# Seksualiteit na zedendelict bij LVB

In de forensische zorg krijgt emotionele ontwikkeling steeds meer aandacht, maar seksuele ontwikkeling blijft onderbelicht. Voor een effectieve behandeling is het essentieel de achterstand in zowel emotionele als seksuele ontwikkeling bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die zedendelicten hebben gepleegd, te begrijpen. Verpleegkundige diagnostiek, met aandacht voor kwaliteit van leven, waar seksuele gezondheid deel van uitmaakt, kan het biopsychosociale model in de forensische zorg verbeteren.

**SIGNE VONCK,** verpleegkundig specialist GGZ, Fivoor Dordrecht
**WELMOED VISSER-KOREVAAR,** NVO-orthopedagoog en seksuoloog NVVS, Orthopedagogisch adviesbureau Welmoed



**LEERDOELEN**
**Na het lezen van dit artikel:**
- **weet u dat het van belang is te kijken naar de emotionele en seksuele ontwikkeling bij mensen met een licht verstandelijke beperking die een zedendelict hebben gepleegd;**
- **kent u belangrijke definities in de seksuologie;**
- **weet u welke instrumenten u kunt gebruiken om de emotionele en seksuele ontwikkeling in kaart te brengen;**
- **weet u in grote lijnen welke behandelmodellen kunnen worden ingezet bij mensen met een licht verstandelijke beperking die een zedendelict hebben gepleegd;**
- **kunt u als verpleegkundig specialist GGZ uw leiderschap inzetten om kennis en betrokkenheid met betrekking tot dit onderwerp te vergroten.**

**TREFWOORDEN**
**licht verstandelijke beperking (LVB), emotionele ontwikkeling, seksuele ontwikkeling, zedendelict, risicotaxatie, seksuele gezondheid, voorlichting, psycho-educatie**

1 STUDIEPUNT

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben behoefte aan seksualiteit. Zij hebben seksuele gevoelens en verlangens. Zij willen hierin gezien en gehoord worden. Op het gebied van seksualiteit kunnen zij vastlopen, wat hen kwetsbaar maakt voor zowel dader- als slachtofferschap.[1] Ongeveer 61% van de vrouwen en 23% van de mannen met een VB hebben zelf te maken gehad met seksueel geweld/en of misbruik.[2] Daarvan heeft zelfs 28% van de meisjes voor het 16e jaar seksueel misbruik meegemaakt. De prevalentiecijfers lopen uiteen, nationaal en internationaal. Duidelijk is wel dat mensen met een VB naar schatting vier tot tien keer zoveel risico lopen op seksueel misbruik als mensen zonder VB.[3]

Kenmerkend voor mensen met een LVB is dat zij het risico hebben op meerdere levensgebieden vast te lopen.[1] Overschatting van zichzelf en overschatting van de omgeving leiden tot faalervaringen, die bijdragen aan een lage zelfwaardering en daarmee de kans op seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) vergroten. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking (VB) vaker veroordeeld worden voor een seksueel delict, namelijk 21 tot 40%, vergeleken met mensen zonder een VB.[4] De emotionele ontwikkeling loopt niet altijd parallel met de cognitieve ontwikkeling.[5]

Seksualiteit gaat volgens de definitie van Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) niet alleen om seks. Volgens Leusink en Ramakers zijn er drie dimensies van seksualiteit:[6]
1. seksueel gedrag als zichtbare seksualiteit (uiting van psychologische en somatische processen);
2. seksuele relatie: wat zich afspeelt tussen twee mensen (zoals machtsverhouding, genderrol, verwachtingen en communicatie);
3. seksuele identiteit: de betekenis die seksueel gedrag en seksuele relatie krijgen tussen twee mensen (zelfbeeld, uniciteit, deelgenoot maken van een groep).

De meest invloedrijke, gangbare en allesomvattende verklaring is dat SGOG bij mensen met een VB veroorzaakt wordt door:[7,8]
- beperkte seksuele kennis;
- beperkte mogelijkheden;
- seksuele naïviteit;
- juist niet door afwijkende seksuele interesses.

Het bevorderen van seksuele gezondheid is noodzakelijk. Seksuele gezondheid, zoals vastgesteld door de WHO, omvat het welzijn met betrekking tot seksualiteit op:
- lichamelijk,
- emotioneel,
- mentaal,
- sociaal vlak.

Het behelst een positieve, respectvolle kijk op seksualiteit en relaties, waardoor individuen in staat zijn plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben.

### *Casus Jan*

Jan is een 47-jarige alleenstaande man die zelfstandig woont. Jan krijgt een Wajong-uitkering en heeft geen dagbesteding. Hij vindt het erg leuk in en om zijn woning bezig te zijn. Hij kan zich thuis goed redden, hij heeft inmiddels veel adaptieve vaardigheden aangeleerd. Jan is de jongste uit een gezin met vier kinderen. Hij is opgegroeid met een sterk katholieke geloofsovertuiging, maar is nu niet meer praktiserend. Thuis werd er nooit over seksualiteit gesproken. Zijn toezichthouder van de reclassering heeft Jan aangemeld bij het forensisch FACT-team. Jan is namelijk voor de eerste keer in aanraking gekomen met justitie, en wel voor een fors vergrijp: aanranding van een 16-jarig meisje. Jan is heel erg geschrokken van het delict en schaamt zich heel erg. Jan heeft een totaal IQ van 68, waardoor gesproken kan worden van een licht verstandelijke beperking (LVB). Jan is seksueel onervaren en vindt het praten over seks erg spannend. Hij gaat giechelen wanneer er over seks gesproken wordt en weet zich geen houding te geven.
Verpleegkundig diagnostisch kan er gedacht worden aan een:
- ineffectief seksueel patroon;
- chronisch geringe zelfachting;
- ineffectieve coping;
- een risico op eenzaamheid.

## EMOTIONELE EN SEKSUELE ONTWIKKELING

Emotionele ontwikkeling en seksuele ontwikkeling zijn domeinen van de normale ontwikkeling die samengaan en bijdragen aan de vorming van de totale persoonlijkheid. Seksuele gedragingen en gevoelens zijn niet gebonden aan specifieke ontwikkelingsniveaus en worden door iedereen ervaren, ongeacht eventuele beperkingen.[9] Een achterstand in emotionele ontwikkeling kan dus invloed hebben op hoe seksuele gevoelens en gedragingen worden beleefd. Hoewel mensen met een VB fysiek volwassen kunnen zijn, hebben ze mogelijk niet de benodigde kennis, sociale en emotionele vaardigheden om op een verantwoorde manier met hun seksualiteit om te gaan.

De emotionele ontwikkeling kan in kaart worden gebracht door middel van het instrument Schaal Emotionele Ontwikkeling (SEO). In 2021 is hierover een artikel verschenen in de *Nurse Academy GGZ*.[5] De SEO-R2, een veelgebruikt instrument, geeft een goed beeld van het emotionele ontwikkelingsniveau van de patiënt. De seksuele ontwikkeling van mensen met een LVB kan anders verlopen dan bij mensen zonder LVB.[6] Bijvoorbeeld door:
- cognitieve problemen;
- algemene lichamelijke en endocrinologische problemen als gevolg van een syndroom;
- bijkomende problematiek zoals hechtingsproblemen;
- een autismespectrumstoornis (ASS).

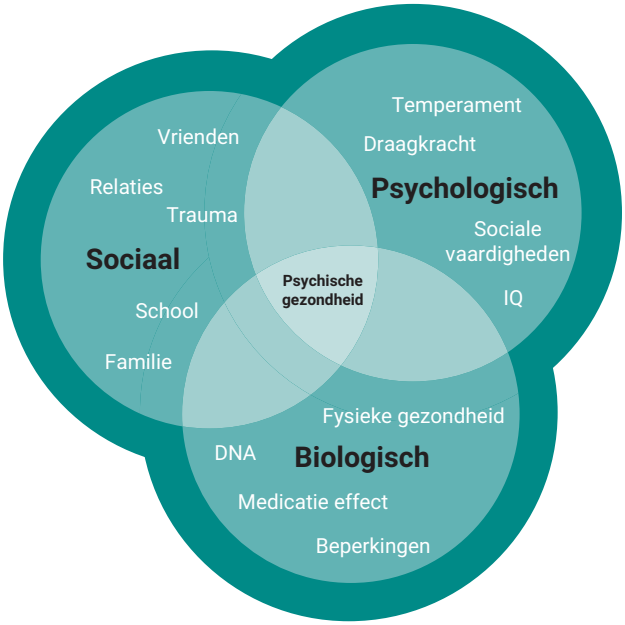
Wat ook bijdraagt aan een andere seksuele ontwikkeling, zijn:
- het ontbreken van een geslacht dat overeenkomt met de genderidentiteit;
- het ontbreken van experimenteerruimte;
- het niet-weten;
- gemis aan empathisch vermogen/mentaliseren.

Onvoldoende inzicht in de seksuele ontwikkeling kan leiden tot de stempel ‘afwijkend’ of ‘deviant gedrag’, terwijl gedragingen of gevoelens eigenlijk passend zijn in een bepaalde levensfase (bijv. kinderen die ‘doktertje’ spelen).[10] Afwijkend gedrag kan een gevolg zijn van een ‘incomplete’ seksuele ontwikkeling. Ervaringen uit de kindertijd spelen hierbij een rol, maar ook maatschappelijke en familienormen.[11]
Biologische aanleg speelt zeker ook mee, zo ook sociaal-culturele factoren, ook wel de biopsychosociale factoren genoemd.[12]

Hoewel het juridisch gezien afwijkend en grensoverschrijdend gedrag is, kan dit gedrag in het licht van een achterstand in de emotionele en seksuele ontwikkeling anders bekeken worden. Uiteraard is hier de nodige voorzichtigheid geboden en dient zeker ook in acht genomen te worden dat het voor de desbetreffende slachtoffer(s) schadelijk kan zijn.

## HOLISTISCHE BENADERING

Craig en Rettenberger geven aan dat het streven naar een holistische en etiologische benadering, waarbij aandacht is voor de achterstand in de ontwikkeling, het




*Figuur 1* *Biopsychosociaal model.*

streven zou moeten zijn bij mensen die een zedendelict hebben gepleegd.[13] Deze mensen moeten op maat worden beoordeeld, ondersteund en behandeld.

De verklaring van SGOG wordt beschreven aan de hand van het biopsychosociaal model.[14] Het model kijkt naar de samenhang tussen biologie, psychologie en sociale en omgevingsfactoren en is daarmee holistisch te noemen. Vanuit dit model kan de koppeling gemaakt worden naar de discrepanties in de emotionele en seksuele ontwikkeling.[15-17]

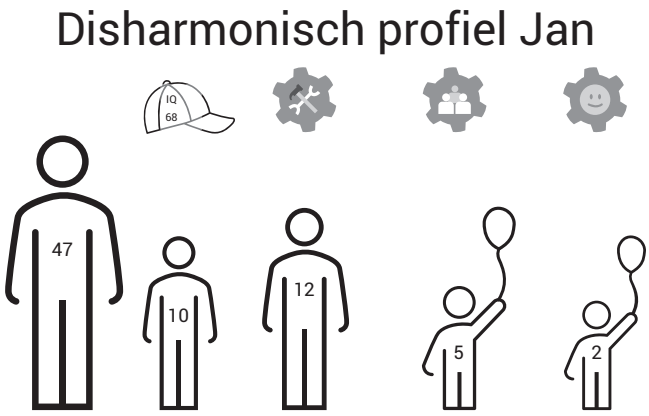
## *Casus Jan (vervolg)*

Jan vindt het erg moeilijk om over seks te praten, hij wordt al zenuwachtig bij de gedachte dát hij over seks moet praten. Daarom hebben zijn regiebehandelaar/verpleegkundig specialist (VS-)GGZ en casemanager eerst vooral ingezet op contactopbouw. Samen met de moeder van Jan is een SEO-R2 afgenomen. Hieruit komt naar voren dat Jan kenmerken vertoont van de derde fase, dit is de eerste individuatiefase, met een leeftijdsequivalent van 1.5 tot 3 jaar. In fase 3 staat het vergroten van autonomie, binnen duidelijke grenzen en structuur, centraal. Dit houdt in dat Jan eigenlijk het liefst zoveel mogelijk zelf wil doen, maar niet altijd alles goed kan overzien. Het lukt Jan steeds beter om over seksualiteit te praten. Hij heeft nog nooit een seksuele relatie gehad, maar kijkt wel veel naar pornografisch materiaal. Omdat Jan een zedendelict heeft begaan, wordt er een risicotaxatie afgenomen in de vorm van Static-99R, Stable-2007 en Acute-2007 (SSA).[18-20] Hieruit komt een laag tot matig risico naar voren. Een risicofactor is eenzaamheid, dit herkent Jan wel. Hij voelt zich vaak alleen en afgewezen door de maatschappij. Door het delict wil niemand uit de buurt meer contact met hem, ook zijn zus niet meer. Daarom wordt een vrijwilliger van COSA (zie kader) aangevraagd. Dit sluit tevens aan bij de verpleegkundige diagnose om de eenzaamheid terug te dringen. Een andere risicofactor is seks als coping. Als Jan niet goed in zijn vel zit of zich verveelt, gaat hij pornografisch materiaal kijken. Dit lijkt een patroon geworden, waaraan ook een gebrek aan zelfwaardering ten grondslag ligt. Dit verdient aandacht in zijn behandeling.

Er is geen vragenlijst om de seksuele ontwikkeling in kaart te brengen. De levensloop wordt erbij gepakt en er wordt gekeken welk gedrag van Jan het best past bij welke fasen in zijn ontwikkeling.

Jan is 47 jaar, wat betekent dat hij alle secundaire geslachtskenmerken heeft van een man van 47.
Hij is gezond en heeft geen seksuele disfuncties.
De LVB betekent voor Jan dat hij een cognitieve ontwikkelingsleeftijd heeft van ongeveer 10 jaar. Dat betekent bijvoorbeeld dat hij wel veel terminologie kent op het gebied van seksualiteit, maar niet kan uitleggen wat het precies betekent.
Om dit disharmonisch profiel uit te leggen aan Jan is een afbeelding gemaakt, zie figuur 2. Jan heeft veel schuttingtaal tot zijn beschikking, aangewakkerd door het kijken naar porno, maar kent geen betekenissen, behalve van de dingen die hij aan den lijve heeft meegemaakt. Ook kopieert en imiteert Jan veel gedrag van porno. Hij kan echter moeilijk het onderscheid maken tussen wat echt is en wat fantasie is.
Ook kent hij het verschil tussen lust en liefde niet. De LVB leidt er ook toe dat hij oorzaak en gevolg niet goed kan overzien. Dat geeft problemen in de sociale ontwikkeling, waarbij Jan kenmerken vertoont van een kind tussen de 3 en 7 jaar. Er is namelijk wel sprake van verliefd zijn, een speciale vriendschap die ontstaat is kenmerkend. Het onderscheid wordt nog niet volledig gemaakt tussen verliefdheid en vriendschap. Het is de vraag of Jan dit onderscheid goed kan maken. Hij wil graag een vriendinnetje, omdat hij nog nooit een vriendin gehad heeft. Hij vindt dat ook wel heel erg spannend want hij heeft nog nooit seks gehad. Daar-

**COSA**
COSA staat voor Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid.[22] Dit is een begeleidingstraject dat wordt ingezet bij zedendaders die onder toezicht staan van de reclassering. Vrijwilligers vormen samen met professionals een netwerk rond een zedendader, de COSA-cirkel. De vrijwilligers voeren gesprekken en ondernemen sociale activiteiten met de zedendader.




***Figuur 2*** *Disharmonisch profiel Jan.*
*In de pet wordt het IQ, namelijk cognitieve ontwikkeling vermeld. Naast de pet de adaptieve vaardigheden, daarnaast sociale omgang en de laatste is de emotionele ontwikkeling. Gebaseerd op de toelichting disharmonisch profiel van 's Heeren Loo.*[21]

naast heeft Jan stereotiepe ideeën over sekserollen en liefde. Dit past ook bij de kleutertijd van de seksuele ontwikkeling.
De emotionele ontwikkeling heeft voor het gedrag van Jan tot gevolg dat hij dingen in het geheim doet, ook het experimenteren. Hij wil geen pottenkijkers en zelf bepalen hoe hij het doet. Hij is geïnteresseerd in het andere geslacht, in het lichaam van een meisje/vrouw, maar is in de seksualiteit vooral gericht op het vervullen van zijn eigen behoeften.

## HET BEVORDEREN VAN SEKSUELE GEZONDHEID

Ten Hag pleit ervoor om niet veroordelend te kijken, maar juist rekening te houden met de emotionele en seksuele ontwikkeling van de patiënt, ten einde de seksuele gezondheid te bevorderen.[23] Dit helpt SGOG terug te dringen.[24] Bovendien draagt gezond seksueel gedrag bij aan kwaliteit van leven.[9] Door aandacht te hebben voor seksuele gezondheid wordt de eigen regie vergroot en verstevigd, er wordt empowerment gecreëerd.

Het in gesprek gaan over seksualiteit heeft enerzijds een preventieve functie voor de persoon met een LVB. Aandacht voor en ondersteuning van de seksuele ontwikkeling en gezondheid door professionals bij mensen met een LVB is namelijk nodig om het seksueel welbevinden te vergroten.[25] Anderzijds kan het gesprek over seksualiteit het SGOG verminderen. Negatieve ervaringen of risicofactoren kunnen besproken worden met de cliënt, waardoor er ook betere signalering tot stand komt en daardoor adequate zorg verleend kan worden.[25] Het gesprek over seksualiteit geeft de patiënt ook letterlijk de woorden om de kennis en ervaring onder woorden te brengen. Vaak ontbreekt het patiënten aan de woorden om aan te geven wat ze weten, wat hen is overkomen, om hulp te vragen of om verzet te plegen bij SGOG. Er zijn echter aanwijzingen dat behandelaren in de forensische zorg weinig aandacht besteden aan seksuele gezondheid.[25,26] Een tekort aan kennis en vaardigheden wordt bij behandelaren geconstateerd, specifiek met betrekking tot het nemen van besluiten over interventies voor het verbeteren van de seksuele gezondheid.[27]
Terwijl mensen met een LVB juist behoefte hebben aan:[28,29]

- seksuele voorlichting;
- psycho-educatie;
- het bijbrengen van relevante vaardigheden.

Ook mensen met een LVB hebben behoefte aan seksualiteit, relaties en seksueel actief willen zijn.[30-32] Suanamäki en Engström stellen dat verpleegkundigen een sleutelrol spelen in het opsporen van hiaten in de seksuele gezondheid.[33] Het is cruciaal dat verpleegkundigen, voor een gezonde seksuele ontwikkeling, seksualiteit positief benaderen, met focus op plezier en wederzijds toestemming, niet alleen op risico's.[34]

### ROL VAN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ

In het klinisch redeneerproces is het de taak van de VS-GGZ oog te hebben voor de etiologie, onder andere de emotionele en seksuele ontwikkeling. Maar ook voor de verpleegkundige diagnostiek, zorgresultaten en interventies. Dit vraagt om een holistische benadering vanuit het biopsychosociaal model. Hierbij kan de VS-GGZ namelijk vanuit alle facetten naar het menselijk functioneren kijken en is er oog voor de mens achter het delict.
In het beroepsprofiel van de VS-GGZ staat de focus op gezondheid centraal, wat aansluit bij de CanMEDS-competentie 'gezondheidsbevordering'.[37] Van focus op ziekte naar focus op gezondheid staat niet voor niets in het beroepsprofiel van de VS-GGZ. Vanuit de verpleegkundige diagnostiek gericht op het seksueel functioneren in relatie tot de emotionele ontwikkeling kan onder andere seksuele gezondheid bevorderd worden.
Een verpleegkundige interventie zoals 'Seksuele counseling' uit de NIC sluit hierbij aan.[38] De VS-GGZ speelt dus een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling van mensen met een LVB die een zedendelict hebben gepleegd.
Tot slot kan de VS-GGZ ook voor de beeldvorming van deze doelgroep veel betekenen.
Let op: de VS-GGZ dient geschoold te zijn in het afnemen van de zeden risicotaxatie (SSA) en SEO-R2.

### *Casus Jan (vervolg)*

In de behandeling wordt niet alleen ingezet op de risicofactoren, zoals eenzaamheid, gebrek aan zelfwaardering en seks als coping. Het effect van een risicofactor kan worden verminderd door de aanwezige beschermende factoren. Daarom wordt ook samen met Jan gepraat over zijn seksualiteit. De inhoud en de bejegening van Jan tijdens de seksuele voorlichting van de VS-GGZ sluiten aan bij zijn emotionele ontwikkelingsniveau. Jan krijgt een kader aangereikt waarbinnen veilig, prettig en gewenst gedrag plaatsvindt. Hij leert het onderscheid maken tussen normaal en abnormaal seksueel gedrag. De methode 'ik en de ander' van 's Heerenloo is een handig hulpmiddel om hierbij te gebruiken.[35]
Er wordt ook gebruikgemaakt van de filmpjes en werkbladen van Lief, lijf, leven, die aansluiten bij zijn LVB. Jan heeft nooit seksuele voorlichting gehad, het helpt hem om daarover in gesprek te gaan. Hij krijgt woorden die passen in de verschillende situaties en leert het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid kennen. Ook leert hij meer over het verschil tussen lust en liefde, het verschil tussen vriendschap, verliefdheid en verkering. Er wordt in het gesprek gebruikgemaakt van sociaal-seksuele situaties uit het leven van Jan, dan pakt hij de informatie beter op en kan hij deze integreren. Er vallen dingen voor hem op zijn plaats. Hij realiseert zich nu bijvoorbeeld dat hij op vrouwen valt. Er is aandacht voor zijn autonomie en zelfbepalingsbehoefte. Hij krijgt keuzes voorgelegd en mag daarmee zelf invulling geven aan zijn seksuele identiteit. Praten over seksualiteit wordt normaal voor Jan. De ruimte voor zijn eigen autonomie binnen een veilig kader en het woorden geven aan vragen en ervaringen geven Jan de veiligheid en mogelijkheid om zijn seksuele identiteit verder te ontwikkelen.
Tot slot wordt de behandelinterventie 'Pas op de grens' aangeboden.[36] Deze interventie is ontwikkeld voor volwassen cliënten met een LVB en verminderd sociaal aanpassingsvermogen om SGOG te stoppen en daarmee de kans op herhaling in de toekomst te verminderen. Na afronding van alle modules die focussen op het leren van het delict, letten op grenzen, zelfvertrouwen, baas over je eigen gedrag, anders denken, omgaan met emoties en contact maken, wordt er samen met zijn toezichthouder geëvalueerd. Er wordt nogmaals een SSA afgenomen samen met Jan. Daaruit blijkt dat het risico gezakt is. ■

**LITERATUUR**

1. De Borg. Behandelprogramma Seksueel gezond gedrag (SGG), 2022 (https://www.deborg.nl/media/tcdbi5et/handleiding-behandelprogramma-sgg.pdf).
2. Berlo W van, Haas S de, Oosten N van, et al. Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking. Utrecht: Rutgers WPF/MOVISIE; 2011 (https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Beperkt%20weerbaar%20%5BMOV-181899-0.4%5D.pdf).
3. Wissink IB, Moonen X. Seksueel misbruik bij kinderen en jongeren met een (Licht) Verstandelijke Beperking. Onderz Prakt. 2014 Jan 1;12:8-14.
4. Bogaard KJHM van den, Embregts PJCM, Hendriks AHC, et al. Comparison of intellectually disabled offenders with a combined history of sexual offenses and other offenses versus intellectually disabled offenders without a history of sexual offenses on dynamic client and environmental factors. Res Dev Disabil. 2013 Oct 1;34(10):3226-34.
5. Kruit N, Wessels H. LVB en een lage emotionele ontwikkeling. Nurse Academy GGZ. 2021;1.
6. Leusink P, Ramakers M. Handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2014.
7. Borawska-Charko M, Rohleder P, Finlay M. The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: A review. Sex Res Soc Policy 2016 Nov 9;14(4):393-409.

Overige literatuur vindt u op www.nurseacademyggz.nl.