

## **De seksuele gezondheid van de jeugd vanuit een andragologische bril:**

door Ineke van der Vlugt, programma coördinator bij de Rutgers Nisso Groep, kenniscentrum seksualiteit.

### **Samenvatting:**

Vanuit een historisch sociaal maatschappelijk perspectief laat ik zien welke verschuivingen zich voorgedaan hebben in de betekenisgeving en problematisering van seksualiteit van jeugdigen en hoe dit het politieke beleid vanaf de jaren '70 heeft bepaald. Sinds enkele jaren staat de seksuele gezondheid van de jeugd weer op de politieke agenda (onderzoek Seks onder je 25<sup>ste</sup> als motor voor politieke agendering). Het is opvallend dat met name seksueel riskant gedrag (duidelijk gezondheidscomponent) met accent op soa/hiv/aids, tienerzwangerschap en seksuele grensoverschrijding wordt geproblematiseerd en aangepakt. Oplossingsrichtingen worden vooral gezocht in de ontwikkeling van generieke, thematische of doelgroepspecifieke (bij voorkeur evidence based) interventies.

Kwetsbare en moeilijk te bereiken c.q. te beïnvloeden groepen worden vaak uitgesloten van evidence based programma's. Met name jongeren uit laagste inkomensgroepen blijken te weinig te profiteren van gezondheidsbevorderende programma's. Een kloof tussen hoog (veelal witte vrouwelijke) geprofessionaliseerde interventieontwikkelaars en onderzoekers ten opzichte van laag opgeleide profijtgroepen is hier mogelijk mede debet aan. Bovendien verhoogt de hoge druk op aantoonbaar effect van interventies het risico op uitsluiting van moeilijk te beïnvloeden c.q. kwetsbare groepen jongeren.

De profijtgroep zelf geeft vooral de voorkeur aan ondersteuning bij een positieve en vrije seksualiteitsbeleving (in opvoeding, media en peers en vrije tijd). Niet elke jongere heeft bij voorbaat toegang tot seksualiteit, of geniet voldoende seksuele bewegingsvrijheid (beperkt of onderdrukt handelingsperspectief). De wortels van de seksuele problematiek liggen soms meer op het terrein van gelijke seksuele rechten en acceptatie van seksualiteit. Hiervoor zijn sociale actiemodellen (seksuele empowerment van gemeenschappen) wellicht relevanter dan psychologische hulpmodellen voor gedragsbeïnvloeding.

### **Betekenisgeving en problematisering seksualiteit jeugd voor en na '70**

In de jaren '50 en '60 stond seksualiteit nog in het teken van voortplanting en kuisheid van de jeugd. Het huwelijk vormde de toegangspoort tot seksualiteit en gezinsvorming. Vanaf de jaren '60 treden er een aantal grote maatschappelijke verschuivingen op. Door de liberalisering, feminisering en emancipatie verschuift het accent van het collectieve en repressieve beleid naar meer individuele keuzevrijheid.

### **Sociaal maatschappelijke verschuivingen:**

Met de komst van de anticonceptiepil (vanaf 1961), abortuswetgeving, toegankelijkheid en betaalbaarheid van anticonceptie (in ziekenfonds) krijgt reproductieve gezondheid meer aandacht en wordt voortplanting en seksualiteit meer losgekoppeld. Vanaf de jaren '70 neemt de invloed van gevestigde instituties als gezin en kerk af en neemt de invloed van de media en leeftijdgenoten op gedrag van jeugdigen toe. Seksualiteit van jeugdigen zou niet meer beteugeld hoeven worden via beheersing of onderdrukking van driften (in de jaren '60 vaak nog aparte meisjes- en jongensscholen). Seksualiteit wordt meer en meer gezien als onderdeel van het menselijk bestaan en als ontwikkelingscompetentie van de lichamelijke, cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van jeugdigen (Ravesloot, 1997). In de jaren '80 en '90 neemt seksualisering van de jeugdfase een belangrijke plaats in. Seksualiteit wordt een onderdeel van de seksuele identiteit van jeugdigen (erotisering van seks en seksualisering van de liefde) en seksuele activiteit van jongeren wordt meer en meer geaccepteerd.

### **Seksueel gedrag en seksuele gezondheid jeugdigen:**

Vanaf de jaren '90 neemt de wetenschappelijke belangstelling voor de seksuele gezondheid en gedrag van jeugdigen toe. Dit uit zich in epidemiologisch onderzoek onder jeugdigen. Het laatste onderzoek dateert van 2005 waar meer dan 4800 scholieren van 12- 24 jaar zijn bevraagd over hun seksuele gezondheid (De Graaf et al, 2005.). Binnen de andragologie was er tijdens mijn studie weinig aandacht voor empirisch of epidemiologisch onderzoek terwijl zij ook de basis kan vormen voor sociale actie of maatschappelijke verandering. Ik laat een aantal uitkomsten uit het onderzoek de revue passeren die vanuit andragologisch perspectief interessant zijn. De meeste onderzoeksdata zijn te koppelen aan factoren als leeftijd, sekse, cultuur en religie maar deze worden niet altijd multidimensionaal met elkaar verbonden (zgn. kruispuntdenken) (Mens-Verhulst, 2003).

Een thema uit het onderzoek is bijvoorbeeld de eerste seksuele ervaring. Wat is het probleem als 7% van de jeugdigen op 12- 13 jarige leeftijd haar eerste seksuele ervaring opdoet? Is hierbij de leeftijd relevant, de kleine groep die op latere leeftijd nog steeds geen seksuele ervaring heeft, de verschillen tussen de seksen in seksuele ervaring of de aard van de relatie waarbinnen seks (al of niet) vrijwillig plaatsvindt. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat 47% van de meisjes seks heeft met een ander die ouder is terwijl dit slechts voor 16 % van de jongens geldt! Interessant is vooral vanuit hermeneutisch oogpunt hoe jongeren de eerste keer seks hebben beleefd en of ze zelf voor dat moment hebben gekozen. Hierin zijn grote verschillen te zien tussen jongens en meisjes. Kijken we op het niveau van culturele achtergrond, dan blijkt bijvoorbeeld dat Turkse en Marokkaanse meisjes beduidend minder seksuele ervaring hebben dan jongens en Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse meisjes. Een ander opvallend sekseverschil is de ervaring met seksuele dwang en masturbatie. 17% Van de meisjes heeft wel eens ervaring met seksuele dwang tegenover 4% van de jongens. Voor jongens is het mogelijk lastiger zich als slachtoffer te affichereren. Jongens hebben binnen alle leeftijdsgroepen meer ervaring met masturbatie dan meisjes (Turkse en Marokkaanse meisjes hebben hiermee de minste ervaring). Hebben jongens nu meer behoefte aan seksuele bevrediging, worden zij hiertoe meer gestimuleerd of wordt het meer geaccepteerd dan bij meisjes?

De vraag is wat jongeren zelf als het grootste probleem op seksueel gebied ervaren. Opvallend is dat veel meisjes wel eens pijn of regelmatig pijn ervaren bij het seksuele contact, geen orgasme krijgen of gebrek aan opwindning ervaren, terwijl een groot deel van de meisjes zegt tevreden te zijn over het seksuele leven. Jongens noemen bijvoorbeeld te snel klaarkomen. De vraag is of beide seksen evenveel genieten van het seksuele contact (gelijkheidsideaal) en wie hierin vooral de regie heeft? Jongeren geven aan dat ze graag ondersteund willen worden bij een positieve en vrije seksualiteitsbeleving. Niet iedere jongere heeft toegang tot seksualiteit of geniet voldoende seksuele bewegingsvrijheid.

Er ontbreekt nog belangrijke wetenschappelijke kennis over de context en invloedsferen waarbinnen seksuele contacten en relaties tot stand komen en kennis over de betekenis die jongeren zelf aan seksualiteit en relaties geven. Daarnaast weten we nog onvoldoende wat schadelijk is voor de seksuele ontwikkeling van kinderen, wat normaal en wat afwijkend gedrag is. Ook de vraag of jongeren dezelfde seksuele vrijheden genieten en in gelijke mate profiteren van de seksuele emancipatie is nog onvoldoende beantwoord.

### **Seksualiteit vanuit een gezondheidsperspectief:**

Het afgelopen jaar is jeugd en seksualiteit regelmatig een hot issue geweest. De samenleving zou zich zorgen maken over de seksuele verloedering van de jeugd waarin anale seks, groepsverkrachtingen, ruilseks, seks om de seks, aan de orde van de dag zijn. Seksualiteit van de jeugd wordt vooral vanuit een gezondheidsperspectief belicht of vanuit een moreel ethisch

perspectief. Het rechtenperspectief (gelijke seksuele rechten) krijgt in Nederland nog onvoldoende voeten aan de grond.

### **Oplossingsrichtingen:**

Het overheidsbeleid is gericht op een universele aanpak van seksueel ongezond gedrag bij jongeren waarin preventie van soa/hiv, tienerzwangerschap en seksuele dwang centraal staan en een doelgroepspecifieke aanpak gericht op allochtone en laag opgeleide jongeren. Prettige, gelijkwaardige en gewenste seksuele contacten alsook gelijke seksuele rechten zijn hierin nog nauwelijks gewenste uitkomstmaten. Gekozen oplossingsrichtingen van de overheid zijn vooral de ontwikkeling, evaluatie en inbedding van effectieve gezondheidsbevorderende interventies in onderwijs naast publiekscampagnes (behalve de vrij veilig campagne is er nu ook een campagne in ontwikkeling rondom seksuele weerbaarheid).

### **Effectieve interventies:**

Tijdens mijn studie andragologie is het denken over de bevordering van handelingscompetenties en verbreding handelingsalternatieven vaak onderwerp van studie geweest. Deze beoogde veranderingsdoelstellingen werden zelden gekoppeld aan methoden van effectonderzoek of kosten-batenanalyses. Het staat buiten kijf dat het wenselijk is te weten dat wat we doen er ook daadwerkelijk toe doet. Tegelijkertijd zijn er ook een aantal haken en ogen aan het dominante “evidence based” discours. Als we kijken naar het terrein van seksuele gezondheidsbevordering zijn er nauwelijks interventies onderzocht op effectiviteit of de studies beperken zich tot korte termijn effecten waarin vooral kennis, intentie- of attitudeverandering (en dus niet het seksuele gedrag) wordt gemeten. Veelal betreft het gestandaardiseerde interventies waarin te weinig rekening wordt gehouden met diversiteit en de dynamiek van relaties.

Effectstudies worden soms uitgevoerd onder groepen waar makkelijk zichtbare resultaten bereikt kunnen worden, negatieve uitkomsten blijven buiten het gezichtsveld. Daarnaast garandeert ‘in theorie effectief’ nog niet dat interventies ook daadwerkelijk gebruikt worden in de praktijk zoals ze zijn bedoeld.

### **Evaluatie gekozen oplossingsrichtingen:**

Het is opmerkelijk dan ondanks een jarenlange investering in seksuele gezondheidsbevordering de allochtone en laagopgeleide groepen hiervan het minst profiteren. Belemmeringen bij een doelgroepgerichte benadering liggen vooral op terrein van problematisering, marginalisering of stigmatisering. Op seksualiteit of seksuele gezondheidsthema's is er onder allochtonen vaak geen gedeeld probleemeigenaarschap (denk aan homoseksualiteit, seks voor het huwelijk, maagdelijkheid). De professionalisering van de ontwikkelaars en onderzoekers heeft zorg gedragen voor een grotere kloof met de profijtgroep die veelal laag opgeleid is en geen stem of invloed heeft (in –en uitsluitingmechanismen, Elias). Marginalisering van groepen draagt ook bij aan sekserolstress (Vennix, Vanwesenbeeck, 2005).

De interventies voor jongeren richten zich bij meisjes vooral op preventie seksuele dwang en vergroten seksuele weerbaarheid waarbij jongens als de pleger of dader neergezet worden. Jongens worden nog nauwelijks bereikt of gedrag wordt teveel geïdealiseerd. Voor jongens zelf is de winst van seksuele gezondheidsbevordering of gelijke seksuele rechten niet bij voorbaat duidelijk.

### **Tot slot:**

Seksuele gezondheidsbevordering is wenselijk maar dan vanuit een meer dimensionale en interdisciplinaire insteek.

- Op het individuele niveau: oog krijgen voor de persoonlijke en relationele aspecten van seksualiteit waarin verbinding en intimiteit naast autonomie en lust een plek krijgen en persoonlijke waarden en normen zich verder kunnen ontwikkelen.
- Op meso-niveau van organisaties: meer oog voor de participatie van de profijtgroepen zelf, verandering gericht op communities op wijkniveau of gezin- of familiesystemen.
- Op sociaal, cultureel, historisch en maatschappelijk niveau: meer oog voor de context waarbinnen seksuele en relationele gedrag en betekenisgeving tot stand komt en verandering mogelijk is. Zo zouden traditionele opvoedingsculturen (streng christelijk of islamitisch georiënteerd) kunnen leren van de emancipatiebewegingen in de jaren '80 waarin gelijke seksuele rechten en acceptatie van seksualiteit meer centraal stonden.

- Graaf, H. de, et al, Seks onder je 25<sup>ste</sup>; de seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005, Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland, Eburon Delft

- Mens-Verhulst, J., (2003). Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving. Over denkkader, handelingsprincipe en competentie. Sociale interventie 12 (1), 25 – 34

- Ravesloot, J., (1997). Seksualiteit in de jeugdfase vroeger en nu; ouders en jongeren aan het woord, Het Spinhuis, Amsterdam

- Vennix, P., Vanwesenbeeck, I. van (2005). Seksualiteit en relaties van Turkse en Marokkaanse Nederlanders, Rutgers Nisso Groep, Eburon Delft