

Seksuele problemen bij adolescenten

Walter Vandereycken*

SB 6.00(2) SB 6.01(2) SB 5.413

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van seksuele problemen zoals die zich onder diverse vormen bij adolescenten kunnen voordoen. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen storingen in de timing van de puberteit, seksuele angsten (t.a.v. seksueel contact of t.a.v. eigen seksuele identiteit), 'opvallend' seksueel gedrag en gevolgen van seksueel misbruik. Enkele aspecten worden benadrukt die belangrijk kunnen zijn in de eerstelijnsopvang van deze problemen.

Inleiding

Met geen andere levensfase heeft de psychiater meer moeite met het onderscheid tussen normaal en pathologisch gedrag dan in het geval van adolescentie. Wellicht is dit inherent aan het begrip adolescentie zelf: 'adolescere' betekent tenslotte groeien of volwassen worden; het verwijst met andere woorden naar een ontwikkelingsproces waarin voortdurend veranderingen optreden en dus niets echt vast staat. Voor de duidelijkheid weze opgemerkt dat we hier het begrip adolescentie ruim opvatten naar Amerikaans voorbeeld: het strekt zich dan uit van ongeveer 12 tot 24 jaar (de vroege adolescentie – tussen 12 en 18 jaar – valt dan samen met wat we gewoonlijk de puberteit noemen; de late adolescentie overlapt met wat men ook vroege volwassenheid noemt). Een leeftijdsgrens is moeilijk te stellen, omdat dit zowel historisch als geografisch, zowel in de tijd als binnen diverse culturen erg veranderlijk blijkt te zijn.

Wellicht is de puberteit het enige universeel vergelijkbare fenomeen: het begrip puberteit ('pubescere' betekent rijp worden, vooral seksueel; het verwijst naar 'pubis') dient eerder beperkt te worden tot de fase van *geslachtsrijping*, gemarkeerd door het optreden van de eerste menstruatie (menarche) bij de meisjes en de eerste zaadlozingen (polluties) bij de jongen. Beide fenomenen zijn exponenten van de 'pubarchie' die reeds verwijzen naar de procreatieve functie van

* Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg.

volwassen seksualiteit: het individu komt morfologisch en fysiologisch klaar voor de paring en voortplanting. De rijping van de inwendige voortplantingsstructuren gaat gepaard met de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken (o.a. borst- en penisontwikkeling, beharing, stemverandering) en met een opvallende toename in gestalte en gewicht (de 'groeispurt'). Al deze veranderingen worden teweeggebracht door hormonale factoren, maar het complexe endocriene mechanisme van deze pubertaire gedaanteveranderingen is nog niet helemaal wetenschappelijk verklaard (Meyer-Bahlburg, 1977).

Deze belangrijke lichamelijke veranderingen in de puberteit zijn zeker een noodzakelijke voorwaarde voor een rijp seksueel gedrag, maar volstaan niet op zichzelf om een volwassen psychoseksuele ontwikkeling tot stand te brengen. De psychoseksuele vaardigheid is dus geen aangeboren capaciteit die tijdens de puberteit geactiveerd wordt ('ontwaakt'), maar is het eindresultaat van een complex sociaal leerproces waarin zowel de kinderjaren als de adolescentie betrokken zijn. Hierin spelen o.a. sociaal-economische status, sekse-rol definities, technologische en ideologische maatschappijveranderingen een bepalende rol.

De opvallende metamorfose in lichamelijk-seksuele zin (de puberteit dus) vormt de aanzet tot de *psychosociale rijping* in de adolescentie welke zich pas echt kan doorzetten wanneer het hoogtepunt van de biologische rijping achter de rug is. Al te lang is de adolescentie slechts als een soort interimfase beschouwd, een 'doortocht' van kind tot volwassene. Dit bracht met zich mee dat de eigen problematiek van de adolescent lange tijd verwaarloosd werd. Waar hoort hij/zij in de hulpverlening thuis? Voor de pediater of kinderpsychiater is hij/zij te jong en in de volwassenen geneeskunde/psychiatrie wordt hij/zij als een 'vreemde eend' ervaren. Slechts de laatste decennia ontwikkelde zich een meer specifieke hulpverlening voor deze 'vergeten' groep, nl. in de jeugd-geneeskunde (c.q. jeugdpsychiatrie).

Het is nu duidelijk genoeg bekend dat adolescenten voor talrijke vrij complexe *ontwikkelingstaken* staan:

- a. het verwerven van een psychoseksuele stabiliteit; het verkennen en vervullen van een stabiele geslachtsrol en dit vooral in nieuwe, vaak experimentele (homo- en heteroseksuele) omgangsvormen met leeftijdsgenoten;
- b. de ontwikkeling van eigen ideeën en het verwerven van verantwoordelijkheid met behulp van een sociaal leerproces (identificatie) en in een (tijdelijk) ego-centrisme van normen, waarden en idealen;
- c. het loskomen van opvoeders (ouders) en de ontwikkeling van een autonomie in denken, voelen en handelen (de zgn. 'separatie-individuatie' taak).

Dit alles moet resulteren in de uitbouw van een *identiteit*, d.i. het gevoel van één en dezelfde persoon te zijn in wisselende situaties. Deze identiteit vraagt om inte-

gratie van verschillende fenomenen zowel biopsychologisch (vooral gericht op impulscontrole en realiteitstesting) als interactioneel (het verwerven van een eigen plaats tegelijk in en los van gezin, leeftijdsgroep, school- of werkmilieu, maatschappij). Identiteit drukt zich uit in een psychosociaal welbevinden, een gevoel thuis te zijn in het eigen lichaam, een gevoel van fundamenteel vertrouwen en autonomie (in staat tot persoonlijke constructieve initiatieven), een zekerheid om door de anderen in zijn/haar eigenheid herkend en erkend te worden.

De adolescentie bevindt zich hedentendage in een belangrijk *sociocultureel spanningsveld* dat zijn stempel drukt op de vormgeving van seksualiteit. Meerdere evolutie-invloeden zijn hier te onderscheiden:

1. De adolescentie verlengt chronologisch in beide richtingen: men wordt steeds vroeger geslachtsrijp terwijl men sociaal en economisch steeds later zijn intrede mag doen in de 'volwassen' wereld. Er groeit met andere woorden een steeds merkwaardiger discrepantie tussen acceleratie van biologische rijping en vertraging van de psychosociale volwassenwording.
2. Tegelijk wordt de adolescent geconfronteerd met de huidige seksuele liberalisering die, vooral door de beschikbaarheid van contraceptieve middelen, de oude beheersingsmoraal verlaten heeft, het recht op seksueel plezier (de hedonistische of recreatieve functie van seksualiteit) accentueert en hieraan steeds meer een narcistische lichaamscultuur koppelt. De liberalisering gaat ook gepaard met een belangrijke emancipatiebeweging van vrouwen (feminisme) en minderheidsgroepen (bijv. homoseksuelen).
3. Hoewel het Westerse gezin en het huwelijk als instituut nog niet gestorven zijn, wordt hun betekenis steeds meer in twijfel getrokken. Belangrijke functies (zoals opvoeding) zijn voor een groot deel overgenomen door andere instituten (onderwijs) en er wordt in toenemende mate geëxperimenteerd met alternatieve samenlevingsvormen (commune, samenwonen, proefhuwelijk). De ouderlijke autoriteit heeft aan belang en gezag ingeboet, en standaardmodellen voor een 'ideaal' huwelijk of gezin zijn zoek geraakt.
4. Voor de adolescent dreigt een steeds groter existentieel vacuüm: vaste normen, waarden en idealen vervagen, en economisch gezien heeft de toekomst weinig houvast te bieden. De groeiende onzekerheid van de 'volwassene' maakte deze laatste een onbetrouwbare gids; de adolescent dreigt een nomade te blijven, voortdurend onderweg en rusteloos op zoek naar een vaste standplaats, gedreven door de vragen: wie ben ik en wie wil ik worden?

Is het dan te verwonderen dat in deze smeltkroes van socioculturele veranderingen steeds meer problemen opduiken bij adolescenten? Of liever, dat de volwassen samenleving steeds meer moeite krijgt om de adolescent een plaats te geven en te gunnen? Het wordt hoe langer hoe duidelijker dat 'jeugdproblematiek' in

een aanzienlijke mate geconstrueerd is door volwassenen! Als 'volwassen' hulpverleners moeten we ons hier meer dan ooit van bewust zijn wanneer we te maken krijgen met problemen van adolescenten zoals die hierna besproken worden.

Storingen in de timing van de puberteit

We willen hier kort de aandacht vestigen op stoornissen in het chronologisch optreden van biologische rijping: deze kan te vroeg optreden (pubertas praecox) of te laat (pubertas retardata).

Voortijdige puberteit (tekenen van seksuele maturatie vòòr 8 jaar) is eerder zeldzaam, treedt vooral bij meisjes op, kan secundair zijn aan hormonale stoornissen of idiopatisch ('spontaan'). Belangrijk hierbij (ter geruststelling van ouders) is te weten dat het gewoonlijk niet gepaard gaat met vroegtijdig seksueel gedrag (bij jongens kan wel wat eerder masturbatie optreden).

Laattijdige puberteit (geen duidelijke secundaire geslachtskenmerken vóór 17 à 18 jaar) is frequenter en, hoewel ook mogelijk secundair aan somatische stoornissen, vooral idiopatisch of constitutioneel. Eigenlijk betreft het in vele gevallen een psychologisch probleem: meisjes en jongens (of hun ouders) zijn al te snel ongerust dat ze in ontwikkeling achterop zijn ten opzichte van leeftijdsgenoten en zij behoeven vooral geruststelling. In andere gevallen gaat het om ernstiger psychosomatische stoornissen zoals bijvoorbeeld anorexia nervosa of magerzucht: veelal meisjes die door vasten of andere vermageringsmethoden een belangrijk gewichtsverlies bewerkstelligen en daardoor een psychofysiologische stilstand in hun groeiproces. Gewichtsherstel en aangepaste psychotherapie kunnen de ontwikkeling weer op gang brengen. Bij tekenen van permanente blokkering van de geslachtsrijping moet na grondige diagnose overgegaan worden tot hormonale inductie van puberteit (meestal gaat het om gevallen van hypogonadisme of hypopituïtarisme). Deze inductie kan het beste uitgevoerd worden tijdens normale puberteitsleeftijd, vooral om psychologische redenen (dit is uiteraard werk voor specialisten in endocrinologie). Men moet er zeker rekening mee houden dat een te late inductie van de puberteit (bijv. na de leeftijd van 20 jaar) het grote risico loopt dat er wel een biologische rijping optreedt maar geen equivalent normale psychoseksuele ontwikkeling.

Seksuele angsten

Deze vormen de grootste groep problemen en kunnen schematisch onderverdeeld worden in angsten voor seksueel contact enerzijds en onzekerheid over de eigen seksuele identiteit anderzijds (in een aantal gevallen overlappen ze elkaar).

a. Angst voor seksueel contact

Hoewel angst voor seksueel contact ook kan voorkomen uit onzekerheid over de eigen identiteit (zie verderop), onderscheiden we hier als voornaamste bronnen:

- angst voor diepgaande relatievorming, voor psychische intimiteit: het gaat dan om adolescenten die hetzij erg introvert zijn, dan wel oppervlakkig extravert maar zonder zich te willen binden (ze willen 'vrij' zijn, zonder verplichtingen, seks is 'voor later');
- angst voor falende impulscontrole: hormonale veranderingen verwekken een soort 'impulsstorm' zowel in erotische als agressieve zin met daaraan gekoppeld een sterk verlangen naar seksuele excitatie, maar daartegenover staat dan een sterke 'censuur' via schaamte, schuld of andere repressiefenomenen (men is bang de zelfcontrole te verliezen);
- angst voor mislukking en afwijzing (faalangst of vrees voor narcistische krenking): men is bang niet aantrekkelijk genoeg te zijn of lichamelijk abnormaal (geen 'echte' man of vrouw);
- angst voor het onbekende, het nieuwe: dit hangt samen met voornoemde angstbronnen of is een gevolg van gebrekkige opvoeding en voorlichting.

Seksuele angsten kunnen zich in allerlei vormen (vaak gecombineerd) voordoen:

- sterke preoccupatie met het eigen uiterlijk: men komt raadplegen uit ongerustheid over te kleine borsten of penis, te weinig of teveel beharing, acnea, te kleine of te grote gestalte, gewichtsproblemen enz.
- platonische verliefdheden zonder enig concreet initiatief tot contactname; men blijft steken in dagdromen en romantische fantasieën;
- aanpakproblemen: men weet gewoon niet hoe contact te maken, hoe om te gaan met het andere geslacht (gemis aan sociale vaardigheden);
- functioneringsproblemen of seksuele dysfuncties (meestal uit faalangst): bij meisjes gaat het vooral om dyspareunie, vaginisme en anorgasmie; bij jongens vaak om erectiestoornissen of ejaculatieproblemen;
- totale vermijding van elk seksueel contact (ook met het eigen lichaam) hetzij uit overdreven preutsheid, ernstige introversie of de regressieve wens een asexueel kind te zijn (vgl. anorexia nervosa).

In de meeste van deze gevallen moet allereerst onderscheid gemaakt worden tussen 'normaal' stuntelen uit gebrek aan ervaring en reële problematiek die niet voorbijgaand van aard is. Eigenlijk dient de hulpverlener hier vooral een goede voorlichter te zijn omdat de meeste problemen teruggaan op een gebrekkige seksuele opvoeding.

b. Onzekerheid over de eigen seksuele identiteit

Seksuele problemen kunnen hier gewoon onderdeel zijn van een problematische identiteitsvraag die verder reikt dan het strikt seksueel functioneren (de vraag bijv. 'ben ik geen homo?' moet dan in een ruimer kader gesitueerd worden). In andere gevallen gaat het om meer specifieke moeilijkheden in het verwerven van een stabiele seksuele identiteit. Het meest voorkomend zijn hier de vragen naar de 'echte' seksuele voorkeur: *homofilie versus heterofilie*. Allereerst moet hier nagegaan worden in hoever het eigenlijk geen heterofobie c.q. homofobie betreft, en dus verwijst naar seksuele angsten die hiervoor besproken zijn. Onnodig wellicht valt hier te onderstrepen dat het aanvaardingsprobleem van homoseksuele geaardheid – die in deze levensfase vaak het eerst 'bewust' wordt – eigenlijk een socialisatieprobleem is binnen een heteroseksueel georiënteerde maatschappij. In vele gevallen vraagt ook de omgeving (familie) meer begeleiding dan de betrokkene zelf.

Eerder uitzonderlijk is het probleem van de *transseksualiteit* (de als onverenigbaar ervaren biologische en psychische seksualiteit): hier moet vooral uitgesloten worden of het geen problematiek betreft rond het aanvaarden van homoseksuele geaardheid.

Ook eerder zeldzaam is het afwijzen van elke seksuele identiteit: de *a-seksualiteit*, die soms verhuld zit in een ascetische levenswijze ('seks is dierlijk') en het ideaalbeeld van het seksloze kind (bijv. anorexia nervosa, zoals reeds hoger vermeld). In feite gaat het om een ontkenning van de eigen geslachtelijkheid, een onderdrukking van impulsen in een veranderend lichaam.

Opvallend seksueel gedrag

Als tegenhanger van de hiervoor genoemde seksuele angsten, vermelden we hier seksuele gedragingen die door de persoon zelf of zijn omgeving als storend worden ervaren. Meestal evenwel is het de omgeving (ouders) die om tussenkomst vraagt. In feite betreft het dan seksueel gedrag van jongeren dat in de ogen van volwassenen 'abnormaal' is, d.w.z. niet aan *hun* normen voldoet. De voorname vraag is hier dan ook: waarom 'shockeert' het gedrag de omgeving? wiens normen worden hier in twijfel getrokken?

Vaak gaat het dus om ouders die verontrust zijn over masturbatiepraktijken of het 'oversekt' zijn van hun kinderen. In andere gevallen betreft het provocerend seksueel gedrag, hyperseksualiteit of promiscuïteit. Maar wat ook de vorm weze, er moet steeds gekeken worden naar de betekenis van het gedrag:

– *persoonlijke betekenis*: het opvallend seksueel gedrag maakt deel uit van het experimenteren in deze leeftijdsfase en lijkt bepaald door een nood aan zelfbe-

- vestiging ('ik ben geen homo', bijv.) of bevestiging binnen de leeftijdsgroep (bijv. de 'playboy' of 'Don Juan'); het kan ook een acting-out van diepere problematiek zijn, met name sterke identiteitsonzekerheid of -verwarring;
- *interactionele betekenis*: de provocatie zelf is het belangrijkste symptoom dat verwijst naar gezinsconflicten; het opvallend seksueel gedrag is een uiting van verzet tegen een autoritaire opvoeding (rebellie), is een middel om aandacht, hulp of steun te krijgen (appèl), of is een teken van gezinsdysfunctioneren met een vraag naar duidelijker structuur en communicatie (signaal).

Hoewel het hier misschien niet direct thuishoort en zeker niet noodzakelijk verwijst naar bijzondere problematiek (veelal eerder een teken van gebrekkige seksuele opvoeding), is een *falende contraceptie* toch een opvallend gegeven op een moment dat jongeren verondersteld worden 'beter te weten'. Naast een tekort aan seksuele voorlichting, is het falen van contraceptie meestal toe te schrijven aan het te impulsief karakter van seksueel contact op deze leeftijd. Bij vele jongens komt de bezorgdheid pas achteraf; ze gaan er veelal van uit dat contraceptie een zorg van het meisje is. Dit laatste kan dan ambivalent staan tegenover (orale) contraceptie, er eerder slordig mee omspringen of het totaal afwijzen omwille van:

- idealistische opvattingen ('geen inbreuk op de natuur'),
- angst rond nevenwerkingen of vermeende gevolgen (kanker, steriliteit),
- affectieve labiliteit (seks komt onverwacht, ondoordacht),
- rebellie tegenover thuis (via zwangerschap 'ontsnappen'),
- behoefte snel een volwassen status te bekomen (vaste relatie, gezin).

In elk geval plaatst het toenemend seksueel actief worden van adolescenten ons voor belangrijke opvoedkundige taken willen we de verontrustende toename van tienerzwangerschappen indijken en liefst voorkomen.

Seksueel misbruik

Seksueel misbruik heeft betrekking op seksuele handelingen tussen ouderen en kinderen waarbij (1) er sprake is van een ongelijke relatie, (2) er een eenzijdige machtspositie van de oudere bestaat, (3) de vrijheid en keuzemogelijkheid van het kind beperkt zijn, en (4) de realisatie van de eigen seksuele verlangens van de oudere een belangrijk motief is (Wolters, 1982).

Seksueel misbruik kan vele vormen aannemen waaronder vooral incest, verkrachting of aanranding, maar ook kinderpornografie en prostitutie (bijv. 'heroïne-hoertjes'). Vooral bij incest is er een laag rapportage-percentages: er is geen directe hulpvraag, men is bang voor tussenkomst van justitie, of men vreest gevolgen voor het hele gezin. Veel huisartsen, maar ook andere hulpverleners

voelen zich niet geroepen en niet bij machte om hulp te bieden. Toch kunnen de gevolgen van seksueel misbruik op jonge leeftijd heel ingrijpend zijn:

- *lichamelijke gevolgen*: allerlei kwetsuren (genitale en andere), geslachtsziekten, zwangerschap (met abortus), urineweginfecties enz.
- *psychische gevolgen*: deze kunnen zeer divers zijn en hangen van allerlei factoren af (voorafgaande problemen, andere omgevingsinvloeden, opvang van het probleem); het kan gaan om angsten, depressies (suicide-pogingen), schoolproblemen, contactschuwheid en natuurlijk ook seksuele dysfuncties (aversie, dyspareunie, anorgasmie) die soms levenslang aanhouden.

Men wordt er zich steeds meer bewust van dat de directe opvang van het traumatisch gebeuren (soms eerder dan het voorval zelf) doorslaggevend kan zijn in het verwerkingsproces. Een goede en soepele samenwerking met juridische instanties is hier noodzakelijk terwijl het creëren van specifieke opvangmogelijkheden (vooral 'vertrouwensartsen' en zelfhulpgroepen) dient aangemoedigd te worden.

Belangrijke aspecten bij de hulpverlening

We willen hier tenslotte enkele facetten onderlijnen die bij de eerstelijns hulpverlening aan adolescenten met seksuele moeilijkheden extra aandacht verdienen.

Zoals bij de seksuele hulpverlening in het algemeen, spelen hier belangrijke elementen een rol die verbonden zijn aan de persoon van de hulpverlener. De *houding van de hulpverlener* tegenover adolescenten en hun seksuele moeilijkheden kan gekleurd zijn door: (1) eigen opvattingen over seksualiteit ('normaal', 'gezond'), (2) eigen seksuele problemen, zowel actuele als in het verleden (eigen adolescentie), en eventueel (3) ervaring en omgang met eigen opgroeiende kinderen. In negatieve zin kan dit zich uiten in diverse vormen: moraliseren (de hulpverlener speelt een ouderrol), somatiseren (de hulpverlener, niet zelden een arts, is onzeker op psychologisch terrein), ignoreren (de hulpverlener is zelf onzeker t.a.v. seksualiteit), dramatiseren (de hulpverlener neemt te weinig afstand of identificeert zich te sterk met de hulpvrager).

In *dialogo* treden met een adolescent betekent allereerst vertrouwen winnen: hem/haar als individu respecteren, de hulpvraag au sérieux nemen, desgewenst geheimhouding tegenover ouders verzekeren (daarom steeds minstens een apart gesprek voeren). In de gespreksvoering moet de hulpverlener er snel op bedacht zijn te luisteren naar 'de vraag achter de vraag' (bijv. bij vage lichamelijke klachten, bij vraag naar contraceptie).

Een *lichamelijk onderzoek* vraagt de nodige voorbereiding en heeft naast zijn klassieke somatisch-diagnostische waarde ook psychodiagnostische betekenis (houding tegenover eigen lichaam, kennis van eigen lichaam). Bovendien leent

het zich voor educatieve doeleinden zoals seksuele voorlichting of geruststelling (bijv. vragen over 'normale' lichaamsbouw).

Problemen van een adolescent kunnen vaak pas begrepen worden wanneer ze geplaatst worden in een *psychosociale context*, d.w.z. wanneer men oog heeft voor het relationeel functioneren zowel thuis (gezinsverhoudingen) als in de leeftijdsgroep (school, werk, vriendenkring). Dit zal essentieel zijn wil men iemand beter leren kennen wiens identiteit nog geen duidelijke signatuur heeft.

In de inleiding is er reeds op gewezen dat we als volwassenen een belangrijk aandeel kunnen hebben in het problematiseren van de adolescentie. Men mag niet vergeten dat de intermediaire status tussen kind en volwassenen die we de adolescent opleggen, hem/haar in zekere zin tot een marginaal individu maakt. Omgekeerd, wordt een marginaal persoon (tenminste degene die dit zelf verkoos) niet gemakkelijk beschouwd als een 'onvolgroeide puber', een wereldvreemde adolescent die het 'normale leven niet aankan', kortom een sociaal onaangepaste! Welnu, het zijn vaak de marginalen die de gevestigde maatschappij het scherpst in vraag stellen, het zijn de adolescenten die ons, 'volwassenen', een spiegel voorhouden. Zijn we bereid kritisch te kijken?

Literatuur

- Meyer, M.V. (ed.), *Helping teenagers cope with sex*. Springfield (Ill.): Charles C. Thomas, 1981.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L., Puberty: physical maturation and sexual behavior. In: J. Money & H. Musaph (eds.), *Handbook of Sexology*. Amsterdam: Elsevier/North Holland 1977, pp. 351-372.
- Musaph, H. & A.A. Haspels (red.), *Seksuele problemen bij de adolescent*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Regt, W. de, *Meisjes en jongens en hun seksualiteit*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- Vandereycken, W. & G. Lambrechts (red.), *seksualiteit en identiteit bij adolescenten*. Leuven-Amersfoort: Acco, 1984.
- Wolters, W.H.G. (red.), *Seksueel misbruik van kinderen en jonge adolescenten*. Nijkerk: Intro, 1982.

Summary

Sexual problems in adolescents

This article gives an overview of different forms of sexual problems occurring in adolescents. A distinction is made between disturbances of the timing of puberty, sexual anxieties and fears, 'unusual' sexual behavior, and sexual abuse. Some aspects are stressed which may be important in the primary care of these problems.