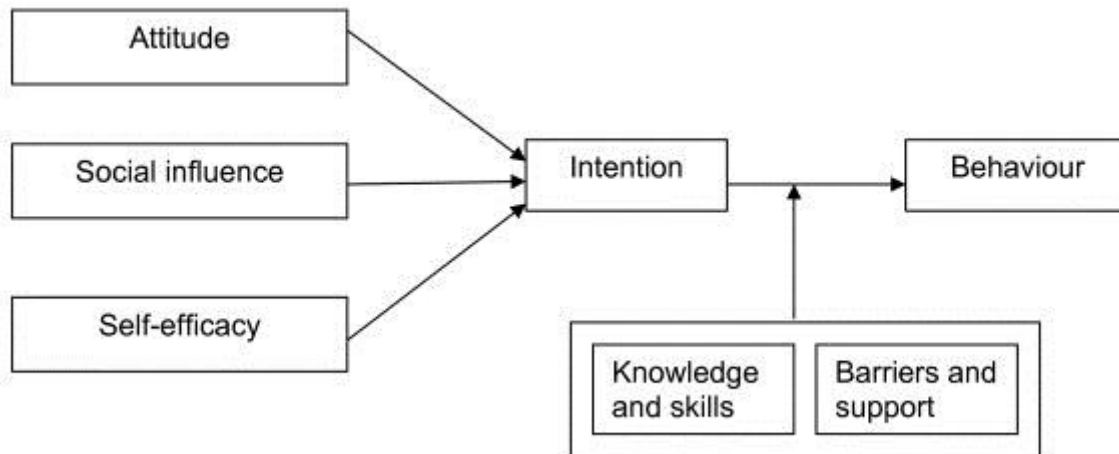
1. Attitude: opvattingen over en waarderingen van voor- en nadelen van het gedrag;
2. Sociale invloed: inschattingen van wat belangrijke anderen van het gedrag vinden (injunctieve norm), van wat belangrijke anderen doen (descriptieve norm) en van de ervaren sociale druk en/of steun;
3. Eigen-effectiviteit of waargenomen gedragscontrole: de inschatting dat iemand zelf het gedrag kan uitvoeren in verschillende contexten en onder verschillende omstandigheden.

De Vries en collega's benoemen daarnaast twee factoren die van invloed zijn op het proces om intentie om te zetten in gedrag: kennis en vaardigheden enerzijds en barrières en support anderzijds.

Er worden kritische kanttekeningen geplaatst bij het gebruik van modellen als het ASE-model en het Beredeneerd Gedragmodel (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernández, 2011), omdat de modellen veronderstellen dat het individu een rationele beslissing neemt om het gedrag uit te voeren. Dit is natuurlijk niet altijd het geval, denk aan automatisch gedrag, of gedrag dat juist door emotie uitgelokt wordt (impulsiviteit). Deze kritiek is echter voornamelijk van toepassing als het gaat om (seksueel) gezondheidsgedrag. Bij gezondheidsgedrag kunnen modellen als Protection-Motivation en het Health Belief Model beter bruikbaar zijn. De reden dat hier voor het Beredeneerd gedragmodel/ASE gekozen wordt is dat er in het geval van de professional van uitgegaan kan worden dat hij zijn gedrag baseert op pedagogische methoden, in plaats van zijn emotie. Het mooie aan deze modellen is dat ze erg goed van toepassing zijn op hogere niveaus, zoals het gedrag van de professional. De manier waarop de professional

omgaat met het seksuele gedrag van de jongeren in de instelling zou juist beredeneerd moeten zijn.

**Figuur 2. ASE-model<sup>1</sup> volgens De Vries (1988).**



<sup>1</sup> Bron:Zwerver et al. (2011). Intervention mapping for the development of a strategy to implement the insurance medicine guidelines for depression. *BMC Public Health*, 11, 9.

### 6.1.2 Modellen van verandering

Een model dat verklaart hoe gedrag verandert in de tijd is bijvoorbeeld het Transtheoretische Model (TTM; Prochaska, Redding & Evers, 2008). TTM omvat een beschrijving van gedragsveranderingen in stadia, de zogenoemde Stages-of-Change, en voor elke overgang naar het volgende stadium methoden voor verandering. Volgens TTM verloopt gedragsverandering in fases of stadia: van precontemplatie (individu staat niet stil bij de gevolgen van zijn gedrag), via contemplatie (individu denkt na over de gevolgen van zijn gedrag), naar voorbereiding (individu plant activiteiten om zijn gedrag te veranderen), actie (individu voert geplande activiteiten uit om zijn gedrag te veranderen) en gedragsbehoud (individu doet moeite om niet terug te vallen in het oude gedrag). Om van de fase van precontemplatie naar contemplatie te gaan is bewustwording nodig. Van contemplatie naar voorbereiding is kennis nodig, een positieve attitude t.a.v. het nieuwe gedrag. Van voorbereiding naar actie wordt vereenvoudigd door sociale steun en vertrouwen om het nieuwe gedrag uit te voeren. Om uiteindelijk het gedrag vol te houden is men afhankelijk van sociale steun, positieve ervaringen met het gedrag, en vertrouwen dat gedrag volgehouden kan worden.

Een vergelijkbaar model is het Precaution Adoption Process Model (Weinstein, Sandman & Blalock, 2008). Bewust zijn van risicogedrag is in dit model essentieel. De stap van precontemplatie naar contemplatie is in dit model dan ook uitgewerkt in drie stadia: 1) mensen zijn zich niet bewust van de gevolgen van het gedrag, 2) mensen zijn zich bewust van de gevolgen, maar betrekken het niet op hun eigen gedrag, en 3) mensen zijn zich bewust van de gevolgen van hun eigen gedrag. In de laatste fase besluiten mensen of ze wel of niet willen

veranderen. Volgens Weinstein kunnen alleen mensen die dit niveau van bewustzijn hebben, gemotiveerd worden tot verandering. Als eenmaal besloten is om te veranderen volgt dit model de vervolgstappen van TTM: voorbereiding, actie, gedragsbehoud.

### *6.1.3 Omgevingsverandering*

Het gedrag van de professional in de residentiële jeugdzorg staat niet op zich. De professional begeeft zich onder collega's en werkt in een instelling. Daarnaast is het politieke klimaat belangrijk voor het gedrag. Gedragsverandering is afhankelijk van de mogelijkheden binnen het systeem van persoonlijke, interpersoonlijke, organisatorische en politieke factoren.

Op het niveau van de interpersoonlijke of sociale omgeving is sociale steun om bepaald gedrag uit te voeren belangrijk. Steun van collega's kan plaats vinden in de vorm van complimenten, feedback en hulp, maar ook door middel van intervisie, waarin de moeilijkheden met de gedragsverandering besproken worden in het team.

Organisatieveranderingen vinden ongeveer volgens hetzelfde stamien plaats als gedragsveranderingen van individuen: eerst zal er bewustwording moeten zijn, alvorens nieuw gedrag kan worden geadopteerd en in de organisatie worden geïmplementeerd en geïnstitutionaliseerd (Cummings & Worley, 2009). Het verschil met individuen is dat organisaties bestaan uit meerdere sleutelfiguren die van belang zijn bij de verandering. Grote veranderingen in werkwijze kunnen niet plaatsvinden zonder instemming van het management, bijvoorbeeld. Naast sleutelfiguren zijn er nog stakeholders: belanghebbenden in de vorm van personen, organisaties en overheden. Organisatieverandering kan ingezet worden van binnenuit (van de professionals) of van buitenaf (door druk vanuit de overheid, bijvoorbeeld). Organisaties kunnen gedragsverandering van werknemers stimuleren door trainingen en technische ondersteuning aan te bieden en de gedragsverandering te faciliteren (gemakkelijk maken).

Soms bepaalt de overheid hoe gehandeld dient te worden, bijvoorbeeld door wetgeving. Ook in de zorg is dat niet anders. Het veranderen van het politieke klimaat gebeurt door het beïnvloeden van politici en beleidsmakers (advocacy), en door het onderwerp op de publieke agenda te krijgen (agenda setting). Het geheel van pogingen om dit te bewerkstelligen wordt ook wel lobbyen genoemd (Galer-Unti, Tappe & Lachenmayr, 2004).

## **6.2 Het gedrag van de professionals in model**

### *6.2.1 Model van het probleem*

In de vorige hoofdstukken zijn verschillende factoren benoemd waardoor het bespreekbaar maken van seksualiteit en adequaat handelen van professionals naar aanleiding van seksueel gedrag van de jongeren in de residentiële jeugdzorg nog niet goed gebeurt:

- Gebrek aan kennis bij de professionals over seksuele ontwikkeling van jongeren in het algemeen;
- Gebrek aan kennis bij de professionals over de seksuele ontwikkeling van jongeren in de residentiële jeugdzorg, oorzaken van problematisch seksueel gedrag en de relatie met ander problematisch gedrag;
- Gebrek aan vaardigheden bij de professionals ten aanzien van het bespreekbaar maken van seksualiteit, van (ongewenst) seksueel gedrag;

- Gebrek aan vaardigheden om seksueel gedrag te signaleren, te duiden, en er adequaat op te reageren;
- Gebrek aan vaardigheden om te reageren op (onthullingen van) seksueel misbruik.

Daarnaast is er vaak sprake van angst om aansprakelijk gesteld te worden (zowel persoonlijk als institutioneel), kan schaamte en conflicten met eigen normen een rol spelen, en kan er angst en onzekerheid zijn om de controle over de situatie te verliezen als het om seksueel gedrag van de jongeren gaat. Professionals in de jeugdzorg hebben nogal eens de neiging om ten aanzien van seksueel gedrag controlerend op te treden, en seksualiteit te ontkennen, te negeren of te vermijden. Gebrek aan kennis en een instelling waar geen beleid en supervisie is, geven negatieve attitudes en seksistische of homofobe opvattingen meer kans. Het gedrag van een professional staat niet op zich, maar moet geplaatst worden in de context van de organisatie waarin hij werkt. Ook de collega's met wie hij werkt kunnen het gedrag van de professional beïnvloeden. Ook op deze interpersoonlijke en organisatorische niveaus dient verandering plaats te vinden.

### *6.2.2 Model van de gedragsverandering*

Als dit model wordt toegepast op het bespreekbaar maken van seksualiteit in de residentiële jeugdzorg, volgt daaruit het volgende: professionals moeten de intentie hebben om seksualiteit van de jongeren te bespreken met hun team, en met de jongeren zelf. Daarvoor zijn de volgende overtuigingen nodig:

1. Attitude: professionals hebben een positieve attitude ten aanzien van het bespreekbaar maken van seksueel gedrag van deze jongeren. Ze zien het als hun rol/ taak om jongeren te ondersteunen bij een gezonde seksuele ontwikkeling en te reageren op seksueel ongewenst gedrag. Ze hebben positieve (dus geen restrictieve, seksistische en/of homofobe) denkbeelden over seksualiteit van jongeren;
2. Sociale invloed: er is bij de professionals sprake van een positieve sociale norm ten aanzien van het bespreekbaar maken van seksueel gedrag van de jongeren, en er is ruimte om seksueel gedrag bespreekbaar te maken zonder negatieve consequenties;
3. Eigeneffectiviteit: professionals achten zich in staat om seksualiteit van de jongeren aan de orde te stellen in het team van collega's. Ze achten zich daarnaast in staat om seksueel gedrag van de jongeren met henzelf te bespreken.

Tussen de intentie om seksualiteit bespreekbaar te maken en het daadwerkelijke gedrag van het adequaat bespreekbaar maken zijn enerzijds kennis en vaardigheden nodig, en anderzijds het overwinnen van barrières en het krijgen van steun.

4. Kennis en vaardigheden: professionals weten hoe de seksuele ontwikkeling van jongeren verloopt, dat seksualiteit bij een gezonde ontwikkeling hoort, dat de seksuele ontwikkeling van jongeren in de residentiële jeugdzorg problematisch kan verlopen en wat de invloed van trauma kan zijn op een gezonde seksuele ontwikkeling. Wat betreft vaardigheden zijn ze in staat om gezond seksueel gedrag enerzijds en grensoverschrijdend seksueel gedrag van jongeren te onderscheiden, te duiden en bespreekbaar te maken in hun team en indien nodig met de jongeren zelf en eventueel hun ouders.

5. Barrières en support: professionals worden niet gehinderd door angst en schaamte of door conflicterende opvattingen van collega's; ze worden door het beleid van de instelling gesteund om seksualiteit bespreekbaar te maken.

De aanpak zou gericht moeten zijn op professioneel, team- en instellingsniveau (zie figuur 3). Op het niveau van de professional dient kennisoverdracht plaats te vinden ten aanzien van seksuele ontwikkeling, problematische seksuele ontwikkeling en de gevolgen van trauma. De professionals zouden een houding moeten hebben waarin de seksuele ontwikkeling en bijbehorend seksueel gedrag van jongeren wordt geaccepteerd en erkend, uiteraard niet zonder de problematische kanten en de gevolgen daarvan uit het oog te verliezen. Vaardigheden ten aanzien van duiden (gezond seksueel gedrag en grensoverschrijdend gedrag), bespreekbaar maken en adequaat handelen (jongeren begeleiden bij hun ontwikkeling, niet controleren, ontkennen, bagatelliseren, verbieden) moeten bevorderd worden. Op het niveau van het team kan sociale steun en sociale normen ten aanzien van seksualiteit bevorderd worden door intervisie en teamactiviteiten. Dit is vooral ook van belang om angst en schaamte te reduceren. Oefenen in teamverband kan het trainen in vaardigheden ondersteunen. Op instellingsniveau gaat het om het faciliteren van bijscholingsactiviteiten en trainingen, een visie ten aanzien van seksualiteit ontwikkelen en deze door middel van richtlijnen en beleid uit te dragen, en een veilige omgeving creëren. Zonder ondersteuning van het team en de instelling wordt het voor de individuele professional heel moeilijk om de jongeren te begeleiden bij hun seksuele ontwikkeling.

Gebrek aan kennis en vaardigheden, en negatieve emoties en attitudes gelden evenzeer of in versterkte mate ten aanzien van seksualiteit van mensen met een beperking.



**Figuur 3. Interventiemodel**

Interventiedoel	Determinanten	Veranderdoelen op niveau van determinanten	Methode op professionalniveau (gedragsdeskundigen en groepsleiding)	Methode op teamniveau	Methode op instellingsniveau
<b>Professionals in de residentiele jeugdzorg handelen adequaat bij seksueel gedrag van jongeren</b>	Kennis	Professionals hebben: kennis t.a.v. normale seksuele ontwikkeling kennis t.a.v. gevolgen van traumatisering kennis t.a.v. problematische seksuele ontwikkeling bij kinderen in RJ	Kennisoverdracht in training (TdT en training voor professionals op de werkvloer) (bijscholing)	Kennisoverdracht op teamniveau (bijscholing)	(Duurzaam) faciliteren van (bij)scholingsactiviteiten
	Attitude	Professionals hebben: accepterende houding t.a.v. seksualiteit van kinderen en jongeren ontwikkelingsgerichte houding t.a.v. seksueel gedrag van kinderen een negatieve houding t.a.v. misconcepties (seksistische opvattingen, ontkennen van seksualiteit, restrictieve houding t.a.v. seksueel gedrag)	Attitudeformatie in training (TdT en training voor professionals op de werkvloer)		Faciliteren context voor veilig seksueel gedrag van cliënten (w.o. privacy)
	Sociale invloed	Professionals ervaren: druk vanuit management om adequaat te handelen bij seksueel gedrag van cliënten steun van management om adequaat te handelen bij seksueel gedrag van cliënten steun van collega's om adequaat te handelen bij seksueel gedrag van cliënten	Teamactiviteiten t.b.v. sociale norm (b.v. agenderen in cliëntbesprekingen) Bevorderen van sociale steun door intervisie		Ontwikkelen van instellingsvisie t.a.v. seksualiteit Uitdragen instellingsvisie t.a.v. seksualiteit Faciliteren van teamactiviteiten

	Eigen-effectiviteit /vaardigheden	<p>Professionals uiten zelfvertrouwen in: het <b>signaleren</b> van seksueel gedrag</p> <p>het adequaat <b>duiden</b> van seksueel gedrag</p> <p>het adequaat <b>reageren</b> op seksueel gedrag</p> <p>het <b>bespreken</b> van seksualiteit in het algemeen</p> <p><b>bespreken</b> van ongewenst gedrag</p> <p>het adequaat <b>reageren</b> op misbruikervaringen</p> <p>het positief <b>bekrachten</b> van adequaat handelen van collega's</p>	<p>Training in signaleren, duiden en adequaat reageren</p> <p>Training in bespreekbaar maken van seksualiteit in het algemeen, ongewenst gedrag</p> <p>Training in bespreekbaar maken van misbruikervaringen</p> <p>Training in positief bekrachten van adequaat handelen van collega's</p>	<p>Afspraken m.b.t. acties maken</p> <p>Intervisie t.b.v. positief bekrachten</p> <p>Casusbespreking t.b.v. positief bekrachten</p> <p>Evalueren casuïstiek</p>	<p>(Duurzaam) faciliteren training en andere bijscholingsactiviteiten</p> <p>Faciliteren interventies of mogelijkheden tot doorverwijzen naar hulpverlening</p>
	Barrières	<p>Professionals ervaren minder: angst voor persoonlijke aansprakelijkheid</p> <p>angst voor institutionele aansprakelijkheid</p> <p>angst voor conflicten met eigen waardensysteem en ervaringen</p> <p>schaamte en onzekerheid</p>	<p>Kennisoverdracht over aansprakelijkheid in training (TdT en training voor professionals op de werkvloer)</p> <p>Coaching door aanspreekpunt op de werkvloer</p>	<p>Bevorderen van sociale steun door intervisie</p>	<p>Ontwikkelen en kenbaar maken van richtlijnen en beleid</p> <p>Regels voor opting out ontwikkelen</p>
<p>Algemene voorwaarden voor basiszorg: aandacht voor normale ontwikkeling, voor individu, voor veilige omgeving, voor gezin van herkomst, rust, privacy en vertrouwelijkheid, op misbruik gescreend personeel</p>					

## 7. Conclusies

Seksueel gedrag hoort bij de seksuele ontwikkeling, dat geldt ook voor jongeren in de residentiële jeugdzorg. Deze jongeren hebben net als jongeren die thuis wonen een veilige omgeving nodig die hen de gelegenheid biedt om te experimenteren, en professionals die bekwaam zijn om ze daarbij te ondersteunen. Anderzijds is het ook nodig om adequaat te kunnen handelen bij disfunctioneel seksueel gedrag als gevolg van seksueel misbruik.

### ***Seksueel gedrag van jongeren in de residentiële jeugdzorg***

In de literatuur over de jongeren in de residentiële jeugdzorg komt een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren als het gaat om seksuele ontwikkeling en seksueel gedrag. Jongeren in de residentiële jeugdzorg vertonen relatief vaak (hardnekkig) problematisch seksueel gedrag, waaronder seksueel gedrag dat niet bij de (jonge) leeftijd past, risicogedrag, zoals vroeg beginnen met seks, meerdere partners en onbeschermd seks, en daarnaast agressief gedrag, waarbij grenzen van anderen worden overschreden. Kinderen en jongeren in de residentiële jeugdzorg die problematisch seksueel gedrag vertonen hebben over de hele linie meer gedrags- en achtergrondproblemen dan kinderen die dit gedrag niet vertonen, en dit geldt met name voor jeugdige zedendelinquenten. Problematisch gedrag hangt vaak samen met traumatisering door seksueel misbruik. Meisjes zijn vaker seksueel misbruikt, en vertonen vaker problematisch, externaliserend gedrag. Een verstoorde seksuele ontwikkeling als gevolg van seksueel misbruik kan leiden tot gebrekkige eigen-effectiviteit en controle, gevoelens van machteloosheid, een negatief zelfbeeld, ongewenste seks niet kunnen weigeren en acting-outgedrag. Slachtoffers van seksueel misbruik hebben niet minder vaak seks, maar seksueel contact kan een instrumenteel karakter hebben. De kans op revictimisatie is daardoor groot.

Problematisch seksueel gedrag kan nog worden versterkt doordat het wonen in een residentiële setting een risicofactor op zich kan zijn. Gebrek aan privéruimte staat een veilige manier om seksuele relaties te ontwikkelen en te onderhouden in de weg. Instellingen zelf zijn vaak niet veilig omdat er wordt gepest en omdat er sprake is van seksueel onwenselijk gedrag; slachtoffers en daders wonen vaak bij elkaar. Gebrek aan beleid en seksistische en/of negatieve attitudes ten aanzien van seksualiteit dragen hieraan bij.

### ***Het handelen van professionals ten aanzien van seksueel gedrag***

Het is aan de begeleiders om het seksuele gedrag van deze jongeren in goede banen te leiden. Uit de literatuur blijkt dat het nogal eens schort aan kennis op het gebied van seksualiteit, achtergronden van problematisch seksueel gedrag en de gevolgen van trauma, en vaardigheden om seksualiteit, seksueel ongewenst gedrag en seksueel misbruik te signaleren, te duiden, bespreekbaar te maken en adequaat te handelen. Zij hebben vaak nog een houding om seksueel gedrag van jongeren in het algemeen te problematiseren, waardoor ze dat gedrag ontkennen of bagatelliseren en vermijden om het aan te kaarten. Veel begeleiders zijn geneigd tot controle en restrictie. Ook emoties spelen een rol, zoals

angst om persoonlijk of institutioneel aansprakelijk te worden gesteld, angst dat seksueel gedrag ongecontroleerd uit de hand loopt, en schaamte en conflicten met eigen normen. Ten aanzien van jongeren met een verstandelijke beperkingen gelden bovengenoemde factoren nog sterker.

### *Aanpak*

Op basis van theorieën over gedragsverandering, in dit geval handelingsverlegenheid van professionals ten aanzien van bespreekbaar maken van seksualiteit bij deze groep jongeren, dient de aanpak zich te richten kennis, vaardigheden, attitude en emoties van de professionals.

### *Kennis*

Kennis betreft de gezonde seksuele ontwikkeling van jongeren, en risico's daarvoor bij jongeren in de residentiële jeugdzorg, die vaak te maken hebben met een problematische achtergrond en ervaringen met seksueel misbruik. Begeleiders moeten weten dat seksueel misbruik vaak voorkomt en welke gevolgen dat kan hebben voor seksueel gedrag en beleving, en zij moeten in staat zijn om dit eventueel bespreekbaar te maken. Belangrijk is daarnaast ook het besef dat deze jongeren zich op een positieve manier seksueel kunnen ontwikkelen, ondanks negatieve ervaringen.

### *Attitude*

Op attitudeniveau is het van belang dat de professionals een accepterende houding hebben ten aanzien van seksualiteit van jongeren, dat ze een ontwikkelingsgerichte houding hebben ten aanzien van seksueel gedrag van jongeren, en dat ze kritisch staan tegenover het ontkennen en bagatelliseren van seksueel gedrag van jongeren. Daarbij is steun van het management en collega's van belang. Behalve het creëren van een veilige en betrokken sfeer waarin jongeren zich vrij voelen om over seksueel ongewenst gedrag of misbruik te praten, zouden begeleiders niet teveel moeten focussen op controle: vaak wordt seksueel gedrag gestopt zonder het met de jongeren te bespreken. Zo blijft onduidelijk hoe jongeren zelf tegen het gedrag aankijken en of het met wederzijdse instemming gebeurt. Jongeren krijgen de boodschap dat het onacceptabel is om open over seks te praten en voor sommigen blijft zelfs onduidelijk wat misbruik inhoudt.

### *Vaardigheden en eigeneffectiviteit*

Professionals moeten in staat zijn om seksueel gedrag en ongewenst gedrag te herkennen en daar de juiste betekenis aan te geven (wat is acceptabel en wat niet), en daar op een adequate manier op te reageren door het bespreekbaar te maken (of eventueel te negeren als het om gezond seksueel gedrag gaat). Ook moeten ze in staat zijn om adequaat te reageren op onthullingen van seksueel misbruik in het verleden. Professionals moeten ook het vertrouwen in zichzelf hebben dat ze dit kunnen.

### *Emoties*

Verder blijkt uit de literatuur dat barrières voor adequaat handelen negatieve emoties kunnen zijn, met name angst voor aansprakelijkheid, voor conflicten met eigen waarden,

schaamte en onzekerheid. Het bespreekbaar maken van deze emoties en het wegnemen van angst, bijvoorbeeld door adequaat beleid, is van belang.

Belangrijk is rekening te houden met diversiteit van jongeren in de residentiële jeugdzorg. Daders en slachtoffers van seksueel misbruik, jongeren met en zonder problematisch seksueel gedrag zitten vaak samen in een instelling. Bij de ondersteuning van de seksuele ontwikkeling is het nodig om te differentiëren.

Professionals kunnen dat alleen maar doen als het beleid van de instelling ze die mogelijkheden geeft. Dat wil zeggen dat de instellingen een visie zouden moeten hebben over gezonde en veilige relationele en seksuele ontwikkeling van jongeren, dat die visie geïmplementeerd wordt in de instelling, dat de begeleiders de bovengenoemde competenties hebben of kunnen ontwikkelen, en dat het management adequaat sturing geeft. In het visiedocument ‘Seksualiteitsbeleid of Struisvogelpolitiek?’ worden handvatten aangereikt om instellingen daarbij te ondersteunen (Kuyper, 2013).

### ***Vlaggensysteem-RJ***

Het Vlaggensysteem heeft als doel het signaleren, duiden, bespreekbaar maken en adequaat reageren ten aanzien van seksueel gedrag van jongeren, en vermindert daarmee de handelingsverlegenheid. Het huidige Vlaggensysteem biedt op zich ruimte om seksueel grensoverschrijdend gedrag in de verschillende gradaties te signaleren en te duiden. De zes criteria (wederzijdse toestemming, vrijwilligheid, gelijkwaardigheid, leeftijds- of ontwikkelingsadequaat, contextadequaat en zelfrespect) zijn in principe algemeen geldend en dus ook van toepassing op jongeren in de residentiële jeugdzorg. Wederzijdse toestemming of gelijkwaardigheid betekent in de residentiële jeugdzorg in principe niet iets anders dan daarbuiten, en daarmee het benoemen van bepaald gedrag als grensoverschrijdend ook niet.

De vraag is welke invulling de jongeren zelf aan de criteria geven. Seksueel contact van een seksueel misbruikt meisje dat sterke behoefte heeft aan warmte en aandacht met een jongen voor wie seks een manier is om zijn status te verhogen is niet gebaseerd op gelijkwaardigheid, maar de vraag is of deze jongeren dat kunnen - of willen - onderkennen. Zelfrespect kan in het geding zijn als seksueel contact instrumenteel van aard is: seks wordt ingezet als ruilmiddel omdat het voor een seksueel-misbruikslachtoffer geen andere betekenis meer heeft. Het is aan de professionals om daar bedacht op te zijn en met de jongeren in gesprek te gaan daarover.

Gezien de context waarin ze wonen en de kenmerken van de jongeren dient het repertoire aan voorbeelden, tekeningen en situaties te worden uitgebreid, en er moet een aangepaste dan wel uitgebreidere uitleg komen bij de voorbeelden, toegespitst op de leefsituatie en de achtergrond van de jongeren. Daarnaast zal de betekenis van de criteria waarschijnlijk in veel gevallen een diepgaande toelichting behoeven. Op basis van dit aangepaste Vlaggensysteem-RJ kan de professional de jongeren begeleiden bij gezond seksueel gedrag en het onderkennen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de situaties die voor hen herkenbaar zijn.

### ***Geïntegreerd aanbod***

Het Vlaggensysteem-RJ staat niet op zichzelf, maar zou ingebed moeten worden in een geïntegreerd aanbod van interventies, waarmee jongeren optimaal bediend kunnen worden. Voor een gezonde seksuele ontwikkeling en het tegengaan van ongewenst gedrag zijn interventies op verschillende niveaus relevant. Kinderen en jongeren moeten seksuele voorlichting krijgen om te zorgen dat ze voldoende kennis en vaardigheden hebben ten aanzien van relaties, intimiteit, prettige en veilige seks, en zich afdoende kunnen beschermen tegen soa, ongewenste zwangerschappen en ongewenste seks. Relationele en seksuele vorming begint idealiter al op jonge leeftijd, wordt aangeboden op een manier die past bij de leeftijd en gaat in feite een leven lang door, maar is vooral gefocust op de kinder- en adolescentenleeftijd.

Daarnaast kan seksueel misbruik ernstige negatieve consequenties hebben voor een gezonde ontwikkeling in het algemeen en seksuele ontwikkeling in het bijzonder. Om deze problemen te verhelpen zal in voorkomende gevallen uitgebreide hulpverlening noodzakelijk zijn (zie ook Van Dijke, Lamers-Winkelmann & Terpstra, 2014).

Voor jongeren met uitgebreide problematiek zal afstemming met gedragskundigen noodzakelijk zijn.

Een geïntegreerd aanbod betreft beleid, preventie en hulpverlening. Het Vlaggensysteem-RJ past in dit aanbod, omdat de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag en het bevorderen van gezond seksueel gedrag begint met het herkennen en bespreekbaar maken van acceptabel dan wel onacceptabel gedrag.

## Literatuur

- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*, 3rd edition. Elsevier.
- Baker, A.J., Archer, L. & Curtis, M.P. (2007). Youth characteristics associated with behavioral and mental health problems during the transition to residential treatment centers: The Odyssey Project population. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 86(6), 5-29.
- Barter, C. (2006). Discourses of blame: deconstructing (hetero)sexuality, peer sexual violence and residential children's homes. *Child & Family Social Work*, 11(4), 347-356.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. & Fernández, M.E. (2011). *Planning health promotion programs. An Intervention Mapping approach* (3<sup>rd</sup> ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bazzo, G, Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L. & Minnes, P. (2007). Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 20, 110-115.
- Berkel, R. van & Borghi, V. (2008). Introduction: The governance of activation. *Social Policy and Society*, 7(3), 331-340.
- Berlo, W. van & Mooren, T. (2009). Seksueel geweld: gevolgen en behandeling. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (Red.), *Seksuologie* (pp. 419-435). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boendermaker, L., Rooijen K., van en Berg, T. (2012). *Residentiële jeugdzorg wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Brug, J., Assema, P. van & Lechner, L. (2012). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum
- Bun, C.J.E., Schwiebbe, L., Schütz, F.N., Bijlsma-Schlösser, J.F.M., & Hirsing, R.A. (2012). Negative body image and weight loss behaviour in Dutch school children. *European Journal of Public Health*, 22, 130-133.
- Burton, D.L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems? *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12(1), 37-48.

- Cinq-Mars, C., Wright, J., Cyr, M. & McDuff, P. (2003). Sexual At-Risk Behaviors of Sexually Abused Adolescent Girls. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 12(2), 2-18.
- Chop, S.M. (2003). Relationship therapy with child victims of sexual abuse placed in residential care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 297-301.
- Collier, K.L., Bos H.M.W., Merry, M.S. & Sandfort, T.G.M. (2013). Gender, Ethnicity, Religiosity, and Same-sex Sexual Attraction and the Acceptance of Same-sex Sexuality and Gender Non-conformity. *Sex Roles*, 68, 724-737.
- Connor, D.F. Doerfler, L.A., Toscano, P.F. Jr., Volungis, A.M. & Steingard, R.J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510.
- Commissie-Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden*. Boom: Amsterdam.
- Cummings, T.G. & Worley, C.G. (2009). *Organization development and change*. Mason: South-Western Cengage Learning.
- Dijke, A. van, Lamers-Winkelmann, F., & Terpstra, L. (2014). Seksueel misbruik: missen we (n)iets? *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*.
- Doerfler, L.A., Toscano, P.F., Connor, Jr. & Daniel F. (2009). Sex and aggression: The relationship between gender and abuse experience in youngsters referred to residential treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 112-122.
- Farmer, E. (2004). Patterns of Placement, Management and Outcome for Sexually Abused and/or Abusing Children in Substitute Care. *Journal of Social Work*, 34(3), 375-393.
- Farmer, E. & Pollock, S. (2003). Managing sexually abused and/or abusing children in substitute care. *Child & Family Social Work*, 8(2), 101-112.
- Friedrich, W.N., Bakery, A.J.L., Parker, R., Schneiderman, M. Gries, L. & Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, vol. 17(4), pp. 391-406.
- Galer-Unti, R.A., Tappe, M.K. & Lachenmayr, S. (2004). Advocacy 101: Getting started in health education advocacy. *Health Promotion Practice*, 5, 280-288.
- Gibbs, I. & Sinclair, I. (2000). Bullying, Sexual Harassment and Happiness in Residential Children's Homes. *Child Abuse Review*, 9(4), 247-256.
- Graaf, H. de (2013). *Van alle leeftijden. De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Graaf, H. de, Dijk, L. van, Wijsen, C. (2010). *Leefstijlcampagne seksuele weerbaarheid. Voorbereidend literatuuronderzoek*. Utrecht: Rutgers WPF.



- Graaf, H. de, Kruijjer, H., Van Acker, J. & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Delft: Eburon.
- Grauvogl, A., Stutterheim, S.E., Evers, S. & van Lankveld, J. (2012). Perceptions of sexuality and sexual health among young people in the Netherlands. *Sexual and Relationship Therapy*, 27( 2), 110-121.
- Green, L. & Mason, H. (2002). Adolescents who sexually abuse and residential accommodation: issues of risk en vulnerability. *British Journal of social Work*, 32(2), 149-168.
- Green, L. (2001). Analysing the sexual abuse of children by workers in residential care homes: Characteristics, dynamics and contributory factors. *Journal of Sexual Aggression*, 7(2), 5-24.
- Grieve, A., McLaren, S., Lindsay, W. & Culling, E. (2008). Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 37, 76-84.
- Fishbein & Ajzen, (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Finkelhor, D. & Jones, L.M. (2004). Sexual abuse decline in the 1990s: Evidence for possible causes. *Juvenile Justice Bulletin - NCJ199298* (pgs. 1-12). (CV58)
- IPPF (2008). *Sexual rights: An IPPF Declaration*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Jones, C.D., Chancey, R., Lowe, L.A. & Risler, E.A. (2010). Residential treatment for sexually abusive youth: An assessment of treatment outcomes. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 172-182.
- Haas, S. de (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 136-145.
- Haas, S., de, Berlo, W., van, Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (2012). Prevalence and characteristics of sexual violence in the Netherlands, the risk of revictimization and pregnancy: Results from a national population survey. *Violence and Victims*, 27(4), 592-608.
- Haas, S. de, & Graaf, H. de (2011). *Aanpassing seksespecifieke groeps counseling Girls'Talk: literatuuronderzoek*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Haas, S. de, Jonker, M., Kuyper, A., & Ohlrichs, Y. (2012). *Make a move! Methodiekhandleiding*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Hayez, J.Y. (2005). *Ook kinderen hebben een lichaam. Kinderen leren omgaan met seksualiteit*. Tielt: Lannoo.

- Hendriks, J. & Bijleveld, C. (2008). Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of Sexual Aggression*, vol. 14(1), pp. 19-32.
- Höing, M., Vanwesenbeeck, I. & Bakker, F. (2006). *Girls' Talk: Seksuele empowerment voor meiden. Een studie naar de effectiviteit van een counsellprogramma voor jonge meiden uit risicogroepen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Höing, M. & Van der Vlugt, I. (2007) *Evaluatie van de landelijke implementatie van Girls' Talk*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Hollomotz, A. (2009). 'May we please have sex tonight?'—People with learning difficulties pursuing privacy in residential group settings. The Speakup Committee. *British Journal of Learning Disabilities*, Vol 37(2), pp. 91-97.
- Hovsepian, S. L., Blais, M., Manseau, H., Otis, J. & Girard, M.E. (2009). Prior victimization and sexual and contraceptive self-efficacy among adolescent females under child protective services care. *Health Education & Behavior*, vol 37(1), pp. 65-83.
- Kim, C.R., & Free, C. (2008) Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: A systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(3), 144-151.
- Kools, S. & Kennedy, C. (2001). Child sexual abuse treatment: misinterpretation and mismanagement of child sexual behaviour. *Child: Care, Health & Development*, 28 (3), 211-218.
- Kools S. & Spiers, J. (2002). Caregiver understanding of adolescent development in residential treatment. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 15 (4), pp. 151-62.
- Knorth, E.J., Harder, A.T., Zandberg, T. & Kendrick A.J. (2007). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review*, 30, 123-140.
- Kuyper, A. (2013). *Seksualiteitsbeleid of Struisvogelpolitiek? Model voor visie en beleid op seksualiteit, relaties, en omgangsvormen 12+ voor de residentiële jeugdzorg*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Kuyper, A. & Vlugt, I. van der (2006). *Girls' Talk: Draaiboek voor een groeps counsellprogramma gericht op seksuele gezondheid en empowerment voor tienermeiden uit risicogroepen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/TransAct.
- Lamers-Winkelmann, F. & Tierolf B. (2012). *Literatuurstudie, interviews en dossierstudie seksueel misbruik in pleeggezinnen en instellingen voor jeugdzorg*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.

- Leenarts, L., Hoeve, M., van de Ven, P., Lodewijks, H. & Doreleijers, T. (2013). Childhood maltreatment and motivation for treatment in girls in compulsory residential care. *Children and Youth Services Review*, vol. 35, 1041-1047.
- Lepage, J. Tourigny, M., Rauzé, R., McDuff, P. & Cyr, M. (2009). Sexual behavior problems in children in Quebec youth protection services: associated factors. *Sexologies*, 19(2), pp. 87-91.
- Lindsay, M. (1999). The neglected priority: Sexual abuse in the context of residential child care. *Child Abuse Review, Special issue: Children in public care*, vol 8(6), pp. 405-418.
- Loeffen, M. (2007). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een onderzoek naar de intersectorale stand van zaken in Nederland*. Utrecht: Collegio.
- Lloyd, J., Crouch, N.S., Minto, C.L., Liao, L.M. & Creighton, S.M. (2005). Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, pp. 643-646.
- McConkey, R. & Ryan, R. (2001). Experiences of staff in dealing with client sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 45, part 1, pp 83-87.
- McLindon, E. & Harms, L. (2011). Listening to mental health workers' experiences: factors influencing their work with woman who disclose sexual assault. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, pp. 2-11.
- Mick J., Hughes M. & Cohen M. (2003). *Sexuality and cancer: How oncology nurses can address it BETTER*. *Oncol Nurs Forum*, 30, 152-153
- Moore S. & Rosenthal D. (2006). *Sexuality in Adolescence. Current Trends*. London/ New York: Routledge.
- NJi, *Interventie Girls Talk*. Utrecht. Nji Databank Effectieve Jeugdinterventies. 2008.
- NJi, *Interventie Boys R Us*. Utrecht. Nji Databank Effectieve Jeugdinterventies. 2012.
- NJi, *Interventie Girls' Choice. Wensen en grenzen in intimiteit*. Utrecht. Nji Databank Effectieve Jeugdinterventies. 2013.
- Outsem, R., Beckett, R., Bullens, R., Vermeiren, R., van Horn, J. & Doreleijers, T. (2006). The Adolescent Sexual Abuser Project (ASAP) Assessment Measures Dutch Revised Version: A comparison of personality characteristics between juvenile sex offenders, juvenile perpetrators of non-sexual violent offences and non-delinquent youth in the Netherlands. *Journal of Sexual Aggression*, Vol. 12(2), pp. 127-141.
- Överlieb, C. (2003). Innocent girls or active young women? Negotiating sexual agency at a detention home. *Feminism & Psychology*, vol 13(3), 345-367. Identificatienummer: B32178.

- Palareti, L. & Berti, C. (2010), Relational climate and effectiveness of residential care: Adolescent perspectives. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 38(1), 26-40.
- Pritchard, D., Graham, N., Ikin, A., Penney, H., Kovacs, L., Mercer, D., et al. (2012). Managing sexually harmful behaviour in a residential special school. *British Journal of Learning Disabilities*, 40(4), 302-309.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. (2008). The Transtheoretical Model and stages of change. In: K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 97-121). San Francisco: Jossey-Bass.
- Quinn, C., Happell, B. & Browne, G. (2011a). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (1), 21-28.
- Quinn, C., Happell, B. & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22 (3), 231-240.
- Schouten, R., Oudhof, M., Zoon, M. & Van der Steege, M. (2012). *Wat werkt in de hulpverlening aan pubermeisjes?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- SENSOA/ Garant (2010). *Vlaggensysteem. Praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Antwerpen/ Apeldoorn: Garant.
- Shapiro, J.P., Welker, C.J. & Pierce, J.L. (2001). An evaluation of residential treatment for sexually aggressive youth. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 10(1), 1-21.
- Steege, M. van der (2009). *Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht. Eindrapport met opbrengsten en aanbevelingen*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Storms, O. & Janssens, K. (2014). *Vlaggensysteem-RJ: Empirische onderbouwing*. Utrecht: Movisie.
- Vries, H. de, Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3 (3), 273-282.
- Weinstein, N.D., Sandman, P.M. & Blalock, S.J. (2008). The Precaution Adoption Process Model. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.) *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 123-165), San Francisco: Jossey-Bass.

Westenberg, P.M. (2008). *De jeugd van tegenwoordig*. Diesoratie uitgesproken op vrijdag 8 februari 2008 in de Pieterskerk te Leiden.

Zakireh, B.R, Ronis, S.T. & Knight, R.A. (2008). Individual beliefs, attitudes, and victimization histories of male juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, Vol. 20(3), pp. 323-351.

## Bijlage 1 Seksuele ontwikkeling in de adolescentie

De seksuele ontwikkeling is onderdeel van de algemene ontwikkeling en is nauw verbonden met en wordt beïnvloed door biologische aanleg (lichamelijke ontwikkeling, hersenontwikkeling, hormonen), psychologische factoren (emoties, motivaties en cognities) en sociaal-culturele factoren: het biopsychosociale model (Bancroft, 2009; De Graaf, 2013; Moore & Rosenthal, 2006; Sensoa/ Garant, 2010). Iemand's persoonlijke geschiedenis (gezinsklimaat, seksuele opvoeding, omgang met leeftijdsgenoten, eerste seksuele ervaringen) bepaalt betekenisgeving, motivaties, attitudes en interactievaardigheden. Binnen elke levensfase vindt de seksuele ontwikkeling plaats op verschillende domeinen, zoals lichaamsbeeld, gender, relatievorming, liefde en intimiteit, seksuele oriëntatie, gedrag, motieven en verlangens, en mogelijke problemen, waaronder ervaringen met seksueel geweld (multidimensionaliteit) (De Graaf, 2013).

De seksuele ontwikkeling begint al bij de conceptie, maar maakt in de adolescentie een grote ontwikkeling door. De adolescentie omvat ongeveer de periode van het 12<sup>e</sup> tot het 24<sup>e</sup> jaar. De puberteit is de fase aan het begin van deze periode, waarin de jongere geslachtsrijp wordt. De Graaf (2013) maakt in haar overzicht onderscheid tussen de vroege adolescentie (12-14 jaar), midden adolescentie (15-18 jaar) en de late adolescentie (19-24 jaar). Voor dit onderzoek gaat het vooral om de vroege en midden adolescentie. Hieronder volgt een schematisch overzicht (naar De Graaf, 2013).

### *Vroege adolescentie (12 t/m 14 jaar)*

- Intreden van de puberteit, er vinden (grote) lichamelijke veranderingen plaats, waaronder de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken. Bij meisjes begint de 'groei-spurt' eerder dan bij jongens. Bij meisjes is sprake van borstgroei, verbreding van de heupen, groei van schaamhaar en de eerste menstruatie. Jongens ontwikkelen divers lichaamshaar en ervaren hun eerste ejaculatie. Bij meisjes kunnen de lichamelijke veranderingen tot onzekerheid leiden.
- Ontwikkelingen in de hersenen met gevolgen voor psychologisch functioneren: pubers reageren heftiger op stress vanwege stijging (volwassenwording) van de activiteit van het stresssysteem en een veranderend slaap-waak ritme: later moe worden maar meer behoefte aan slaap.
- Losmakingsproces van de ouders treedt in: toename van autonomie en sterkere gerichtheid op leeftijdsgenoten, kwetsbaar voor mening van de groep (bij overgang naar het voortgezet onderwijs). Belang van sociale media en internet.
- Er is sprake van genderstereotypering van de (seksuele) relaties in deze periode: duidelijke verwachtingen over hoe meisjes (afwachtend en grenzen stellend) en jongens (altijd zin in seks en initiatief nemend) zich ten opzichte van elkaar horen te gedragen.
- De meeste jongens (89%) en meisjes (88%) zijn weleens verliefd geweest, en ruim tweederde heeft verkering gehad: 'oppervlakkige' relaties met leeftijdgenoten waarbij partnerkeuze veelal is gebaseerd op populariteit of aantrekkelijkheid).
- Jongeren voelen zich in deze levensfase voor het eerst seksueel aangetrokken tot anderen. Veel jongeren geven aan seksuele fantasieën of dagdromen te hebben,

meestal over het andere geslacht: driekwart van de 12-13-jarige jongens en de helft van de 12-jarige en 61% van de 13-jarige meisjes.

- Seksueel gedrag beperkt zich in deze levensfase doorgaans tot (tong)zoenen en voelen en strelen onder de kleren. 48% procent van de jongens en 38% van de meisjes heeft op deze leeftijd wel eens gezoend, 36% van de jongens en 23% van de meisjes heeft wel eens gevoeld en gestreeld. De meeste jongeren hebben nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap (7% wel). Driekwart van de jongeren geven aan nog te jong te zijn voor geslachtsgemeenschap, eerst een tijdje verkering te willen hebben of er (nog) geen behoefte aan te hebben.
- Jongens masturberen vaker dan meisjes: een derde van de 12-en 13-jarige jongens heeft wel eens gemasturbeerd, tegenover 16% van de meisjes. Ook komen jongens (veel) vaker dan meisjes (toevallig of doelbewust) in aanraking met porno (seksueel opwindend bedoeld beeld- of tekstmateriaal). Twee derde van de 12- tot 14-jarige jongens heeft het afgelopen half jaar porno gezien, meestal op internet, bij de meisjes is dit een vijfde.
- Niet-heteroseksuele jongeren worden zich daar in deze levensfase van bewust. Ze kunnen te maken krijgen met homonegativiteit, die in deze fase hoger is dan bij oudere jongeren.
- Seksueel geweld: een klein deel geeft aan minstens één keer gedwongen te zijn tot seksuele handelingen, 3,7% van de 12- tot 14-jarige jongens en 6,7% van de 12- tot 14-jarige meisjes. Bij eerste geslachtsgemeenschap op jonge leeftijd (voor het 14<sup>e</sup> jaar), is de kans dat iemand hiertoe werd overgehaald of gedwongen ruim twee keer groter dan wanneer dit op latere leeftijd plaatsvindt.

### ***Midden adolescentie (15 t/m 18 jaar)***

- Lichaamsbeeld: uiterlijk is enorm belangrijk, maar ontevredenheid bij meisjes neemt af;
- Genderstereotiepe opvattingen: ‘dubbele moraal’; ongeschreven regels over hoe jongens en meisjes zich horen te gedragen: meisjes moeten de grenzen aangeven, mogen niet te makkelijk zijn, voor jongens is veel seks juist statusverhogend. Jongens moeten altijd zin hebben. Meisjes zijn vaak zo bezig met het aangeven van grenzen dat ze aan het herkennen en realiseren van wensen niet toekomen.
- Vrijwel alle jongeren zijn weleens verliefd geweest, en 4 op de 5 heeft verkering gehad. (Kortdurende) relaties worden persoonlijker en intiemer. Communicatie over seksualiteit en het leren kennen en aangeven van wensen en grenzen is een belangrijk aandachtspunt.
- Seks wordt belangrijker. Dit gaat stap voor stap. Seks vindt meestal plaats in een vaste relatie, voor driekwart van de jongens en 9 van de 10 meisjes was de laatste sekspartner een vaste partner.
- Veilig gehechte jongeren hebben een positief seksueel zelfbeeld en een positief beeld van hun partner. Motieven voor seks zijn vaker relatiegericht en de jongeren ervaren meer positieve emoties tijdens seks. Bij angstig gehechte jongeren is vaker sprake van angst voor afwijzing. Ze worden eerder verliefd, hebben vaker op jongere leeftijd seksuele contacten en overschrijden vaker hun grenzen. Jongeren met een vermijdende hechtingsstijl hebben meer moeite met het aangaan van intieme relaties, geven aan seks minder belangrijk te vinden en hebben op latere leeftijd voor de eerste keer seks. Positieve ervaringen met belangrijke

hechtingsfiguren (vrienden, partners) kunnen zorgen voor ontwikkelen van een veilige hechtingsstijl.

- Seksuele oriëntatie: aanvankelijk verwarring. Zekerheid daarover duurt gemiddeld 2,7 jaar, en coming out nog later. Ook in deze fase kan nog sprake zijn homonegativiteit, maar wel minder dan in eerdere levensfase.
- Vrijwel alle jongens zijn wel eens seksueel opgewonden geweest, bij meisjes gaat dit iets langzamer.
- Driekwart van de 15-jarige en 86% van de 18-jarige jongens geeft aan in het afgelopen half jaar naar porno te hebben gekeken; bij meisjes is dit veel minder. Met 17 jaar heeft de helft van de Nederlandse jongeren geslachtsgemeenschap meegemaakt. Ook de helft heeft ervaring met orale seks. VMBO-jongeren zijn eerder. Allochtone jongens hebben meer ervaring dan autochtone jongens, bij meisjes is dit andersom.
- Seks is in deze fase, vergeleken met de jongere groep, minder omgeven met negatieve gevoelens.
- Verhoogd risico op soa en seksueel geweld: niet altijd condoms en verhoogd risico vanwege wisselende partners. Meisjes in deze leeftijd lopen verhoogd risico op seksueel geweld, mogelijk door: impulsief reageren zonder consequenties te overzien, situaties nog niet adequaat (als seksueel) kunnen inschatten, door hun leefstijl eerder in risicovolle situaties (vaker relaties, uitgaan).
- Meisjes hebben vaker seksuele problemen dan jongens (36% vs 23%), zoals geen zin (15%), niet klaarkomen (22%), en pijn (10%).



## Bijlage 2 Risicofactoren voor seksueel grensoverschrijdend gedrag

In de literatuur zijn verschillende risicofactoren onderscheiden voor enerzijds het meemaken en anderzijds het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze literatuur is bijvoorbeeld gebruikt om interventies die zijn ontwikkeld voor de preventie van seksueel grensoverschrijdend gedrag theoretisch te onderbouwen. Deze risicofactoren worden in meerdere overzichten geïntegreerd in het model van seksuele-interactiecompetentie. Hieronder volgt een overzicht. Er is gebruik gemaakt van de overzichten van De Graaf, Van Dijk en Wijsen (2010), De Haas en De Graaf (2011), De Haas, Jonker, Kuyper en Ohlrichs (2012).

### *Risicofactoren voor het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag*

#### Seksuele-interactiecompetentie

- Seksuele interactiecompetentie impliceert dat iemand weerbaar is als het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag: het kunnen weigeren van ongewenste seks. Weten wat je wel en niet wil is daarvoor een voorwaarde. Voor jongeren is dat lastig, omdat ze het niet altijd goed weten. Het gevolg daarvan kan ambigue communicatie zijn: 'nee' zeggen als je wel wil, en 'ja' zeggen als je eigenlijk niet wil. Ambigue communicatie hangt samen met een grotere kans op grensoverschrijding (Krahé, Scheinberger & Kolpin, 2000; Kuyper, De Wit, Adam, Woertman & Van Berlo, 2010). Het vermogen om grenzen aan te geven hangt ook samen met het aangeven van grenzen in andere contexten. Vrouwen die onduidelijke grenzen hebben, die de eigen behoeften niet kunnen onderscheiden van die van een ander en die met moeite weerstand kunnen bieden aan de eisen van een ander lopen groter risico (Messman-Moore et al., 2008). Nee zeggen is voor iedereen moeilijk omdat je een ander niet wil kwetsen; in seksuele interacties is het lastig omdat het ingaat tegen verwachtingen omtrent het verloop van de interactie (seksuele script) (Frith & Kitzinger, 2001).

#### Intermediërende factoren:

- Eigen-effectiviteit, de eigen inschatting van vaardigheden, hangt samen met het weigeren van ongewenste seks (Sionéan et al., 2002): hoe groter de eigen-effectiviteit, des te beter is iemand in staat ongewenste seks te weigeren;
- Seksueel zelfbeeld omvat seksuele motieven, opvattingen over seks en liefde, emoties rondom seks (schuld, schaamte) en de mate waarin iemand bereid is risico's te nemen. Een negatief seksueel zelfbeeld (ontevreden over het seksleven, preoccupatie, schaamte) vergroot het risico op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag, evenals het hebben van seks om niet-seksuele motieven (uit eenzaamheid of om de relatie goed te houden).
- Risicoperceptie: het eigen risico op seksueel geweld wordt structureel te laag ingeschat. Maar vooral van belang is de reactie op risico: slachtoffers reageren indirecter, minder actief en meer toegevend (Gidycz, McNamara & Edwards, 2006).

- Opvattingen over gender: dubbele moraal. Het aangeven van grenzen is de taak van meisjes. De overtuiging dat mannelijke controle normatief is in relaties hangt samen met het niet altijd weigeren van ongewenste seks (Sionean et al., 2002). Doordat meisjes zo sterk bezig zijn met het bewaken van grenzen, komen ze onvoldoende toe aan het herkennen en realiseren van hun wensen. Voor meisjes is het lastig om wensen aan te geven, voor jongens is het bijna geen optie om grenzen aan te geven.
- Toekomstperspectief: minder motivatie voor school lijkt een risicofactor, maar de richting van het verband is niet duidelijk (De Bruijn et al., 2006). Mogelijk zorgt de ervaring met seksueel geweld ervoor dat iemand zijn of haar toekomstperspectief verliest.

#### Context:

- Complexe situaties: Jongeren bevinden zich soms in situaties waarin ze aan de ene kant wel en aan de andere kant geen seks willen. Ze willen bijvoorbeeld wel met deze partner maar niet op deze plek, of wel zoenen maar ook niet meer dan dat. Ambigue communicatie komt vaak voort uit ambigue wensen.
- Partner: meestal is de dader een bekende. Bij bekenden zijn vrouwen minder op hun hoede, en zijn ze minder geneigd om weerstand te bieden. De ambivalentie is ook groter, omdat de eigen belangen worden afgewogen tegen de relatie met die ander. Jongeren die gevoelig zijn voor afwijzing zijn vaker slachtoffer van grensoverschrijding (Young & Furman, 2008).
- Alcoholgebruik: bij ongewenste seksuele ervaringen speelt alcohol vaak een rol (Messman-Moore, Coates, Gaffey & Johnson, 2008). Het lijkt er echter wel op dat meiden die sterke 'principes' hebben ten aanzien van seksuele contacten (bijv. geen seks met een onbekende) minder risico lopen als ze onder invloed zijn. Voldoende zelfvertrouwen kan daarbij helpen.

#### Achtergrondfactoren/risicogroepen:

- vroege starters (beperkte interactiecompetentie)
- laag opgeleide of cognitief minder vaardige jongeren
- probleemjongeren
- slachtoffers van seksueel misbruik

#### ***Risicofactoren voor het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag***

##### Cognitieve en sociaal-relatieve vaardigheidstekorten:

- Seksuele interactiecompetentie: een beperkte seksuele interactiecompetentie hangt samen met het uitoefenen van seksuele dwang (De Graaf et al., 2005). Een aspect van seksuele interactiecompetentie dat van belang is voor het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag, is de vaardigheid om indirecte, subtiele en non-verbale vormen van weigering op te pikken en correct te interpreteren. Daders van seksuele delicten hebben hier in elk geval relatief veel moeite mee. Deze mannen zijn relatief sterk op zichzelf gericht en interpreteren het gedrag van de ander daarom zoals het hen uitkomt (Hudson & Ward, 2000). Daarnaast komt het voor dat

iemand een weigering wel heeft begrepen, maar hier toch geen gehoor aan geeft. Het respecteren van grenzen is dan ook een belangrijke competentie voor het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag (De Bruijn et al., 2006).

- Zelfregulatie bij seksueel gedrag: in staat zijn om het eigen gedrag te reguleren (zichzelf in te houden) wanneer de ander iets niet wil, zelfs wanneer de seksuele interactie al ver is gevorderd. Seksueel agressieve mannen zijn hier minder goed in dan andere mannen. Beperkte zelfregulatie hangt negatief samen met seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Weerbaarheid tegen groepsdruk en omgevingsdruk: uit sommige studies blijkt dat groepsdruk samenhangt met het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag, in andere niet. Of jongens gevoelig zijn voor groepsdruk hangt waarschijnlijk samen met hun zelfbeeld. Jongens met een negatief zelfbeeld hebben waarschijnlijk meer behoefte zich te conformeren aan de groepsnorm en ontlenen hun status aan de waardering die ze krijgen van hun vrienden. Bij Turkse en Marokkaanse jongens kan acculturatiestress van invloed zijn op hun zelfbeeld. Een deel van de Turkse en Marokkaanse jongens krijgt van huis uit een sterk traditioneel mannelijk zelfbeeld mee, terwijl zij in de Nederlandse samenleving minder kansen hebben om de taken die bij dit zelfbeeld horen uit te voeren.
- Media: er is een verband tussen het zien van seksueel getinte mediabeelden en seksueel gedrag of opvattingen over seks, maar dit hangt af van de mate waarin jongeren de mediabeelden realistisch (is het echt?) of relevant (kun je er wat van leren) vinden; het verband is niet causaal.

#### Percepties en attitudes:

- Attitude: Het uitoefenen van seksuele dwang hangt samen met een positieve attitude ten aanzien hiervan. Een vijandige houding tegenover vrouwen dan wel mannen vergroot de kans op zowel verbaal als fysiek seksueel geweld gericht tegen respectievelijk vrouwen en mannen. Mannen die hoog scoren op vijandige mannelijkheid (een defensieve, vijandige, wantrouwige, onzekere houding met name ten opzichte van vrouwen, die gepaard gaat met een neiging tot het domineren, vernederen en controleren van vrouwen) plegen vaker seksueel grensoverschrijdend gedrag (Ward et al., 2006).
- Culturele en religieuze achtergrond en dubbele moraal: In veel godsdienstige milieus is er een taboe op het bespreken van seksualiteit, waardoor jongeren opgroeien tussen twee culturen en proberen zowel aan de eisen van hun ouders als aan die van hun leeftijdgenoten te voldoen. Zo staat de maagdelijkheidsnorm (voor het huwelijk geen seks) die binnen sommige islamitische en christelijke gezinnen wordt meegegeven, haaks op de beelden en boodschappen over seksualiteit die jongeren meekrijgen buiten het gezin, zoals in voorlichtingscampagnes, muziekclips en jongerenprogramma's. Dit kan de dubbele moraal in de hand werken: enerzijds onttrekken jongen zich aan bepaalde (seksuele) geloofsregels, anderzijds hebben jongens geen respect voor meisjes die dit ook doen. Sociale normen hebben dus invloed op attitudes van jongeren.

#### Achtergrondfactoren/risicogroepen:

- jongens accepteren een aantal risicofactoren voor grensoverschrijding eerder, zoals seks hebben met iemand die je niet goed kent of alcohol gebruiken voor de seks.
- laag-opgeleide jongens (vaker iemand gedwongen)
- probleemjongeren

#### ***Beschermende factoren***

- Jongeren uit een warm nest hebben een kleinere kans op zowel victimizatie als seksuele agressie. Daarnaast speelt bij meisjes het praten over seks in het gezin een rol bij het aangeven wat ze willen en het weigeren van ongewenste seks.