

VAN ALLE LEEFTIJDEN

ISBN 978-90-77289-06-8

Uitgeverij Eburon: info@eburon.nl/www.eburon.nl

Omslagontwerp: www.ontwerpaandewinkel.nl

© 2013 Rutgers WPF. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

VAN ALLE LEEFTIJDEN

De seksuele levensloop van conceptie tot overlijden

Hanneke de Graaf

RutgersWPF

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw



VOORWOORD

Seks is een leven lang leren. Het lichaam verandert, kennis en ervaring nemen toe, relaties ontwikkelen zich, persoonlijke omstandigheden wijzigen. Een leven lang zijn mensen genoodzaakt zich op seksueel vlak aan nieuwe situaties aan te passen en nieuwe keuzes te maken. In deze processen is altijd sprake van een dynamische interactie tussen de verschillende intra-individuele (biologische, psychologische) systemen en de sociale en culturele context. Seksualiteit is een biopsychosociaal fenomeen. Dat maakt seksualiteit een bij uitstek fascinerend domein van menselijke ervaring, een domein dat zich een leven lang ontwikkelt.

Over deze seksuele levensloop gaat dit boek. De auteur biedt daarmee een antwoord op drie door haar geconstateerde tekortkomingen. Ten eerste is er bij publiek en professionals onvoldoende inzicht in wat gebruikelijk dan wel afwijkend is in de seksuele levensloop, met als gevolg dat zaken die passend zijn in een 'normale' ontwikkeling soms onterecht geproblematiseerd worden of, anderzijds, afwijkingen van het gebruikelijke slecht worden gesignaleerd. Een tweede tekortkoming is dat de kennis die in dit boek is verzameld tot op heden (buiten een beperkte groep specialisten) onvoldoende wijdverbreid is. Niettemin zouden uiteenlopende groepen professionals in gezondheidszorg en onderwijs, evenals vele niet-professionals, er ruim baat bij kunnen hebben. De kennis die wél nog enigszins wordt gedeeld beperkt zich, ten derde, veelal tot de adolescentie. Daarom worden in dit boek niet alleen de relatief vroege levensfasen behandeld, maar eveneens die fasen behorend bij het volwassen leven en bij (beginnende) senioriteit. De indeling in levensfasen vormt de basisstructuur van het boek.

Gericht wordt vooral op die elementen en gebeurtenissen die de meeste mensen meemaken, op de meest typische dan wel meest voorkomende ervaringen, op de 'gewone' seksuele levensloop zo men wil. Maar ook in de meest 'gewone' seksuele levensloop zijn veel verschillende aspecten van belang. Die worden hier alle goed recht gedaan. Per levensfase wordt begonnen met belangrijke inzichten in de biopsychosociale context die voor die levensfase relevant is. Vervolgens wordt steeds de state-of-the-art kennis beschreven met betrekking tot elementen als seksueel gedrag, motieven en opvattingen, relatievorming, liefde en intimiteit, gender,

seksuele oriëntatie, interesse en verlangen, lichaamsbeeld, reproductieve gezondheid, soa/hiv, seksueel geweld, seksuele problemen en wetgeving. Deze multidimensionaliteit is wat niet alleen seksualiteit maar ook dit boek uitermate boeiend maakt.

Een rijke diversiteit aan wetenschappelijke kennis wordt gepresenteerd. Dit is verzameld onder begeleiding van een commissie bestaande uit dr. Luk Gijs, dr. Ellen Laan, prof. dr. Wilma Vollebergh, prof. dr. Walter Devillé, drs. Albert Neeleman, dr. Toon Voorham en prof. dr. Paul van Geert. Ondergetekende had het genoegen die commissie voor te mogen zitten.

De onderzoeker is er wonderwel in geslaagd zich door die diversiteit een heldere weg te banen. Het tot stand gebrachte overzicht biedt ongetwijfeld vele goede (en goed vindbare) aanknopingspunten voor zorgverleners, opvoedingsondersteuners en preventiewerkers. Het kan hen helpen een problematische seksuele ontwikkeling te herkennen. Het kan hen echter vooral een basis bieden voor ondersteuning van een positieve en gezonde seksuele ontwikkeling bij doelgroepen van jong tot oud, van conceptie tot overlijden. En dat is van belang, want in de 'gewone' seksuele levensloop is ondersteuning van gezondheid en plezier het beste wat men kan doen ter preventie van problemen.

Ine Vanwesenbeeck
Hoogleraar Seksuele ontwikkeling, diversiteit en gezondheid, Universiteit Utrecht
Manager onderzoek, Rutgers WPF

SAMENVATTING

Dit boek beschrijft de seksuele levensloop vanaf de conceptie tot aan het eind van iemands leven. Hierbij ligt de nadruk op de beschrijving van 'typische' (veel voorkomende) levenslopen. Voor verschillende levensfasen wordt de seksuele ontwikkeling in de brede zin van het woord beschreven. Zowel gedrag als gedachten en gevoelens komen aan bod, zowel seksueel plezier als seksuele risico's, en ook gebieden die nauw aan seksualiteit verbonden zijn, zoals lichaamsbeeld en genderrollen. Bij de beschrijving wordt een contextueel (levensloop) perspectief gehanteerd: de seksuele ontwikkeling vindt plaats in een context van biopsychosociale factoren, die ook wordt beschreven.

De resultaten laten zien dat seksuele ontwikkeling levenslang plaatsvindt. Voor de geboorte ligt de biologische basis van sekse al vast. Vanaf de geboorte genieten kinderen van aanraken en knuffelen. De peuter- en kleuterperiode is echt een ontdekkingsfase. Peuters en kleuters ontdekken dat ze een jongetje of een meisje zijn en wat daarbij komt kijken. Ze ontdekken hun lichaam en dat van anderen: hoe het eruit ziet, aanvoelt, hoe geslachtsdelen heten en wat je ermee kunt. Ze willen van alles weten, bijvoorbeeld waar baby's vandaan komen. En ze moeten zich verschillende sociaal-culturele regels nog eigen maken, dus het komt nogal eens voor dat kinderen van deze leeftijd hun geslachtsdelen laten zien of in het openbaar aan hun geslachtsdelen zitten.

Kinderen van 7 tot en met 9 jaar kennen deze regels steeds beter. Schaamte doet dan ook zijn intrede en je ziet dat kinderen dan eerder de wc-deur op slot doen of een handdoek om zich heen houden bij het omkleden. De eerste verliefdheden vinden plaats en een enkel kind heeft 'verkering', hoewel dit nog niet veel verder gaat dan enkel de afspraak dat je met elkaar gaat. Vanaf een jaar of 10 komen er pre-puberale processen op gang. Tussen het 10de en 12de jaar vinden al behoorlijk wat lichamelijke veranderingen plaats die de nodige onzekerheid met zich mee kunnen brengen. Sommige kinderen zijn erg geïnteresseerd in alles wat met seks te maken heeft: er wordt veel met vrienden over dit onderwerp gepraat, ouders krijgen allerlei vragen en kinderen gaan op zoek naar informatie over seksualiteit of seksueel getinte plaatjes en filmpjes.

Tussen de 12 en 14 jaar komen jongeren echt in de puberteit. Ze gaan zich langzamerhand steeds meer losmaken van hun ouders. Tegelijkertijd wordt de mening van de vriendengroep steeds belangrijker. De interesse in seks neemt toe: jongeren gaan fantaseren, ervaren gevoelens van seksuele opwinding en gaan masturberen. Dat laatste geldt vooral voor jongens, en die zoeken ook vaker seksueel getint beeldmateriaal op, vooral op internet. Vrijwel alle jongeren van deze leeftijd zijn wel eens verliefd geweest en een deel van hen heeft ook verking (gehad). Binnen deze relaties beperkt seksueel gedrag zich nog vooral tot zoenen en eventueel voelen en strelen.

In de periode van 15 tot en met 18 jaar worden relaties en seksuele contacten langzamerhand steeds serieuzer. Seks gaat stapje voor stapje verder en veel jongeren doen in deze periode de eerste ervaringen op met vingeren en aftrekken, geslachtsgemeenschap en orale seks. Daarin zijn laagopgeleide jongeren er over het algemeen wat eerder bij dan hoogopgeleide jongeren. Ook ontdekken veel jongeren in deze periode of ze op jongens of meisjes vallen. Voor degenen bij wie dit (ook) het eigen geslacht is, kan dit een verwarrende tijd zijn, die meestal wordt afgesloten met het zichzelf benoemen als homo, lesbisch of bi en dit aan anderen vertellen.

In de leeftijdsgroep 19 tot en met 24 jaar zijn de meeste jongeren seksueel actief. Relaties gaan langer duren, maar worden ook nog wel vaak na kortere of langere tijd beëindigd, waarna weer een nieuwe vaste relatie wordt aangegaan. In deze levensfase gaan jongeren veel uit en het middelengebruik is hoog. De relatief hoge mate van seksuele activiteit, gekoppeld aan leefstijl en het in beperkte mate kunnen overzien van risico's, maakt dat de risico's op seksueel gebied groot zijn. Soa's, abortussen en ervaringen met grensoverschrijding, komen relatief veel voor in deze leeftijdsfase. Bij meisjes komen ook seksuele problemen, zoals pijn, het meest voor in deze levensfase.

In de levensfase van 25 tot 40 jaar hebben de meeste mensen een langdurige vaste relatie. In langdurige relaties kan de seks steeds beter worden, omdat de kennis over elkaar, de intimiteit en het vertrouwen groeien. Maar de zin in seks kan ook geleidelijk afnemen. Veel mensen krijgen in deze levensfase te maken met zwangerschap en de zorg voor

kleine kinderen. Als stellen zwanger proberen te worden verliezen ze soms de leuke kanten van seks uit het oog. Zwangerschap en de zorg voor jonge kinderen gaan gepaard met belangrijke biologische, psychologische en sociale veranderingen. Dit kan tot gevolg hebben dat de tevredenheid over het seksleven tijdelijk lager is.

Tussen de 40 en 55 jaar hebben de meeste mensen een vaste partner, maar vinden ook de meeste scheidingen plaats. Mannen en vrouwen die na een langdurige relatie opnieuw een nieuwe relatie aangaan, moeten hierbij ook weer over condoomgebruik gaan nadenken en onderhandelen. Rond de 51 jaar vindt bij vrouwen de overgang plaats. Door de lagere concentraties oestrogenen kan het seksueel verlangen minder worden en later in de overgang is er soms sprake van vaginale atrofie. Bij voldoende erotische stimulatie is de vaginale doorbloeding bij postmenopauzale vrouwen echter niet anders dan bij premenopauzale vrouwen.

Met het klimmen der jaren neemt seksuele activiteit geleidelijk af, maar stopt voor een flinke groep niet. Geslachtsgemeenschap wordt deels wel vervangen door andere vormen van seks, zoals wederzijds masturberen en strelen. Ouderen hebben meer tijd voor elkaar dan mensen met thuiswonende kinderen of met een drukke baan. Anticonceptie is niet meer nodig. Sommige ouderen zeggen dat hun seksleven er alleen maar beter op is geworden. Hun wijsheid, ervaring en de intimiteit die zij hebben opgebouwd met hun partner dragen hieraan bij. De zeventigjarigen van nu zijn seksueel actiever en meer tevreden over hun seksleven dan de generaties voor hen.

Met het ouder worden verandert het seksleven echter niet altijd in positieve zin. Vooral de vierde levensfase (vanaf 75 jaar) gaat gepaard met verliezen: van de partner, andere dierbaren, status, aantrekkelijkheid, psychische en lichamelijke gezondheid. Door het 'mannentekort' zijn veel oudere vrouwen alleenstaand. De prevalentie van seksuele problemen, zoals erectieproblemen en het minder vochtig worden van de vagina, neemt toe. Ouderen hebben vaker te maken met een lichamelijke beperking of chronische ziekte, zoals reuma, diabetes, hart- en vaatziekten, kanker of dementie. Deze aandoeningen kunnen direct of indirect een negatief effect hebben op het seksueel functioneren.

De resultaten van dit literatuuronderzoek laten zien dat seksualiteit op elke leeftijd een rol speelt. Ook maakt dit onderzoek zichtbaar hoe belangrijke gebeurtenissen in iemands leven, zoals een zwangerschap, scheiding of chronische ziekte, van invloed kunnen zijn op het seksueel functioneren en welbevinden. Professionals die mensen bij deze gebeurtenissen begeleiden dienen hier oog voor te hebben en hier actief naar te informeren. Seksualiteit kan een gevoelig onderwerp zijn, maar hopelijk ondersteunt de informatie uit dit boek professionals om dit toch ter sprake te brengen.

SUMMARY

This book describes the sexual life cycle starting at conception up to the end of one's life. The description of 'typical' (i.e. often occurring) life cycles is emphasized. Sexual development is being described in the broadest sense of the word. Thoughts as well as feelings are explored, sexual pleasure as well as sexual risks, and also areas that are closely related to sexuality, such as body image and gender roles. We have employed a contextual (life cycle) perspective: sexual development occurs in a context of biopsychosocial factors that is described as well.

The results show that sexual development is a lifelong ongoing process. The biological basis of people's sex is already established before they are born. From birth onwards babies love to be touched and cuddled. For toddlers and pre-schoolers life is full of exploration; they find out they are a boy or a girl and the difference between the two. They discover their own and other children's bodies, how their bodies look like and how they feel, what their genitals are called and their functions. They want to know everything, like where babies come from. They have yet to find out the different social cultural rules and it often happens that these young children show or touch their genitals in public.

Children aged seven to nine are better able to recognize these rules. They start having feelings of shame, locking the bathroom and wrapping towels around themselves when dressing. They may fall in love for the first time, or have a first 'courtship', though this will be limited to agreeing that they are going steady. By the age of ten various pre-adolescent processes get under way. Between ages 10 and 12 children experience quite a few bodily changes that can give rise to feelings of uncertainty. Some children are very interested in everything concerning sex: they extensively talk about it with friends and keep asking their parents about it. Some children also seek information about sexuality or sexually suggestive images and video films.

Between 12 and 14 young people reach puberty and they start to become more independent from their parents. At the same time the opinion of their peers becomes increasingly important. They get more interested in

sex as well: young people start fantasizing and feeling sexually aroused. They also start masturbating, especially boys. Adolescent boys become active surfers on the Internet looking for sexual imagery. Most young people have been in love by that age and some have (had) steady boyfriends or girlfriends. Sexual behaviour in these relationships usually only amounts to kissing or sometimes touching and petting.

By the time that young people are 15 to 18 years old their relationships and sexual contacts become more serious. Both boys and girls gradually take their sexuality one step further and many of them then have their first experiences with mutual masturbation, sexual intercourse and oral sex. Lower educated youngsters usually have these experiences at an earlier age than their higher educated peers. At the same time boys and girls get to know whether they feel attracted to boys or girls. For those who feel attracted to their own sex, this can be a confusing period in their lives, that usually will lead to their coming out as gay, lesbian or bisexual and telling this to others.

In the age group 19 to 25 years most young people are sexually active. Relationships are getting steady, but may still end after a longer or shorter period, after which a new relationship is started. In this stage of life young people have frequent nights out and substance use increases. The relatively high sexual activity linked to their lifestyle and not being able to estimate risks, cause many sexual risks, such as STIs, abortion and sexual coercion, to take place especially at this stage of life. For girls sexual problems, such as pain during intercourse, are also relatively prevalent at this age.

Most people are in a long lasting, steady relationship by the time they are 25 to 40 years. On the one hand, people's sex lives could gradually become better in longer lasting relationships, since they have come to know each other better and intimacy and trust have increased. On the other hand, desire may gradually diminish. In this stage of life many people get pregnant and have to take care of their small children. If couples are trying to get pregnant, they may lose sight of the nice aspects of sex. Pregnancy and the care for young children are coupled with important biological, psychological and social changes. This may temporarily result in lower levels of sexual satisfaction.

Between 40 and 55 years most people are in a steady relationship, though most divorces also take place during this period in life. Men and women who start new relationships after having been in a long lasting relationship, are faced with having to think and negotiate about using condoms. When women are about 51 menopause sets in. Because of the lower oestrogen levels their desire may diminish and sometimes they suffer from vaginal atrophy later during the menopause. When they are sufficiently erotically stimulated, however, the vaginal blood flow in post-menopausal women is no different from that of pre-menopausal women.

With advancing years people's sexual activities gradually decrease, though quite a few older people still remain sexually active. Sexual intercourse is sometimes replaced with other forms of sex, such as mutual masturbation and petting. When people are getting older they have more time for each other than people with children living at home and busy jobs. They no longer need contraception. Some seniors claim that their sex lives have only improved. Having become wiser and more experienced and the growing intimacy with their partner have all contributed to this. The seventy-year-olds nowadays are sexually more active and satisfied about their sex lives than the generations before them.

With advancing years people's sex lives do not always change for the better. Especially the fourth stage in life (75 years and older) is accompanied by losses: the loss of one's partner and other loved ones, social status, attractiveness and mental and physical health. Many women are single due to a shortage of men. The prevalence of sexual problems, such as erection problems and vaginal dryness, increases. Older people are more often faced with physical impairment or chronic disease, such as rheumatism, diabetes, coronary and vascular disease, cancer and senile dementia. These disorders may have a negative effect on sexual functioning.

The results of this literature study show that sexuality plays a part in every stage of life. It also illustrates how important life events in people's lives, such as pregnancy, divorce or a chronic disease, may affect their sexual functioning and well-being. Care professionals and counsellors who support these people should be attentive and inquire about this. Sexuality remains

a sensitive subject, but hopefully this book will help professionals discussing the subject.

INHOUD

Hoofdstuk 1 Opzet en uitvoering van het onderzoek	1
1.1 Aanleiding en doelstelling	1
1.2 Begrippenkader	1
1.3 Selectie van literatuur	4
Hoofdstuk 2 Vroege kindertijd (conceptie tot en met 5 jaar)	5
2.1 Biopsychosociale context	5
2.2 Lichaamsbeeld	8
2.3 Genderidentiteit en genderrol	8
2.4 Genderdysforie	9
2.5 Verliefdheid	9
2.6 Interesse in geslachtsdelen en seksualiteit	10
2.7 Seksueel getint gedrag	10
2.8 Wetgeving	11
Hoofdstuk 3 Kindertijd (6 tot en met 11 jaar)	13
3.1 Biopsychosociale context	13
3.2 Lichaamsbeeld	14
3.3 Genderidentiteit en genderrol	15
3.4 Genderdysforie	15
3.5 Verliefdheid en verkering	16
3.6 Interesse in seksualiteit en gevoelens	16
3.7 Seksueel getint gedrag	18
3.8 Wetgeving	19
Hoofdstuk 4 Vroege adolescentie (12 tot en met 14 jaar)	21
4.1 Biopsychosociale context	21
4.2 Lichaamsbeeld	24
4.3 Genderidentiteit en genderrol	24
4.4 Genderdysforie	25
4.5 Verliefdheid en verkering	25
4.6 Seksuele oriëntatie	26
4.7 Interesse en verlangen	26
4.8 Seksueel gedrag	27
4.9 Opvattingen en gevoelens	28

4.10	Reproductieve gezondheid	28
4.11	Seksueel geweld	29
4.12	Seksuele problemen	30
4.13	Wetgeving	30
Hoofdstuk 5 Midden adolescentie (15 tot en met 18 jaar)		31
5.1	Biopsychosociale context	31
5.2	Lichaamsbeeld	31
5.3	Genderidentiteit en genderrol	32
5.4	Genderdysforie en transgenders	33
5.5	Verliefdheid en (seksuele) relaties	33
5.6	Seksuele oriëntatie	35
5.7	Interesse en verlangen	36
5.8	Seksueel gedrag	37
5.9	Opvattingen en gevoelens	39
5.10	Reproductieve gezondheid	40
5.11	Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv	42
5.12	Seksueel geweld	43
5.13	Seksuele problemen	45
5.14	Wetgeving	46
Hoofdstuk 6 Late adolescentie (19 tot en met 24 jaar)		47
6.1	Biopsychosociale context	47
6.2	Lichaamsbeeld	47
6.3	Genderdysforie	48
6.4	Verliefdheid en (seksuele) relaties	49
6.5	Seksuele oriëntatie	50
6.6	Interesse en verlangen	50
6.7	Seksueel gedrag	52
6.8	Opvattingen en gevoelens	53
6.9	Reproductieve gezondheid	53
6.10	Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv	54
6.11	Seksueel geweld	56
6.12	Seksuele problemen	56
Hoofdstuk 7 Volwassenheid (25 tot en met 39 jaar)		57
7.1	Biopsychosociale context	57
7.2	Lichaamsbeeld	59

7.3	Genderrol	60
7.4	Genderdysforie	60
7.5	Verliefdheid en (seksuele) relaties	60
7.6	Seksuele oriëntatie	61
7.7	Interesse en verlangen	62
7.8	Seksueel gedrag	64
7.9	Opvattingen en gevoelens	65
7.10	Reproductieve gezondheid	66
7.11	Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv	68
7.12	Seksueel geweld	68
7.13	Seksuele problemen	68
Hoofdstuk 8 Midlife (40 tot en met 54 jaar)		71
8.1	Biopsychosociale context	71
8.2	Lichaamsbeeld	72
8.3	Genderdysforie	73
8.4	Verliefdheid en (seksuele) relaties	73
8.5	Interesse en verlangen	74
8.6	Seksueel gedrag	74
8.7	Reproductieve gezondheid	75
8.8	Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv	76
8.9	Seksuele problemen	76
Hoofdstuk 9 Derde levensfase (55 tot en met 74 jaar)		79
9.1	Biopsychosociale context	79
9.2	Verliefdheid en (seksuele) relaties	81
9.3	Seksuele oriëntatie	81
9.4	Interesse en verlangen	81
9.5	Seksueel gedrag	82
9.6	Opvattingen en gevoelens	83
9.7	Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv	84
9.8	Seksuele problemen	84
Hoofdstuk 10 Vierde levensfase (75 jaar en ouder)		87
10.1	Biopsychosociale context	87
10.2	Verliefdheid en (seksuele) relaties	88
10.3	Interesse en verlangen	88
10.4	Seksueel gedrag	89

10.5	Opvattingen en gevoelens	90
10.6	Seksuele problemen	90
	Conclusie	93
-	Aanbevelingen voor professionals	93
-	Aanbevelingen voor verder onderzoek	98
	Referenties	101
	Bijlage 1	113

HOOFDSTUK 1

OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

1.1 Aanleiding en doelstelling

Seksualiteit en seksuele ontwikkeling zijn onlosmakelijk verbonden aan een mensenleven, van conceptie tot het eind van iemands leven. Op dit moment ontbreekt voldoende inzicht in gebruikelijke varianten van een levenslange seksuele ontwikkeling. Kennis van seksuele ontwikkeling concentreert zich voornamelijk op de adolescentie, en kennis van de levenslange seksuele ontwikkeling is vooral beperkt tot een kleine groep specialisten (seksuologen). Hierdoor worden problematische seksuele ontwikkelingen (die iemand zelf problematisch vindt, of die schadelijk kunnen zijn voor hemzelf of voor anderen) in verschillende beroepspraktijken onvoldoende onderkend. Onvoldoende inzicht in de levenslange seksuele ontwikkeling kan er echter ook toe leiden dat gedragingen of gevoelens die heel passend kunnen zijn in een bepaalde levensfase (denk aan kinderen die ‘dokterdje’ spelen, of verliefdheid in een zorginstelling), als ‘afwijkend’ worden gezien. Goed inzicht in de seksuele levensloop biedt aanknopingspunten voor adequate ondersteuning van seksualiteit en maakt dat onnodige zorgen of problemen weggenomen kunnen worden. Deze kennis kan professionals helpen bij het ter sprake brengen van seksualiteit, het reageren op vragen op dit gebied en het signaleren van veelvoorkomende problematiek bij bepaalde transities. Met dit onderzoek willen we de boodschap afgeven dat aandacht voor seksualiteit gedurende de hele levensloop legitiem is. We hopen hiermee een bijdrage te leveren aan positieve aandacht voor seksualiteit in verschillende beroepspraktijken.

1.2 Begrippenkader

Levensfasen

In deze leeflijn wordt seksuele ontwikkeling beschreven in levensfasen. In de ontwikkelingspsychologie worden doorgaans vijf grotere fasen onderscheiden: de prenatale periode, kindertijd, adolescentie, volwassenheid en ouderdom (Bouman, Bernards & Boddeke, 2008). Deze fasen zijn echter te grof voor een nauwkeurige beschrijving van de

seksuele levensloop. In dit onderzoek is daarom binnen elk van deze fasen nog onderscheid aangebracht tussen subfasen. Hiervoor konden wij ons niet baseren op een universeel indelingsprincipe: afbakeningen in leeftijd in andere studies hangen sterk af van het aspect waarvan ontwikkeling wordt bestudeerd. Uitgaande van belangrijke mijlpalen in de seksuele ontwikkeling en praktische overwegingen (de afbakeningen in leeftijd in de gebruikte literatuur) kwamen wij tot de volgende indeling in levensfasen:

- vroege kindertijd (conceptie - 5 jaar).
- late kindertijd (6 - 11 jaar).
- vroege adolescentie (12 - 14 jaar).
- midden adolescentie (15 - 18 jaar).
- late adolescentie (19 - 25 jaar).
- volwassenheid (25 - 39 jaar).
- midlife (40 - 54).
- derde levensfase (55 - 75 jaar).
- vierde levensfase (75 - 99 jaar).

Context

Een belangrijk uitgangspunt van dit literatuuronderzoek is dat ontwikkeling plaatsvindt in een biopsychosociale context. Deze context wordt gevormd door een breed scala aan factoren die van invloed kunnen zijn op de seksuele levensloop: de biologische aanleg, de individuele psychologische kenmerken (zoals emoties, motivaties en cognities) en sociaal-culturele factoren (Bancroft, 2009). Gebeurtenissen die van invloed kunnen zijn op de levensloop kunnen worden onderverdeeld in:

1. belangrijke gebeurtenissen die niet iedereen overkomen (atypische gebeurtenissen);
2. belangrijke gebeurtenissen die veel mensen in een bepaalde levensfase meemaken (typische gebeurtenissen);
3. belangrijke gebeurtenissen die hele cohorten tegelijk meemaken (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2007).

In dit literatuuronderzoek beginnen we bij elke levensfase met een beschrijving van de biopsychosociale context. Hoe is het in deze fase gesteld met de hormonale of hersenontwikkeling? Welke cognitieve of emotionele vermogens heeft iemand in deze fase? En welke sociale factoren zijn in deze fase het meest van belang? Door het beschrijven van deze context krijgt de lezer een beter beeld van de achtergronden van seksuele ontwikkeling en zal hij of zij beter begrijpen hoe het seksuele

gedrag en de seksuele gevoelens in deze fase vorm krijgen. We gaan hierbij vooral in op gebeurtenissen die de meeste mensen meemaken, omdat het doel van dit literatuuroverzicht is om de meest voorkomende levenslopen te beschrijven. Waar mogelijk wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen leeftijds- en cohorteffecten. Belangrijke gebeurtenissen die slechts een minderheid overkomen, zoals een ernstig ongeluk, het winnen van de loterij of bekering (tot een ander geloof), kunnen uiteraard van grote invloed zijn op een individuele levensloop, maar vallen buiten het bestek van dit onderzoek.

Domeinen

Een ander belangrijk uitgangspunt van dit literatuuronderzoek is de multidimensionaliteit van ontwikkeling. Ontwikkeling vindt plaats op verschillende deelgebieden, in sommige levensfasen meer op het ene, in andere levensfasen meer op het andere gebied. We beschrijven per levensfase ontwikkelingen op de volgende domeinen binnen seksualiteit:

- lichaamsbeeld (bijvoorbeeld tevredenheid over het lichaam).
- genderidentiteit en genderrol (bijvoorbeeld weten of je een jongen of meisje bent en gendertypisch gedrag).
- verliefdheid en (seksuele) relatievorming.
- seksuele oriëntatie (de ontwikkeling van een niet-heteroseksuele oriëntatie).
- interesse en verlangen (zoals fantaseren, opwinding, seks belangrijk vinden, zin in seks, parafilieën).
- seksueel gedrag (zoals masturberen, pornogebruik en seks met een partner).
- opvattingen en gevoelens (zoals de houding ten aanzien van 'losse' seks, seksuele motieven, schuld en schaamtegevoelens).
- reproductieve gezondheid (bijvoorbeeld anticonceptiegebruik, vruchtbaarheid en (ongeplande) zwangerschap).
- seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en hiv (zoals condoomgebruik, testgedrag en prevalentie soa/hiv).
- seksueel geweld (diverse vormen van grensoverschrijding).
- seksuele problemen (zoals erectieproblemen, niet vochtig worden of pijn bij het vrijen).
- wetgeving (vooral bij minderjarigen).

Op veel van deze domeinen vindt levenslang ontwikkeling plaats, op sommige domeinen ligt het zwaartepunt van ontwikkeling in bepaalde levensfasen.

1.3 Selectie van literatuur

Vanwege de immense hoeveelheid literatuur over de hierboven genoemde domeinen, is ervoor gekozen om zoveel mogelijk gebruik te maken van overzichtsartikelen en handboeken. Omdat dit onderzoek ten doel had om de Nederlandse situatie te beschrijven, is daarbij zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van in Nederland uitgevoerd onderzoek. Wanneer dit niet voorhanden was, is gezocht naar onderzoek in andere westerse landen, bij voorkeur Europees onderzoek, maar bij afwezigheid hiervan ook onderzoek in Amerika of Oceanië. Onderzoek uitgevoerd in niet-westerse landen is buiten beschouwing gelaten, omdat de context in deze landen vaak teveel verschilt van de Nederlandse situatie om de resultaten ervan te kunnen generaliseren. Hoewel de nadruk zal liggen op typische levenslopen, zal er ook aandacht zijn voor de levenslopen van enkele belangrijke minderheidsgroepen. Professionals krijgen ook met deze groepen te maken en hebben juist bij uitzonderingen behoefte aan handvatten om hiermee om te gaan. Minderheidsgroepen waar binnen de leeflijn seksuele ontwikkeling extra aandacht voor is, zijn homo- en biseksuele mannen en vrouwen, transgenders, mensen met een lichamelijke beperking en mensen van niet-Nederlandse afkomst.

HOOFDSTUK 2

VROEGE KINDERTIJD (CONCEPTIE TOT EN MET 5 JAAR)

2.1 Biopsychosociale context

Bij de bevruchting wordt de genetische basis voor sekse gelegd (XX voor een meisje, XY voor een jongen). Tot 5 weken na de conceptie zien de genitaliën van jongens en meisjes er hetzelfde uit. Ze bestaan uit twee urogenitale plooien, twee buizen van Wolff en twee buizen van Müller. Vanaf de 6de week zorgt een geslachtsbepalend gen op het Y-chromosoom (SRY) ervoor dat bij jongens de testes worden gevormd. Onder invloed van HCG (humaan choriongonadotrofine) uit de placenta gaan de testes vanaf week 7-8 testosteron produceren. Onder invloed van testosteron groeien de buizen van Wolff uit tot zaadleiters, zaadblaasjes en bijballen. De testes produceren ook anti-Müller-hormoon (AMH), wat ervoor zorgt dat de buizen van Müller verdwijnen. De penis en urethra worden gevormd door fusie van de urogenitale plooien en uitgroei van de urogenitale gleuf, het scrotum door fusie van de scrotale wallen. Testosteron heeft ook invloed op de ontwikkeling van sekse-dimorfe kernen in de hersenen (Delemarre-van der Waal et al., 2006; Stoeckart, Swaab, Gijs, De Ronde & Slob, 2009). Jongetjes kunnen al voor de geboorte een erectie krijgen (Jakobovits, 2001).

Bij een XX-chromosomenpaar worden er geen testes gevormd en is er geen testosteron. In dat geval ontstaan vanaf week 10 of 11 vrouwelijke genitaliën. De buizen van Müller groeien uit tot uterus, eileiders en het diepe deel van de vagina. De kiemcellen van het ovarium produceren oestradiol, waardoor de clitoris, schaamlippen en het onderste deel van de vagina zich ontwikkelen. Soms zijn de uitwendige geslachtsorganen van een pasgeborene niet duidelijk mannelijk of vrouwelijk, dit wordt ook wel een ambigue genitaal of intersekse genoemd (Delemarre-van der Waal, 2006; Stoeckart et al., 2009).

In de eerste weken na de geboorte zijn de geslachtshormonen (follikelstimulerend hormoon (FSH), luteïniserend hormoon (LH), testosteron en oestrogenen) nog meetbaar. Dit daalt vervolgens tot

HOOFDSTUK 2

onmeetbare waarden. Bij de geboorte zijn de voorhuid en eikel nog een geheel en ook bij meisjes kunnen de schaamlippen (deels) verkleefd zijn. Sommige kinderen worden besneden. Dat gebeurt meestal in de periode van kort na de geboorte tot de puberteit. In Nederland worden naar schatting 50 meisjes per jaar besneden (Exterkate, 2013). De uitgebreidste vorm van meisjesbesnijdenis, waarbij schaamlippen en clitoris gedeeltelijk of volledig worden weggesneden en de ingang van de vagina wordt vernauwd of vrijwel afgesloten, komt in Nederland nauwelijks voor. Wat vermoedelijk wel voorkomt, is het verwijderen van de voorhuid van de clitoris, het verwijderen van de clitoris zelf of het prikken of snijden in de clitoris en/of de schaamlippen. Hierbij worden soms ook irriterende substanties of kruiden in de vagina gebracht. Voor meisjes kan besnijdenis later voor seksuele problemen zorgen, zoals seksuele aversie, pijn of orgasme problemen (Exterkate, 2013). Naar schatting worden jaarlijks 10- tot 15.000 minderjarige jongens besneden (KNMG, 2010). Doorgaans wordt de voorhuid hierbij rondom verwijderd, maar er bestaan ook andere vormen van jongensbesnijdenis, waarbij een deel van de voorhuid blijft zitten of de voorhuid alleen wordt ingesneden. Jongensbesnijdenis is niet verboden, maar de KNMG heeft hier in 2010 wel een negatief advies over gegeven. Er bestaat geen consensus over de gevolgen van jongensbesnijdenis voor het latere seksueel functioneren.

De motoriek is eerst reflexmatig. Rond 6 à 7 maanden wordt het handelen doelgericht (Kohnstamm, 2009). Op de leeftijd van 2 jaar komt de ontwikkeling van het zelfbeeld en de zelfwaardering op gang. Peuters zijn vaak onrealistisch positief over zichzelf, doordat ze nog niet het vermogen hebben om zichzelf met anderen of met een ideaal zelfbeeld te vergelijken. Kleuters vergelijken zichzelf vooral met hoe ze vroeger waren, en omdat ze op deze leeftijd op allerlei terreinen snel vooruitgaan, pakt deze vergelijking positief uit (Harter, 2008). In deze levensfase leren kinderen ook praten. Daarnaast worden kinderen gemiddeld tussen het 3de en 4de jaar zindelijk, waardoor ze - in elk geval overdag - vaak geen luier meer dragen (Kohnstamm, 2009).

Ouders zijn in deze levensfase de belangrijkste bron van sociale steun en begeleiding. Aanraking (huid-op-huidcontact met de ouders) is voor pasgeboren baby's een erg belangrijke vorm van contact maken (Kohnstamm, 2009). Bij kinderen met een beperking, vooral met uiterlijke afwijkingen, is er soms minder huidcontact dan bij kinderen zonder een

beperking. Deze kinderen lopen daardoor het risico dat ze later minder van lichamelijke aanraking kunnen genieten (Meihuizen-de Regt, Wiegerink & Van der Doef, 2003).

De periode tussen 6 maanden en 3 tot 4 jaar is belangrijk voor de ontwikkeling van hechting. Wanneer de ouders de behoeftes van het kind voldoende aanvoelen en vervullen (responsief zijn), ontwikkelt een kind het gevoel dat hij of zij de moeite waard is, dat anderen er voor je zijn en dat je op anderen kunt vertrouwen (veilige hechting). Wanneer de ouders onvoldoende beschikbaar of responsief zijn, kan het kind een onveilige hechtingsstijl ontwikkelen (angstig of vermijdend). Onveilig gehechte mensen hebben een laag zelfbeeld en staan wantrouwend tegenover anderen. Bij angstige hechting is er grote behoefte aan aandacht en steun en tegelijk de angst dat anderen dit niet zullen geven. Vermijdend gehechte personen proberen emotioneel afstand te houden en vertrouwen alleen op zichzelf in geval van nood. In latere partnerrelaties kunnen deze hechtingsstijlen doorwerken in cognities, emoties en gedrag. Ze kunnen echter ook gedurende de hele levensloop bijgesteld worden aan de hand van latere ervaringen met belangrijke hechtingsfiguren (Dewitte, 2012; Mikulincer & Shaver, 2010). Ernstige problemen in de gezinssituatie, zoals psychisch, fysiek en seksueel misbruik, kunnen allerlei problemen later in de seksuele levensloop veroorzaken, zoals vroegtijdig seksueel actief worden, slachtoffer of dader worden van seksueel geweld, relatie- en seksuele problemen (Van Dijk, Veen & Cox, 2010). Op basis van registraties van professionals is geschat dat jaarlijks 119.000 kinderen tussen de 0 en 17 jaar mishandeld of verwaarloosd worden. Hiervan is ongeveer twee vijfde onder de vier jaar (Alink et al., 2011).

Over het algemeen wordt de opvoeding in Nederland gekenmerkt door een hoge mate van ondersteuning, voldoende structuur en regelmaat en weinig autoritaire controle. De meeste ouders hechten veel belang aan autonomie en assertiviteit (Bucx, 2011). Hoogopgeleide ouders verlenen hun kinderen wel meer autonomie dan laagopgeleide ouders en in allochtone gezinnen is vaker sprake van een autoritaire opvoedstijl dan in autochtone gezinnen. Daarmee is niet gezegd dat deze kinderen geen hechte en warme relatie hebben met hun ouders. Het begrip 'autonomie' kan ook op verschillende manieren worden opgevat. Chinese en Marokkaanse moeders hechten bijvoorbeeld veel waarde aan sociale verbondenheid. Voor hen betekent 'autonomie' vooral zelfredzaamheid, sociale verantwoordelijkheid en

sociaal verstand. Voor Creools-Surinaamse moeders is zelfbepaling een erg belangrijk onderdeel van autonomie (Baan, Tuk & Vos, 2008).

Doordat veel kinderen onder de 4 jaar naar een kinderdagverblijf gaan, brengen zij al vroeg in hun leven veel tijd door met leeftijdsgenoten. Ongeveer 1 op de 3 huishoudens met 1 of meer kinderen onder de 4 jaar gebruikt formele kinderopvang (CBS Statline, 2011). Op de leeftijd van 4 jaar gaan kinderen voor het eerst naar school en krijgen ze te maken met klasgenoten. Ongeveer drie kwart van de kleuters heeft al 1 of meerdere 'vrienden', hoewel vriendschappen vaak nog niet heel diep gaan en vaak kortdurend zijn. Ongeveer 30% van de kleuters speelt ook met kinderen van de andere sekse (Hartup, 2006). Klasgenoten kunnen ook een rol gaan spelen in het gedrag of opvattingen van een kind. Ze kunnen bijvoorbeeld negatief reageren als een kind zich niet conform de eigen genderrol gedraagt. Op deze leeftijd heeft de reactie van anderen echter nog weinig gevolgen voor het gevoel van eigenwaarde. Kinderen beseffen wel wat anderen van hen vinden, maar internaliseren dit nog niet. Ook kunnen ze zich nog niet zo goed in anderen verplaatsen (Harter, 2008).

2.2 Lichaamsbeeld

Peuters en kleuters zijn zich bewust van hun lichaam. Vanaf een jaar of 2 kunnen ze bijvoorbeeld goed verschillende lichaamsdelen, waaronder de geslachtsdelen, benoemen. Er zijn wel meer kinderen die de vulva niet kunnen benoemen dan kinderen die geen woord kennen voor de penis. Van een groep 2- tot 6-jarigen wist 22% de vulva niet te benoemen, bij de penis was dat 5%. Voor de vulva bestaan ook meer verschillende benamingen. Op deze leeftijd weten de meeste kinderen niet dat geslachtsdelen een seksuele functie (kunnen) hebben (Brilleslijper-Kater & Baartman, 2000). Peuters en kleuters zijn zich nog niet zo bewust van sociale normen rondom uiterlijk of van hoe anderen hen zien. Op deze leeftijd is ontevredenheid over het eigen uiterlijk erg ongebruikelijk (Cash & Pruzinsky, 2002).

2.3 Genderidentiteit en genderrol

Vanaf 3 tot 4 maanden kunnen baby's mannen- en vrouwenstemmen van elkaar onderscheiden en vanaf 9 maanden mannen- en vrouwegezichten. Vanaf 18 tot 24 maanden kunnen de meeste kinderen aangeven tot welk

geslacht iemand behoort. Dat lukt eerder bij volwassenen dan bij kinderen. Meestal kijken kinderen voor het benoemen van geslacht vooral naar iemands kapsel (vrouwen) of lichaamsbouw (mannen). Vanaf 27 tot 30 maanden weten kinderen of ze zelf een jongen of een meisje zijn, maar ze denken dan soms nog wel dat dit later kan veranderen. Kinderen die weten dat ze een jongen of meisje zijn, gaan zich ook meer conform de eigen genderrol gedragen (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006). Rond een jaar of 5 weten kinderen dat sekse een constant gegeven is. Kennis van genderrollen neemt in deze levensfase sterk toe. Tegen de verwachting in kan dit soms tot een kleine terugval in het begrip van genderconstantie leiden. Kinderen gaan dan bijvoorbeeld twijfelen of een jongen met lipstick op nog wel een jongen is. Ideeën over genderrollen zijn vaak erg rigide in deze levensfase, vooral bij kinderen van 5 en 6 jaar (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006).

2.4 Genderdysforie

Op de leeftijd dat de meeste kinderen zich steeds meer conform de eigen sekserol gaan gedragen, gaan sommige kinderen zich juist steeds meer gender atypisch gedragen (bijvoorbeeld in voorkeur voor kleding, spel of vrienden). Wanneer een kind een sterk gevoel van onbehagen heeft over het eigen biologische geslacht kan gesproken worden van genderdysforie. Naast het vertonen van atypisch genderrolgedrag geven deze kinderen soms zelf aan dat ze zich niet als het geboortegeslacht voelen of dat ze liever van het andere geslacht willen zijn. Ze kunnen ook een hekel hebben aan de eigen geslachtsorganen. Kinderen die zich gender atypisch gedragen worden soms buitengesloten of gepest door leeftijdsgenoten. Ook hebben ouders er soms moeite mee als hun kind zich niet conform de eigen genderrol gedraagt (Gort, 2011). Hierdoor uiten niet alle kinderen met genderdysfore gevoelens dit in hun gedrag. Veel volwassen transgenders zeggen dat elke uiting die ze eraan gaven sterk gecorrigeerd werd, zodat ze zich leerden inhouden (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

2.5 Verliefdheid

Kleuters geven soms zelf al aan dat ze 'verliefd' zijn. Van de ouders van 2-tot en met 5-jarigen geeft 27% aan dat hun kind wel eens verliefd is geweest (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Ouders beschrijven deze gevoelens van verliefdheid vaak als 'sterke genegenheid', of 'graag bij de ander in de buurt willen zijn' (De Graaf & Rademakers, 2009).

2.6 Interesse in geslachtsdelen en seksualiteit

Vanaf 1 jaar zijn de meeste kinderen geïnteresseerd in de geslachtsdelen van anderen. Vrijwel alle kinderen van 1 jaar tonen deze interesse, bijvoorbeeld door naar geslachtsdelen te kijken, ze aan te (willen) raken of te benoemen. De eerste interesse in geslachtsdelen van anderen richt zich meestal op de ouders. Kinderen tonen eerder interesse in mannelijke (vanaf 13 maanden) dan in vrouwelijke geslachtsdelen (vanaf 17 maanden) (De Graaf & Rademakers, 2007). Vanaf 1 jaar of 2 gaan kinderen ook vragen stellen over aan seksualiteit gerelateerde onderwerpen, zoals verschillen tussen jongens en meisjes (vanaf 1 jaar of 2), zwangerschap (vanaf ongeveer 2,5 jaar) en geboorte (vanaf 1 jaar of 3) (Brilleslijper-Kater & Baartman, 2000). Ruim een derde van de ouders van 2- tot en met 5-jarigen kreeg het afgelopen jaar een vraag over seksualiteit (Roos & De Graaf, in voorbereiding).

Een erg gedetailleerd antwoord begrijpen kinderen dan nog niet. De meeste kinderen weten bijvoorbeeld wel dat je een man en een vrouw nodig hebt voor reproductie, maar ze weten vaak nog nauwelijks hoe dit dan precies in zijn werk gaat. De meeste 4-jarigen weten nog helemaal niet hoe de baby in de buik komt, onder 5-jarigen weten sommigen wel iets over zaadjes en eitjes, maar niet hoe die dan bij elkaar komen. De meeste 4- en 5-jarigen weten ook nog niet dat de baby door de vagina naar buiten komt (Brilleslijper-Kater & Baartman, 2000). De mate waarin kinderen op de hoogte zijn van bevruchting en bevalling is sterk afhankelijk van het 'seksuele klimaat' waarin zij opgroeien en daarmee cultuurgebonden. Zweedse en Nederlandse kinderen zijn hier bijvoorbeeld beter van op de hoogte dan Engelse en Amerikaanse kinderen (Caron & Ahlgrim, 2012).

2.7 Seksueel getint gedrag

Het ontdekken en onderzoeken van de eigen geslachtsdelen en die van anderen komt ook tot uiting in seksueel getint gedrag. Na de geboorte raken jongetjes vanaf een maand of 6 tot 8 en meisjes vanaf een maand of 8 tot 11 de geslachtsdelen onwillekeurig aan. Wanneer de motoriek voldoende ontwikkeld is om gericht iets te kunnen vastpakken (tegen het eind van het 1^e jaar) wordt het aanraken van de geslachtsdelen doelgerichter. Negen van de 10 ouders van 2- tot en met 5-jarigen zien wel

eens dat hun kind thuis zijn of haar eigen geslachtsdelen aanraakt (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Tussen 15 en 19 maanden gaan sommige kinderen de geslachtsdelen (ritmisch) stimuleren, bijvoorbeeld met de hand, door de bovenbeentjes tegen elkaar te drukken of door ergens tegenaan te wrijven. Van de ouders van 2- tot en met 5-jarigen geeft 39% aan dat hun kind wel eens met de hand over de geslachtsdelen wrijft en 17% dat het kind dit wel eens met een knuffel of kussen doet (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Onderzoekers en ouders menen ook aan de gezichtsuitdrukkingen van kinderen te zien dat deze hier plezier aan beleven (De Graaf & Rademakers, 2007; Zwiep, 2008). De aanwezigheid van een (ernstige) motorische of visuele beperking kan kinderen remmen in het ontdekken van hun eigen lichaam en dat van anderen (Meihuizen-de Regt et al., 2008).

Rond een jaar of 3 begint bij sommige kinderen de vieze-woorden-fase, vaak rond het zindelijk worden. Kinderen zeggen dan ineens veelvuldig 'poep' of 'piemel', doorgaans vooral voor de grap of om een reactie uit te lokken. Van de ouders van kinderen van 2 tot en met 5 jaar zegt 84% dat dit wel eens gebeurt (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Bij kinderen waarbij de taalontwikkeling achterblijft kan dit ook gelden voor het gebruik van vieze woorden (Meihuizen-de Regt et al., 2008). Veel peuters laten ook hun eigen geslachtsdelen aan anderen zien, soms in de context van een seksueel (rollen)spel. Ruim een kwart van de ouders van 2- tot en met 5-jarigen geeft aan dat hun kind wel eens 'doktertje' speelt (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Bij een seksueel (rollen)spel bedenken kinderen een fictieve context waar het onderzoeken van elkaars lichaam of elkaar aanraken deel van uitmaakt. Dit soort spelletjes helpen kinderen om hun lichaam te ontdekken, mits ze het allebei leuk vinden, elkaar niet onder druk zetten of pijn doen, ongeveer even oud zijn en rekening houden met hun omgeving (Franck, Frans & Van Decraen, 2011).

2.8 Wetgeving

Elke vorm van meisjesbesnijdenis is strafbaar als vorm van mishandeling (art. 300-304 van het Wetboek van Strafrecht). Ook seksuele contacten met kinderen onder de 12 jaar (art. 244 en 247 Wetboek van Strafrecht) en het tonen van afbeeldingen die schadelijk kunnen zijn aan kinderen van deze leeftijd is strafbaar (art. 240a Wetboek van Strafrecht).

HOOFDSTUK 3

KINDERTIJD (6 TOT EN MET 11 JAAR)

3.1 Biopsychosociale context

Vanaf 6 jaar gaat de bijnier meer (zwakke) androgenen produceren. Er kan dan enig schaamhaar en okselhaar gaan groeien en soms krijgt een kind een wat volwassen transpiratiegeur. De clitoris, penis en testes groeien nog niet. Bij borstgroei onder de 8 jaar of testisgroei onder de 9 jaar is sprake van vervroegde puberteit (Delemarre-van der Waal et al., 2006). Later in deze levensfase komen er lichamelijke processen op gang, die uiteindelijk voor het begin van de puberteit zorgen. Bij meisjes gebeurt dat tussen de 8 en 13 jaar (gemiddeld op de leeftijd van 10,5 jaar), bij jongens tussen de 9 en 14 jaar (gemiddeld op de leeftijd van 11,3 jaar). De hypothalamus gaat dan pulserend gonadotrofine releasing hormoon (GnRH) afscheiden en de hypofyse wordt gevoeliger voor dit hormoon, waardoor de LH- en FSH-spiegels stijgen. Bij meisjes zorgt FSH voor follikelgroei in de ovaria en oestrogeenproductie door de granulosa-cellen, en LH voor hormoonproductie in de theca-cellen en uiteindelijk de eisprong. Bij jongens zorgt FSH voor testisgroei, zet LH de testosteronproductie in de testis aan en zetten FSH en testosteron samen de spermavorming in gang. Wanneer de menarche voor het 10de jaar komt, wordt dit prematuur genoemd. Dit kan ook voorkomen bij bepaalde aandoeningen, zoals spina bifida en cerebrale parese (Meihuizen-De Regt et al., 2008).

Gedurende deze fase wordt het zelfbeeld steeds meer gedifferentieerd en geïntegreerd. Vanaf een jaar of 8 ontdekken kinderen steeds meer verschillende kanten van zichzelf en weten ze ook dat een persoon tegengestelde gevoelens of kwaliteiten kan hebben. Ze worden steeds bewuster van de mening van anderen en vergelijken zichzelf ook met anderen of met hoe ze zouden willen zijn. Daardoor wordt de zelfwaardering steeds realistischer en kunnen kinderen over bepaalde kenmerken of vaardigheden van zichzelf onzeker zijn. Daarnaast kunnen ze zich langzamerhand beter verplaatsen in het gezichtspunt van anderen, of begrijpen dat anderen dingen anders kunnen zien dan zichzelf (Harter, 2008).

Het aantal vriendschappen neemt toe en vriendschappen worden intensiever (Hartup, 2006). Hierbij wordt steeds vaker gekozen voor vrienden van hetzelfde geslacht. In deze fase worden kinderen zich langzamerhand meer bewust van sociale waarden en normen, van wat hoort en niet hoort en van hoe anderen hen zien. De ouders blijven echter een belangrijke sociale factor. Kinderen zijn aan het begin van deze levensfase nog behoorlijk aanhankelijk en afhankelijk. Voor informatie, sturing, verzorging en steun zijn ze gericht op de ouders en andere verzorgers: zij zijn voor hen de mensen die weten hoe de wereld in elkaar zit. Rond het 11^e jaar krijgen ze meer een gevoel van zelfredzaamheid en onaantastbaarheid (Westenberg, 2008).

Internet begint zo langzamerhand ook een rol te spelen. In 2008 was al ongeveer driekwart van de 6- en 7-jarigen online. In 2010 waren Nederlandse kinderen gemiddeld 8 bij het voor het eerst online gaan en ze lijken dat steeds jonger te gaan doen (Livingstone, Haddon, Görzig & Ólafsson, 2011). Jonge kinderen spelen vooral spelletjes op internet, ze gebruiken het bijvoorbeeld nog niet veel om informatie op te zoeken of om met anderen te communiceren. Rond een jaar of 11 bereikt het internetgebruik een plafond. Van de Europese 9- en 10-jarigen gaat 33% (vrijwel) dagelijks online. Van de 9- tot 12-jarige Nederlandse kinderen heeft 70% ook al een profiel op een sociale netwerksite (meestal Hyves) en vooral onder de allerjongsten is Nederland hierin koploper (Livingstone et al., 2011). Internet wordt ook al gebruikt om informatie over seks op te zoeken. Van de ouders van 10- tot 12-jarigen geeft 1 op de 5 aan dat hun kind wel eens informatie over seksualiteit opzoekt op internet (Roos & De Graaf, in voorbereiding).

3.2 Lichaamsbeeld

Doordat kinderen zich langzamerhand steeds bewuster worden van de mening van anderen en ze zichzelf met anderen gaan vergelijken, kunnen ze al vanaf een jaar of 6 ontevreden zijn over hun lichaam. Meisjes willen meestal dunner zijn, jongens 'groter' (hoewel onderzoek onder jongens beperkt is) (Cash & Pruzinsky, 2002). In groep 6 (dus op 9- of 10-jarige leeftijd) heeft 8% van de jongens en 14% van de meisjes een negatief lichaamsbeeld. Van de kinderen van deze leeftijd met een normaal lichaamsgewicht vindt 3% van de jongens en 7% van de meisjes zichzelf te

dik en probeert 4% van de jongens en 7% van de meisjes af te vallen (Bun, Schwiebbe, Schütz, Bijlsma-Schlösser & Hirasing, 2012). Meisjes zijn over het algemeen minder tevreden dan jongens, en autochtone meisjes minder dan meisjes met een niet-westerse allochtone achtergrond (zoals Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse meisjes). Een negatief lichaamsbeeld op deze leeftijd is een belangrijke voorspeller van latere ontevredenheid over het lichaam en eetproblemen (Cash & Pruzinsky, 2002). Bij kinderen met een chronische ziekte of beperking kan een afstandelijke lichaamsbeleving ontstaan, doordat ze zich door de overdaad aan medisch-lichamelijke aandacht en functionele aanraking een soort 'object' gaan voelen (Meihuizen-de Regt et al., 2008).

3.3 Genderidentiteit en genderrol

Genderstereotiepe ideeën nemen in deze levensfase weer wat af. Kinderen weten nu ook beter dat een jongen ook een jongen kan zijn als hij zich niet conform de genderrol gedraagt. Bewustzijn van genderrollen wordt nu meer geïntegreerd in de persoonlijkheid ("ik vind dit leuk omdat ik een meisje ben"). De voorkeur voor speelkameraadjes van hetzelfde geslacht wordt wel steeds sterker (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006).

3.4 Genderdysforie

Jaarlijks komen ongeveer 40 kinderen tussen de 4 en de 12 jaar, 3 keer zoveel jongens als meisjes, naar het zorgcentrum voor genderdysforie in het VU medisch centrum. Vaak wordt tussen het 10de en 13de jaar duidelijk of de onvrede met het biologische geslacht blijvend is of niet. Bij 73 tot 94% van de genderdysfore kinderen verdwijnt de onvrede over het biologische geslacht voor het begin van de puberteit. In de periode dat de scheiding tussen de seksen sterker wordt, merken deze kinderen dat ze toch meer de behoefte krijgen om met kinderen van het eigen biologische geslacht op te trekken. Ook zien ze niet op tegen de lichamelijke veranderingen in de puberteit die eraan zitten te komen. Blijvend genderdysfore kinderen houden in deze levensfase een voorkeur voor vrienden van het andere geslacht en bij deze kinderen neemt de onvrede met het eigen lichaam juist toe door de (geanticiperde) lichamelijke veranderingen van de puberteit. Omdat genderdysfore gevoelens in de meeste gevallen voor het begin van de puberteit verdwijnen, wordt geadviseerd om geslachtsrolwisseling (bijvoorbeeld het veranderen van de

naam of het dragen van kleding van de andere sekse) uit te stellen tot duidelijk is of de genderdysforie blijvend is. Het is dan minder moeilijk om weer terug te gaan naar de genderrol die bij de biologische sekse hoort wanneer de genderdysfore gevoelens verdwijnen. Soms worden kinderen echter ongelukkig als ze zich niet mogen uiten volgens de genderrol waar ze zich prettig bij voelen en geven ouders hun kind daarom toch de ruimte om zich niet conform het geboortegeslacht te gedragen. Een geslachtsrolwisseling is altijd omkeerbaar (Steensma, Biemond, De Boer & Cohen-Kettenis, 2011).

3.5 Verliefdheid en verkering

Vanaf een jaar of 8 kunnen vrijwel alle kinderen beschrijven hoe het voelt om verliefd te zijn en de meeste van hen zijn zelf ook wel eens verliefd geweest (De Graaf & Rademakers, 2007). Twee derde van de ouders van 6- tot en met 9-jarigen zegt dat hun kind wel eens verliefd is geweest (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Aan het eind van deze levensfase zijn de meeste kinderen wel eens verliefd geweest en sommige kinderen hebben dan ook ‘verkering’, meestal met iemand uit de klas. Deze relatie bestaat vaak slechts uit het bij elkaar staan in de pauze of met een groep vrienden rondhangen. Er is nauwelijks lichamelijk contact (ook geen handen vasthouden of zoenen) en ze brengen ook zelden tijd met elkaar door zonder anderen erbij (Kuik, 2003). Jongeren die een niet-heteroseksuele oriëntatie ontwikkelen kunnen zich al bewust worden van deze gevoelens. Van de homojongeren van 12 tot 25 jaar geeft 5% aan dat ze voor het 12de jaar aan iemand verteld hebben dat ze op personen van hetzelfde geslacht vallen (De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012).

3.6 Interesse in seksualiteit en gevoelens

Met het ouder worden gaan kinderen steeds meer vragen stellen over seksualiteit. Twee derde van de ouders van 6- tot en met 9-jarigen en driekwart van de ouders van 10- tot en met 12-jarigen krijgt wel eens vragen over seksualiteit (Roos & De Graaf, in voorbereiding). De kennis van volwassen seksualiteit neemt toe. Vanaf ongeveer 7 jaar weet een toenemend aantal kinderen dat geslachtsdelen ook een seksuele functie hebben. Ook weet de meerderheid van de 7- en 8-jarigen dat je geslachtsgemeenschap moet hebben om zwanger te worden en hoe een baby uit de buik komt (Hagens & Leeuwenburgh, 1999). Op deze leeftijd

hebben de meeste kinderen er nog geen idee van dat er ook andere redenen kunnen zijn om geslachtsgemeenschap te hebben dan voortplanting. Ze weten vaak wel dat seksualiteit en naaktheid in Nederland iets is wat in de privésfeer thuis hoort. Bij kinderen met een ernstige beperking, die erg veel zorg nodig hebben, is de ontwikkeling van een 'natuurlijk' schaamtegevoel minder vanzelfsprekend (Meihuizen-de Regt et al., 2008).

Vanaf een jaar of 9 weten kinderen vaak wel dat er ook andere motieven kunnen zijn voor het hebben van seks dan reproductieve redenen, zoals lustgerichte motieven (vaker genoemd door jongens) of relatiegerichte motieven (vaker genoemd door meisjes) (De Graaf & Rademakers, 2003). In groep 7 en 8 weten 9 van de 10 kinderen wel dat je ook verking kunt hebben met iemand van hetzelfde geslacht. De kennis van lichamelijke veranderingen in de puberteit, soa's, anticonceptie en seksueel geweld is echter beperkt. Zo denkt een meerderheid van de kinderen dat een natte droom een droom is waarin je veel zweet, dat je van hoesten in je gezicht een soa kunt krijgen en dat het altijd onbekenden zijn die kinderen misbruiken (Bagchus, Martens & Van der Sluis, 2010).

Vanaf een jaar of 10 neemt de interesse in seks toe. Seks wordt een belangrijk gespreksonderwerp, maar er is wel veel variatie in de mate waarin kinderen op deze leeftijd al met seks bezig zijn. Sommigen zijn heel open over hun seksuele interesses, anderen vinden dit meer iets voor later (maar verheugen zich hier wel op) en weer anderen zijn er nog helemaal niet mee bezig (of vinden het vies) (Kuik, 2003). Op deze leeftijd komen sommige kinderen ook in contact met pornografische beelden. Van de ouders van 9- tot en met 12-jarigen geeft 17% aan dat hun kind wel eens seksueel getinte plaatjes of filmpjes bekijkt op het internet (Roos & De Graaf, in voorbereiding). In Europees onderzoek gaf 11% van de 9- en 10-jarigen zelf aan in de laatste 12 maanden erotische beelden te hebben gezien (Livingstone et al., 2011). De inhoud van deze beelden is niet bekend. Hoewel ongetwijfeld sommige kinderen op deze leeftijd al seksuele fantasieën hebben, is de prevalentie, frequentie, inhoud en ermee gepaard gaande opwinding onbekend. In retrospectieve studies geven volwassenen vaak aan dat ze hun eerste seksuele fantasieën tussen de 11 en 13 jaar hadden (Leitenberg & Henning, 1995).

3.7 Seksueel getint gedrag

Het stimuleren van de geslachtsdelen vindt ook in deze levensfase plaats en wordt door jongeren in retrospectief onderzoek ook 'masturberen' genoemd. Onbekend is voor hoeveel Nederlandse jongeren dit geldt, maar in internationaal onderzoek variëren de percentages tussen de 21% (Australische meisjes) en 62% (Zweedse jongens). In een Amerikaanse steekproef gaf 63% van de mannen en 17% van de vrouwen aan dat ze hun eerste orgasme hadden tijdens de lagereschooltijd (Bancroft, Herbenick & Reynolds, 2003).

Net als in de voorgaande levensfase spelen kinderen van 6 jaar en ouder ook wel eens een seksueel (rollen)spel. In welke fase van de kindertijd seksuele spelletjes precies het meeste voorkomen is onbekend. Ouders zien dit vaker bij jongere dan bij oudere kinderen, die beter weten dat dit iets is wat in de privésfeer thuis hoort. Jongeren of volwassenen herinneren zich juist weinig van voor hun 6de jaar en zullen daarom weinig seksuele spelletjes in deze levensfase rapporteren, wanneer hen hiernaar wordt gevraagd. Seksuele spelletjes onder kinderen zijn in elk geval niet zeldzaam. Ruim een kwart van de ouders van 6- tot en met 9-jarigen rapporteert een observatie van 'doktertje spelen' (Roos & De Graaf, in voorbereiding). Aan het eind van de kindertijd worden vaker groepsspelletjes gespeeld, bijvoorbeeld zoenspelletjes (zoals 'flesje draaien') of (bij jongens) masturbatiespelletjes. Spelletjes die vooral gaan over het onderzoeken van elkaars lichaam (zoals 'doktertje spelen') komen minder voor dan in de voorgaande fase (De Graaf & Rademakers, 2009). Bij kinderen met een visuele, auditieve of lichamelijke beperking komt het experimenteren met dit soort spelletjes waarschijnlijk minder vaak voor, soms door de beperking, maar ook doordat zij beter in de gaten gehouden worden door ouders en minder vaak alleen zijn met leeftijdsgenoten (Meihuizen-de Regt et al., 2008).

Nieuwsgierigheid is over het algemeen de belangrijkste drijfveer voor seksuele spelletjes. Meestal worden de geslachtsdelen alleen bekeken of aangeraakt. Likken aan geslachtsdelen of penetratie is bij kinderen zeer uitzonderlijk. De meeste seksuele ervaringen met andere kinderen zijn vrijwillig. Meestal vinden deze contacten plaats met een ander kind, over het algemeen een vriendje of vriendinnetje, soms een broertje, zusje,

neefje of nichtje. Het andere kind is relatief vaak van hetzelfde geslacht. Dit komt ook doordat kinderen op deze leeftijd meer met seksegenoten dan met kinderen van het andere geslacht spelen en hoeft niet te betekenen dat een kind later een homoseksuele oriëntatie zal ontwikkelen (De Graaf & Rademakers, 2007).

3.8 Wetgeving

Seksuele contacten met kinderen onder de 12 jaar zijn strafbaar (art. 244 en 247 Wetboek van Strafrecht). Ook is het tonen van afbeeldingen die schadelijk kunnen zijn aan kinderen en jongeren van deze leeftijd strafbaar (art. 240a Wetboek van Strafrecht).

HOOFDSTUK 4

VROEGE ADOLESCENTIE (12 TOT EN MET 14 JAAR)

4.1 Biopsychosociale context

In deze levensfase vinden veel veranderingen plaats in de biopsychosociale context. Jongeren komen namelijk in de puberteit. Bij meisjes is dit te zien aan een groeispurt, meer vet rond en verbreding van de heupen, groei van borsten, schaamhaar en okselhaar, clitoris en schaamlippen, endometrium, vulva en epitheel en meer vaginale afscheiding. Androgenen uit de bijnier stimuleren groei van schaamhaar en okselhaar, groei van clitoris en schaamlippen. De grootte en vorm van de schaamlippen zijn zeer variabel en de binnenste schaamlippen zijn in veel gevallen groter dan de buitenste schaamlippen (Lloyd, Crouch, Minto, Liao & Creighton, 2005). Anno 2010 vindt de menarche gemiddeld met 13,1 jaar plaats. Bij Marokkaanse en Turkse meisjes is de menarche iets eerder (12,5 jaar) (Talma et al., 2013).

Bij jongens begint de groeispurt later dan bij meisjes. De testis groeien door van 4 ml tot gemiddeld 20 ml en de penis tot een lengte van tussen de 6 en 12 cm in slappe toestand (Khan, Bhaskar, Lam & Donat, 2012). Ook krijgen jongens haar in de schaamstreek, onder oksels en op borst en gezicht, verlaagt de stem en vindt de eerste ejaculatie plaats, door masturbatie of tijdens de slaap. Door oestrogenproductie van de bijnier kan er ook bij jongens lichte borstvorming optreden. Zowel jongens als meisjes krijgen ook een meer volwassen transpiratiegeur. Bij 2% van de jongens en meisjes komt de puberteit verlaat. Hiervan is bij meisjes sprake als er nog geen borstgroei is op 13-jarige leeftijd of geen menstruatie op 15-jarige leeftijd. Bij jongens wordt van verlate puberteit gesproken wanneer de testis op 14-jarige leeftijd nog niet gegroeid zijn (Noordam, Rotteveel & Schroor, 2010).

In deze levensfase vinden een aantal veranderingen in de hersenen plaats die gevolgen hebben voor het psychologisch functioneren. De activiteit van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (naar de Engelse benamingen ook HPA-as genoemd) stijgt tijdens de puberteit naar een volwassen niveau.

Dit systeem in de hersenen reguleert stress en door de toegenomen activiteit reageren pubers hier heftiger op (Westenberg, 2008). Verschillende ontwikkelingen in de hersenen verlopen niet allemaal in hetzelfde tempo. Tijdens de vroege adolescentie is het beloningscentrum in de hersenen, de nucleus accumbens, extra gevoelig voor prikkels. Het hersengebied dat belangrijk is voor controle, sturing en rationele afwegingen, de prefrontale cortex, is dan echter nog niet zo efficiënt georganiseerd. Bovendien communiceren deze hersengebieden nog niet goed met elkaar. Hierdoor bestaat er tijdelijk een 'disbalans' in de hersenen. Vroege adolescenten hebben daarom een grote behoefte om dingen te ontdekken en reageren hierbij nog vrij impulsief, zonder goed de risico's van de keuzes die ze maken te kunnen overzien (Crone, 2008).

Er wordt een start gemaakt met het losmakingsproces van de ouders. De relatie tussen ouders en kinderen wordt steeds gelijkwaardiger. Kinderen gaan de ouders minder zien als alleswetende figuren en meer als mensen met hun goede en slechte kanten. Ook krijgen jongeren steeds meer behoefte aan autonomie en verwachten ouders van hen dat ze steeds meer zelf doen (Westenberg, 2008). Bij jongeren met een lichamelijke beperking kan het ontwikkelen van autonomie belemmerd zijn. Ze kunnen fysiek minder makkelijk weg en zijn afhankelijker van de ouders voor zorg. Ook hebben ouders van kinderen met een beperking er soms meer moeite mee om hun kind los te laten of hun kind te zien als iemand met seksuele behoeften (Meihuizen-de Regt et al., 2008).

De toenemende behoefte aan autonomie levert meer conflicten op, maar de behoefte aan steun van de ouders neemt niet af (Bokhorst, Sumter & Westenberg, 2010). De meeste jongeren hebben een goede relatie met de ouders. Dit zorgt er onder andere voor dat ouders - in deze fase waarin kinderen steeds meer tijd buitenshuis doorbrengen - goed op de hoogte blijven van wat hun kinderen doen en met wie. Deze kennis en de mate van steun die kinderen ervaren zijn belangrijke voorspellers van ervaring met geslachtsgemeenschap op deze leeftijd (De Graaf, 2010). Ernstige problemen in de gezinssituatie, zoals kindermishandeling, hangen juist samen met vroeg seksueel actief worden en ervaringen met seksuele risico's (Van Dijk, Veen & Cox, 2010). In 2005 gaf 20% van de scholieren van 12 tot 16 jaar aan mishandeling te hebben meegemaakt, meestal dreiging met fysiek geweld (12%) of ernstig fysiek geweld (8%). Het risico

op kindermishandeling is het grootst wanneer de ouders zeer laag opgeleid en/of werkeloos zijn (Lamers-Winkelmann, Slot, Bijl & Vrijbrief, 2007).

Ouders blijven belangrijk, maar raken wel hun exclusieve positie kwijt, omdat leeftijdsgenoten steeds belangrijker worden. Het sociale netwerk verandert met de overgang naar de middelbare school en wordt groter. Vrienden zijn nu net zo belangrijk voor steun en informatie als ouders (Bokhorst et al., 2010). Tegelijkertijd wordt de mening van anderen steeds belangrijker en zijn vroege adolescenten erg gevoelig voor afwijzing en kritiek. Dat maakt hen ook kwetsbaar voor druk vanuit de vriendengroep. Het is erg belangrijk om op een lijn te zitten met de groep waar ze bij willen horen, maar tegelijkertijd kunnen ze zich erg afzetten tegen groepen waar men niet bij hoort (Westenberg, 2008). De mate waarin jongeren beïnvloed worden door vrienden is cultuurgebonden. Turkse en Marokkaanse jongeren brengen bijvoorbeeld veel tijd door met hun vrienden, maar laten zich meer dan autochtone jongeren leiden door waarden die zij van hun ouders meekrijgen. Dit hangt samen met hun collectivistische traditie, waarin de mening van de familie of gemeenschap belangrijker is dan opvattingen van individuen. Tegelijkertijd groeien deze jongeren op in een westerse samenleving en zijn de waarden en normen van hun ouders soms tegengesteld aan wat ze buiten het gezin te horen krijgen. Het kan lastig zijn om deze tegenstrijdige boodschappen met elkaar te verbinden (Baan et al., 2008).

Naast ouders en leeftijdsgenoten zijn de media, en vooral internet, op deze leeftijd niet meer weg te denken uit de sociale context van deze leeftijdsgroep. Vrijwel alle 12- tot 14-jarigen zijn online en de meesten (87% van de 13- tot 16-jarigen) hebben een eigen profiel op een sociale netwerksite (meestal Facebook) (Livingstone et al., 2011). Internet biedt zowel kansen als risico's. Aan de positieve kant levert internet onder andere informatie, de mogelijkheid tot het opbouwen, uitbreiden en onderhouden van een sociaal netwerk en simpelweg plezier. Op seksueel gebied biedt internet nieuwe mogelijkheden tot het vinden van informatie, gelijkgestemden (bijvoorbeeld andere homoseksuele jongeren) of opwindende beelden. Onder de seksuele risico's van internet valt bijvoorbeeld het risico om in contact te komen met beelden die je niet wilt zien (zoals porno of masturbatie voor de webcam), het risico dat je

zelf iets seksueels doet voor de webcam waar je later spijt van krijgt of het risico om slachtoffer te worden van seksueel geweld (Döring, 2009).

4.2 Lichaamsbeeld

De ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken en versnelde groei zorgt soms voor onzekerheid. De toename van lichaamsvet zorgt bij (vooral autochtone) meisjes voor stijgende ontevredenheid met het lichaam en streven naar dun zijn. Jongens groeien in de puberteit juist toe naar het 'schoonheidsideaal' en worden in deze levensfase daarom meer tevreden over hun lichaam (eventueel na een korte dip rond het begin van de puberteit) (Cash & Pruzinsky, 2002). De mate waarin jongeren ontevreden zijn over hun lichaam hangt over het algemeen maar zwak samen met werkelijk over- of onderwicht. In klas 2 van het voortgezet onderwijs vindt 9% van de jongens en 28% van de meisjes met een normaal lichaamsgewicht zichzelf te dik (Bun et al., 2012). Jongeren kunnen zich ook zorgen maken over het uiterlijk van hun geslachtsdelen, bijvoorbeeld of de penis wel groot genoeg is en of de schaamlippen juist niet te groot zijn. Twee vijfde van de 12- tot 14-jarige meisjes is tevreden over hun geslachtsdelen, tegenover twee derde van de jongens (De Graaf et al., 2012).

4.3 Genderidentiteit en genderrol

In de ontwikkeling van genderidentiteit vinden in deze levensfase twee tegengestelde processen plaats. Aan de ene kant neemt cognitief het vermogen tot flexibiliteit toe. Jongeren zijn dus cognitief prima in staat om te begrijpen dat een jongen zich best 'meisjesachtig' kan gedragen en toch een jongen is. Aan de andere kant neemt de sociale druk op genderstereotypie toe en worden genderstereotypen ook steeds meer op seksuele relaties toegepast: er zijn duidelijke verwachtingen over hoe meisjes en jongens zich op seksueel gebied horen te gedragen. Meisjes horen zich afwachtend op te stellen en waar nodig grenzen aan te geven. Van jongens wordt juist verwacht dat ze altijd zin hebben en het initiatief nemen tot seksuele contacten. Deze genderstereotype verwachtingen belemmeren zowel jongens en meisjes in het maken van vrije keuzes. Voor jongens is het lastiger om grenzen aan te geven, meisjes zijn zich vaak juist nauwelijks bewust van de eigen wensen (De Graaf et al., 2008).

4.4 Genderdysforie

Bij veel jongeren die in de kindertijd onvrede hadden met het eigen biologische geslacht zijn deze gevoelens verdwenen als ze naar de middelbare school gaan. De overgang naar het voortgezet onderwijs wordt dan aangegrepen om zich (meer) conform de eigen genderrol te gaan gedragen. Voor een kleine groep blijven de genderdysfore gevoelens bestaan. Ook komt het voor dat adolescenten op deze leeftijd voor het eerst onvrede met het eigen geslacht ervaren. Op deze leeftijd zijn er ongeveer even veel jongens als meisjes met genderdysfore gevoelens.

Zodra ze in de puberteit komen, kunnen deze jongeren puberteitsremmers krijgen (bijvoorbeeld Gonadotrofine Releasing Hormoon (GnRH) agonisten). Puberteitsremmers remmen de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken, zoals borstgroei en menstruatie bij meisjes en baardgroei en een lagere stem bij jongens. De jongere en zijn of haar ouders hebben dan meer tijd om te kijken hoe de genderidentiteit verder ontwikkelt en een eventuele geslachtsaanpassing zal later soepeler verlopen. Voor het maken van een weloverwogen beslissing door het kind en zijn ouders wordt aanbevolen om te wachten met puberteitsremmers tot de lichamelijke ontwikkeling tenminste tot het tweede Tannerstadium gevorderd is. Er is dan een kleine hoeveelheid schaamhaar aanwezig, knopvorming van de borst bij meisjes en groei van testes en scrotum bij jongens (maar nog geen vergrote penis). Iemand komt pas in aanmerking voor puberteitsremmers wanneer er gedurende langere tijd sprake is van ernstige genderdysfore gevoelens, wanneer deze gevoelens toegenomen of begonnen zijn rond de puberteit, wanneer de situatie en het functioneren van de adolescent stabiel genoeg is en wanneer de familie de behandeling ondersteunt (WPATH, 2011).

4.5 Verliefdheid en verkering

De meeste jongens (89%) en meisjes (88%) van 12 tot en met 14 jaar zijn wel eens verliefd geweest en ruim twee derde heeft ook wel eens 'verkering' gehad (De Graaf et al., 2012). Dergelijke relaties zijn op deze leeftijd over het algemeen oppervlakkig. Het maakt nog niet zo heel veel uit met wie men 'verkering' heeft: partnerkeuze wordt bijvoorbeeld vooral gebaseerd op het feit of iemand populair of knap is. Ook wordt er nog niet veel samen ondernomen, maar wel iets meer dan op de basisschool (De

Graaf, Neeleman & De Haas, 2009). Jongeren met een visuele, auditieve of lichamelijke beperking vinden het lastiger om een partner te vinden. Ze hebben hier minder vaak ervaring mee en stellen zich in relaties soms afhankelijker op, omdat ze bang zijn om de partner kwijt te raken (Meihuizen-De Regt et al., 2008).

4.6 Seksuele oriëntatie

Jongeren die een niet heteroseksuele oriëntatie ontwikkelen worden zich in deze levensfase vaak wel bewust van hun gevoelens van aantrekking tot seksegenoten. In een groep jongens die na hun coming-out enkele jaren werden gevolgd, kwamen de eerste gevoelens van aantrekking tot jongens gemiddeld met 13,4 jaar (Franssens & Hospers, 2009). Deze jongeren kunnen te maken krijgen met negatieve opvattingen over homoseksualiteit van leeftijdsgenoten, want homonegativiteit is in deze levensfase hoger dan onder jongeren die ouder zijn. In deze leeftijdsgroep zegt bijvoorbeeld 20% van de jongens en 4% van de meisjes dat ze een vriendschap zouden verbreken, als een vriend homo of vriendin lesbisch zou blijken te zijn. In de totale groep 12- tot 25-jarigen is dat respectievelijk 12% en 3% (De Graaf et al., 2012).

4.7 Interesse en verlangen

In deze levensfase hebben de meeste jongeren wel eens over seks gefantaseerd. Ongeveer vier vijfde van de 12- tot 14-jarige jongens en twee derde van de 12- tot 14-jarige meisjes zegt wel eens seksuele dagdromen of fantasieën te hebben. Meestal gaan deze fantasieën over personen van het andere geslacht, bij ongeveer 1 op de 20 jongens en 1 op de 8 meisjes ook over personen van hetzelfde geslacht (De Graaf, Meijer, Poelman, & Vanwesenbeeck, 2005).

Bijna twee derde van de jongens en een derde van de meisjes van deze leeftijd heeft zich wel eens seksueel opgewonden gevoeld (De Graaf et al., 2005). Gemiddeld hebben jongens de eerste gevoelens van opwindning met 13,4 jaar. Voor meisjes is dit bijna twee jaar later (met 15,1 jaar). De meeste 12- tot 14-jarigen zijn naar eigen zeggen 'nog niet aan seks toe'. Dat geldt voor meisjes wel iets vaker (69%) dan voor jongens (47%) (De Graaf et al., 2012). In Amerikaans onderzoek gaven jongens meestal aan dat de eerste gevoelens van opwindning werden opgewekt door een visuele

stimulus, terwijl de meeste meisjes aangaven dat dit door fysiek contact werd opgewekt (Knoth, Boyd & Singer, 1988). Recent onderzoek hiernaar ontbreekt.

4.8 Seksueel gedrag

In alle levensfasen, maar ook al aan het begin van de adolescentie, masturberen meer jongens dan meisjes. Van de 12- en 13-jarige jongens heeft 34% wel eens gemasturbeerd, tegenover 16% van de meisjes. Seksueel gedrag met anderen beperkt zich meestal nog tot (tong)zoenen en voelen en strelen onder de kleren. Op deze leeftijd heeft 48% van de jongens en 38% van de meisjes wel eens gezoend en 36% van de jongens en 23% van de meisjes wel eens gevoeld en gestreeld (De Graaf et al., 2012). Slechts een klein deel (7%) van de vroege adolescenten heeft ervaring met geslachtsgemeenschap. Voor een klein deel van de vroege adolescenten spelen seksuele contacten zich (ook) op internet af. Onder 12- tot 14-jarigen geeft 6% van de jongens en 2% van de meisjes aan het afgelopen half jaar seks te hebben gehad op internet (bijvoorbeeld masturbatie voor de webcam) (De Graaf et al., 2012). Een hele kleine groep (1% van de 11- tot 16-jarigen) maakt seksueel getinte filmpjes van anderen en verspreid deze in de vriendenkring (sexting) (Livingstone et al., 2011).

Vooraf jongens komen in deze levensfase (toevallig of doelbewust) in contact met porno (beelden of teksten die bedoeld zijn om seksueel op te winden). Twee derde van de jongens en een vijfde van de meisjes van deze leeftijd heeft het afgelopen half jaar porno gezien, meestal op internet (De Graaf et al., 2012). Verschillende kenmerken van porno maken dat er zorgen bestaan over het effect ervan op jongeren. In porno zijn vrouwen vaak passief (een lustobject) en bepaalt de man wat er gebeurt. Ook schetst porno een onrealistisch beeld van seks en uiterlijk (waaronder geslachtsdelen). Daarnaast prevaleren in porno buitenrelationele en onbeschermd seks (Döring, 2009). In Nederland is veel onderzoek gedaan naar verbanden met pornogebruik. Dit laat zien dat jongeren die vaker naar online porno kijken, seks buiten een relatie meer waarderen (Peter & Valkenburg, 2008), minder tevreden zijn over hun seksleven (Peter & Valkenburg, 2009a) en vrouwen vaker als lustobject zien (Peter & Valkenburg, 2009b).

4.9 Opvattingen en gevoelens

De meeste vroege adolescenten hebben nog geen ervaring met geslachtsgemeenschap. Ze vinden zichzelf hier meestal te jong voor, hebben er geen behoefte aan of willen eerst een tijdje verkering hebben of verliefd zijn. Vergeleken met oudere groepen zijn vroege adolescenten weinig permissief in hun opvattingen. Driekwart van de jongens en 87% van de meisjes keurt seks zonder verliefd te zijn af. In deze leeftijdsgroep vindt 28% van de jongens en 35% van de meisjes dit ook niet goed wanneer een jongen en een meisje verliefd zijn op elkaar en 16% van de jongens en 15% van de meisjes keurt het ook af bij vaste verkering. Seks voor het huwelijk keurt 1 op de 5 12- tot en met 14-jarigen af. Mogelijk gaan ze ervan uit dat de jongen en het meisje in deze vraag van hun eigen leeftijd zijn, hetgeen hun attitudes ten aanzien van een seksueel contact kan beïnvloeden (De Graaf et al., 2012).

Vroege adolescenten staan nog behoorlijk negatief tegenover seks. Als ze seksuele gevoelens hebben of zouden hebben, zegt 11% van de jongens en 17% van de meisjes zich te schamen en 7% van de jongens en 9% van de meisjes zich schuldig te voelen. Als ze (zouden) masturberen voelt 10% van de jongens en 15% van de meisjes zich schuldig. Op deze leeftijd vindt 9% van de jongens en 17% van de meisjes seks eigenlijk vies. Onder jongeren van 21 jaar en ouder is dat 2%. Toch is 28% van de jongens en 11% van de meisjes van deze leeftijd het ook eens met de stelling 'ik vind seks belangrijk'. Bijna 1 op de 3 jongens en 1 op de 10 meisjes geeft aan van alles uit te willen proberen op het gebied van seks (De Graaf et al., 2012).

4.10 Reproductieve gezondheid

Zoals gezegd heeft slechts een klein deel (7%) van de jongeren van 12 tot en met 14 jaar ervaring met geslachtsgemeenschap. De kleine groep 'jonge starters' beschermt zichzelf echter wel minder goed tegen zwangerschap dan jongeren die later starten. Wanneer de eerste geslachtsgemeenschap op 13-jarige leeftijd of eerder plaatsvindt, gebruikt 31% van de jongens en 15% van de meisjes hierbij geen anticonceptie. Vooral pilgebruik is laag onder jonge starters (De Graaf et al., 2012). Doordat de groep die seksueel actief is in deze levensfase heel klein is, komt ongewenste zwangerschap op deze leeftijd maar zelden voor. In 2008 lieten 0,2 van de 1000 13-jarige en 1,6 van de 1000 14-jarige meisjes een abortus uitvoeren. In 2012

werden er 33 kinderen geboren bij een meisje van 15 jaar of jonger (CBS Statline, 2012). Bij zwangerschappen die plaatsvinden binnen 4 jaar na de menarche is de kans op complicaties groter dan wanneer de zwangerschap later plaatsvindt (Dixon-Mueller, 2008).

4.11 Seksueel geweld

In een landelijk onderzoek gaf 3,7% van de 12- tot 14-jarige jongens en 6,7% van de 12- tot 14-jarige meisjes aan wel eens gedwongen te zijn tot seksuele handelingen. In deze leeftijdsgroep gaven 11 van de 1000 jongens en 13 van de 1000 meisjes aan dat dit (ook) voor het 12de jaar gebeurde. Wanneer de eerste geslachtsgemeenschap voor het 14de jaar plaatsvindt, is de kans dat iemand hiertoe werd overgehaald of gedwongen ruim 2 keer zo groot als wanneer dit op latere leeftijd gebeurt. Van de jongeren die voor het 14de jaar geslachtsgemeenschap hadden, zegt 33% van de meisjes en 8% van de jongens de eerste keer te zijn overgehaald of gedwongen. Meisjes van 12 tot en met 14 jaar denken ook vaker dat ze ongewilde seks niet zouden kunnen weigeren in allerlei lastige omstandigheden dan oudere meisjes (De Graaf et al., 2012).

Jongeren met een beperking lopen meer risico op seksueel misbruik door hun afhankelijkheid van (veel verschillende) anderen, beperkte sociale vaardigheden of beperkte vaardigheden om in te schatten wat toelaatbaar gedrag is en beperkte mogelijkheden om hulp te zoeken of om zichzelf te verdedigen. Door eenzaamheid en een negatief zelfbeeld hebben sommige jongeren met een beperking extra veel behoefte aan aandacht en waardering, wat een kwaadwillende pleger in de kaart kan spelen. Door de hoeveelheid zorg die zij ontvangen kan de grens tussen functionele en seksuele aanraking vervagen of krijgen jongeren het gevoel dat hun lichaam niet van henzelf is (Van Berlo et al., 2011).

Vroege adolescenten zijn minder competent in seksuele contacten dan midden en late adolescenten. Ze voelen zich bij het vrijen vaker slecht op hun gemak, ze laten minder vaak merken wat ze fijn vinden en vragen minder vaak aan de partner wat hij of zij lekker vindt. Jongens die met 13 jaar of jonger voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben, zeggen relatief vaak dat ze dat doen omdat iedereen het doet (De Graaf et al., 2012). Ook op internet vormen 12- tot 14-jarigen - vooral meisjes - een

kwetsbare groep. Meisjes uit deze leeftijdsgroep geven relatief vaak aan dat ze vervelende seksuele ervaringen hebben op internet. Dit komt niet zozeer doordat ze vaker ongewenste seksueel getinte vragen of verzoeken krijgen of beelden zien, maar heeft meer te maken met het onvermogen om hier adequaat op te reageren. Deze meisjes geven bijvoorbeeld vaker dan oudere meisjes antwoord op een seksueel getinte vraag omdat ze niet weten wat ze anders moeten doen, omdat ze niet onaardig of preuts over willen komen of omdat de ander hen overhaalt (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006a).

4.12 Seksuele problemen

Doordat de meeste jongeren op deze leeftijd nog niet seksueel actief zijn, is er nauwelijks iets bekend over seksuele problemen in deze levensfase. Wel valt op grond van de omvang, elasticiteit en lubricatie van de vagina te verwachten dat de kans op beschadiging van de vagina en pijn bij geslachtsgemeenschap groter is wanneer geslachtsgemeenschap voor of binnen enkele jaren na de menarche plaatsvindt (Dixon-Mueller, 2008).

4.13 Wetgeving

Seksuele contacten met jongeren onder de 16 jaar zijn in principe strafbaar (art. 245 Wetboek van Strafrecht), maar ze worden bij vrijwilligheid, een gering leeftijdsverschil en een affectieve relatie zelden bestraft (Gooren, 2009). Het maken, in bezit hebben en verspreiden van beelden van seksuele gedragingen van jongeren van deze leeftijd is strafbaar (art. 240b Wetboek van Strafrecht). Voor een abortus is toestemming nodig van een ouder of wettelijk voogd. Een meisje dat zonder toestemming van een ouder of wettelijk voogd een abortus wil, kan naar de huisarts (art. 450, boek 7 Burgerlijk Wetboek). Een huisarts heeft een beroepsgeheim. Als een meisje niet naar de huisarts wil, kan ze contact opnemen met een abortuskliniek. Die kan verwijzen naar een speciale hulpverlener, die in een gesprek met de jongere de voor- en nadelen op een rijtje zet, de mogelijkheden bespreekt en helpt met het nemen van een beslissing.

HOOFDSTUK 5

MIDDEN ADOLESCENTIE (15 TOT EN MET 18 JAAR)

5.1 Biopsychosociale context

Het lichaam blijft veranderen na de puberteit. Zo groeien meisjes door tot ongeveer 17 jaar en jongens tot ongeveer 19 jaar (Talma, Schönbeck, Van Dommelen, Bakker & Hirasig, 2010). Aan het begin van deze levensfase gedragen jongeren zich nog heel sociaal wenselijk en zijn ze erg gevoelig voor kritiek en afwijzing. Dit neemt pas vanaf 17 of 18 jaar af. Jongeren krijgen dan meer inzicht in wie ze zijn en gaan anderen beter begrijpen (Westenberg, 2008). Het losmakingsproces van de ouders gaat door in deze levensfase, terwijl leeftijdsgenoten een even grote rol blijven spelen. Een eventuele vaste partner wordt steeds belangrijker, bijvoorbeeld als bron voor sociale steun (Bokhorst et al., 2010). Uitgaan wordt voor veel jongeren een belangrijk onderdeel van hun sociale leven. Van de 15- tot 20-jarigen gaat een kwart minstens een keer per week naar het café en meer dan de helft minstens een keer per maand naar een discotheek (CBS Statline, 2004). Veel jongeren gebruiken tijdens het uitgaan alcohol en/of drugs (Trimbos-instituut, 2005).

5.2 Lichaamsbeeld

De mate waarin jongens en meisjes zichzelf te dik of te dun voelen en het sekseverschil hierin blijft vrij constant na het veertiende jaar. Van alle 16-jarige meisjes vindt 47% zichzelf te dik (ten opzichte van 20% van de jongens). Daarentegen vindt 18% van de jongens zichzelf te dun (tegenover 9% van de meisjes) (Van Dorsselaer et al., 2010). Zowel onder jongens als meisjes wordt de groep die zichzelf aantrekkelijk vindt wel groter, vergeleken met vroege adolescenten. Ongeveer 2 op de 5 jongens en meisjes zijn op deze leeftijd positief over de eigen aantrekkelijkheid (De Graaf et al., 2012). Vooral meisjes zijn op deze leeftijd veel met hun uiterlijk bezig, veel meisjes controleren bijvoorbeeld hun uiterlijk wanneer ze maar kunnen, voelen zich onzeker als hun persoonlijke verzorging niet goed is en proberen hun uiterlijk altijd te verbeteren. Als het gratis was, zou 1 op de 3 meisjes het uiterlijk willen laten verbeteren door een cosmetisch chirurg (De Graaf et al., 2008).

Naast sekse is vooral etnische afkomst een belangrijke voorspeller van de mate waarin meisjes tevreden zijn met hun lichaam. Meisjes met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond hebben een positiever lichaamsbeeld dan autochtone meisjes (De Graaf et al., 2005; De Graaf et al., 2008). Daarnaast spelen ouders (die commentaar geven op het uiterlijk), leeftijdsgenoten (die pesten of commentaar leveren) en onrealistisch mooie beelden in de media een rol. Tenslotte hebben meisjes en vrouwen met een verleden van seksueel misbruik vaak een minder positief lichaamsbeeld (Cash & Pruzinsky, 2002).

5.3 Genderidentiteit en genderrol

Verwachtingen van mannen en vrouwen op seksueel gebied zijn vaak behoorlijk genderstereotiep. Ook bestaat er een 'dubbele moraal' die aan seks voor jongens een andere status toekent dan voor meisjes (De Graaf et al., 2008). Meisjes die 'te makkelijk' overgaan tot seks kunnen op afkeuring rekenen, voor jongens is het juist statusverhogend om veel seksuele ervaring te hebben. Van jongens wordt verwacht dat ze 'altijd zin hebben' en dat ze het initiatief nemen op het gebied van versieren en seks. Van meisjes wordt juist verwacht dat zij de grenzen aangeven. Het aangeven van wensen wordt niet 'vrouwelijk' gevonden (Vanwesenbeeck, 1997). Deze sekseongelijkheid lijkt te worden uitvergroot in culturen waar familie-eer een belangrijke rol speelt, zoals de Afghaanse, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindoestaanse (De Graaf et al., 2008).

Deze ongeschreven regels over hoe jongens en meisjes zich horen te gedragen belemmeren zowel jongens als meisjes in het maken van keuzes op seksueel gebied. Jongens horen weliswaar het initiatief te nemen, maar mogen toch ook niet opdringerig zijn. Het is lastig voor hen om 'nee' te zeggen tegen seks, omdat van hen verwacht wordt dat ze altijd zin hebben. Zij zijn zich nauwelijks bewust van hun eigen grenzen en maken zich in het aangeven van grenzen afhankelijk van meisjes. De druk om seks te hebben is in sommige groepen jongens behoorlijk groot. Het aangeven van grenzen is juist de taak van meisjes. Dit geeft hen een zekere mate van controle over de interactie, maar levert ook een zware verantwoordelijkheid op (De Graaf et al., 2008). Meisjes zijn juist vaak zo sterk bezig met het bewaken van grenzen, dat ze onvoldoende toekomen aan het herkennen en realiseren van hun wensen (Vanwesenbeeck, 1997).

5.4 Genderdysforie en transgenders

Wanneer jongeren op deze leeftijd onvrede voelen met het eigen biologische geslacht, is de kans groot dat dit blijvend is. Vanaf 16 jaar kunnen ook geslachtshormonen worden toegediend: oestrogenen of testosteron. Hierdoor wordt het lichaam respectievelijk vrouwelijker of mannelijker. In tegenstelling tot de effecten van puberteitsremmers zijn de gevolgen van geslachtshormonen niet zonder meer omkeerbaar. Soms is hiervoor een operatie nodig (bijvoorbeeld bij borstvorming door oestrogenen), soms kunnen de gevolgen helemaal niet meer ongedaan gemaakt worden (zoals bij het zwaarder worden van de stem door testosteron) (WPATH, 2011). Niet alle genderdysfore jongeren durven op deze leeftijd echter al voor hun gevoelens uit te komen of krijgen toestemming van hun ouders om met deze behandeling te beginnen (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

Transgenders zijn mensen van wie de huidige geslachtsuiting en/of geslachtsidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat hun bij de geboorte is toegekend. Voor transgender jongeren kunnen seksuele contacten ongemakkelijk zijn. Dat lijkt sterker te zijn als iemand echt afkeer voelt van zijn of haar geslachtsdelen. In een verkennend onderzoek onder volwassen transgenders gaven verschillende personen aan dat ze voor hun transitie een andere seksuele ontwikkeling hadden doorgemaakt dan hun leeftijdsgenoten. Ze vermeden bijvoorbeeld seksualiteit tijdens de adolescentie of hadden seksuele contacten die niet echt op hun eigen verlangens waren afgestemd. Voor jongeren die op deze leeftijd wel in transitie gaan, kan het gemakkelijker zijn om gaandeweg van seks te gaan genieten omdat ze al van rol wisselen en omdat hun genderrol en lichaam meer bij hun gevoel gaan passen. Fantaseren over het gewenste lichaam, concentreren op de seksuele prikkels zelf, een goede vertrouwensband met de partner en het gebruik van een penisprothese bij vrouw-naar-man kan helpen om van seksuele contacten te genieten (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

5.5 Verliefdheid en (seksuele) relaties

In deze levensfase vinden veel ontwikkelingen in de partnerrelatievorming plaats. Vrijwel alle 15- tot en met 17-jarigen zijn wel eens verliefd geweest en 4 op de 5 midden adolescenten heeft wel eens verkering gehad

(De Graaf et al., 2012). Bij 15-jarigen worden de contacten met eventuele partners persoonlijker en worden deze met meer zorg uitgekozen. Deze eventuele partner is vaak ook een belangrijke hechtingsfiguur (Dewitte, 2012). De meeste 16- en 17-jarigen hebben kortdurende verkeringen: voor 35% duurde de laatste of huidige relatie minder dan 3 maanden en voor nog eens 20% minder dan een half jaar. Op deze leeftijd is communicatie over seksualiteit en het leren kennen en aangeven van de eigen wensen en grenzen een belangrijk aandachtspunt (De Graaf et al., 2012).

Binnen partnerrelaties gaat seks een steeds belangrijkere plaats innemen. Los van de stappen die iemand in zijn eigen persoonlijke seksuele carrière zet, bestaan ook binnen (nieuwe) relaties bepaalde sociale, relationele en seksuele mijlpalen. In een Amerikaanse studie werd aan 12- tot 21-jarigen gevraagd om deze mijlpalen binnen een relatie op volgorde te zetten (O'Sullivan, Mantsun, Harris & Brooks-Gunn, 2007). De resultaten laten zien dat het zichzelf als een stel beschouwen en dit aan anderen kenbaar maken vrij vroeg in de ontwikkeling van een relatie komt. Daarna wordt het contact intiemer: ze gaan meer tijd met elkaar doorbrengen, vertellen elkaar dat ze van elkaar houden en gaan stapsgewijs wat verder op seksueel gebied. Dit suggereert dat jongeren overeenstemming willen hebben over de status van de relatie en dat er een basis van vertrouwen moet zijn, voordat ze seks met elkaar willen hebben. Nederlands onderzoek bevestigt dat seks voor de meeste jongeren nog steeds plaats vindt binnen een vaste relatie. Voor driekwart van de jongens en bijna 9 op de 10 meisjes was de laatste sekspartner een vaste partner. Een minderheid was niet verliefd op de laatste partner (De Graaf et al., 2012).

Hechtingsstijl kan een rol spelen bij het aangaan van relaties en seksualiteit binnen deze relaties. Veilig gehechte jongeren hebben een positief seksueel zelfbeeld en een positief beeld van hun partner. Hun motieven voor seks zijn vaker relatiegericht en ze ervaren meer positieve emoties tijdens seks. De ervaringen met seks en relaties van angstig gehechte jongeren zijn gekleurd door de angst voor afwijzing. Ze worden gemakkelijk verliefd, soms al direct wanneer iemand aandacht voor hen heeft. Ook hebben ze soms al op jonge leeftijd de eerste seksuele ervaringen en overschrijden ze vaker hun eigen grenzen. Jongeren met een vermijdende hechtingsstijl hebben moeite met het aangaan van intieme relaties, geven aan seks minder belangrijk te vinden en hebben op latere

leeftijd voor het eerst seks (Tracy, Shaver, Albino & Cooper, 2003). Positieve ervaringen met belangrijke hechtingsfiguren, zoals vrienden en partners, kunnen er voor zorgen dat onveilig gehechte jongeren een veilige hechtingsstijl ontwikkelen (Mikulincer & Shaver, 2010).

5.6 Seksuele oriëntatie

Wanneer iemand zich aangetrokken voelt tot personen van hetzelfde geslacht duurt het vaak nog een hele tijd voordat iemand zichzelf ook homo, bi of lesbisch noemt. Na de eerste gevoelens van aantrekking gaat iemand langzamerhand beseffen dat dergelijke gevoelens en gedragingen in de omgeving 'homoseksueel' genoemd worden. Er kan dan verwarring zijn over de eigen seksuele oriëntatie, eventueel versterkt doordat er vaak ook heteroseksuele contacten zijn, iemand zich bewust is van de negatieve opvattingen over homoseksualiteit, of omdat iemand er gewoon heel weinig over weet. Veel jongeren hebben weinig voorbeelden van homoseksuele mensen in de directe omgeving. Homojongeren denken of hopen dan eerst een tijd dat hun gevoelens een fase zijn of dat 'echte' homoseksuelen toch heel anders zijn (De Graaf et al., 2005).

Pas na een tijdje komt de zekerheid over de eigen homoseksuele oriëntatie. In een groep jongens die na hun coming-out enkele jaren werden gevolgd, was dit gemiddeld 2,7 jaar na de eerste gevoelens van aantrekking tot jongens, op de leeftijd van 16,1 jaar (Franssens & Hospers, 2009). Het duurt dan vaak weer 1 of 2 jaar voordat ze dit ook aan anderen vertellen (de coming-out). Op welke leeftijd dit gemiddeld gebeurt is moeilijk te zeggen, omdat homoseksuele jongens, lesbische meisjes en biseksuele jongeren die nog niet voor hun seksuele oriëntatie uitkomen vaak in onderzoek ondervertegenwoordigd zijn. In een landelijk representatief onderzoek vond de coming-out voor lesbische en biseksuele meisjes met 15,9 jaar en voor homo- en biseksuele jongens met 16,6 jaar plaats (De Graaf et al., 2012). In een onderzoek onder jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot seksegenoten was dit voor meisjes gemiddeld met 16,5 jaar en voor jongens met 16,3 jaar (Keuzenkamp, 2010). Beide studies geven waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke leeftijd van de coming-out, omdat voor een flink deel van de jongeren in beide studies de coming-out nog moest komen. De seksuele oriëntatie hoeft daarnaast geen vaststaand gegeven te zijn. Van een groep

jonge vrouwen die gedurende 10 jaar werd gevolgd en die zichzelf bij het eerste interview lesbisch of biseksueel noemden, of die zichzelf geen label op wilden plakken, wisselde twee derde gedurende die 10 jaar van oriëntatie, waarvan de helft meerdere keren (Diamond, 2008). Bovendien maakt niet iedere homojongere een periode van verwarring of ontkenning mee in aanloop tot de coming-out. Sommigen beseffen van het ene op het andere moment dat ze homoseksueel zijn, anderen trekken na verschillende verliefdheden op personen van het eigen geslacht die conclusie en vinden dit eigenlijk direct wel in orde (De Graaf et al., 2005).

Ook al staan heterojongeren op deze leeftijd iets minder negatief tegenover homoseksualiteit dan vroege adolescenten, ook in deze levensfase voelen veel homojongeren zich niet helemaal geaccepteerd of krijgen zij te maken met directe vormen van homonegativiteit. Gelukkig voelen de meeste homojongeren zich grotendeels of helemaal geaccepteerd door hun ouders, indien de ouders op de hoogte zijn van hun seksuele oriëntatie. Jongeren die gelovig zijn opgevoed geven wel vaker aan dat dit niet het geval is. Vrienden zijn iets minder tolerant. Van de jongeren die zich aangetrokken voelen tot seksegenoten geeft 1 op de 5 aan dat een vriendschap met een hetero-persoon van dezelfde sekse beschadigd werd vanwege hun seksuele oriëntatie. Van de jongens zegt 68% en van de meisjes 62% dat ze wel eens een vervelende ervaring hebben gehad vanwege hun seksuele oriëntatie. Het gaat dan vooral om pesten, vervelende opmerkingen, of belachelijk gemaakt worden, roddelen of negeren. Jongeren van 16 tot 18 jaar maken dit vaker mee dan jongeren die ouder zijn, mogelijk doordat ze hier gevoeliger voor zijn, doordat ze langzamerhand leren homonegatieve situaties te vermijden of doordat ze hun seksuele oriëntatie meer gaan verbergen. Doordat homoseksuele jongeren te maken krijgen met minderheidsstress zijn zij een kwetsbare groep als het gaat om psychisch welbevinden. Ze hebben bijvoorbeeld vaker depressieve gevoelens en suïcidale gedachten (Keuzenkamp, 2010).

5.7 Interesse en verlangen

Vrijwel alle jongens van 15 tot en met 18 jaar zijn wel eens seksueel opgewonden geweest. Bij 15-jarige jongens geeft 87% dit aan en dit neemt toe tot nagenoeg alle 18-jarige jongens. Bij meisjes gaat dit proces langzamer, van 70% van de 15-jarige meisjes tot 93% van de 18-jarige

meisjes (De Graaf et al., 2005). Vooral aan het begin van deze levensfase is de frequentie waarmee jongeren fantaseren over seks hoog. Meisjes beginnen wel iets later met fantaseren dan jongens, en fantaseren ook minder frequent. Jongens fantaseren bovendien vanaf hun eerste ervaring met geslachtsgemeenschap ook tijdens de geslachtsgemeenschap, terwijl dit voor meisjes vaak pas komt na enige jaren seksuele ervaring (Leitenberg & Henning, 1995).

Dat jongeren fantaseren over seks en gevoelens van opwinding ervaren, wil niet direct zeggen dat ze ook seks willen hebben met een partner. In de mate waarin jongeren aangeven 'toe te zijn' aan seks met een partner, is een duidelijk verschil tussen jongens en meisjes zichtbaar. Van de 15- tot en met 18-jarige jongens is 15% hier naar eigen zeggen nog niet aan toe, tegenover 30% van de meisjes. Bijna de helft van de jongens en ruim een derde van de meisjes vindt seks belangrijk. Doordat jongens eerder 'toe zijn' aan seks dan meisjes en meisjes bovendien vaak een iets oudere partner kiezen, is het voor heteroseksuele jongens niet altijd mogelijk om hun behoefte aan seks te realiseren. Van de jongens met seksuele ervaring zegt 10% dat ze de eerste keer liever eerder hadden gehad, tegenover 2% van de meisjes (De Graaf et al., 2012).

5.8 Seksueel gedrag

In masturberen en pornogebruik is net als onder vroege adolescenten een verschil tussen jongens en meisjes zichtbaar (zie tabel 1). Van de 15-jarige jongens geeft bijna driekwart aan het afgelopen half jaar porno te hebben gezien. Dit percentage loopt nog wel iets op in de jaren erna tot 86% onder 18-jarige jongens. Bij meisjes loopt pornogebruik op van 17% onder 15-jarige meisjes tot 47% onder 18-jarige meisjes (De Graaf et al., 2012). Het vrijen met anderen gaat een stapje verder, via voelen en strelen en vingers en aftrekken naar geslachtsgemeenschap en orale seks (zie tabel 1). Met 17,1 jaar heeft de helft van de Nederlandse jongeren de eerste geslachtsgemeenschap meegemaakt. Omdat meisjes dit over het algemeen doen met een iets oudere partner, is dit voor meisjes iets eerder (met 16,9 jaar) dan voor jongens (met 17,5 jaar). Op de leeftijd van 17,1 jaar heeft ook de helft van de jongeren ervaring met orale seks. Anale seks volgt over het algemeen weer iets later en is voor een minderheid een volgende stap.

Tabel 1. Seksuele ervaring bij 15- tot 18-jarigen (%)

	jongens	meisjes
Masturbatie (ooit)	85	44
Porno gezien (afgelopen 6 maanden)	78	26
Zoenen (ooit)	75	76
Voelen en strelen (ooit)	71	69
Aftrekken en vingeren (ooit)	50	54
Orale seks (ooit)	40	43
Geslachtsgemeenschap (ooit)	38	41
Anale seks (ooit)	7	6
Online seks ¹ (ooit)	7	3

Bron: Seks onder je 25^e (De Graaf et al., 2012)

Jongeren die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap hebben vaak meer wisselende partners dan volwassenen. Dat geldt vooral voor meisjes: van de 15- tot 18-jarige meisjes met seksuele ervaring heeft 15% meer dan een sekspartner gehad in een half jaar tijd, vanaf 25 jaar is dat percentage rond de 7%. Bij jongens wordt dit verschil niet gevonden (Bakker et al., 2009). Ondanks het hoge internetgebruik in deze levensfase vindt de meeste seks nog steeds in het echte leven plaats: online seks (zoals masturbatie voor de webcam) wordt door een kleine minderheid gerapporteerd. Ook seks in ruil voor iets of tegen betaling lijkt zeldzaam te zijn: 6% van de jongens en minder dan 1% van de meisjes van deze leeftijd heeft wel eens geld of een andere beloning gegeven voor seks, 5% van de jongens en 2% van de meisjes heeft wel eens geld of een andere beloning ontvangen voor seks. Van de jongens heeft 5% wel eens seks gehad met een prostituee (De Graaf et al., 2012).

Seksuele ervaring verschilt sterk tussen groepen jongeren. Vooral opleidingsniveau is een belangrijke factor. Op het vmbo heeft bijvoorbeeld 57% van de 16- en 17-jarigen ervaring met geslachtsgemeenschap, tegenover 43% van de jongeren op havo of vwo. Allochtone jongens hebben meer seksuele ervaring dan autochtone jongens. Autochtone meisjes hebben juist relatief veel ervaring, terwijl meisjes van Marokkaanse en Turkse afkomst nog nauwelijks iets doen op seksueel gebied (De Graaf et al., 2012). Bij jongeren die zich (ook) aangetrokken voelen tot

¹ Bijvoorbeeld masturberen voor de webcam

seksegenoten komt de eerste seks met een leeftijdsgenoot rond dezelfde leeftijd als onder heterojongeren. Onder meisjes vindt de eerste keer seks met een seksegenoot gemiddeld met 17,5 jaar plaats, voor jongens iets eerder (met 16,3 jaar). Omdat een deel van de respondenten van dit onderzoek zijn of haar eerste keer ten tijde van het onderzoek nog moet meemaken, zal de gemiddelde leeftijd in de hele groep uiteindelijk iets hoger komen te liggen (Keuzenkamp, 2010). Jongeren met een lichamelijke beperking hebben minder vaak ervaring met verschillende vormen van seksueel gedrag dan jongeren zonder beperking, soms door een gebrek aan zelfvertrouwen en het lastig vinden om een partner te vinden, soms door hun lichamelijke beperkingen (Meihuizen-de Regt et al., 2008).

5.9 Opvattingen en gevoelens

Wanneer een 15- tot en met 18-jarige geen ervaring met geslachtsgemeenschap heeft, zijn de meest genoemde redenen dat het er gewoon nog niet van gekomen is of dat ze eerst (een tijdje) verkering willen hebben (zie tabel 2). Voor meisjes komt zichzelf nog te jong vinden op de 3de plaats en redelijk wat meisjes zeggen dat ze het eng vinden. Voor jongens staat eerst verliefd willen zijn op de 3de plaats en zichzelf te jong vinden op de 4de plaats (De Graaf et al., 2012).

Jongeren van 15 tot en met 18 jaar denken wat gemakkelijker over seks zonder gevoelens of seks voor het huwelijk dan vroege adolescenten. Toch vinden de meeste jongeren (58% van de jongens en 80% van de meisjes) het ook in deze levensfase niet in orde als een jongen en een meisje seks met elkaar hebben zonder verliefd te zijn. De meerderheid keurt dit wel goed als er sprake is van verliefdheid (85% van de jongens en 72% van de meisjes) of verkering (94% van de jongens en 89% van de meisjes). Seks voor het huwelijk keurt 1 op de 7 jongens en 1 op de 5 meisjes van 15 tot en met 18 jaar af (De Graaf et al., 2012). Vormen van seksueel gedrag die volgens jongeren echt niet kunnen zijn seks onder dwang, respectloos gedrag naar vrouwen, webcamseks en ruilseks (Cense & Van Dijk, 2010). Zoals eerder vermeld komt ruilseks maar zelden voor, maar jongeren die hier ervaring mee hebben, hebben hier zelf vaak achteraf geen goed gevoel over. De meesten hebben achteraf spijt en gevoelens van schaamte. Gemotiveerd door de beloning hebben ze vaak onprettige

seksuele ervaringen gehad en dit vatten ze niet licht op (Van de Walle, Picavet, Van Berlo & Verhoeff, 2012).

Tabel 2. Motieven voor onthouding onder 15- tot en met 18-jarigen* (%)

	jongens	meisjes
het is gewoon nog niet gebeurd	63	48
ik wil eerst een tijdje verkering hebben	34	49
ik vind mezelf nog te jong	22	40
ik wil eerst verliefd zijn	25	34
er was nog nooit iemand met wie ik dat wilde	12	28
ik heb daar (nog) geen zin in	7	24
ik vind dat (een beetje) eng	4	24
ik wil eerst getrouwd zijn	6	19
er was nog nooit iemand die dat met mij wilde	13	6
ik wil niet zwanger worden	1	17
het mag niet van mijn ouders of van mijn geloof	5	12

Bron: Seks onder je 25^e (De Graaf et al., 2012)

* Onder jongeren die geen ervaring hebben met geslachtsgemeenschap

Vergeleken met jonge adolescenten is seks minder omgeven met gevoelens van schuld, schaamte of afkeer. Als ze seksuele gevoelens (zouden) hebben, voelt 6% van de jongens en 9% van de meisjes schaamte en 5% van zowel de jongens als de meisjes zich schuldig. Op deze leeftijd vindt 3% en 8% van de meisjes seks eigenlijk vies. Schuldgevoelens na masturbatie komen iets vaker voor dan schuldgevoelens over seks: bij 1 op de 12 jongens en 1 op de 9 meisjes van deze leeftijd. Schuld- en schaamtegevoelens rondom seks worden wat vaker door Turkse en Marokkaanse meisjes gerapporteerd dan door autochtoon Nederlandse meisjes, maar mogelijk kan dit verschil ook worden toegeschreven aan een andere betekenisgeving aan de begrippen schuld en schaamte in deze culturen (De Graaf et al., 2012).

5.10 Reproductieve gezondheid

Het overgrote deel van de jongeren die geslachtsgemeenschap hebben in deze levensfase, gebruikt hierbij anticonceptie. Wanneer de eerste keer

met 15 jaar plaatsvindt, geeft 92% van de meisjes en 90% van de jongens aan dat hierbij anticonceptie wordt gebruikt. Dit loopt met het ouder worden nauwelijks verder op. Van alle 15- tot en met 18-jarige meisjes die ooit geslachtsgemeenschap hebben gehad, gebruikt 89% anticonceptie (zie tabel 3). De pil is in deze leeftijdsgroep als anticonceptiemethode veruit het meest gebruikt: 75% van de meisjes met seksuele ervaring gebruikt deze methode, al dan niet in combinatie met condooms. Daarnaast had in 2012 7% van de 15- tot 18-jarige meisjes in een jaar tijd de morning-afterpil geslikt (De Graaf et al., 2012). Een zwangerschap is op deze leeftijd vrijwel altijd ongepland: de abortusratio is dan het hoogst. In 2008 werden 12,7 op de 1000 meisjes van 15 tot en met 19 zwanger, waarvan 7,9 per 1000 (62%) de zwangerschap lieten afbreken. Het merendeel van deze groep is 17 jaar of ouder (Goenee, Picavet & Wijzen, 2013).

Tabel 3. Anticonceptiegebruik onder meisjes van 15 tot en met 18 jaar* (%)

	meisjes
Geen anticonceptie	11
Pil	58
Pil en condoom	17
Condoom	10
Andere methode (bijvoorbeeld spiraaltje)	4

Bron: Seks onder je 25^e (De Graaf et al., 2012)

* Onder jongeren die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap

In 2009 kregen 5,3 van de 1000 meisjes van 15 tot en met 19 een kind. Dit geboortecijfer behoort tot de laagste ter wereld. Ongeveer de helft van deze tienermoeders is bij de geboorte 19 jaar (in onze indeling een late adolescent), 29% is 18 jaar bij de geboorte en 15% is 17 jaar. Het komt dus maar zelden voor dat een meisje van 15 of 16 jaar een kind krijgt. Het geboortecijfer van autochtone tienermeisjes is al jaren rond de 4 per 1000. Onder Turkse en Marokkaanse meisjes is het geboortecijfer de afgelopen 10 jaar gedaald en nu ongeveer even laag als onder autochtone meisjes. Dit komt vooral omdat de huwelijksleeftijd gestegen is en veel Turkse en Marokkaanse meisjes pas zwanger worden wanneer ze getrouwd zijn. Onder Antilliaanse/Arubaanse meisjes en Kaapverdische meisjes is het geboortecijfer relatief hoog: respectievelijk 29 en 21 per 1000 meisjes kregen in 2010 een kind. Veel van deze meisjes voeden hun kind alleen op. Juist in de jongste leeftijdsgroepen is de leeftijd van de vader onbekend,

maar het CBS schat het aantal tienervaders op 657 in 2010. Het aantal tienermoeders ligt rond de 2.500 (CBS Statline, 2010).

Canadees onderzoek laat zien dat tienermoeders zich vaak later aanmelden bij prenatale zorg, minder vaak foliumzuur gebruiken voorafgaand aan de zwangerschap, vaker roken tijdens de zwangerschap en minder vaak borstvoeding geven dan vrouwen van 25 jaar en ouder die zwanger zijn. Ook hebben deze Canadese tienermoeders vaak een stressvoller leven achter de rug (Kingston, Heaman, Fell & Chalmers, 2012). Of dit het geval is bij Nederlandse tienermoeders weten we niet, maar wel hebben ook Nederlandse tienermoeders een verhoogde kans op vroeggeboorte en perinatale sterfte (Garssen & Van der Meulen, 2004). Vooral wanneer de zwangerschap binnen 4 jaar na de menarche plaatsvindt is de kans op complicaties groter (Dixon-Mueller, 2008). Kunstverlossingen (zoals een bevalling met behulp van een verlostang of vacuümpomp) lijken wel minder vaak voor te komen onder tienermoeders dan onder moeders die ouder zijn (Kingston et al., 2012).

5.11 Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv

Voorafgaand aan seks met een nieuwe partner wordt er door een meerderheid van de 15- tot en met 18-jarigen niet over condooms gepraat. Meer dan de helft van de jongens en meisjes geeft aan dat dit onderwerp voorafgaand aan seks met hun laatste partner niet aan de orde is gekomen, vooral omdat ze dit niet nodig vonden (36% van de jongens en 28% van de meisjes) of omdat ze er niet aan gedacht hebben (21% van de jongens en 23% van de meisjes (De Graaf et al., 2012).

Desondanks is het condoomgebruik in deze levensfase hoog. Wanneer de eerste geslachtsgemeenschap in deze levensfase plaatsvindt, gebruikt ruim driekwart van de jongeren hierbij een condoom. Van de seksueel ervaren 15- tot 18-jarigen gebruikte 82% met de laatste partner tenminste een enkele keer een condoom, 51% van de jongens en 30% van de meisjes zelfs altijd (De Graaf et al., 2012). Bij anale seks wordt, vooral door heterojongeren, minder vaak een condoom gebruikt. Van de (relatief kleine groep) 15- tot 18-jarigen die anale seks heeft, gebruikte 58% van de meisjes en 44% van de heterojongens nooit een condoom met de laatste partner (De Graaf et al., 2005).

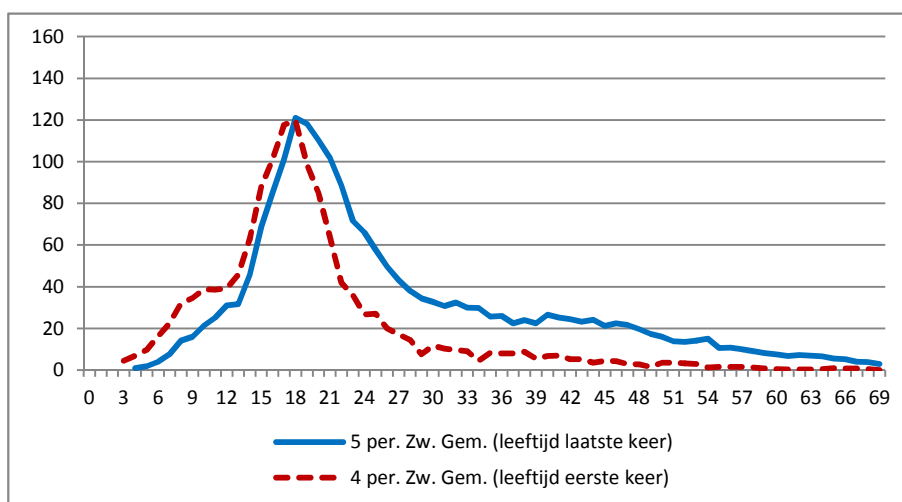
Ondanks het hoge condoomgebruik lopen jongeren in deze levensfase toch een verhoogd risico op soa, met name doordat seksueel actieve jongeren meer wisselende partners hebben dan volwassenen. In 2011 lieten 8.837 jongeren van 15 tot en met 19 zich testen op een soa. Driekwart hiervan waren meisjes, 20% heterojongens en 6% homojongens. Van de heterojongeren die zich lieten testen, bleek ongeveer 17% van de heterojongens en 19% van de meisjes een soa te hebben, vrijwel altijd chlamydia, een enkele keer (ook) gonorrhoea of genitale wratten. Het totale soa-percentages en het percentage chlamydia onder meisjes is in deze leeftijdsfase hoger dan in andere leeftijdsgroepen (Vriend et al., 2011).

5.12 Seksueel geweld

De prevalentie van seksueel geweld is hoog onder meisjes van 15 tot en met 18 jaar. In 2011 had 1 op de 5 meisjes van deze leeftijd wel eens seksueel geweld meegemaakt. Voor 3,6% van de 15- tot 18-jarige meisjes vond deze gebeurtenis plaats in het laatste jaar. Van alle vrouwen die aangeven dat ze ooit in hun leven seksueel geweld hebben meegemaakt, geeft een groot deel aan dat dit tussen het 14de en 18de jaar plaatsvond (zie figuur 1, De Haas, 2012). Deze hogere prevalentie van victimisatie onder meisjes heeft mogelijk te maken met het feit dat jongeren op deze leeftijd nog steeds vrij impulsief reageren, zonder goed de risico's van de keuzes die ze maken te overzien (Crone, 2008). Ook de gevoeligheid voor sociale wenselijkheid is hoog (Westenberg, 2008). Vanuit hun gebrek aan ervaring of een bepaalde mate van naïviteit interpreteren jonge meisjes gedrag van zichzelf of de ander minder snel als seksueel en reageren ze soms minder snel op een bedreigende situatie (Livingston, Testa & VanZile-Tamsen, 2007). Daar komt bij dat meisjes op deze leeftijd door hun leefstijl mogelijk eerder in riskante situaties terecht komen dan volwassen vrouwen. Jonge meisjes hebben vaak meer wisselende partners dan volwassen vrouwen en hoe meer seksuele partners iemand heeft, des te groter de kans dat iemand hierbij te maken krijgt met grensoverschrijding (De Graaf et al., 2005). Daarbij gaan jonge meisjes vaker uit dan volwassen vrouwen, en meisjes die uitgaan maken vaker grensoverschrijding mee dan meisjes die dit niet doen (Harreveld, 2009). Eventueel alcohol- en drugsgebruik maakt dat er minder controle is over seksuele contacten die worden opgedaan in het uitgaansleven (Trimbos-instituut, 2005). Sociale

wenselijkheid en middelengebruik zijn twee belangrijke factoren in het grijze gebied van seksuele grensoverschrijding. Bij het woord ‘seksueel geweld’ wordt soms alleen gedacht aan seksuele handelingen waarbij fysiek geweld wordt gebruikt. Wanneer iemand geen weerstand kan bieden door alcohol- of drugsgebruik of toestemt onder (verbale) druk, is er ook sprake van grensoverschrijding (De Haas, 2012).

Figuur 1. Leeftijd van slachtoffers van fysieke seksuele grensoverschrijding



Doordat er veel sociale interactie plaatsvindt op internet, komt seksuele dwang ook online voor. Risico's die online spelen zijn bijvoorbeeld het ongewenst in contact komen met seksueel getinte beelden (erotiek, of iemand die ongevraagd zijn geslachtsdelen laat zien voor de webcam), gedwongen worden tot online seksuele handelingen (bijvoorbeeld door middel van chantage) of op internet verleid worden, waarna bij een offline afspraak seksueel geweld plaatsvindt. In onderzoek onder scholieren geeft 8% van de 15- en 16-jarigen aan seksueel expliciete beelden te hebben gezien die ze vervelend vonden en ruim 6% van de 15- en 16-jarigen heeft webcambeelden van geslachtsdelen gezien en dit als vervelend ervaren (Kerstens & De Graaf, 2012). In een bevolkingsstudie gaf 1 op de 7 15- tot en met 18-jarige jongens en 1 op de 3 15- tot en met 18-jarige meisjes aan online grensoverschrijding te hebben meegemaakt. Het ging hierbij om de volgende ongewilde situaties: iemand zei 'vieze' dingen, keek naar hen

terwijl ze zich uitkleedden of masturbeerden, maakte een filmpje van hen of stuurde dit door, of toonde geslachtsdelen of masturbatie voor de webcam (De Haas, 2012). Ongeveer 2 à 3% van de jongeren heeft wel eens de eigen borsten of geslachtsdelen laten zien voor de webcam of een seksueel getinte opname van iemand gemaakt en eventueel doorgestuurd naar anderen (De Graaf et al., 2012; Kerstens & De Graaf, 2012).

5.13 Seksuele problemen

Meisjes van 15 tot en met 18 hebben vaker te maken met seksuele problemen dan jongens van deze leeftijd. Van alle meisjes die wel eens gevoeld of gestreeld hebben of meer ervaring hebben, heeft 36% een seksueel probleem², tegenover 23% van de jongens (zie tabel 4). Meisjes hebben ook vaker dan jongens last van geen zin in seks, opwindings- en orgasme problemen en pijn. Jongens rapporteren wel vaker dan meisjes dat ze last hebben van te snel klaarkomen (De Graaf et al., 2012). Het gaat hier in alle gevallen om problemen die regelmatig of vaker voorkomen en waar men last van heeft.

Tabel 4. Seksuele problemen onder jongeren van 15 tot en met 18 jaar* (%)

	jongens	meisjes
geen zin in seks ^a	6	15
moeilijk opgewonden raken ^a	5	10
niet klaarkomen ^a	5	22
te snel klaarkomen ^a	16	6
pijn tijdens seks ^a	3	10
overmatig seksueel verlangen ^b	5	3
minstens een probleem ^a	23	36

^a De Graaf et al., 2012; ^b Kedde, 2012

* Onder jongeren die wel eens gevoeld of gestreeld hebben.

Jongens zeggen ook iets vaker dan meisjes dat ze last hebben van overmatig seksueel verlangen. Onder seksueel ervaren 15- tot 18-jarigen zegt 5% van de jongens en 3% van de meisjes dat ze elke dag zin hebben in seks, dat ze dit zelf veel vinden én dat ze hier last van hebben (Kedde,

² Een probleem met het seksueel functioneren dat regelmatig of vaker voorkomt en waar men last van heeft.

2012). Overmatig seksueel verlangen heeft niet alleen te maken met de mate waarin men behoefte aan seks heeft, maar ook met de mate waarin iemand last heeft van de manier waarop hij of zij omgaat met seks en het onvermogen om dit gedrag bij te sturen of te stoppen (Van Zessen, 2009).

Dwangmatig gebruik van porno kan bijvoorbeeld voor conflicten met de partner of verwaarlozing van verantwoordelijkheden zorgen (Döring, 2009). Het voorstel voor opname van 'hypersexual disorder' in de DSM V is uiteindelijk niet doorgegaan, maar de criteria hiervoor waren: erg veel tijd besteden aan (denken over) seks, niet in staat zijn om het gedrag te stoppen, doorgaan ondanks de negatieve gevolgen voor zichzelf of anderen en seks gebruiken als reactie op een negatieve stemming of stress. Van Zessen vond in een kwalitatieve studie dat mannen die dwangmatig met seks omgaan, tijdens hun adolescentie vaak een periode hadden waarin ze hun sterke verlangens naar seks niet konden realiseren. Hun seksuele zelfbeeld werd daardoor vaak in eenzaamheid gevormd, ondersteund door masturberen en fantaseren. Wanneer deze jongens uiteindelijk wel seks gaan hebben, kunnen zij maar moeilijk echt in contact komen met anderen (Van Zessen, 2009).

5.14 Wetgeving

Seksuele contacten met jongeren van 16 jaar en ouder zijn niet strafbaar, maar tot 18 jaar is het betalen voor seksuele contacten wel strafbaar (art. 248b Wetboek van Strafrecht). Ook het maken, in bezit hebben verspreiden van beelden van seksuele gedragingen van kinderen tot 18 jaar is strafbaar (art. 240b Wetboek van Strafrecht). Daarnaast is 'verleiding' (iemand met geld, giften, overwicht of misleiding overhalen tot seks) van jongeren tot 18 jaar bij de wet verboden (art. 240a Wetboek van Strafrecht).

HOOFDSTUK 6

LATE ADOLESCENTIE (19 TOT EN MET 24 JAAR)

6.1 Biopsychosociale context

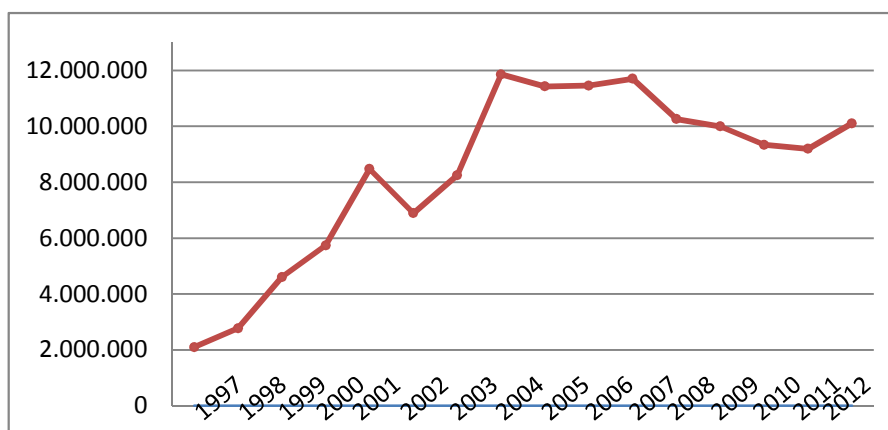
Op deze leeftijd ontstaat langzamerhand een gevoel van verantwoordelijkheid voor het eigen doen en laten. Late adolescenten kunnen zichzelf beter bijsturen als hun opvattingen en gedrag niet in overeenstemming zijn met wie ze willen zijn. Aan het eind van deze levensfase is de prefrontale cortex beter ontwikkeld, waardoor ze beter zicht hebben op de risico's van bepaald gedrag (Westenberg, 2008). Jongeren zijn in deze levensfase min of meer onafhankelijk van hun ouders en hebben vaak nog maar weinig verantwoordelijkheden (zoals een eigen huis of kinderen). Deze fase staat dan ook in het teken van het ontdekken van verschillende partners en samenlevingsvormen. Slechts een zeer klein deel (2% van de jongens en 5% van de meisjes; CBS Statline, 2013) is op deze leeftijd getrouwd. In deze levensfase beginnen veel mensen ook aan hun eerste baan (buiten eerdere bijbanen naast een studie). Er wordt nog steeds veel uitgegaan in deze leeftijd en middelengebruik is hoog. In 2004 bezocht twee derde van de 18- tot 25-jarigen de afgelopen maand een café en de helft een discotheek (CBS Statline, 2004). De kans op een middelenstoornis (misbruik van of verslaving aan alcohol en/of drugs) is in deze levensfase acht keer zo groot als onder 45- tot 55-jarigen (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010).

6.2 Lichaamsbeeld

Deze leeftijdsgroep is steeds meer tevreden over hun lichaam. Onder 19- tot 24-jarigen vindt ruim de helft van zowel de jongens als de meisjes zichzelf aantrekkelijk. Van de jongens is 72% en van de meisjes 60% tevreden over zijn of haar geslachtsdelen en deze percentages zijn duidelijk hoger dan onder 15- tot en met 18-jarigen (De Graaf et al., 2012). De toename van (schoonheidsidealen in) mediabeelden en de verhoogde beschikbaarheid van de plastische chirurgie maken dat er zorgen bestaan over het lichaamsbeeld van meisjes en hun behoefte om hier door middel van cosmetische chirurgie iets aan te laten veranderen. Helaas zijn er voor Nederland geen cijfers beschikbaar die deze zorgen

kunnen bevestigen of ontkrachten, omdat cosmetische ingrepen hier niet geregistreerd worden. Er kan dus niet met zekerheid gezegd worden of deze zorgen al dan niet terecht zijn (Woertman, 2009). Statistieken uit de Verenigde Staten laten een stijging in het aantal cosmetische ingrepen zien tussen 1997 en 2003 en een lichte afname sinds 2007 (zie figuur 2). Deze daling wordt (deels) toegeschreven aan de economische recessie. In 2012 was weer een lichte stijging te zien in het aantal ingrepen (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2012).

Figuur 2. Trends in aantal cosmetische ingrepen per jaar in de Verenigde Staten



6.3 Genderdysforie

Vanaf 18 jaar is een geslachtsaanpassende operatie wettelijk toegestaan. Niet iedereen die onvrede voelt met het geboortegeslacht kiest hiervoor. Er zijn ook mensen die voor een gedeeltelijke geslachtsaanpassing kiezen, bijvoorbeeld wel voor hormonen, maar niet voor een operatie. Sommige mensen met genderdysforie zien helemaal af van een medische ingreep. Daarnaast zijn er mensen die zich niet als man óf vrouw identificeren, maar als anders, beide, ertussenin of geen van beide (transgenderisten of genderqueers). Ook zijn er personen (meestal mannen) die zich parttime als de andere sekse uiten door middel van bijvoorbeeld kleding, naam of gedrag (travestieten of crossdressers). Wanneer iemand een wens heeft tot medische aanpassing van het geboortegeslacht aan het gewenste en/of ervaren geslacht of deze aanpassing heeft laten uitvoeren, wordt

gesproken van transseksualiteit. In de jaren 90 is de prevalentie van transseksualiteit geschat op 1 op de 11.900 mannen en 1 op de 30.400 vrouwen. Destijds vroegen de meeste man-naar-vrouw transseksuelen tussen hun 20ste en 25ste om een geslachtsaanpassende operatie, vrouw-naar-man transseksuelen iets later (Van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996). In 2012 werd in een Nederlandse bevolkingsstudie gevonden dat 0,6% van de mannen en 0,2% van de vrouwen van 15 tot 70 jaar een ambivalente of incongruente genderidentiteit heeft, gecombineerd met een onvrede met het lichaam van hun geboortegeslacht en een wens om hun lichaam aan te passen met behulp van hormonen en/of operaties (Kuyper, 2012).

De richtlijnen van The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) geven aan dat sprake moet zijn van blijvende, goed gedocumenteerde genderdysforie voordat kan worden overgegaan tot een geslachtsaanpassende operatie. Ook wordt van de patiënten verwacht dat zij gedurende minstens 12 maanden (openlijk) leven in de rol van het gewenste geslacht, meestal ondersteund door hormoontherapie. Als dit succesvol verloopt kan worden overgegaan tot een geslachtsaanpassende operatie. Over het algemeen verdwijnen de genderdysfore gevoelens na deze operatie (WPATH, 2011). Een geslachtsaanpassende behandeling kan veel impact hebben op het seksueel functioneren en welzijn. In een kwalitatieve verkenning gaven verschillende transseksuelen aan dat ze seksualiteit pas echt gingen (her)ontdekken na hun transitie. Dat geeft soms een geweldig gevoel, maar kan ook onzekerheid en verwarring oproepen. Daarnaast zijn de anatomie en werking van de geslachtsdelen van transseksuelen anders dan van een vagina of penis die men bij de geboorte heeft gekregen. Dat geldt vooral voor vrouw-naar-man transseksuelen. Zij moeten leren leven met beperkt functioneren van hun seksuele lichaam of zien om die reden af van een geslachtsaanpassende operatie. Man-naar-vrouw transseksuelen kunnen last hebben van lubricatieproblemen en moeten vaak glijmiddel gebruiken als ze seks hebben (Doorduyn & Van Berlo, 2012).

6.4 Verliefdheid en (seksuele) relaties

Relaties gaan in deze levensfase weer iets langer duren en binnen relaties gaan vertrouwen en steun een belangrijkere rol spelen (Sassler, 2010). Op

deze leeftijd hebben 9 van de 10 jongeren wel eens een relatie gehad en voor 65% van de 19- tot en met 24-jarigen duurt of duurde de laatste of huidige relatie langer dan een jaar (De Graaf et al., 2012). Toch worden relaties op deze leeftijd ook nog wel vaak na kortere of langere tijd beëindigd, waarna weer een nieuwe vaste relatie wordt aangegaan. Dit patroon wordt ook wel ‘seriële monogamie’ genoemd.

6.5 Seksuele oriëntatie

Hoewel de coming-out gemiddeld vóór deze levensfase plaatsvindt, vindt dit ook voor een groot deel van de homo- en biseksuele jongens en meisjes na het 19de jaar plaats. Bovendien speelt coming-out levenslang een rol: in elke nieuwe context zal iemand opnieuw moeten afwegen of hij of zij wel of niet open wil en kan zijn over de seksuele oriëntatie. Het steeds opnieuw evalueren of een omgeving of situatie veilig genoeg is om voor de seksuele oriëntatie uit te komen en beslissen om dit al dan niet te zullen doen wordt ook wel ‘zichtbaarheidsmanagement’ genoemd (Versmissen, 2011). In deze levensfase gaan veel mensen voor het eerst werken en moeten homoseksuele jongens en meisjes voor zichzelf beoordelen hoe open zij kunnen en willen zijn op de werkplek. Van een groep homojongeren van 16 tot 25 met een (bij)baan was twee vijfde op het werk niet open over de seksuele oriëntatie. Van hen gaf 8% aan dat slechts een deel van de collega’s hun seksuele oriëntatie accepteert en beoordeelde 1 op de 10 de homovriendelijkheid van hun werkplek negatief (Keuzenkamp, 2010). Veel homoseksuele mannen en vrouwen krijgen op het werk te maken met vervelende opmerkingen en grapjes over hun seksuele oriëntatie, vooral wanneer hier veel mannen werken. Dit kan resulteren in minder werktevredenheid en meer werkstress (Van der Klein, Tan, De Groot, Duyvendak & Witteveen, 2009).

6.6 Interesse en verlangen

In deze levensfase zegt nog maar een heel kleine groep (5% van de jongens en 8% van de meisjes) nog niet aan seks toe te zijn. De meeste jongeren (70% van de jongens en 65% van de meisjes) geven aan dat seks voor hen belangrijk is (De Graaf et al., 2012). Rond het 21ste jaar gaan jongens en meisjes gelijk op in hun ervaring met seksuele opwinding en is bijna iedereen wel eens seksueel opgewonden geweest (De Graaf et al., 2005). Ook hebben bijna alle mensen op deze leeftijd wel eens zin in seks met

een partner: 85% van de jongens en 56% van de meisjes heeft dat minstens een keer per week. De helft van de jongens en een kwart van de meisjes zegt dat ze veel behoefte hebben aan seksueel contact. Hierop scoren ze significant hoger dan mannen en vrouwen in andere levensfasen (Bakker et al., 2009).

Sommige mensen hebben 'afwijkende' behoeften of verlangens (parafilieën). Iemand kan bijvoorbeeld opgewonden worden van bekeken worden (exhibitionisme), het bekijken van anderen (voyeurisme), bepaalde voorwerpen (fetisjisme), het aanraken van onbekenden (frotteurisme), kinderen (pedofilie), gedomineerd of vernederd te worden (masochisme), anderen domineren, vernederen of pijn doen (sadisme) of zich kleden als iemand van het andere geslacht (travestie). De DSM V maakt onderscheid tussen parafilieën en parafilische stoornissen. Voor het laatste is ook vereist dat iemand last moet hebben van deze verlangens of dat de verlangens schadelijk kunnen zijn voor anderen (bijvoorbeeld als iemand de verlangens heeft uitgevoerd met iemand die hiervoor geen toestemming gaf (sadisme) of kon geven (pedofilie) (American Psychiatric Association, 2013).

Van de parafilieën die in een Nederlandse populatiestudie werden nagevraagd komen sadomasochistische verlangens en gedragingen nog het meeste voor. Onder 19- tot 24-jarigen geeft 10% van de jongens en 11% van de meisjes aan wel eens te verlangen naar sadomasochistische seks en 6% van de jongens en 8% van de meisjes bracht dit ook wel eens in de praktijk. Verlangen naar het gebruik van bepaalde voorwerpen, stoffen of rituelen bij de seks komt voor bij 10% van de jongens en 5% van de meisjes en 7% van de jongens en 4% van de meisjes heeft ook wel eens een fetisj gebruikt. Van de jongens zegt 5% er wel eens naar te verlangen om zich als een vrouw te kleden omdat dit hen seksueel opwindt en 3% heeft dit ook wel eens gedaan. Bij meisjes komt travestie nauwelijks voor (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006b). Pedofiele verlangens (gevoelens van seksuele aantrekking tot kinderen jonger dan 13 jaar) worden gerapporteerd door 7 op de 1000 jongens en 3 op de 1000 meisjes van 19 tot 25 jaar (ongepubliceerde cijfers uit de monitor Seksuele en Reproductieve Gezondheid 2012, Rutgers WPF).

6.7 Seksueel gedrag

In de leeftijdsfase van 19 tot en met 24 jaar masturbeert 85% van de jongens en 66% van de meisjes wel eens (zie tabel 5). Bij jongens blijft dit percentage in de volgende levensfase ongeveer gelijk, bij meisjes is dit vergeleken met vrouwen van 25 tot 55 jaar een relatief kleine groep. Het afgelopen half jaar keek 61% van de jongens en 39% van de meisjes wel eens naar porno. Hierin verschillen ze nauwelijks van mensen die ouder zijn (De Graaf, 2012). Over de inhoud van de porno die gebruikt wordt is niks bekend (Döring, 2009).

Ruim 1 op de 5 19-jarigen heeft geen ervaring met geslachtsgemeenschap en onder 24-jarigen is dit nog 1 op de 10. Het afgelopen half jaar had 70% van de jongens en 77% van de meisjes van deze leeftijd seks met een partner (breder dan geslachtsgemeenschap) (zie tabel 5). Dat deze leeftijdsgroep vergeleken met oudere groepen meer wisselende sekspartners zou hebben, wordt in een representatieve bevolkingsstudie alleen bevestigd voor meisjes. Van de meisjes van 19 tot en met 24 jaar had 10% het afgelopen jaar meer dan 1 sekspartner, tegenover 6% onder vrouwen van 25 tot 40. Van de jongens van 19 tot en met 24 jaar heeft 15% meerdere sekspartners gehad in de afgelopen 6 maanden. Hierin verschillen ze nauwelijks van mannen boven de 25 (De Graaf, 2012).

Tabel 5. Masturbatie- en seksfrequentie van 19- tot 25-jarigen (%)

	masturbatie		seks met een partner	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
nooit in afgelopen half jaar	15	34	30	23
maximaal een keer per maand	14	26	21	16
maximaal een keer per week	27	26	23	24
meerdere keren per week	43	15	26	37

Bron: De Graaf et al., 2012

Deze leeftijdsgroep heeft een gevarieerd gedragsrepertoire. Jongens en meisjes die seks hadden in de afgelopen 6 maanden hebben elkaar hierbij vrijwel altijd gevingerd en/of afgetrokken. Heterojongens en -meisjes hebben bij seks ook vrijwel altijd geslachtsgemeenschap: slechts 6% van de jongens en 3% van de meisjes geeft aan dat dit niet het geval was. Voor 1 op de 10 jongens en meisjes maakt ook orale seks deel uit van het

gedragsrepertoire (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Van de 19- tot 24-jarigen die seks hadden in de afgelopen 6 maanden had 16% van de heterojongens en 13% van de heteromeisjes hierbij ook wel eens anale seks. Bij homojongens is dat 56% (De Graaf, 2012). Onder jongens is de prevalentie van prostitutiebezoek met 12% in het afgelopen jaar iets hoger dan in de voorgaande levensfase. Ook seks op internet neemt iets toe onder jongens, maar loopt nog steeds niet storm: 1 op de 9 jongens en 1 op de 20 meisjes heeft dit in een half jaar tijd gedaan (De Graaf et al., 2012).

6.8 Opvattingen en gevoelens

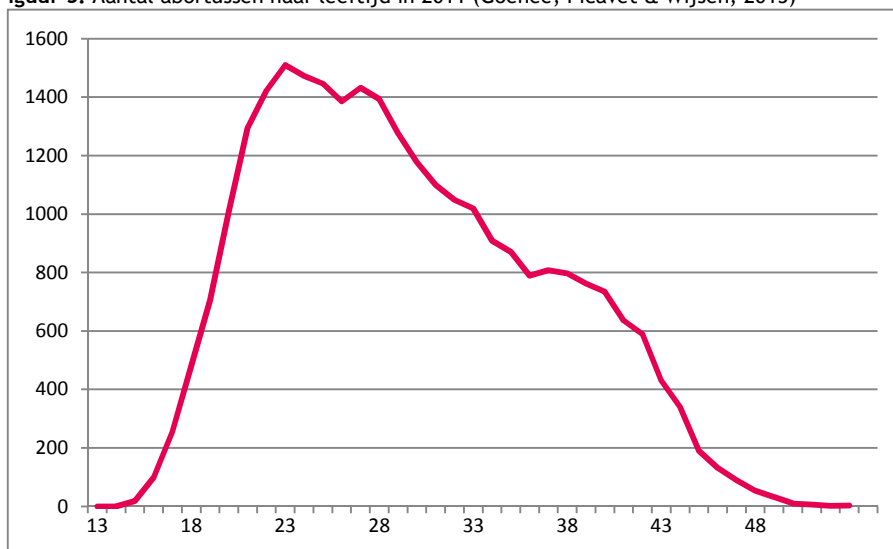
Vergeleken met eerdere levensfasen nemen negatieve gevoelens rondom seks nog verder af en positieve gevoelens verder toe. Deze leeftijdsgroep is behoorlijk tevreden over het seksleven: 68% van de jongens en 75% van de meisjes geeft aan (zeer) tevreden te zijn, 1 op de 7 jongens en 1 op de 10 meisjes is ontevreden. Van de jongeren tussen de 19 en 24 jaar geeft 2% tot 5% aan dat seks voor hen omgeven is met gevoelens van schuld, schaamte of afkeer. Masturbatie wekt nog steeds de meeste schuldgevoelens op: bij 9% van zowel de jongens als de meisjes. Naast leeftijd is religie een belangrijke voorspeller van waarden en normen op het gebied van seks. Christelijke en islamitische jongeren rapporteren meer gevoelens van schuld en schaamte rond masturbatie of het hebben van seksuele gevoelens en geven minder vaak aan dat ze seks belangrijk vinden of van alles uit willen proberen (De Graaf et al., 2012). Van de jongeren die op deze leeftijd nog maagd zijn, geeft 24% van de jongens en 35% van de meisjes aan dat dat komt omdat ze eerst getrouwd willen zijn. Een nog vaker genoemde reden is echter 'dat het er gewoon nog niet van gekomen is' (De Graaf et al., 2012).

6.9 Reproductieve gezondheid

De meeste late adolescenten willen (nog) geen kinderen. Driekwart van de meisjes gebruikt anticonceptie, meestal de pil. Meisjes die geen anticonceptie gebruiken, doen dit meestal omdat ze geen seksuele relatie hebben. Een minderheid (13%) doet dit omdat ze zwanger zijn of willen worden (De Graaf, 2009). Toch gaat er wat anticonceptiegebruik betreft ook wel eens wat mis. Door de hoge mate van seksuele activiteit en de lage kinderwens, is het abortuscijfer onder meisjes in deze levensfase het

hoogst, met een piek rond 21 jaar (zie figuur 3). Van elke 1000 meisjes tussen de 20 en 24 werden er in 2011 49,3 zwanger (exclusief miskramen). Hiervan lieten er 14 een abortus uitvoeren (28,4%) en droegen er 35,3 de zwangerschap uit (Goenee, Picavet & Wijzen, 2013). Meisjes van 20 tot en met 24 die zwanger zijn melden zich net als zwangere tieners later aan bij prenatale zorg. Ook gebruiken ze minder vaak foliumzuur, roken ze vaker tijdens en na de zwangerschap en geven ze minder vaak borstvoeding dan moeders van 25 jaar en ouder (Kingston et al., 2012). De kans op zuigelingensterfte is bij kinderen van jonge twintigers iets lager dan bij tienermoeders, maar nog wel hoger dan bij moeders van 25 jaar en ouder (Garssen & Van de Meulen, 2004).

Figuur 3. Aantal abortussen naar leeftijd in 2011 (Goenee, Picavet & Wijzen, 2013)



6.10 Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv

In deze leeftijdsfase is de groep jongens en meisjes die aangeeft dat ze geen vaste relatie hadden met de laatste sekspartner het grootst (Bakker et al., 2009). Jongeren van 19 tot 24 jaar gebruiken ook minder vaak condooms dan jongere adolescenten. Ongeveer de helft van de jongeren in deze leeftijdsgroep heeft het met de laatste partner over condooms gehad voordat ze voor het eerst seks hadden met elkaar. In deze leeftijdsgroep

gebruikte 78% van de jongeren niet altijd condooms met de laatste sekspartner en 26% deed dit nooit. Met losse laatste sekspartners gebruikte 51% van de jongeren niet altijd een condoom (De Graaf et al., 2012).

De meest gebruikte strategie op deze leeftijd is om aan het begin van een nieuwe relatie condooms te gebruiken en hier na verloop van tijd weer mee te stoppen: 26% van de jongens en 38% van de meisjes hanteert deze strategie. Van deze groep volgt 24% het advies om dit minstens 3 maanden te doen en 12% is al binnen een week gestopt met het gebruiken van condooms. Bijna twee derde van deze jongeren geeft aan dat ze zijn gestopt met het gebruiken van condooms zonder zich beide te laten testen op soa of hiv (De Graaf et al., 2012). Ook het condoomgebruik bij anale seks is in deze levensfase vergeleken met jongere groepen lager: van de groep die anale seks had met de laatste sekspartner gebruikte 62% van de heterojongens en 75% van de heteromeisjes hierbij nooit een condoom. Bij homojongens was dit 29% (De Graaf et al., 2005).

In deze levensfase vindt een piek plaats wat betreft soa-consulten: 35% van alle soa-consulten betreft jongeren van 20 tot 24 jaar (Vriend et al., 2011). Vooral onder heterojongeren is testgedrag in deze levensfase hoog, bij mannen die seks hebben met mannen blijft dit tussen de 20 en 50 jaar redelijk constant. Van alle heterojongeren die zich in 2010 lieten testen bleek 16% van de meisjes en 13% van de jongens een soa te hebben. Dat is iets minder dan bij jongeren van 15 tot en met 19, maar nog wel hoger dan onder volwassenen ouder dan 24. Vooral chlamydia komt op deze leeftijd veel voor: van alle jongens die zich hierop heeft laten testen was 15% positief, bij meisjes is dat 13%. Omdat meisjes zich hier veel vaker op laten testen dan jongens is het absolute aantal chlamydia diagnoses onder meisjes wel veel hoger dan onder jongens. Andere soa's en hiv komen onder heterojongeren niet zoveel voor. In deze groep komen genitale wratten na chlamydia nog het meeste voor, gevolgd door gonorrhoea. Onder homojongens zijn chlamydia, gonorrhoe en genitale wratten ook de meest voorkomende soa. Homojongens lopen een groter risico op gonorrhoea, syfilis en hiv dan heterojongeren van dezelfde leeftijd, maar het aantal nieuwe hiv-diagnoses is in deze leeftijdsgroep nog wel beperkt (in totaal 68 in 2010) (Vriend et al., 2011).

6.11 Seksueel geweld

De prevalentie van seksueel geweld is nog steeds hoog in deze levensfase. Bij jongens is de prevalentie van seksueel geweld in het afgelopen jaar zelfs hoger (3,3%) dan bij jongere jongens (1,0%). Bij meisjes is de prevalentie van victimisatie in het afgelopen jaar (3,1%) wel iets lager dan in de voorgaande leeftijdsgroep (5,4%), maar wel hoger dan onder vrouwen van 25 jaar en ouder. Mogelijk kunnen jongeren in deze leeftijdsfase de risico's van bepaalde keuzes niet zo goed overzien of levert hun leefstijl (bijvoorbeeld uitgaan, alcoholgebruik, nieuwe partners) meer risico op dan bij mensen die ouder zijn, net als in de voorgaande levensfase (De Haas, 2012).

6.12 Seksuele problemen

Seksuele problemen komen bij jongens relatief weinig voor in deze levensfase. Voortijdig klaarkomen is bij jongens het meest gerapporteerde probleem (door 13% van de jongens tussen de 19 en 24 jaar). Bij meisjes komen seksuele problemen in deze levensfase juist relatief veel voor: 42% van de meisjes van 19 tot 24 geeft aan tenminste een seksueel probleem te hebben dat regelmatig of vaker voorkomt en waar men last van heeft. Het betreft vooral orgasmeproblemen (20%), lubricatieproblemen (14%) en dyspareunie (11%) (Kedde, 2012). Maar weinig jongens (4,8%) en meisjes (1,3%) geven aan overmatig veel met seks bezig te zijn, dit niet meer onder controle te hebben en hier last van te hebben. Dit percentage blijft relatief stabiel tot aan de derde levensfase (55+) (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006b). Seksuele functieproblemen komen bij zowel jongens als meisjes vaker voor wanneer iemand fysiek seksueel geweld heeft meegemaakt. Meisjes die hoge eisen stellen aan zichzelf hebben een grotere kans op pijnklachten. Deze meisjes willen een goede minnares zijn en voor hen hoort hierbij dat ze geslachtsgemeenschap kunnen hebben met hun partner. Ze gaan dan door met het hebben van geslachtsgemeenschap, ook als het pijn doet (Elmerstig, Wijma & Berterö, 2008).

HOOFDSTUK 7

VOLWASSENHEID (25 TOT EN MET 39 JAAR)

7.1 Biopsychosociale context

Op deze leeftijd hebben de meeste mensen een vaste partner. Aan het eind van deze levensfase wonen de meeste mensen ook samen met deze partner en de meerderheid (52% van de mannen, 58% van de vrouwen) is dan getrouwd (CBS Statline, 2013). Een kleine groep (6% van de mannen, 9% van de vrouwen) is dan gescheiden. Deze levensfase staat voor veel mensen in het teken van kinderen krijgen en het opvoeden van (kleine) kinderen. Ruim twee derde van de 35- tot 40-jarigen woont in een leefverband waarin zij de verantwoordelijkheid dragen voor de verzorging en opvoeding van een of meer kinderen (een gezin). De overgrote meerderheid van deze kinderen wordt geboren bij ouders die tussen de 25 en 40 jaar zijn (Bucx, 2011). Uiteraard krijgt niet iedereen kinderen in deze levensfase. Het aantal huishoudens met thuiswonende kinderen is de afgelopen decennia onder 25- tot 35-jarigen afgenomen van 54% in 1981 tot 29% in 2010 (CBS Statline, 2013).

Tijdens de zwangerschap, bevalling en periode erna ondergaat het lichaam van de vrouw belangrijke hormonale veranderingen. Ongeveer 7 dagen na de bevruchting gaat de eicel humaan choriongonadotrofine (hCG) aanmaken. Later neemt de placenta dit over. Het hCG gehalte is maximaal met 10 weken en neemt dan af, maar blijft wel aanwezig. HCG is het hormoon dat misselijkheid veroorzaakt (Gianotten, 2007). De progesteronspiegel stijgt in de eerste 8 weken geleidelijk, blijft daarna even stabiel, om vanaf de 20ste week weer te gaan stijgen tot het eind van de zwangerschap. Progesteron zorgt er voor dat de baarmoeder niet teveel samentrekt. De oestrogeenspiegel stijgt gedurende de hele zwangerschap geleidelijk en krijgt aan het eind van de zwangerschap de overhand. Oestrogenen stimuleren ook de afgifte van prolactine. Aan het eind van de zwangerschap komt de bevalling op gang door een plotselinge daling van de progesteronspiegel en een toename van oxytocine, prostaglandinen, cortisol en relaxine. Door de dalende progesteronspiegel wordt de werking

van prolactine niet langer tegengehouden en komt de melkproductie op gang (Bouman, Bernards & Boddeke, 2008).

Onder invloed van hormonale veranderingen verandert het lichaam van de vrouw enorm: haar buik en borsten worden groter, het kraakbeen en de (ophang)banden (van de baarmoeder) worden soepeler (waardoor er soms klachten zijn van overrekking), de doorbloeding van de geslachtsorganen neemt toe en de huid wordt gevoeliger. In het eerste trimester zijn veel vrouwen misselijk en moe, in het tweede trimester zijn er relatief weinig lichamelijke klachten, maar in het laatste trimester kunnen vermoeidheid en rug- en bekkenklachten toenemen. Soms vinden ook lichamelijke complicaties plaats, zoals pijn, vroeggeboorte, bloedingen, hypertensieve aandoeningen of overmatige misselijkheid en braken. Na de zwangerschap lopen oestrogenen en progesteron weer terug tot normale waarden. De prolactinespiegel daalt, maar stijgt bij elke borstvoeding aanzienlijk. Hierdoor blijft de ovulatie uit, zolang de moeder borstvoeding geeft. De borsten blijven dan ook groter en zijn vaak gevoeliger. De uterus neemt langzamerhand zijn oude vorm aan en vaginale afscheiding wordt ook weer normaal. Soms zijn er door de bevalling beschadigingen aan de vagina die moeten herstellen (Bitzer & Alder, 2000).

Zwangerschap en de zorg voor jonge kinderen gaan daarnaast ook gepaard met belangrijke psychologische en sociale veranderingen. De overgang naar ouderschap kan een breed scala aan emoties oproepen, variërend van blijdschap en trots tot angst voor het verlies van autonomie of de verantwoordelijkheid voor een kind. In de eerste fase van de zwangerschap kan sprake zijn van onzekerheid of ambivalente gevoelens over de zwangerschap. Daarna worden emoties vaak stabiel en wordt de zwangerschap aan anderen bekend gemaakt. Wanneer de baby meer begint te bewegen wordt de anticipatie op komend ouderschap en de relatie met het toekomstige kind sterker. In de laatste fase van de zwangerschap bereiden ouders zich voor op de bevalling. Dit is fysiek en emotioneel een heftige ervaring, zowel voor vrouwen als mannen. Vervolgens vindt vaak een zware periode plaats, waarin ouders moeten wennen aan de enorme verandering in hun leven en moe zijn door het tekort aan slaap, de voedingen en de veelheid aan zorg die de baby vraagt. Daarna vinden ouders meestal weer een nieuw ritme en raken zij gewend aan wat het betekent om een ouder te zijn (Bitzer & Alder, 2000).

Op sociaal vlak komt er een persoon bij in het gezin waar de ouders en eventueel al aanwezige kinderen een relatie mee opbouwen. Vooral voor vrouwen verandert de sociale context ook doordat ze vaak minder gaan werken en soms stoppen met werken. Na de geboorte van het eerste kind gaan 2 op de 5 vrouwen minder werken en 1 op de 11 stopt dan met werken. Onder laagopgeleide moeders is dat percentage veel hoger (ongeveer 1 op de 4). Na de geboorte van een tweede of derde kind of bij het ouder worden van de kinderen verandert hier nog maar weinig aan. Bij mannen heeft het krijgen van kinderen weinig effect op hun arbeidsparticipatie (Merens, Brakel, Hartgers & Hermans, 2010).

7.2 Lichaamsbeeld

De helft van zowel de mannen als de vrouwen van 25 tot en met 39 jaar is het eens met de stelling 'ik vind mezelf best aantrekkelijk' (De Graaf, 2012). Er zijn aanwijzingen dat ontevredenheid over het lichaam bij vrouwen samenhangt met minder seksueel plezier en seksuele tevredenheid. Vooral een negatief gevoel over het lichaam of in hoge mate bezig zijn met het uiterlijk *tijdens* seksuele activiteit werkt belemmerend voor seksueel functioneren en welzijn (Woertman & Van den Brink, 2012).

De enorme veranderingen van het lichaam van de vrouw tijdens de zwangerschap kunnen hier wel invloed op hebben. Vrouwen die voor de zwangerschap lijnden stoppen hier meestal mee tijdens de zwangerschap, wat kan zorgen voor eetbuien en gevoel van controleverlies. Ook zijn er vrouwen die meer tevreden zijn over hun lichaam, vooral als de zwangerschap goed te zien is (Cash & Pruzinsky, 2002). Ongeveer 1 op de 8 vrouwen voelt zichzelf aantrekkelijker, ongeveer 1 op de 4 minder aantrekkelijk. Wanneer vrouwen zichzelf tijdens de zwangerschap minder aantrekkelijk vinden, heeft dit een negatief effect op de seksfrequentie. Ook mannen kunnen wisselend staan tegenover het veranderende uiterlijk van hun vrouw. Vooral wanneer partners hierin van elkaar verschillen (de zwangere vrouw voelt zichzelf aantrekkelijker, de partner vindt haar minder aantrekkelijk, of andersom), kan dit voor spanning tussen de partners zorgen (Gianotten, 2007). Na de zwangerschap is er een piek in ontevredenheid over het lichaam bij vrouwen, vooral met betrekking tot gewicht, maar ook over striae (zwangerschapsstrepen) of slappere huid en borsten (Cash & Pruzinsky, 2002).

7.3 Genderrol

Zwangerschap, bevallen en de overgang naar ouderschap hebben een andere betekenis voor mannen dan voor vrouwen. De baby groeit in de buik van de moeder en zij brengt het kind ter wereld. Mannen kunnen zich buitengesloten voelen in dit proces en kunnen zich machteloos voelen als ze zien dat hun vrouw pijn heeft bij de bevalling. Het moederschap lijkt voor vrouwen meer verweven te zijn met hun identiteit als vrouw, waardoor zij meer hun oude identiteit verliezen bij de overgang naar ouderschap dan mannen. Het kan ongeveer een jaar duren voordat vrouwen het moederschap in hun identiteit hebben opgenomen en voordat ze weer het gevoel hebben controle te hebben over hun lichaam en leven (Gianotten, 2007).

7.4 Genderdysforie

Ook op latere leeftijd kunnen mensen nog gevoelens van onvrede met het biologische geslacht ontwikkelen of ontdekken. Deze mensen vertoonden doorgaans minder atypisch genderrolgedrag in hun jeugd dan mensen die op jonge leeftijd genderdysforie ontwikkelen (Cohen-Kettenis, 2000). Vooral mannen met een heteroseksuele oriëntatie ondergaan soms pas een geslachtsaanpassende operatie als ze halverwege de dertig zijn, of nog later. Deze mannen hebben dan vaak al jaren met hun gevoelens van genderdysforie geworsteld. Zij hebben ook veel langer geprobeerd in de genderrol te leven die past bij het geboortegeslacht en als gevolg daarvan een sterkere band met deze genderrol opgebouwd. De tevredenheid over een geslachtsaanpassende behandeling op latere leeftijd is echter even groot als bij een operatie op jongere leeftijd. Post-operatieve tevredenheid en spijt hangt vooral af van het fysieke resultaat van de operatie (Lawrence, 2008).

7.5 Verliefdheid en (seksuele) relaties

Aan het begin van deze levensfase worden nog veel nieuwe partnerrelaties gevormd. Voor alle levensfasen geldt dat partners aan het begin van een nieuwe relatie vaak erg verliefd zijn: ze zijn sterk op de ander gericht, denken de hele dag aan hem/haar en zien alleen de positieve kanten (de 'roze bril'). Dit heeft onder andere te maken met ofwel een verhoogd dopamine en/of norepinefrine gehalte ofwel een verlaagd

serotoninegehalte (Fisher, 2004). De romantiek en passie van het begin van de relatie gaan geleidelijk over in een meer kameraadschappelijke vorm van liefde. Veel stellen gaan na verloop van tijd samenwonen of trouwen. Ze zijn dan eerst nog een tijd samen voordat er (eventueel) kinderen komen. Als die er komen, verandert de relatie tussen de partners. Na de bevalling staat het leven van veel partners helemaal in het teken van het kind en zijn ze ineens meer ouders dan geliefden. Er moet dan weer een balans gevonden worden tussen de rol van ouder en de rol van partner. Gemiddeld neemt de relatietevredenheid dan (tijdelijk) af, maar dat geldt niet voor iedereen. In Amerikaans onderzoek geeft ongeveer 10% van longitudinaal gevolgde stellen aan dat de relatie verbeterd was sinds ze ouders waren geworden en ongeveer een derde zei dat de kwaliteit van hun relatie gelijk was gebleven (Kluwer, 2010).

7.6 Seksuele oriëntatie

Het komt steeds vaker voor dat paren van gelijk geslacht in deze levensfase kinderen krijgen en/of hiervoor zorgen. In 2009 telde Nederland ongeveer 30.000 samenwonende mannenparen en 25.000 samenwonende vrouwenparen. Bij 20% (bijna 5000) van de vrouwenparen en 3% (bijna 800) van de mannenparen woonden een of meer kinderen in huis (Bucx, 2011). Om biologische redenen is het vooral voor homoseksuele mannen en in mindere mate voor lesbische vrouwen ingewikkelder om kinderen te krijgen dan voor heteroseksuele stellen. Vrouwen kunnen een zaaddonor zoeken bij een spermabank of in hun omgeving, mannen gaan vaak een co-ouderschap met een alleenstaande moeder of lesbisch stel aan. Beide kunnen ook kinderen hebben uit een eerdere heteroseksuele relatie (Warmerdam & Gort, 1996). Homoseksuele mannen en vrouwen zijn over het algemeen ouder als ze kinderen krijgen dan heteroseksuele mannen en vrouwen. Ze denken langer na over het al dan niet krijgen van kinderen en het kost meer tijd om dit te realiseren (Keuzenkamp, 2010).

Daarnaast doorlopen homoseksuele mannen en vrouwen fasen in de overgang naar ouderschap die voor heterostellen niet relevant zijn. Jonge homojongens met een kindwens gaan er vaak vanuit dat homo zijn betekent dat ze geen vader zullen worden (De Graaf et al., 2005). Als ze meer vertrouwen in zichzelf als homoman krijgen, kunnen ze gaan erkennen dat heteroseksuele gezinnen niet de enige plek zijn waarin

kinderen goed op kunnen groeien. Ze zoeken dan vaak voorbeelden van andere homoseksuele of lesbische stellen met kinderen, passen de levensstijl alvast aan hun kindwens aan en delen de kindwens met anderen. Langzamerhand gaan ze inzien wat zij zelf een kind te bieden hebben en volgt de beslissing om vader te willen worden. Wanneer het lukt de kindwens te vervullen volgt een periode waarin de eigen identiteit als homoman en vader geïntegreerd wordt en men de relatie met zowel de homo- als heterowereld opnieuw vorm moet geven (Brinamen & Mitchell, 2008).

7.7 Interesse en verlangen

In langdurige relaties kan de seks (steeds) beter worden, omdat de kennis over elkaar, de intimiteit en het vertrouwen groeien. Maar de zin in seks kan ook geleidelijk afnemen, bijvoorbeeld doordat werk en/of de zorg voor (kleine) kinderen alle energie en aandacht opeisen of de spanning van het elkaar ontdekken en veroveren verdwenen is. Gemiddeld neemt seksueel verlangen binnen langdurige relaties sterker af bij vrouwen dan bij mannen. In relaties die korter dan een jaar duren heeft 86% van de mannen en 79% van de vrouwen minstens een paar keer per week zin in seks. Na 5 jaar is dit afgenomen tot respectievelijk 70% en 29% (De Graaf, 2012). In heteroseksuele relaties neemt het verschil in verlangen tussen partners daarom gemiddeld toe (De Graaf, 2012).

Wanneer mensen (gedurende langere tijd) zwanger proberen te worden, kan dit een negatief effect hebben op het seksueel verlangen. De negatieve gevoelens die gepaard gaan met de uitblijvende zwangerschap kunnen de zin in seks verminderen. Ook kan de sterke nadruk op het voortplantingsaspect van seks ervoor zorgen dat stellen het contact met de leuke kanten ervan kwijt raken. Vooral mannen kunnen het gevoel krijgen dat ze moeten presteren of dat hun partner alleen nog maar seks met hen wil om zwanger te worden (Read, 2004).

Bij een eventuele zwangerschap neemt de behoefte aan geslachtsgemeenschap bij vrouwen gemiddeld iets af in het eerste trimester en sterk af tijdens het derde trimester. Ook bij mannen neemt de behoefte aan seks geleidelijk af (Moors, 2000). De behoefte aan niet-genitaal seksueel contact blijft langer stabiel, maar neemt gemiddeld ook

iets af in het laatste trimester (Bitzer & Alder, 2000). Zwangere vrouwen verschillen sterk van elkaar in de mate waarin ze zin hebben in seks, vooral tijdens het tweede trimester. Sommige vrouwen hebben door zwangerschapskwalen en hun veranderde lichaam minder zin. Andere hebben juist meer zin, omdat ze zichzelf mooier vinden of merken dat ze door de verhoogde doorbloeding van de geslachtsdelen gemakkelijker opgewonden worden of klaarkomen (Gianotten, 2007).

Wanneer er complicaties optreden tijdens de zwangerschap, zoals pijn of overmatige misselijkheid, neemt de interesse in seks sterker af. Ook kunnen sommige vrouwen minder genieten van seks tijdens de zwangerschap en lukt het soms minder goed om een orgasme te krijgen (Bitzer & Alder, 2000; Moors, 2000). Later in de zwangerschap kan een orgasme resulteren in pijnlijke samentrekkingen van de baarmoeder of wordt relaxatie na een orgasme soms pas na langere tijd of helemaal niet bereikt (Gianotten, 2007). Na de bevalling nemen het vermogen om een orgasme te krijgen en de behoefte aan seks weer geleidelijk toe. Een orgasme kan dan nog wel enige tijd anders blijven aanvoelen en de behoefte aan seks blijft vaak wel minder dan voor de zwangerschap. Onderzoek naar de invloed van het geven van borstvoeding op seksueel verlangen geeft geen eenduidige resultaten, maar de meeste studies vinden dat vrouwen die borstvoeding geven minder behoefte aan seks hebben dan vrouwen die kunstvoeding geven (Abdool, Thakar & Sultan, 2009; Moors, 2000). Sommige mannen en vrouwen vinden het lastig om met de dubbele functie van borsten (voeden van de baby en seksueel orgaan) om te gaan. Ook vinden sommige mannen of vrouwen het vervelend dat de borsten melk kunnen produceren tijdens een orgasme (Gianotten, 2007).

De prevalentie van parafiele verlangens is in deze levensfase iets hoger dan in de voorgaande levensfase (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006b). In deze levensfase verlangt 12% van de mannen en 13% van de vrouwen wel eens naar sadomasochistische seks en 8% van de mannen en 11% van de vrouwen brengt dit ook wel eens in de praktijk. Het verlangen naar het gebruik van bepaalde voorwerpen, stoffen of rituelen bij de seks rapporteert 14% van de mannen en 5% van de vrouwen en 10% van de mannen en 5% van de vrouwen gebruikt ook wel eens een fetisj. Het verlangen van mannen om zich als een vrouw te kleden omdat dit hen seksueel opwindt, komt vergeleken met de voorgaande levensfase iets

minder vaak voor: 3,5% van de mannen zegt deze verlangens te hebben en 3,2% van de mannen zegt dit wel eens te doen (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006b). Pedofiele verlangens (gevoelens van seksuele aantrekkings tot kinderen jonger dan 13 jaar) worden gerapporteerd door 2 op de 1000 mannen en vrouwen van 25 tot 40 jaar (ongepubliceerde cijfers uit de monitor Seksuele en Reproductieve Gezondheid 2012, Rutgers WPF).

7.8 Seksueel gedrag

In deze levensfase is de overgrote meerderheid van de mensen seksueel actief: ongeveer 9 op de 10 mannen en vrouwen geven aan seks te hebben gehad met een partner in de afgelopen 6 maanden, en dat is meer dan in alle andere levensfasen. Van de vrouwen had slechts 6% meer dan een partner in het afgelopen half jaar, bij mannen komt dit met 21% relatief vaak voor in vergelijking met voorgaande levensfasen. Van de mensen met een vaste partner heeft 9,5% van de mannen en 3,1% van de vrouwen het afgelopen half jaar ook seks gehad met anderen (Bakker et al., 2009). Er zijn aanwijzingen dat de kans op vreemdgaan van de man groter is wanneer zijn vrouw zwanger is (Whisman, Gordon & Chatav, 2007). Prostitutiebezoek blijft in deze levensfase redelijk stabiel: 6% van de mannen heeft dit het afgelopen jaar gedaan (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006).

Tijdens de zwangerschap neemt de mate waarin stellen elkaar zoenen en strelen niet af, maar alle andere vormen van seksueel gedrag wel (Von Sydow, Ullmeyer & Happ, 2001). Over het algemeen neemt de frequentie van geslachtsgemeenschap iets af in het 1ste trimester, is het tijdens het 2de trimester zeer variabel en neemt het sterk af tijdens het 3de trimester. Tot aan de 7de maand hebben de meeste stellen nog wel geslachtsgemeenschap, in de 8ste maand is dat ongeveer de helft tot driekwart van de stellen. In de 9de maand neemt dit af tot ongeveer een derde. Ongeveer 10% van de stellen heeft gedurende de hele zwangerschap geen geslachtsgemeenschap. Vooral in het laatste trimester zorgt de omvang van de buik van de vrouw er ook voor dat het aantal mogelijke posities tijdens seks beperkter wordt. Vooral de posities met de man boven worden dan minder gemakkelijk (Gianotten, 2007).

Een kwart tot de helft van de zwangere vrouwen geeft aan bang te zijn dat geslachtsgemeenschap de baby kan beschadigen of de bevalling op gang kan brengen. Ook veel mannen zijn bang dat geslachtsgemeenschap schadelijk is voor de baby of voor hun vrouw. Normaal gesproken is deze angst onterecht, tenzij er sprake is van bloedverlies, gebroken vliezen en/of vruchtwaterverlies, een placenta die geheel of gedeeltelijk voor de uitgang van de baarmoeder ligt of een dreigende vroeggeboorte. Bij een voldragen zwangerschap kan seks wel een rol spelen bij het op gang komen van de bevalling. Bij stimulatie van de borsten of tepels, bij een orgasme of bij het oprekken van de vagina kan oxytocine vrijkomen. Prostaglandines zitten in sperma of worden vrijgemaakt door stimulatie van de baarmoedermond. Beide hormonen zijn betrokken bij het op gang komen van de bevalling (Gianotten, 2007).

Vlak na de bevalling hebben de meeste stellen een aantal weken helemaal geen geslachtsgemeenschap. Gemiddeld hebben stellen na 2 tot 5 weken wel weer niet-coïtaal seksueel contact (Gianotten, 2007) en vanaf ongeveer 6 weken langzamerhand geslachtsgemeenschap (Moors, 2000). Wanneer het perineum tijdens de bevalling beschadigd is wordt de seksuele activiteit later hervat. Na 3 maanden hebben 9 van de 10 stellen weer geslachtsgemeenschap gehad (Moors, 2000). De seksfrequentie blijft vaak wel lager dan voor de zwangerschap (Bitzer & Alder, 2000). De masturbatiefrequentie blijft bij mannen redelijk constant tijdens de zwangerschap en erna. Voor vrouwen is dit ook het geval tijdens de zwangerschap, maar volgt na de bevalling een periode van enkele maanden waarin zij niet masturberen (Von Sydow et al., 2001).

7.9 Opvattingen en gevoelens

Voor de meeste mannen (56%) en vrouwen (59%) zijn lust en intimiteit ongeveer even belangrijk tijdens het vrijen. Mannen geven vaker dan vrouwen (30% tegenover 16%) aan dat 'de seksuele opwinding' voor hen het belangrijkste is tijdens het vrijen. Vrouwen geven vaker dan mannen (25% tegenover 14%) aan dat 'het dicht bij elkaar zijn' voor hen het belangrijkste is. Dit blijft vrij constant tussen de 19 en 55 jaar (Bakker et al., 2009).

Seksuele tevredenheid is in deze levensfase niet erg verschillend van andere levensfasen en hierin verschillen mannen en vrouwen nauwelijks van elkaar. Mannen en vrouwen verschillen wel in de mate waarin ze plezier beleven aan seks: 83% van de mannen geniet vaak of altijd van seks, tegenover 67% van de vrouwen (De Graaf, 2012). Tijdens het eerste en vooral derde trimester van de zwangerschap neemt het percentage vrouwen dat zegt te genieten van seks af (Gianotten, 2007). Ook neemt de seksuele tevredenheid bij vrouwen tijdens de zwangerschap af en deze blijft daarna ook lager dan in de periode voor de zwangerschap (De Judicibus & McCabe, 2002). Over de seksuele satisfactie van mannen tijdens en na de zwangerschap van hun vrouw is veel minder bekend.

Opvattingen over en gevoelens rondom seksualiteit hangen samen met hechtingsprocessen. Veilig gehechte mensen zijn gevoelig voor de wensen en grenzen van hun partner, hebben meer seksueel zelfvertrouwen en kunnen meer genieten van seks. Lust en intimiteit zijn bij deze mensen met elkaar in balans. Ze hebben een voorkeur voor seks binnen een intieme relatie. Voor angstig gehechte mensen zijn seks en liefde bijna gelijk aan elkaar. Seks is voor hen omgeven met angsten en zorgen, wat het moeilijk maakt om van seks te kunnen genieten. Ze hebben vooral seks om zich geliefd te voelen of om de partner niet te verliezen en doen daarbij ook vaker dingen die ze eigenlijk niet willen. In het seksleven van vermijdend gehechte mensen staan lust en intimiteit vrijwel los van elkaar. Ze proberen intimiteit te vermijden door ofwel seksuele contacten helemaal te vermijden, ofwel uitsluitend 'losse' seksuele contacten te hebben. Deze mensen hebben vaker seks vanuit machtsmotieven of om hun eigenwaarde te vergroten (Dewitte, 2012).

7.10 Reproductieve gezondheid

Omdat het percentage vrouwen dat zwanger is of wil worden in deze levensfase het grootst is (ongeveer 15%), is het anticonceptiegebruik logischerwijs lager. Nog steeds is het meest gebruikte middel de pil, maar vanaf 35 jaar ook steeds vaker spiraal, condoom of sterilisatie (vooral van partner) (De Graaf, 2009). Ook in deze levensfase komen onbedoelde zwangerschappen voor: in een bevolkingsonderzoek gaven 23 van de 1000 vrouwen van deze leeftijd aan in het afgelopen jaar onbedoeld zwanger te zijn geweest en 19 op de 1000 mannen gaven aan dat iemand onbedoeld

zwanger was geweest van hen. De meeste van deze onbedoelde zwangerschappen zijn in tweede instantie toch gewenst (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). In deze levensfase kiezen vrouwen, ook bij een onbedoelde zwangerschap, minder vaak voor een abortus. Dat geldt het sterkst voor vrouwen tussen de 30 en 34 jaar (Goenee, Picavet & Wijsen, 2013).

Vergeleken met enkele decennia geleden stellen vrouwen het krijgen van kinderen nu langer uit. In 2009 was de vader gemiddeld 32,4 jaar en de moeder gemiddeld 29,4 jaar bij de geboorte van het eerste kind (Bucx, 2011). Dit heeft gevolgen voor de vruchtbaarheid, omdat het vanaf 30 jaar langer duurt om zwanger te worden en bovendien de kans dat het lukt om zwanger te worden aanzienlijk daalt. Van de vrouwen die voor het 30ste jaar beginnen, blijft 3% onvrijwillig kinderloos. Bij vrouwen boven de 30 is dit 8% (Steenhof & De Jong, 2000). Vanaf 35 jaar neemt de vruchtbaarheid nog sterker af (Petersen, 2007). Ook is de kans op een meerling groter wanneer de vrouw ouder is. Als aan vrouwen wordt gevraagd waarom zij het moederschap uitstellen, zegt 1 op de 5 vrouwen dat ze eerst nog van hun vrijheid willen genieten. Bijna evenveel vrouwen geven aan nog geen (geschikte) partner te hebben gevonden. Voor 1 op de 10 vrouwen is de carrière of het opdoen van werkervaring de belangrijkste reden. Daarnaast geeft 10% aan dat hun relatie nog onzeker was en 5% zegt dat de man het krijgen van kinderen nog wilde uitstellen. De laatste jaren lijkt de gemiddelde leeftijd bij de geboorte van kinderen niet verder op te schuiven (Bucx, 2011).

Aan het eind van deze levensfase voelen veel vrouwen met een kinderwens een toenemende tijdsdruk, zowel sociaal en maatschappelijk als biologisch en medisch (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010). Sinds april 2011 is het invriezen van eicellen om sociale redenen toegestaan. Vrouwen kunnen hiervoor kiezen als ze bijvoorbeeld geen partner hebben en bang zijn dat het anders niet meer lukt om zwanger te worden. Van de vrouwen die voor de eerste keer zwanger willen worden zoekt 20% medische hulp en ondergaat 10% een behandeling. Bij een tweede kind is dit respectievelijk 10 en 5% (Steenhof & De Jong, 2000). Medische hulp bij zwanger worden kan belastend zijn, financieel, emotioneel en lichamelijk. Ook vinden mensen (vooral vrouwen) het lastig om te stoppen als ze eenmaal in de 'medische molen' gestapt zijn. Vrouwen die de behandeling stopzetten

doen dit meestal vanwege de emotionele belasting ervan. Ze voelen zich hierna dan wel vaak beter en hebben geen spijt van de behandeling (Greil et al., 2010).

7.11 Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv

Vergeleken met eerdere levensfasen is de laatste sekspartner vaker iemand met wie men een vaste relatie heeft. Voor 1 op de 6 mannen en 1 op de 10 vrouwen was de laatste partner iemand met wie men geen vaste relatie had. Hierbij gebruikte 40% van de mannen en 51% van de vrouwen geen condoom. De afgelopen 12 maanden liet 1 op de 8 mannen en 1 op de 7 vrouwen uit deze leeftijdsgroep zich testen op soa of hiv (Bakker et al., 2009). In het eerste trimester van een zwangerschap worden vrouwen standaard gescreend op een aantal infectieziekten: syfilis, hepatitis B en hiv. In 2009 werd bij 0,05% van de onderzochte zwangere vrouwen hiv geconstateerd, 0,36% testte positief op hepatitis B en 0,20% op syfilis (Vriend et al., 2011).

7.12 Seksueel geweld

De prevalentie van victimisatie in het afgelopen jaar is in deze levensfase bij vrouwen duidelijk lager dan bij vrouwen onder de 25 jaar. Van deze leeftijdsgroep maakte 1,1% van de mannen en 1,6% van de vrouwen het afgelopen jaar seksueel geweld mee (Bakker et al., 2009). Van alle volwassen Nederlandse vrouwen is 0,8% ooit zwanger geweest als gevolg van seksueel geweld (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006). Huiselijk geweld in brede zin komt veel vaker voor. Naar schatting worden jaarlijks in Nederland 160.000 tot 200.000 personen slachtoffer van evident huiselijk geweld, waarvan ongeveer twee derde vrouw en een derde man is. Van alle slachtoffers van huiselijk geweld was in 2006 en 2007 de helft tussen de 18 en 40 jaar. Driekwart van de gevallen van huiselijk geweld betreft (bedreiging met) lichamelijk geweld, in 8% van de gevallen gaat het om seksueel geweld (Van der Heijden, Cruyff & Gils, 2009).

7.13 Seksuele problemen

Onder vrouwen van 25 tot en met 39 jaar komen orgasmeproblemen (12,4%), problemen met de subjectieve opwinding (11,1%) en lubricatieproblemen het meeste voor (10,7%). Ten opzichte van de

VOLWASSENHEID

voorgaande levensfase zijn deze problemen afgenomen. Tijdens het eerste en vooral derde trimester van de zwangerschap zeggen meer vrouwen dat geslachtsgemeenschap pijnlijk is (Gianotten, 2007). Vrouwen die recent zijn bevallen hebben ook vaker seksuele problemen dan vrouwen die nooit of langer geleden zijn bevallen. Het gaat dan vooral om pijnklachten, zoals pijn aan het perineum of dyspareunie. Het risico hierop is vooral groot wanneer het perineum beschadigd is tijdens de bevalling door inknippen, uitscheuren of een kunstverlossing. Naast pijnklachten komen ook problemen met verlangen, opwinding, lubricatie en orgasme voor. Postnatale depressie is een belangrijke risicofactor voor deze seksuele problemen, naast beschadigingen aan het perineum (eventueel door een gecompliceerde bevalling) en vermoeidheid (Abdool, Thakar & Sultan, 2009; Gianotten, 2007). Onder mannen van 25 tot en met 39 jaar zijn seksuele problemen zeldzaam. Premature ejaculatie komt dan nog het meeste voor: bij 13% van de mannen van deze leeftijd (Kedde, 2012).

HOOFDSTUK 8

MIDLIFE (40 TOT EN MET 54 JAAR)

8.1 Biopsychosociale context

Bij vrouwen gaan de ovaria (eierstokken) na het 40ste jaar langzamerhand minder oestrogenen, androgenen en progesteron produceren, waardoor de hypofyse meer FSH en LH gaat afgeven. Hierdoor wordt de menstruatie tussen de 45 en 55 jaar onregelmatiger, soms heviger en langduriger en blijft na een tijdje weg. Wanneer er minstens 12 maanden geen menstruatie meer is, met LH- en FSH-waarden in het serum die continu hoger zijn dan 30 U/l, wordt gesproken van menopauze. Dit is gemiddeld op de leeftijd van 51,5 jaar. Bij een menopauze voor het 40ste jaar wordt gesproken van prematuur ovarieel falen. Tijdens de overgang wordt het vaginaslijmvlies dunner en kwetsbaarder. Daarnaast kunnen vrouwen last hebben van overgangsklachten (zoals opvliegers, slaapproblemen of incontinentie) of klachten die hier het gevolg van zijn (zoals moeheid, depressie, spier- en gewrichtsklachten). Wat later in overgang is er door de lagere concentraties oestrogenen soms sprake van vaginale atrofie (Petersen, 2007).

Bij mannen vermindert de productie van testosteron en neemt de LH-respons op dit hypogonadisme af. Ook neemt sekshormoonbindend globuline (SHBG, het hormoon waar testosteron aan hecht) toe, waardoor er minder vrij testosteron (= biologisch actief testosteron) overblijft. Daarnaast neemt de gevoeligheid voor testosteron af. Vanaf het 40ste jaar daalt de testosteronspiegel jaarlijks met ongeveer 1,5%, maar de afname wordt bij de meeste mannen pas boven de 60 klinisch relevant (Van Lankveld, Ter Kuile & Leusink, 2010).

De sociale context bestaat voor de meeste mensen in deze levensfase uit een partner en kinderen, variërend van lagereschoolkinderen tot volwassen kinderen. Bij veel mensen verlaten de kinderen ook in deze levensfase het ouderlijk huis, waardoor hun zorgfunctie verandert. Ook vinden in deze levensfase de meeste (echt)scheidingen plaats. Ongeveer een derde van alle huwelijken eindigt in een echtscheiding. Mannen zijn gemiddeld 45 bij

een echtscheiding, vrouwen gemiddeld 42. Bij echtscheiding is de meest genoemde reden om uit elkaar te gaan dat er een ander in het spel was. Op elkaar uitgekeken zijn en botsende karakters worden ook vaak genoemd. Mensen komen dan na een lange vaste relatie weer op de 'relatiemarkt', zijn een periode vrijgezel en/of gaan weer op zoek naar een nieuwe partner.

In 2003 had 17% van de vrouwen tussen de 43 en 47 jaar geen kinderen (CBS Statline, 2003). Dat geldt vaker voor hoogopgeleide vrouwen (25%) dan voor laag opgeleide vrouwen (9%). Kinderloosheid kan een bewuste keuze zijn ('kindervrijheid'), maar kan ook onvrijwillig zijn. Soms heeft men het krijgen van kinderen te lang uitgesteld, bijvoorbeeld doordat er geen geschikte partner was of er sprake was van een ziekte of beperking. Onvrijwillige kinderloosheid kan voor zowel mannen als vrouwen een zware emotionele belasting zijn. Vrouwen die onvrijwillig kinderloos zijn kunnen last hebben van een negatief zelfbeeld, boosheid, verdriet en depressie, angst en stress, jaloezie ten opzichte van moeders of sociaal isolement. De onvervulde kindervens kan ervaren worden als een onverwachte verstoring van de levensloop of als een droom die moet worden losgelaten. De waarde die in de sociaal-culturele context gehecht wordt aan het krijgen van kinderen en moederschap speelt hierbij een rol. In culturen waar het bewust kiezen voor 'kindervrijheid' wordt erkend is het meer verborgen of iemand wel of niet kinderen had gewild. In culturen waar dit niet het geval is wordt automatisch aangenomen dat iemand zonder kinderen onvruchtbaar is en is het stigma groter (Greil et al., 2010).

8.2 Lichaamsbeeld

Langzamerhand gaat het lichaam, vooral bij vrouwen, steeds minder lijken op het 'schoonheidsideaal'. De huid wordt ouder (meer rimpels en vlekjes), het haar wordt grijzer, soms komen er ook zichtbare lichamelijke gebreken (bijvoorbeeld een bril). Net als bij eerdere transities van vrouwen (de menarche en zwangerschap) is er ook bij de menopauze een toename van lichaamsvet en een andere vetverdeling. Vrouwen nemen vaker maatregelen om veroudering te 'verbergen' of tegen te gaan dan mannen: ze gebruiken bijvoorbeeld vaker antirimpelcrème en verven vaker hun haar. Sommige vrouwen hebben veel moeite met het feit dat ze er ouder uit gaan zien en kiezen soms voor ingrijpende methoden om dit uit

te stellen, zoals cosmetische chirurgie of hormoontherapie. Toch neemt ook een deel van de maatschappelijke druk op een mooi uiterlijk af met het ouder worden: vrouwen van deze leeftijd hebben bijvoorbeeld minder het gevoel dat ze dun moeten zijn dan jongere vrouwen. Ook is hun zelfvertrouwen minder sterk verbonden met hun uiterlijk en meer met wat ze bereikt hebben (Cash & Pruzinsky, 2002). Er zijn aanwijzingen dat seksuele activiteit samenhangt met een positiever lichaamsbeeld (Chrisler, 2007). Over veranderingen in het lichaamsbeeld van mannen in deze levensfase is veel minder bekend.

8.3 Genderdysforie

In deze leeftijdsgroep komt het vaker voor dat mensen gevoelens van onvrede met het biologische geslacht verborgen houden en zich niet volgens de gewenste genderrol gedragen. Soms lukt het redelijk om het geboortegeslacht te accepteren, vooral wanneer bijkomende psychische problemen succesvol behandeld zijn, iemands geloofsovertuiging onverenigbaar is met een geslachtsaanpassende behandeling, het fysieke uiterlijk (bijvoorbeeld lichaamslengte) het lastig maakt om door te gaan voor het gewenste geslacht en wanneer iemand bang is belangrijke anderen (de partner of kinderen) kwijt te raken. Sommige mensen met genderdysforie gevoelens (vooral biologische mannen die op vrouwen vallen) stellen geslachtsaanpassing uit totdat ze kinderen hebben gekregen en de ouderlijke plichten hebben vervuld (Lawrence, 2008).

8.4 Verliefdheid en (seksuele) relaties

Wanneer mensen op deze leeftijd een relatie verbreken, willen zij meestal in de nabije toekomst wel weer een nieuwe partner. Niet iedereen weet deze wens te realiseren. Hoe ouder iemand is bij scheiding, hoe lastiger het is om een nieuwe partner te vinden. Ook het hebben van kinderen werkt belemmerend: ouders met thuiswonende kinderen hebben minder gelegenheid om een nieuwe partner te ontmoeten of stellen het aangaan van een nieuwe relatie bewust uit. Omdat kinderen na scheiding vaker bij hun moeder wonen, gaan vrouwen na scheiding minder vaak een nieuwe relatie aan. Bovendien hebben vrouwen vaker een voorkeur voor een latrelatie boven opnieuw samenwonen of trouwen. Van de mannen die tussen 2000 en 2004 zijn gescheiden, woonde de helft binnen 4 jaar weer samen. Bij vrouwen was dit 1 op de 3 (Wobma & De Graaf, 2009).

8.5 Interesse en verlangen

Seksueel verlangen neemt bij zowel mannen als vrouwen af met leeftijd, maar is in deze levensfase nog niet veel lager dan in de voorgaande. Onder 41- tot 55-jarigen zegt 83% van de mannen en 44% van de vrouwen wekelijks zin te hebben in seks. Op deze leeftijd geeft 82% van de mannen en 52% van de vrouwen aan dat het voor hen belangrijk is om seks te hebben (Bakker et al., 2009). In een Duits onderzoek werd gevonden dat 62% van de mannen van 40 tot en met 79 jaar wel eens een parafiel verlangen had gehad. Slechts 2% van deze groep gaf aan dat ze last hadden gehad van dit verlangen (Ahlers et al., 2011).

8.6 Seksueel gedrag

Seksueel gedrag verandert in deze levensfase niet noemenswaardig. Op deze leeftijd masturbeert 86% van de mannen en 72% van de vrouwen wel eens en 79% van de mannen en 36% van de vrouwen kijkt wel eens naar erotische beelden. De afgelopen 6 maanden had 88% van de mannen en 80% van de vrouwen seks met een partner (zie tabel 6). De frequentie van seks met een partner verschilt in deze levensfase nauwelijks van die in de voorgaande fase. Datzelfde geldt voor het percentage mannen dat het afgelopen jaar een prostituee bezocht (5%) (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006b). Van de mensen met een vaste partner had 10% van de mannen en 5% van de vrouwen het afgelopen half jaar seks met iemand anders dan de vaste partner (Bakker et al., 2009). Net als in voorgaande levensfasen had 5% van de mannen en 2% van de vrouwen het afgelopen half jaar seks met iemand op internet (De Graaf, 2012).

Tabel 6. Masturbatie- en seksfrequentie van 40 tot 55 jarigen (%)

	seks met een partner		masturbatie	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
nooit in afgelopen half jaar	12	20	14	28
maximaal een keer per maand	22	23	23	38
maximaal een keer per week	38	35	31	25
meerdere keren per week	28	22	32	10

Bron: De Graaf et al., 2012

Mannen en vrouwen die geen seks hebben met een partner, zijn duidelijk minder tevreden over het seksleven en hebben minder seksuele eigenwaarde dan mannen en vrouwen die wel seks hebben met een partner. Driekwart van deze mannen en iets meer dan de helft van deze vrouwen zou liever wel seks hebben. Het (tijdelijk) celibataire bestaan lijkt voor een groot deel van deze mannen en vrouwen dus geen ideale situatie te zijn (De Graaf, 2012).

8.7 Reproductieve gezondheid

Dat vruchtbaarheid afneemt en helemaal ophoudt in deze levensfase wordt op uiteenlopende manieren beleefd. Sommige vrouwen hebben hier moeite mee en voelen zich minder vrouwelijk en aantrekkelijk, anderen vinden het vooral fijn dat ze niet meer ongesteld worden en zich niet meer druk hoeven te maken over anticonceptie (Chrisler, 2007). Na het 40ste jaar neemt anticonceptiegebruik onder vrouwen snel af, ondanks dat vrouwen tot een jaar na de menopauze anticonceptie zouden moeten gebruiken, om een ongeplande zwangerschap helemaal uit te sluiten. Tussen de 40 en 45 jaar slikt 20% van de vrouwen de pil en sterilisatie van de man is dan bijna even populair. Van de vrouwen van 40 tot 45 jaar zegt 22% onvruchtbaar te zijn (De Graaf, 2009).

In 2009 kregen 11 van de 1000 vrouwen van 40 jaar of ouder een kind en dat cijfer is gestaag toegenomen sinds de jaren 80. Soms is dit het gevolg van het uitstellen van kinderen, maar soms heeft men na een scheiding een nieuwe partner gevonden, met wie men opnieuw kinderen wil (Wobma & De Graaf, 2009). Zwanger zijn of willen worden op latere leeftijd brengt verschillende risico's met zich mee. Ten eerste neemt de kans op doorgaande zwangerschap af met het ouder worden. Bij een vrouw van 38 is die kans een kwart zo groot als voor een vrouw van 30 jaar of jonger. Als het wel lukt om zwanger te worden, zijn de risico's op complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling groter. Boven de 40 jaar is de kans op een miskraam 50%. Ook is de kans op hypertensieve aandoeningen, zwangerschapsdiabetes, cervixinsufficiëntie, voortijdig breken van de vliezen en overvloedig bloedverlies tijdens of na de bevalling groter boven de 40 jaar. Daarnaast neemt de kans op een meerling, vroeggeboorte of kunstverlossing toe met het ouder worden van de vrouw. Kinderen van oudere moeders hebben een grotere kans op aangeboren afwijkingen. De

kans op een kind met het syndroom van Down is voor een vrouw van 40 bijvoorbeeld vijftien keer zo groot als voor een vrouw van 25. Ten slotte hebben vrouwen die hun eerste kind op latere leeftijd krijgen of die geen kinderen krijgen een grotere kans op borstkanker (Te velde, Habbema, Hilders & Merkus, 2007).

8.8 Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv

Mensen die na een langdurige relatie (een) nieuwe relatie(s) aangaan, realiseren zich vaak niet dat ze hierbij risico lopen op soa's of hiv. In hun voorgaande (monogame) relatie was condoomgebruik ter preventie van soa's of hiv na een tijd niet meer relevant, veilig vrijen was voor hen hetzelfde als het voorkomen van ongeplande zwangerschap. Na het beëindigen van deze relatie passen deze mensen hun beschermingsgedrag niet direct aan de nieuwe situatie aan, ze zijn het min of meer ontwend om over condooms te onderhandelen met een nieuwe partner en deze te gebruiken. Net als bij jongeren moeten zij opnieuw attent gemaakt worden op seksuele risico's en zich weer het automatisme aanleren om met een nieuwe partner actief over condooms te beginnen. In een Nederlandse populatiestudie had 16% van de mannen en 11% van de vrouwen in het afgelopen half jaar seks gehad met een losse partner. Hierbij had ongeveer de helft van de mannen (51%) en vrouwen (47%) niet altijd een condoom gebruikt (Bakker et al., 2009).

8.9 Seksuele problemen

Van de Nederlandse vrouwen tussen de 40 en 54 jaar geeft meer dan 1 op de 5 (22%) aan minstens een seksueel probleem te hebben dat regelmatig of vaker voorkomt en waar men last van heeft. In de meeste gevallen gaat het dan om lubricatieproblemen (9,1%), orgasmeproblemen (8,2%) of problemen met de subjectieve opwinding (8,0%) (Kedde, 2012). Wanneer vrouwen longitudinaal gevolgd worden, neemt het percentage vrouwen met seksuele problemen (vooral verminderd seksueel verlangen) toe rond de overgang. Pijn bij het vrijen en lubricatieproblemen zijn vaak secundair aan opwindingsproblemen: de gebrekkige opwinding van voor de overgang wordt niet langer gecompenseerd door oestrogenen, waardoor pijn bij het vrijen ontstaat. Omgevingsfactoren (het al dan niet hebben van een partner en de gevoelens tegenover deze partner) spelen een belangrijkere rol bij opwindingsproblemen dan veranderingen in de oestrogeenspiegel.

MIDLIFE

Bovendien hangen oestrogeenniveaus wel samen met een minder sterke basale doorbloeding, maar niet met een minder sterke toename in vaginale doorbloeding bij erotische stimulatie (Laan & Van Lunsen, 1997). Postmenopauzale en premenopauzale vrouwen verschillen ook niet van elkaar wat betreft subjectieve opwinding bij het zien van erotische beelden (Rowland & Incrocci, 2008). Bij voldoende erotische stimulatie lijken lagere oestrogeenniveaus de opwinding van vrouwen dus niet in de weg te hoeven staan. Bij mannen komen in deze levensfase nog niet veel seksuele problemen voor. Van de mannen in deze leeftijdsgroep heeft 16% een seksueel probleem, vooral premature ejaculatie (9,1%) of erectieproblemen (5,9%) (Kedde, 2012).

HOOFDSTUK 9

DERDE LEVENSFASE (55 TOT EN MET 74 JAAR)

9.1 Biopsychosociale context

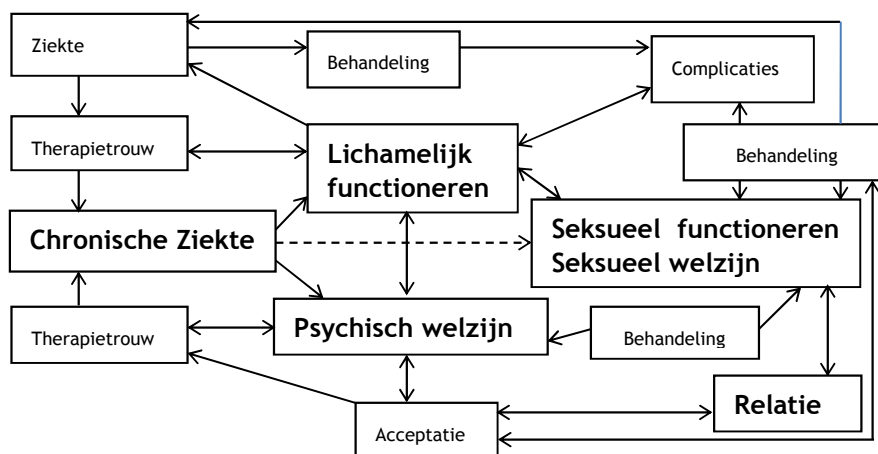
FSH-waarden van vlak na de menopauze dalen langzamerhand weer (Petersen, 2007). De concentratie oestrogenen blijft wel lager dan voor de menopauze. Bij mannen neemt de hoeveelheid vrij testosteron (= biologisch actief testosteron) verder af, doordat de productie van testosteron verder terugloopt en SHBG (het hormoon waar testosteron aan hecht) verder toeneemt (Van Lankveld et al., 2010). In Amerikaans bevolkingsonderzoek werd bij 26% van de mannen van 70 jaar en ouder hypogonadisme gevonden (minder dan 8 nmol totaal testosteron/l) (Morales & Lunenfeld, 2002).

In de derde levensfase zijn senioren doorgaans nog redelijk gezond en maatschappelijk actief (Van Tilburg, 2005). Mensen die nu met pensioen gaan, verkeren in een betere lichamelijke en sociale conditie dan de generaties voor hen. Ze zijn hoger opgeleid en hebben hun zaken ook financieel vaak beter voor elkaar. Voor nieuwe generaties ouderen wordt het zelfbeschikkingsrecht steeds belangrijker en dat geldt ook voor seksualiteit (De Graaf et al., 2009). Veel chronische ziekten, zoals kanker en diabetes, doen wel hun intrede tussen de 55 en 75 jaar. Van de mensen van 55 tot 64 jaar heeft 53% een chronische ziekte en onder mensen van 65 tot 74 jaar is dat 70% (Oostrom et al., 2011). Lageropgeleide mannen en vrouwen hebben vaker een of meerdere chronische aandoeningen dan hogeropgeleide mannen en vrouwen. Vooral hart- en vaatziekten, rugklachten, astma en COPD, gewrichtsslijtage en diabetes komen vaker voor onder lageropgeleiden (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2013).

Chronische ziekten - vooral ziekten van hart en vaten, het centrale en perifere zenuwstelsel, spieren, gewrichten en hormonen - kunnen een negatief effect hebben op seksueel functioneren en seksueel welzijn (Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen & Dekker, 2010). Een chronische ziekte kan direct invloed hebben op seksueel functioneren en welzijn, maar ook een indirect effect via de met de ziekte gepaard gaande

symptomen (zoals pijn, vermoeidheid, stijfheid of incontinentie), behandelingen of medicijnen. Daarnaast heeft een chronische ziekte vaak psychische en relationele problemen tot gevolg, die beide door kunnen werken in de seksuele relatie (zie figuur 4). Gianotten, Meihuizen-de Regt & Van Son-Schoones (2008) hebben uitgebreid beschreven welke ziektebeelden en medische interventies het seksleven kunnen beïnvloeden. Bijlage 1 geeft hiervan een overzicht.

Figuur 4. Invloed van chronische ziekte op seksueel functioneren en welzijn (Verschuren et al., 2010).



In deze levensfase krijgen mensen meer tijd voor zichzelf. De kinderen zijn meestal het huis uit en de arbeidsparticipatie loopt terug. Bij mannen en vrouwen tussen de 50 en 54 jaar is de arbeidsparticipatie nog respectievelijk 90 en 70%. Bij mannen en vrouwen tussen de 60 en 64 is dit gedaald tot respectievelijk 45 en 22% (CBS Statline, 2010). De meeste ouderen van 55 tot 75 jaar wonen nog samen met een partner, maar er is wel al een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen zichtbaar. Van de mannen van 65 tot 70 jaar woont 82% samen met een partner, bij vrouwen is dit 69%. Voor 70- tot 75-jarigen is dit respectievelijk 81 en 60%. De overgrote meerderheid van deze mensen is gehuwd. Onder de 75 jaar woont slechts een zeer kleine groep ouderen in een verpleeg- of verzorgingstehuis (CBS Statline, 2013).

9.2 Verliefdheid en (seksuele) relaties

Wanneer iemand in deze levensfase door scheiding of verweduwing alleenstaand wordt, is de kans om opnieuw samen te gaan wonen of te trouwen voor vrouwen een stuk lager dan voor mannen. Bovendien is de kans kleiner naarmate men bij scheiding of verweduwing ouder is. Voor ouderen is de motivatie om een nieuwe relatie aan te gaan anders dan in jongere generaties, omdat zij niet meer op zoek zijn naar een partner om kinderen mee te krijgen (Van Huis & Visser, 2001). Van de ongehuwde 50-plussers willen mannen in de toekomst het liefst (blijven) samenwonen. Vrouwen geven echter de voorkeur aan een latrelatie boven samenwonen. Een kwart van de vrouwen en 1 op de 5 mannen wil geen relatie meer. De belangrijkste reden om voor een latrelatie te kiezen is voor zowel mannen als vrouwen dat ze hun vrijheid willen behouden. Van de 50-plussers die geen relatie meer willen, wil een kwart dit niet vanwege slechte ervaringen met vorige relaties. Dat geldt 2 keer zo vaak voor vrouwen als voor mannen (De Graaf & Steenhof, 2006).

9.3 Seksuele oriëntatie

De positie van homoseksuele ouderen lijkt in veel opzichten op die van heteroseksuele ouderen: de meeste van hen hebben een goede gezondheid, een toereikend inkomen, adequate huisvesting, ze kijken met instemming terug op het leven en ervaren weinig problemen. De knelpunten voor homoseksuele ouderen zijn hun isolement, onvoldoende sociale participatie en kwetsbare netwerken. Eenzaamheid en depressiviteit komen onder homoseksuele ouderen vaker voor dan onder heteroseksuele ouderen. Hoewel homoseksualiteit redelijk geaccepteerd wordt in de Nederlandse maatschappij, hebben homoseksuele ouderen meer dan anderen te maken met generatiegenoten die een negatieve houding hebben ten aanzien van homoseksuelen. Dit kan vooral problemen geven als ouderen dichtbij elkaar wonen, zoals in een verzorgingshuis (Van de Meerendonk, Adriaansen & Vanwesenbeeck, 2003).

9.4 Interesse en verlangen

Seksueel verlangen neemt bij zowel mannen als vrouwen af met leeftijd, zowel onder invloed van biologische factoren als psychische factoren (bijvoorbeeld seks belangrijk vinden) en sociale factoren (het hebben van

een partner). Bij een dalende testosteronspiegel is een afname van seksueel verlangen bij mannen een van de eerste symptomen (Van Lankveld et al., 2010). Hypogonadisme gaat vaak samen met het hebben van een chronische aandoening, zodat de (fysieke) oorzaak van de afname van seksueel verlangen moeilijk is vast te stellen. Een lage testosteronspiegel kan leiden tot minder seksueel verlangen, maar seksuele stimulatie kan de testosteronspiegel ook laten stijgen. Ziekte kan zowel oorzaak als gevolg zijn van een lagere testosteronspiegel, maar ook direct minder seksueel verlangen tot gevolg hebben (Van Lankveld et al., 2010).

Toch geven bijna alle 55- tot 70-jarige mannen (97%) aan dat ze wel eens zin in seks hebben. Ditzelfde geldt voor 81% van de vrouwen tussen de 55 en 64 en voor 73% van de vrouwen tussen de 65 en 70 (Bakker et al., 2009). De meeste Nederlandse 55-plussers vinden seks ook belangrijk. Dat geldt wel veel vaker voor mannen (74%) dan voor vrouwen (38%) boven de 55 jaar. Ook wordt deze groep boven de 65 jaar iets kleiner: dan geeft nog 67% van de mannen en 31% van de vrouwen aan dat het voor hen belangrijk is om seks te hebben (Bakker et al., 2009).

De prevalentie van parafiele verlangens is in deze levensfase lager dan onder personen die jonger zijn dan 55 jaar. Dat geldt bijvoorbeeld voor sadomasochistische verlangens (7% van de mannen en 3% van de vrouwen van deze leeftijd), voor het verlangen naar het gebruik van een fetisch bij de seks (5% van de mannen en ruim 1% van de vrouwen) en voor het verlangen van mannen om zich als een vrouw te kleden omdat dit hen seksueel opwindt (1,5%) (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006b). De prevalentie van pedofiele verlangens blijft met 3 op de 1000 mannen stabiel. Bij vrouwen komt pedofilie vrijwel niet voor (ongepubliceerde cijfers uit de monitor Seksuele en Reproductieve Gezondheid 2012, Rutgers WPF).

9.5 Seksueel gedrag

Naarmate de leeftijd vordert neemt het aantal seksueel inactieve mensen toe. Van de Nederlanders tussen de 55 en 64 jaar gaf 87% van de mannen en 69% van de vrouwen aan in het afgelopen half jaar seks te hebben gehad. Onder Nederlandse 65- tot 70-jarigen is dit respectievelijk 82 en

54% (De Graaf, 2012). Hierbij lijkt er sprake te zijn van een cohort-effect: uit Zweeds onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat 70-jarigen van nu seksueel actiever zijn dan de generaties voor hen (Beckman, Waern, Gustafson & Skoog, 2008). Masturbatiefrequentie neemt ook sterk af na het 55ste jaar. Het percentage mannen dat nooit of hooguit een keer per maand masturbeert, neemt toe van 29% onder mannen van 40 tot 55 jaar tot 43% onder mannen van 55 tot 70 jaar. Bij vrouwen neemt dit toe van 54% tot 71% (De Graaf, 2012). De oorzaak voor het stoppen met seks ligt bij heteroseksuele stellen doorgaans bij de lichamelijke conditie van de man (Laumann et al., 2006).

9.6 Opvattingen en gevoelens

In een Amerikaanse kwalitatieve studie onder ouderen van 60 tot 82 jaar die al minstens 25 jaar dezelfde partner hadden, geven veel ouderen aan dat hun seksleven beter is geworden met het ouder worden. De wijsheid en ervaring die gepaard gaan met ouder worden en de intimiteit die zij hebben opgebouwd met hun partner dragen hier volgens hen aan bij (Kleinplatz et al., 2009). In de derde levensfase wordt intimiteit langzamerhand een belangrijkere motivatie dan lust. Net als in eerdere levensfasen zeggen de meeste mannen en vrouwen nog steeds dat ze lust en intimiteit beide ongeveer even belangrijk vinden bij het vrijen, maar de groep die zegt dat 'dicht bij elkaar zijn' voor hen belangrijker is dan 'seksuele opwindings' neemt duidelijk toe tot ongeveer een kwart van de mannen van 55 tot 70 en ruim een derde van de vrouwen van deze leeftijd (Bakker et al., 2009).

Uit een Zweeds onderzoek blijkt dat 70-jarigen van nu positievere attitudes ten aanzien van seksualiteit hebben en meer tevreden zijn over het seksleven en hun relatie dan de generaties voor hen. Deze ouderen hebben de seksuele revolutie in de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw ontketend en meegemaakt. Het is de eerste generatie die opgroeide met de anticonceptiepil en die nu vertrouwd raakt met een pil voor erectieproblemen. Deze generatie heeft al lang geleden ontdekt dat seks een bron kan zijn van plezier, ontspanning, bevestiging van de eigen identiteit en intimiteit met de partner (Beckman et al., 2008).

9.7 Seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv

Ouderen moeten niet vergeten worden wanneer het gaat over soa's en hiv. Een groot deel van hen is seksueel actief en zij zijn vaak niet opgegroeid met de boodschap dat veilig vrijen belangrijk is. Bovendien hoeven zij geen condoom meer te gebruiken ter preventie van zwangerschap. Van de mannen van 55 tot 70 jaar die de laatste keer vaginale of anale seks hadden met een losse partner, gebruikte 53% hierbij geen condoom. Bij vrouwen was dat 68%. Hierin verschillen ze overigens niet significant van mannen en vrouwen die jonger zijn. Wel laten 55-plussers zich minder vaak testen op soa's en hiv (Goenee, Kedde & Picavet, 2012). Onder mensen die zich laten testen is het percentage met een positieve uitslag in deze leeftijdsgroep het kleinst (Vriend et al., 2011). Door een toegenomen levensverwachting voor mensen met hiv en doordat nieuwe hiv-infecties op steeds latere leeftijd gediagnosticeerd worden, neemt het aandeel ouderen onder hiv-geïnfecteerden wel gestaag toe. Ouderen met hiv zijn langer geïnfecteerd voordat de diagnose wordt gesteld dan mensen die jonger zijn dan 50 jaar. Bij een late diagnose is behandeling met combinatietherapie minder succesvol (Van Sighem & De Wolf, 2009).

9.8 Seksuele problemen

Met de introductie van orale medicatie voor erectiestoornissen (sildenafil, tadalafil en vardenafil) eind jaren 90 is de aandacht voor dit probleem fors gestegen. Sindsdien is ook een aantal Nederlandse grootschalige onderzoeken gedaan naar erectieproblematiek op oudere leeftijd (De Graaf et al., 2009). Aan het begin van deze levensfase hebben nog niet veel mannen last van een erectieprobleem, maar door de afnemende hoeveelheid vrij testosteron, eventueel in combinatie met een chronische aandoening, neemt de kans op een erectieprobleem of verminderd seksueel verlangen bij mannen wel geleidelijk toe (Van Lankveld et al., 2010). Mannen van 55 tot en met 70 jaar geven vaker aan dat hun penis regelmatig of vaker niet (voldoende) stijf wordt en dat ze hier last van hebben (14%) dan mannen van 40 tot en met 54 jaar (6%). Ook problemen met de subjectieve opwinding komen bij mannen van 55 tot 70 jaar in vergelijking tot eerdere levensfasen vaker voor, maar minder vaak dan erectieproblemen (8% van de mannen heeft hier last van). Bij vrouwen is er door de lagere concentraties oestrogenen soms sprake van vaginale atrofie (Petersen, 2007). Toch hebben vrouwen van 55 jaar en ouder

DERDE LEVENSFASE

ongeveer even vaak last van een seksueel probleem (23%) als vrouwen van 40 tot 55 jaar (22%). Lubricatieproblemen worden door vrouwen in deze levensfase het meest gerapporteerd (16%), en dit is ook vaker dan bij vrouwen die jonger zijn (Kedde, 2012).

HOOFDSTUK 10

VIERDE LEVENSFASE (75 JAAR EN OUDER)

10.1 Biopsychosociale context

Steeds meer mensen bereiken de vierde levensfase. In 2012 was de levensverwachting voor mannen 79,1 jaar en voor vrouwen 82,8 jaar. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen wordt langzamerhand kleiner. In 2000 was dit verschil nog 5,1 jaar en dit zal naar verwachting tot 2050 verder afnemen tot 2,9 jaar. Hierdoor hebben veel ouderen in de leeftijd van 75 tot 80 jaar nog een partner. Wel zijn er meer vrouwen dan mannen zonder partner. Vrouwen trouwen doorgaans met een man die gemiddeld 2 jaar ouder is en bovendien bestaat in de oudste cohorten een 'mannentekort': twee derde van de 80-plussers is vrouw. Onder 75- tot 80-jarigen woont nog 45% van de vrouwen en 77% van de mannen samen met een partner, bij 85- tot 90-jarigen is dit 16% van de vrouwen en 59% van de mannen (CBS Statline, 2013). Ouderen die nu de vierde levensfase bereiken zijn opgegroeid in een periode dat seks nog direct verbonden was met reproductie. Dit heeft zijn weerslag op hun seksuele opvattingen en gedrag.

De vierde levensfase gaat veelal gepaard met verliezen: naast de partner ook van andere dierbaren, status, macht en/of lichamelijke gezondheid. Ouderen krijgen in toenemende mate te maken met gezondheidsproblemen en het medicijngebruik is in deze levensfase hoog (Van Tilburg, 2005). Chronische ziektes die zich vaak op deze leeftijd manifesteren en die een negatieve invloed kunnen hebben op het seksuele leven zijn bijvoorbeeld reuma, ziekte van Parkinson, diabetes, hart- en vaatziekten, cerebrovasculair accident (CVA), bepaalde vormen van kanker (zoals borst- en prostaatkanker) en dementie. Ook operaties, gewrichtsslijtage en eventuele prothesen kunnen het seksleven negatief beïnvloeden. Daarnaast is van verschillende medicijnen en behandelingen, bijvoorbeeld antihypertensiva, antidepressiva en hormonen, bekend dat ze een negatief effect kunnen hebben op het seksueel functioneren. Gianotten, Meihuizen-de Regt & Van Son-Schoones (2008) hebben

uitgebreid beschreven welke ziektebeelden en medische interventies het seksleven beïnvloeden. Bijlage 1 geeft hiervan een overzicht.

Ongeveer 6% van de 75-plussers woont in een verzorgings- of verpleegtehuis (CBS Statline, 2013). De meesten van hen zijn pas op zeer hoge leeftijd in een instelling opgenomen. Het aantal plaatsen in verzorgingshuizen is de afgelopen decennia fors afgenomen: steeds meer ouderen wonen zelfstandig en krijgen daar verzorging als dat nodig is. Zelfs van de 90- tot en met 94-jarigen woont een minderheid (19% van de mannen en 32% van de vrouwen) in een tehuis. Een eventuele opname in een verpleeg- of verzorgingstehuis brengt ingrijpende veranderingen met zich mee. Men krijgt te maken met regels en afspraken die in het desbetreffende tehuis gelden. Daarnaast kan sociale druk van kinderen, andere bewoners en staf een negatieve invloed hebben op de mogelijkheden om een seksuele relatie aan te gaan. Dat geldt nog sterker voor homoseksuele of lesbische senioren. Ook praktische factoren en een gebrek aan privacy kunnen bepalend zijn voor de mogelijkheden tot intimiteit en seksualiteit. Partners die een verschillende mate van zorg- of verpleegbehoefte hebben wonen vaak niet meer samen. Bezoekruimten bieden doorgaans geen oplossing, zeker niet wanneer hier alleen een bed staat, stafleden de sleutel beheren en er in de instelling geen openheid is over seks (De Graaf et al., 2009).

10.2 Verliefdheid en (seksuele) relaties

Na een scheiding of verweduwing worden sommige ouderen opnieuw verliefd en worden nieuwe intieme relaties aangegaan. Door het 'mannentekort' wordt het voor heteroseksuele oudere vrouwen wel steeds lastiger om een nieuwe partner te vinden. Ook kunnen rouw en schuldgevoel jegens de overleden partner het aangaan van een nieuwe relatie ingewikkelder maken. Daarbij is een huwelijk niet meer zo vanzelfsprekend. Steeds vaker kiezen ouderen voor latrelaties en samenleefvormen waarbij de eigen onafhankelijkheid beter gewaarborgd blijft (De Graaf et al., 2009).

10.3 Interesse en verlangen

Seksueel verlangen neemt in de vierde levensfase wel verder af. In een Amerikaans onderzoek gaf 36% van de mannen en 5% van de vrouwen van

75 jaar en ouder aan wekelijks tot dagelijks aan seks te denken. Onder 60-tot en met 74-jarigen was dit nog 53% van de mannen en 14% van de vrouwen (Bancroft, 2009). De verliezen (van dierbaren, status, macht en/of lichamelijke gezondheid) waarmee de laatste levensfase veelal gepaard gaat, kunnen hun weerslag hebben op seksuele verlangens. Iemand heeft dan bijvoorbeeld minder zin ten gevolge van rouw, schuldgevoel of angst om onaantrekkelijk gevonden te worden (De Graaf et al., 2009). Vrouwen hebben daarbij meer moeite met het verlies van aantrekkelijkheid en mannen met verlies van kracht (Cash & Pruzinsky, 2002).

10.4 Seksueel gedrag

Seksuele activiteit, zowel solo als met een partner, neemt in de vierde levensfase duidelijk af, maar stopt voor een substantiële groep niet. Zo vond een Amerikaanse studie dat 39% van de mannen en 17% van de vrouwen tussen de 75 en de 85 jaar seks hadden gehad in de afgelopen 12 maanden. Van deze groep gaf 54% aan dat dit minstens 2 à 3 keer per maand gebeurde en 23% minstens 1 keer per week (Lindau et al., 2007). In een onderzoek in 8 Europese landen gaf 54% van de mannen tussen de 70 en 80 jaar en 21% van de vrouwen van deze leeftijd aan in de afgelopen 12 maanden geslachtsgemeenschap te hebben gehad. Ongeveer een kwart van de 70-plussers gaf aan dat dit minstens 1 keer per week gebeurde (Nicolosi et al., 2006). Geslachtsgemeenschap lijkt deels te worden vervangen door andere seksuele activiteiten, in het bijzonder wederzijds masturberen en strelen (Gott & Hinchliff, 2003).

Fysieke gezondheid, geestelijke gezondheid, seksueel repertoire en het hebben van een partner zijn de belangrijke voorspellers voor seksuele activiteit en seksueel welzijn (Laumann et al., 2006). Toch is de afname in coïtusactiviteit onder ouderen niet volledig toe te schrijven aan verlies, gezondheidsklachten, een eventuele opname in een instelling of gewenning ten gevolge van de langere relatieduur. Ook bij gezonde, instemmende partners die nog niet zo lang bij elkaar zijn, daalt de coïtusfrequentie gestaag met het stijgen der jaren (Matthias et al., 1997).

10.5 Opvattingen en gevoelens

Het seksleven lijkt minder sterk te worden bepaald door opwinding en presteren en sterker door gedachten, gevoelens en intimiteit (Gott & Hinchliff, 2003). In een onderzoek onder Amerikaanse 70-plussers bleek dat meer dan 67% tevreden tot zeer tevreden was met hun huidige niveau van seksuele activiteit, terwijl niet meer dan 30% van de onderzochten de voorafgaande maand seksueel actief was geweest. Van degenen die niet seksueel actief waren, was 59% hier (zeer) tevreden mee (Matthias et al., 1997).

Seksuele activiteit en geestelijke gezondheid zijn voor beide seksen de belangrijkste voorspellende factoren voor seksuele satisfactie (Matthias et al., 1997). Seksuele tevredenheid wordt onder meer bepaald door de manier waarop de persoon en zijn of haar eventuele partner veranderingen beoordeelt en hoe men hiermee omgaat. Mensen die onzeker of onwetend zijn over normale verouderingsverschijnselen, houden soms krampachtig vast aan het oude patroon van vrijen, hetgeen kan leiden tot een negatieve spiraal van falen, faalangst en vermindering van lichamelijk contact. Ouderen die bij een nieuwe situatie de eigen voorkeuren en verwachtingen bij kunnen stellen, en die compenserende strategieën kunnen ontwikkelen, zijn meer tevreden over het seksleven (De Graaf et al., 2009).

10.6 Seksuele problemen

De prevalentie van seksuele disfuncties, vooral van erectiestoornissen, neemt universeel toe met het ouder worden (Laumann et al., 2005). In een Amerikaanse studie bleek de helft van de seksueel actieve mannen en vrouwen van 57 tot 85 jaar met tenminste 1 seksueel probleem te kampen (Lindau et al., 2007). Bij mannen kwamen erectieproblemen het meest voor (37%), gevolgd door verminderd verlangen (28%) en premature ejaculatie (28%). Van deze mannen gebruikte 14% medicijnen of supplementen om het seksuele functioneren te verbeteren. Onder vrouwen kwamen verminderd verlangen (43%), lubricatieproblemen (39%) en orgasmeproblemen (34%) het meest voor (Lindau et al., 2007). Ondanks het feit dat vrouwen minstens even vaak een seksueel probleem rapporteerden, hadden ze hier veel minder vaak over gesproken met een arts. In een Nederlands onderzoek gaf 26% van de mannen van 70 tot 78

VIERDE LEVENSFASE

jaar aan dat stijfheid van de penis duidelijk verminderd of afwezig was (Blanker et al., 2001).

Wanneer ook gekeken wordt naar de mate waarin mannen er last van hebben dat hun penis minder of niet stijf wordt, valt op dat dit onder 70-plussers minder is dan onder mannen die jonger zijn dan 70 jaar. Bijna de helft (46%) van de mannen van 65 tot 69 met ernstige erectieproblemen ervoer dit als een (vrij) groot probleem. Onder 70-plussers gold dit voor 21% van de mannen met deze problemen (Blanker et al., 2001). In een kwalitatieve studie gaven ouderen zelf ook aan dat zij een seksueel probleem makkelijker accepteren, dan als ze jonger zouden zijn (Gott & Hinchliff, 2003). Wanneer de DSM-definitie van erectiele disfuncties (waar last deel van uitmaakt) wordt aangehouden, neemt de prevalentie hiervan dus af met het ouder worden, omdat oudere mannen minder last hebben van eventuele erectieproblemen.

CONCLUSIE

Dit literatuuronderzoek laat zien dat seksualiteit en seksuele ontwikkeling onlosmakelijk verbonden zijn aan het leven, van de conceptie tot het eind van iemands leven. De veelheid aan biopsychosociale factoren die van invloed kunnen zijn op de seksuele levensloop laten ook zien dat een individuele levensloop niet te voorspellen is. Het ingewikkelde samenspel tussen al deze factoren zorgt ervoor dat elke levensloop uniek is. Toch zijn er verschillende processen en transities die de meerderheid van de mensen doorlopen. Deze ‘typische’ levenslopen zijn in dit rapport beschreven, zonder hierin normatief te willen zijn. Afwijken van deze typische levenslopen is niet per se problematisch. Dat is pas het geval als iemand iets zelf als een probleem ervaart of als dit schadelijk is of kan zijn voor de persoon zelf of voor anderen. Soms heeft een atypische levensloop wel extra begeleiding, omdat iemand minder mensen in de omgeving heeft die hetzelfde meemaken om zich aan te kunnen ‘spiegelen’.

Aanbevelingen voor professionals

Dit literatuuronderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan positieve aandacht voor seksualiteit in verschillende beroepspraktijken. De kennis uit dit rapport kan bijvoorbeeld gebruikt worden om onnodige zorgen of problemen weg te nemen, bijvoorbeeld als gedragingen die heel passend kunnen zijn in een bepaalde levensfase, gezien worden als ‘afwijkend’. Het kan professionals ook helpen bij het geven van informatie, op eigen initiatief of als reactie op een vraag. Voor professionals kan de wetenschap dat seksualiteit in verschillende levensfasen en situaties een rol speelt, het bespreken ervan legitimeren. Zij kunnen hun cliënten ook laten weten dat zij niet de enige zijn die tegen bepaalde seksuele ontwikkelingen aanlopen in deze levensfase. Daarnaast kan kennis van veelvoorkomende problematiek bij bepaalde transities professionals helpen bij het signaleren van deze problemen, doordat ze weten in welke fasen en situaties ze hier actief naar kunnen informeren.

Afhankelijk van de taken van een professional en de setting waarin hij of zij werkzaam is, krijgen verschillende professionals te maken met verschillende leeftijdsgroepen en verschillende aspecten van de seksuele

CONCLUSIE

levensloop. Sommige professionals hebben vooral met cliënten in een bepaalde levensfase te maken (zoals de jeugdverpleegkundige of verzorgende in de ouderenzorg), andere professionals zien mensen vooral bij een specifieke transitie (zoals de verloskundige of overgangsconsulent) en er zijn ook professionals die in hun werk met mensen in alle fasen van het leven te maken hebben (de huisarts en andere professionals in de huisartsenpraktijk). Bij elke levensfase of transitie biedt dit literatuuronderzoek aanknopingspunten voor adequate ondersteuning van seksuele ontwikkeling, seksueel functioneren en seksueel welzijn.

Jonge kinderen van 0 tot 6 jaar zijn bijvoorbeeld vooral op ontdekkingstocht. Ze ontdekken of ze een jongen of een meisje zijn en wat daarbij komt kijken. Ze ontdekken hoe hun lichaam eruit ziet, hoe verschillende lichaamsdelen heten, wat je met je lichaam kunt en wat fijn voelt en wat niet. Ook willen ze weten hoe dat bij anderen zit. Voor volwassenen kan het 'vreemd' overkomen als kinderen dergelijk seksueel getint gedrag vertonen. Veel volwassenen verbinden seksualiteit aan lust, en lust niet aan de kindertijd. Professionals krijgen daarom regelmatig vragen of seksueel getint gedrag dat een kind laat zien wel 'normaal' is. Dit literatuuronderzoek laat zien dat veel seksueel getint gedrag typisch is voor de kindertijd en dat het kinderen juist helpt in hun seksuele ontwikkeling. Daarbij moeten kinderen uiteraard wel bepaalde 'spelregels' in acht nemen, bijvoorbeeld dat ze het allebei leuk moeten vinden, elkaar niet onder druk mogen zetten of pijn doen, gelijkwaardig moeten zijn en rekening houden met hun omgeving (Franck et al, 2011). Uitzonderlijk seksueel getint gedrag van kinderen kan een signaal zijn van misbruik, maar zelfs het meest uitzonderlijke gedrag kan onschuldig zijn (Friedrich, 1993).

Kinderen van 6 tot 12 jaar gaan langzamerhand verliefdheid en verkering ontdekken. Aan het eind van deze levensfase neemt de interesse in volwassen seksualiteit toe: er wordt veel met vrienden over dit onderwerp gepraat, ouders krijgen allerlei vragen en kinderen gaan op zoek naar informatie over seksualiteit of seksueel getinte plaatjes en filmpjes. De nieuwsgierigheid die kenmerkend is voor deze levensfase, gekoppeld aan het feit dat kinderen zich vooral tot ouders en volwassenen richten voor informatie en sturing, maakt deze levensfase bijzonder geschikt om kinderen informatie, waarden en normen rondom seksualiteit mee te

CONCLUSIE

geven. Professionals die met deze leeftijdsgroep werken kunnen deze informatie zelf geven, of ouders of docenten hierbij ondersteunen. Omdat internet een belangrijke rol begint te spelen in het leven van deze kinderen, behoeft zowel de offline als online seksuele ontwikkeling begeleiding.

De vroege adolescentie fase staat in het teken van de puberteit. De lichamelijke ontwikkelingen die hiermee gepaard gaan, maken dat de onzekerheid over het lichaam het hoogst is in deze levensfase. Ook de interesse in seks neemt toe: jongeren gaan fantaseren, ervaren gevoelens van seksuele opwindning en gaan masturberen. Vrijwel alle jongeren van deze leeftijd zijn wel eens verliefd geweest en een deel van hen heeft ook verkering (gehad). Binnen deze relaties beperkt seksueel gedrag zich nog vooral tot zoenen en eventueel voelen en strelen. Doordat jongeren op deze leeftijd risico's nog niet zo goed kunnen overzien en gevoelig zijn voor sociale druk, loopt de kleine groep jongeren die dan wel verdergaande seksuele ervaring heeft extra risico op grensoverschrijding en ongeplande zwangerschap. Professionals kunnen er zorg voor dragen dat deze kwetsbare groep goed is toegerust, door hen op tijd van de juiste informatie en vaardigheden te voorzien. Bepaalde kennis uit dit literatuuronderzoek kan wellicht onzekerheid bij vroege adolescenten wegnemen, bijvoorbeeld de informatie dat geslachtsdelen allerlei vormen en maten kunnen hebben en dat de meeste jongeren niet voor hun 17e aan geslachtsgemeenschap beginnen.

Tussen de 15 en 18 jaar vindt voor veel jongeren de eerste geslachtsgemeenschap plaats. De meeste jongeren beschermen zich bij deze eerste keer en daarna goed tegen zwangerschap. Voor prettige, veilige en gewenste seks is echter meer nodig dan anticonceptiegebruik. Het voorkómen van soa en hiv wordt door veel jongeren van deze leeftijd bijvoorbeeld nauwelijks besproken, de prevalentie van seksueel geweld is hoog en veel meisjes hebben seksuele problemen, bijvoorbeeld pijn bij het vrijen. Het verdient aanbeveling dat professionals die met jongeren van deze leeftijd te maken hebben, proberen helder te krijgen hoe 'ver' een jongere is op seksueel gebied. Indien relevant kan een professional jongeren helpen om na te denken over de eigen wensen en grenzen en over het voorkomen van zwangerschap en soa. Ook als jongeren nog niet seksueel actief zijn, beginnen zij dan beter voorbereid aan de eerste

CONCLUSIE

geslachtsgemeenachap. In alle levensfasen is daarbij van belang om er niet bij voorbaat vanuit te gaan dat iemand zich aangetrokken voelt tot of een relatie wil met iemand van het andere geslacht. Omdat niet-heteroseksuele jongeren op deze leeftijd vaak nog in een periode van twijfel zitten, verdient het omgaan met seksuele oriëntatie extra aandacht.

In de leeftijdsgroep 19 tot en met 24 jaar zijn de meeste jongeren seksueel actief en worden vaak nieuwe (seksuele) relaties aangegaan. De relatief hoge mate van seksuele activiteit, gekoppeld aan leefstijl en het in beperkte mate kunnen overzien van risico's, maakt dat soa, abortussen en ervaringen met grensoverschrijding het meest in deze leeftijdsfase plaatsvinden. Bij meisjes komen ook seksuele problemen, zoals pijn, het meest voor in deze levensfase. Waar mogelijk zouden professionals actief kunnen informeren naar (achtergronden van) deze seksuele risico's, bijvoorbeeld naar iemands (seksuele) leefstijl, anticonceptie- en condoomgebruik en eventuele ervaringen met grensoverschrijding en pijn. Het is soms ook al voldoende dat de professional het onderwerp benoemt, zodat jongeren zich vrij voelen om eventuele vragen of problemen naar voren te brengen. Indien er problemen zijn, of als een jongere behoefte heeft aan informatie of over onjuiste informatie beschikt, kunnen professionals jongeren voorzien van de juiste informatie (mondeling, schriftelijk of online) of eventueel doorverwijzen.

In de levensfase van 25 tot 40 jaar hebben de meeste mensen een langdurige vaste relatie. In langdurige relaties kan de seks steeds beter worden, omdat de kennis over elkaar, de intimiteit en het vertrouwen groeien. Maar de zin in seks kan ook geleidelijk afnemen. Een eventuele zwangerschap en de zorg voor kleine kinderen brengen allerlei biologische, psychologische en sociale veranderingen met zich mee die een negatief effect kunnen hebben op het seksleven. Professionals kunnen misvattingen wegnemen (bijvoorbeeld de misvatting dat seks schadelijk is voor het kind), informatie geven over de invloed van zwangerschap en de zorg voor kleine kinderen op het seksleven en stellen eventueel helpen om het seksleven (weer) prettiger te maken. Informeren kan mondeling gebeuren, maar er bestaan ook folders en websites waar cliënten informatie en tips kunnen vinden. Ook kan de professional de cliënt helpen om helder te krijgen wat er veranderd is in het seksleven of de context hiervan en met

CONCLUSIE

hem of haar meedenken over een oplossing. Eventueel kan worden doorverwezen naar een seksuoloog.

Tussen de 40 en 55 jaar hebben de meeste mensen een vaste partner, maar vinden ook de meeste scheidingen plaats. Mensen die na een langdurige relatie opnieuw een nieuwe relatie aangaan, moeten hierbij ook weer over condoomgebruik gaan nadenken en onderhandelen. De professional die te maken heeft met cliënten die na een scheiding een nieuwe relatie aangaan, zou hem of haar bewust kunnen maken van het risico op soa's en met de cliënt mee kunnen denken over manieren om dit risico te verkleinen. In deze levensfase vindt voor vrouwen ook de overgang plaats. Door de lagere concentraties oestrogenen kan het seksueel verlangen minder worden en later in de overgang is er soms sprake van vaginale atrofie. Professionals die werken met postmenopauzale vrouwen zouden vanuit deze wetenschap kunnen informeren naar problemen op seksueel gebied. Vrouwen die te kampen hebben met seksuele problemen, kunnen er baat bij hebben te weten dat zij niet de enige zijn. Daarnaast kan de professional met hen meedenken over oplossingen. Omgevingsfactoren (bijvoorbeeld gevoelens tegenover deze partner of een gebrek aan erotische stimulatie) spelen een belangrijkere rol bij opwindingsproblemen dan de oestrogeenspiegel. Oplossingen zouden dan ook vooral in die richting moeten worden gezocht.

Met het klimmen der jaren neemt seksuele activiteit geleidelijk af, maar stopt voor een flinke groep niet. Sommige ouderen zeggen dat hun seksleven er alleen maar beter op is geworden. Hun ervaring en de intimiteit die zij hebben opgebouwd met hun partner dragen hieraan bij. Ook hebben ze meer tijd voor elkaar en hoeven ze geen anticonceptie meer te gebruiken. Ouderen hebben echter ook te maken met gebeurtenissen en omstandigheden die een negatief effect kunnen hebben op het seksleven, zoals het verlies van een partner of een chronische ziekte. Het is belangrijk dat professionals die met ouderen werken, zich realiseren dat seksualiteit en intimiteit voor veel ouderen belangrijk zijn, maar dat er ook omstandigheden kunnen zijn die het seksuele leven negatief kunnen beïnvloeden. In een zorginstelling kan het soms al voldoende zijn om ruimte te bieden aan de beleving van seksualiteit van de oudere en privacy te garanderen. In andere situaties kan een professional bijvoorbeeld informatie geven over normale

CONCLUSIE

verouderingsverschijnselen en iemand eventueel helpen om de voorkeuren en verwachtingen aan de veranderingen die bij deze levensfase horen aan te passen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Hoewel dit literatuuronderzoek niet pretendeert om alle literatuur op het gebied van de seksuele levensloop in kaart te brengen, wordt wel duidelijk dat er over bepaalde thema's en doelgroepen veel meer informatie te vinden is dan over andere. Onderzoek naar seksuele ervaringen en gevoelens tijdens de kindertijd is schaars. Representatief onderzoek naar seksualiteit in deze levensfase ontbreekt en vrijwel al het onderzoek hiernaar is observerend dan wel retrospectief van aard. Beide methoden hebben belangrijke beperkingen. Veel seksueel getint gedrag van kinderen vindt plaats buiten het gezichtsveld van ouders of andere volwassenen en zal dus niet door hen gerapporteerd worden in onderzoek. In retrospectief onderzoek worden gebeurtenissen niet altijd even accuraat en soms zelfs helemaal niet herinnerd, vooral wanneer ze vroeg in de kindertijd plaatsvonden. Voor echt goed inzicht in seksueel gedrag en seksuele beleving is onderzoek met andere methodieken, bij voorkeur onder een aselect geworven steekproef, noodzakelijk.

De levensfase waarover het meeste onderzoek naar seksuele ontwikkeling is verschenen, is ontegenzeggelijk de adolescentiefase. Hoewel deze levensfase slechts 13 jaar bestrijkt, beslaat het beschrijven van de seksuele ontwikkeling in deze fase ongeveer 45% van de resultaten van dit literatuuronderzoek. In Nederland zijn inmiddels een aantal grootschalige representatieve studies uitgevoerd naar deze leeftijdsgroep, waarin zeer veel seksuele thema's worden belicht. Wat hier ontbreekt is onderzoek dat ontwikkeling in kaart brengt, in de zin dat jongeren gedurende enkele jaren gevolgd worden om sequenties en processen in kaart te brengen. Onderzoek naar seksuele ontwikkeling van jongeren maakt vrijwel altijd gebruik van een of hooguit twee meetmomenten. Studies waarin jongeren gedurende een deel van de adolescentie worden gevolgd, hebben vaak nauwelijks oog voor seksualiteit of kijken eventueel alleen naar de eerste keer geslachtsgemeenschap. Wellicht kan het thema seksualiteit in de toekomst in dergelijke longitudinale studies een grotere plek krijgen.

CONCLUSIE

In het onderzoek naar seksuele ontwikkelingen onder volwassenen krijgen twee 'mijlpalen' de meeste aandacht: zwangerschap en de overgang. Beide mijlpalen worden daarbij vooral belicht vanuit het oogpunt van de vrouw. In alle levensfasen, maar ook onder volwassenen, krijgen seksuele problemen en seksuele risico's meer aandacht dan de positieve kanten van seksualiteit. Wanneer wel aandacht is voor de positieve kant, is dit vaak beperkt tot onderzoek naar seksuele tevredenheid en blijven seksueel genot of seksueel plezier onderbelicht. Ook in deze levensfase liggen dus nog voldoende onontgonnen gebieden.

Onderzoek onder ouderen is zondermeer schaars. Nederlands onderzoek onder ouderen boven de 70 ontbreekt geheel. Daarnaast beperkt het meeste onderzoek onder ouderen zich tot het in kaart brengen van seksuele activiteit, de tevredenheid hierover en seksuele problemen. Slechts een enkele (kwalitatieve) studie kijkt ook naar de positieve beleving van seksualiteit. Met de toenemende levensverwachting groeit ook het aantal ouderen in de vierde levensfase in onze samenleving. Hoog tijd dus om deze groep in representatieve bevolkingsstudies naar seksuele gezondheid te betrekken.

REFERENTIES

- Abdool, Z., Thakar, R., & Sultan, A.H. (2009). Postpartum female sexual function: A review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145, 133-137.
- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N., & Beier, K.M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1362-1370.
- Alink, L.R.A., IJzendoorn, M.H. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Casimir Publishers.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2011). *Cosmetic surgery national data bank statistics 2012*. Gevonden op <http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-2012-Stats.pdf>.
- Baan, J., Tuk, B. & Vos, R. (2008). *Thuis in Burgerschap, Sociale integratie en actief burgerschap in het onderwijs - Praktijkboek*. Utrecht: Pharos.
- Bagchus, L., Martens, M., & Sluis, M. van der (2010). *Relationele en seksuele vorming in het basisonderwijs. Een effect- en procesevaluatie van de lespakketten 'Relaties & Seksualiteit' en 'Lekker in je vel'*. Amsterdam: ResCon.
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H., & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Delft: Eburon.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., & Staudinger, U.M. (2007). Life span theory in developmental psychology. In: W. Damon & R.M. Lerner. *Handbook of Child Psychology, Theoretical Models of Human Development*, pp. 569-664. Hoboken, New Jersey: Wiley Online Library.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems, 3rd edition*. Atlanta: Elsevier.
- Bancroft, J., Herbenick, D., & Reynolds, M. (2003). Masturbation as a marker of sexual development. In J. Bancroft (Ed.). *Sexual*

REFERENTIES

- Development in Childhood* (pp. 156-185). Bloomington: Indiana University Press.
- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *British Medical Journal*, 337, a279.
- Berlo, W. van, Haas, S. de, Oosten, N. van, Dijk, L. van, Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar: een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF / Movisie.
- Bitzer, J., & Alder, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25, 49-58.
- Blanker, M. H., Bosch, J.L.H.R., Groeneveld, F.P.M.J., Bohnen, A. M., Prins, A., Thomas, S., & Hop, W. C. J. (2001). Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology*, 57, 763-768.
- Bokhorst, C.L., Sumter, S.R., & Westenberg, P.M. (2010). Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: Who is perceived as most supportive? *Social Development*, 19, 417-426.
- Bouman, L.N., Bernards, J.A., & Boddeke, H.W.G.M. (2008). *Medische fysiologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brilleslijper-Kater, S. N., & Baartman, H. E. M. (2000). What do young children know about sex? Research on the knowledge of sexuality of children between the ages of 2 and 7 years. *Child Abuse Review*, 9, 166-182.
- Brinamen, C.F., & Mitchell, V. (2008). Gay men becoming fathers: A model of identity expansion. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 521-541.
- Bucx, F. (2011). *Gezinsrapport 2011: Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Den Haag: SCP.
- Bun, C.J.E., Schwiebbe, L., Schütz, F.N., Bijlsma-Schlösser, J.F.M., & Hirasings, R.A. (2012). Negative body image and weight loss behaviour in Dutch school children. *European Journal of Public Health*, 22, 130-133.
- Caron, S.L., & Ahlgrim, C.J. (2012). Children's understanding and knowledge of conception and birth: Comparing children from England, the Netherlands, Sweden, and the United States. *American Journal of Sexuality Education*, 7, 16-36.
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Eds.) (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.

REFERENTIES

- Cense, M. & Van Dijk, L. (2010) *Niet zomaar seks. Jongeren over seks en grenzen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Chrisler, J.C. (2007). Body image issues of women over 50. In: V. Muhlbauer (Ed.). *Women over 50: Psychological perspectives* (pp. 6-25). New York: Springer.
- Cohen-Kettenis, P.T. (2000). Transseksualiteit: Een overzicht. *Tijdschrift voor seksuologie*, 24, 63-72.
- Crone, E. (2008). *Het puberende brein. Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Delemarre-van der Waal, H. A., Bocca, G., Cohen-Kettenis, P. T., Haasnoot, K., Hack, W. W. M., Rotteveel, J., et al. (2006). *Praktische kindergeneeskunde: Kinderendocrinologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivation account. *Journal of Sex Research*, 49, 105-124.
- Diamond, L.M. (2008). Female bisexuality from adolescence to adulthood: Results from a 10-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 24, 5-14.
- Dijk, T. van, Veen, M., & Cox, E., (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Hilversum: Intomart.
- Dixon-Mueller, R. (2008). How young is “too young”? Comparative perspectives on adolescent sexual, marital, and reproductive transitions. *Studies in Family Planning*, 39, 247-262.
- Doorduyn, T., & Berlo, W. van (2012). *Een dubbel gevoel: een pilotonderzoek naar seksualiteitsbeleving en informatiebehoefte over seksualiteit van transgenders*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Döring, N.M. (2009). The Internet’s impact on sexuality: a critical review of 15 years of research. *Computers in Human Behavior*, 25, 1089-1101.
- Dorsselaer, S. van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, S. de, Verdurmen, J., Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos.
- Elmerstig, E., Wijma, B., & Berterö, C. (2008). Why Do Young Women Continue to Have Sexual intercourse Despite Pain? *Journal of Adolescent Health*, 43, 357-363.
- Exterkate, M. (2013). *Vrouwelijke genitale verminking in Nederland: omvang, risico en determinanten*. Utrecht: Pharos.
- Fisher, H. (2004). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. New York: Henry Holt and Company.

REFERENTIES

- Franck, T., Frans, E., & Decraen, E. van (2011). *Over de grens? Seksueel opvoeden met het vlaggensysteem*. Antwerpen: SENSOA.
- Franssens, D., & Hospers, H. (2009). *Deelrapport 3 homojongenscohort outcomes*. Maastricht: Universitaire Press Maastricht.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior of children: A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66.
- Garssen, J., & Meulen, A. van der (2004). Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland. *Bevolkingstrends*, 3e kwartaal 2004, 15-31.
- Gianotten, W.L. (2007). Pregnancy and sexuality. In: A. Fuglsang-Owens & M.S. Tepper (Eds.). *Sexual Health, volume 2, physical foundations* (pp. 167-196). Westport/London: Praeger.
- Gianotten, W.L., Meihuizen-de Regt, M.J., & Son-Schoones, N. van (2008). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*. Assen: Van Gorcum.
- Goenee, M., Picavet, C. & Kedde, H. (2012). Condoomgedrag en testgedrag in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 109-120.
- Goenee, M., Picavet, C. & Wijsen, C. (2013) *Factsheet Landelijke abortusregistratie 2011*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Gooren, J. (2009). Over de bestraffing van ontucht met instemming van jongeren. *Proces*, 88, 220-232.
- Gort, A. (2011). *Elk kind is anders*. Amsterdam/Utrecht: FWOS / VU Medisch Centrum.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617-1628.
- Graaf, A. de (2009). Geboorteregeling in 2008. *Bevolkingstrends*, 1e kwartaal, 54-59.
- Graaf, A. de, & Steenhof, L. (2006). Demografische levensloop van vijftigers. *Bevolkingstrends*, 54, 15-23.
- Graaf, H. de (2012). Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 87-97.
- Graaf, H. de, Kruijer, H., Van Acker, J., & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Neeleman, A., & Haas, S. de (2009). De seksuele levensloop. In: L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (Red.) *Seksuologie (2e editie)* (pp. 157-179). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

REFERENTIES

- Graaf, H. de, Nikken, P. Janssens, K., Felten, H., & Van Berlo, W. (2008). *Seksualisering: Reden tot zorg?* Utrecht: Rutgers Nisso Groep/NJi/MOVISIE.
- Graaf, H. de, & Rademakers, J. (2003). *Seks in de Groei: Een verkennend onderzoek naar de (pre-)seksuele ontwikkeling van kinderen en jeugdigen*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, & Rademakers, J. (2007). Seksueel gedrag en seksuele gevoelens van prepuberale kinderen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 184-194.
- Graaf, H. de, & Rademakers, J. (2009). 'Seks in de Groei': update anno 2009. *Recente wetenschappelijke inzichten in de seksuele ontwikkeling van kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Graaf, H. de, & Vanwesenbeeck, I. (2006a). 'Seks is een game': Gewenste en ongewenste seksuele ervaringen van jongeren op internet. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Graaf, H. de, & Vanwesenbeeck, I. (2006b). Controversiële verlangens. In: F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (red.), *Seksuele Gezondheid in Nederland 2006* (pp. 47-65). Delft: Eburon.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Greil, A.L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32, 140-162
- Haas, S. de (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 136-145.
- Hagens, R., & Leeuwenburgh, I. (1999). *Het geheel is meer dan de som der delen: onderzoek naar kennis van seksualiteit bij kinderen van 7 en 8 jaar*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Harreveld, C. (2009). *Ongewenste seks tijdens het uitgaan: wanneer 'ja' tot spijt leidt en 'nee' niet wordt gerespecteerd*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Harter, S. (2008). The developing self. In: W. Damon & R.M. Lerner (Eds.). *Child and adolescent development: An advanced course*, pp. 216-262. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hartup, W.W. (2006). Relationships in early and middle childhood. In: A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.). *The Cambridge handbook of personal relationships*, pp. 177-190. New York: Cambridge University Press.
- Heijden, P.G.M. van der, Cruyff, M.J.L.F., & Gils, G.H.C. (2009). *Omvang van huiselijk geweld in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

REFERENTIES

- Huis, L.T. van, & Visser, H. (2001). Weer samenwonen na scheiding of verweiding. *Maandstatistiek van de Bevolking*, 49, 17-20.
- Jakobovits, A. A. (2001). Fetal penile erection. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 18, 405.
- Judicibus, M.A. de, & McCabe, M.P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39, p. 94-103.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Kerstens, J., & Graaf, H. de (2012). Jongeren en online seksuele activiteiten. In: J. Kerstens & W. Stol (red.). *Jeugd en cybersafety: Online slachtoffer- en ouderschap onder Nederlandse jongeren* (pp. 135-180). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers
- Kesteren, P.J. van, Gooren, L.J., & Megens, J.A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 589-600.
- Keuzenkamp, S. (Red.). (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon: Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Khan, S., Bhaskar, S., Lam, W. & Donat, R. (2012). Establishing a reference range for penile length in Caucasian British men: a prospective study of 609 men. *BJU International*, 109, 740-744.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., & Chalmers, B. (2012) Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*, 129, e1228-e1237.
- Klein, M. van der, Tan, S., De Groot, I., Duyvendak, J.W., & Witteveen, D. (2009). *Discriminatie is het woord niet: Lesbische vrouwen en homoseksuele mannen op de werkvloer*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Kleinplatz, P.J., Ménard, A.D., Paradis, N., Campbell, M., Dalglish, T., Segovia, A., & Davis, K. (2009). From closet to reality: optimal sexuality among the elderly. *Irish psychiatrist*, 15-18.
- Kluwer, E. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2, 105-125.
- KNMG (2010). *Niet-therapeutische circumcisie bij minderjarige jongens*.
- Knoth, R., Boyd, K., & Singer, B. (1988). Empirical tests of sexual selection theory: Predictions of sex differences in onset, intensity, and time course of sexual arousal. *Journal of Sex Research*, 24, 73-89.
- Kohnstamm, R. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie I: Het jonge kind*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

REFERENTIES

- Kuik, S. (2003). Leaving Childhood: Sexuality and How Children become Adolescents. *Netherlands' Journal of Social Sciences*, 39, 11-22.
- Kuyper, L. (2012). Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 129-135.
- Laan, E., & Lunsen, R.H.W. van (1997). Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18, 126-133.
- Lamers-Winkelmann, F., Slot, W., Bijl, B., & Vijlbrief, A. (2007). *Scholieren over mishandeling*. Amsterdam/Duivendrecht: VU/PI Research.
- Lankveld, J. van, Kuile, M. ter, & Leusink, P. (2010). *Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005) Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.
- Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., Kang, J., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E., Nicolosi, A., & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 145-61.
- Lawrence, A.A. (2008). Gender identity disorders in adults: Diagnosis and treatment. In: D.L. Rowland & L. Incrocci (Eds.). *Handbook of sexual and gender identity disorders* (pp. 423-456). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469-496.
- Lindau, S.T., Schumm, P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C.A., & Waite, L.J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 35, 762-774.
- Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A., & Ólafsson, K. (2011). *Risks and safety on the internet: The perspective of European children*. Londen: LSE.
- Livingston, J.A., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.
- 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, 643-646.
- Matthias, R.E., Lubben, J.E., Atchison, K.A., & Schweitzer, S.O. (1997). Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a

REFERENTIES

- community-dwelling Medicare population survey. *The Gerontologist*, 37, 6-14.
- Meerendonk, B. van de, Adriaensen, R., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Op weg naar een vrolijke herfst? Zorgbehoeften van en zorgverlening aan lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Meihuizen-de Regt, M.J., Wiegerink, D.J.H.G. & Doef, S. van der (2008). De psychoseksuele ontwikkeling verstoord. In: W.L. Gianotten, M.J. Meihuizen-de Regt & N. van Son-Schoones (Red.). *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking*, (pp. 154- 163). Assen: Van Gorcum.
- Merens, A., Brakel, M. van den, Hartgers, M., & Hermans, B. (2010). *Emancipatiemonitor 2010*. Den Haag: SCP/CBS.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2010). *An Attachment Perspective on Interpersonal and Intergroup Conflict*. Chapter presented on 13th Sydney Symposium of Social Psychology, Sydney.
- Moors, J.P.C. (2000). Seks tijdens zwangerschap en periode post partum. Een literatuuronderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 43, 213-218.
- Morales, A. & Lunenfeld, B. (2002). Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official Recommendations of ISSAM. *The Aging Male*, 5, 74-86.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Brock, G., King, R., & Gingell, C. (2006) Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 331-342.
- Noordam, C., Rotteveel, J., & Schroor, E. J. (Red.) (2010). *Werkboek kinderendocrinologie*. Amsterdam, VU uitgeverij.
- Oostrom, S. H. van, Picavet, H.S.J., Gelder, B. M. van, Lemmens, L.C., Hoeymans, N., Verheij, R.A., Schellevis, F.G., & Baan, C.A. (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking - gegevens van huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, 1-7.
- O'Sullivan, L.F., Mantsun, M., Harris, K.M., & Brooks-Gunn, J. (2007). I wanna hold your hand: The progression of social, romantic and sexual events in adolescent relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39, 100-107
- Peter, J., & Valkenburg, P. (2008). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration: Is there a link? *Communication Research*, 35, 579-601.

REFERENTIES

- Peter, J., & Valkenburg, P. (2009a). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material and sexual satisfaction: A longitudinal study. *Human Communication Research*, 35, 171-194.
- Peter, J., & Valkenburg, P. (2009b). Adolescents' exposure to sexually explicit internet material and notions of women as sex objects: Assessing causality and underlying processes. *Journal of Communication*, 59, 407-433.
- Petersen, M. (2007). Menopause and sexuality. In: A. Fuglsang-Owens & M.S. Tepper (Eds.). *Sexual Health, volume 2, physical foundations* (pp. 197-222). Westport/London: Praeger.
- Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ*, 329, 559-561.
- Roos, M.H., & Graaf, H. de (in voorbereiding). *Seksueel getint gedrag van twee tot twaalfjarigen: Waarnemingen van ouders*.
- Rowland, D.L., & Incrocci, L. (2008). *Handbook of sexual and gender identity disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender Development. In: N. Eisenberg, W. Damon, & R.M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development (6th ed.)* pp. 858-932. Hoboken, US: John Wiley & Sons Inc.
- Sassler, S. (2010). Partnering across the life course: Sex, relationships, and mate selection. *Journal of Marriage and Family*, 72, 557 - 575
- Sighem, A. van, & Wolf, F. de (2009). Oud worden met hiv: de groep geïnfecteerde patiënten nu en in de toekomst. In: C. Smit, K. Brinkman, K. Rümke & A. de Knecht-van Eekelen (Red.). *Oud worden met hiv*, pp. 14-22. Amsterdam: Aids Fonds.
- Steenhof, L., & Jong, A. de (2000). Afstel door uitstel: (kinder)loos alarm? *Maandstatistiek van de bevolking*, 48, 9-22.
- Steensma, T.D., Biemond, R., De Boer, F., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 499-516.
- Stoekart, R., Swaab, D., Gijs, L., Ronde, P. de, & Slob, K. (2009). Biologie van de seksualiteit; endocrinologische, anatomische en fysiologische aspecten. In: L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (Red.) *Seksuologie (2e editie)* (pp. 73-126). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sydow, K. von, Ullmeyer, M., & Happ, N. (2001). Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the sexual preferences questionnaire. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22, 29-40.

REFERENTIES

- Talma, H., Schönbeck, Y., Dommelen, P. van, Bakker, B., Buuren, S. van, & Hirasings, R. (2013). Trends in Menarcheal Age between 1955 and 2009 in the Netherlands. *PLoS ONE*, 8, e60056.
- Talma, H., Schönbeck, Y., Dommelen, P. van, Bakker, B., & Hirasings, R. (2010). *Groeidiagrammen 2010*. Delft: TNO.
- Tilburg, T.G. van (2005). *Gesloten uitbreiding: Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Tracy, J.L., Shaver, P.R., Albino, A.W., & Cooper, M.L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. In: Florsheim, P. (Ed.). *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research and practical implications* (pp. 137-157). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Trimbos-instituut (2005). *Factsheet: 'Uitgaan en drugs. Preventie van riskant alcohol- en drugsgebruik in het uitgaanscircuit - de feiten -'*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vanwesenbeeck, I. (1997). Female sexual power and control: From problem to promise. In A. van Lenning, M. Bekker, & I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Feminist utopias in a postmodern era* (pp. 161-175). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Velde, E.R. te, Habbema, J.D.F., Hilders, C.G.J.M., & Merkus, J.M.W.M. (2007). *Gevolgen van uitstel van zwangerschap*. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 151, p. 1593-1596.
- Verschuren, J.E., Enzlin, P., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47, 153-70.
- Versmissen, D. (2011). *Zzip. Onderzoek naar de levenskwaliteit van Vlaamse holebi's*. Gent/ Hasselt: Steunpunt Gelijkekansenbeleid / Consortium Universiteit Antwerpen en Universiteit Hasselt.
- Vriend, H.J., Koedijk, F.D.H., Broek, I.V.F. van den, Veen, M.G. van, Coul, E.L.M. op de, Sighem, A.I. van, Verheij, R.A., & Sande, M.A.B. van der (2011). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2010*. Bilthoven: RIVM.
- Walle, R. van de, Picavet, C., Berlo, W. van, & Verhoeff, A. (2012). Young Dutch people's experiences of trading sex: A qualitative study. *Journal of Sex Research*, 49, 547-557
- Warmerdam, H., & Gort, A. (1996). *Meer dan gewent: handboek voor lesbische en homoseksuele ouders*. Amsterdam: Schorer boeken.
- Westenberg, P.M. (2008). *De jeugd van tegenwoordig*. Diesoratie uitgesproken op vrijdag 8 februari 2008 in de Pieterskerk te Leiden.
- Whisman, M.A., Gordon, K.C., & Chatav, Y. (2007). Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *Journal of Family Psychology*, 21, 320-324

REFERENTIES

- Wobma, E., & Graaf, A. de (2009). Scheiden en weer samenwonen. *Bevolkingstrends, 4e kwartaal 2009*, 14-21.
- Woertman, E.M. (2009). *Moeders mooiste. De schone schijn van het uiterlijk*. Amsterdam: Pearson.
- Woertman, L., & Brink, F. van den (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research, 49*, 184-211.
- WPATH (2011). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*. Gevonden op http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care_FullBook_1g-1.pdf
- Zessen, G. van (2009). *Seksverslaving. Begrijpen en veranderen*. Amsterdam: SWP.
- Zwiep, C.S. (2008). *De seksuele opvoeding van jonge kinderen. Ervaringen van moeders en leidsters*. Amsterdam: Kind&Zo.

BIJLAGE 1

Ziektebeelden	Medicatie
Cerebrovasculair accident (CVA)	Antihypertensiva
Traumatisch hersenletsel	Antidepressiva
Cerebrale parese	Lithium
Dwarslaesie	Anti-epileptica
Spina bifida	Benzodiazepines
Spierziekten	Antipsychotica
Neurodegeneratieve aandoeningen en ataxieën	Cholesterolverlagers
Multiple sclerose	Digoxine
Amputatie	Hormonen
Chronische pijn	Maagzuurremmers
Reumatoïde artritis	Prostaatmiddelen
Brandwonden	Proteaseremmers
Hart- en vaatziekten	Spierontspanners
Longziekten	Corticosteroiden
(bijvoorbeeld COPD, astma of cystic fibrosis)	Immunosuppressiva
Aandoeningen van nieren en urinewegen	Cytostatica
(bijvoorbeeld nierfalen)	
Darmziekten	
(bijvoorbeeld ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)	
Huidaandoeningen	
Kanker	
Diabetes Mellitus	
Epilepsie	
Ziekte van Parkinson	
Seksueel overdraagbare aandoeningen en Hiv/Aids	
Zenuwschade door gynaecologische operaties	
Depressiviteit	
Blind- en slechtziendheid	
Doofheid	

Uit: Gianotten, Meihuizen-de Regt & Van Son-Schoones, 2008

