

De seksuele ontwikkeling van visueel gehandicapte jongeren; een overzicht van de literatuur

Nel van Son-Schoones en Henny van Eck*

SB 6.612 (2)

Uit het onderzoek van Dechesne (1978) blijkt, dat drie groepen variabelen van invloed zijn op de sociale en seksuele ontwikkeling van motorisch gehandicapte jongeren: fysieke beperkingen, sociale omstandigheden en persoonlijkheidskenmerken. Bij de bespreking van de literatuur over seksualiteit van visueel gehandicapte jongeren worden deze drie groepen variabelen als criteria gehanteerd. Van elk van de groepen variabelen wordt nagegaan wat de invloed is op de socio-seksuele ontwikkeling van visueel gehandicapte jongeren.

1. Inleiding

Tot nu toe is bij visueel gehandicapte jongeren nauwelijks systematisch onderzoek gedaan naar hun sociale en seksuele ontwikkeling en factoren die daarbij van invloed zijn. Een dergelijk onderzoek is wel gedaan bij motorisch gehandicapte jongeren (Dechesne, 1978). Uit dit onderzoek blijkt, dat drie groepen variabelen van invloed zijn op de sociale en seksuele ontwikkeling van lichamelijke gehandicapte jongeren: fysieke beperkingen, sociale omstandigheden en persoonlijkheidskenmerken.

Tot de fysieke kenmerken behoren behalve sekse en leeftijd ook de lichamelijke aandoening die het gedrag beïnvloedt. Onder *sociale omstandigheden* wordt verstaan de levensgeschiedenis en de pedagogische milieus waarin jonge gehandicapten opgroeien, zoals gezin, instituut en school. Bij de *persoonlijkheidskenmerken* blijkt vooral het zelfbeeld van belang te zijn: is er al of niet sprake van zelfaanvaarding, zelfwaardering en zelfvertrouwen.

Criteria voor een goede *sociale ontwikkeling* zijn volgens Dechesne contactvaardigheid, al of niet geremd zijn in erotisch getinte contacten, en het al of niet ervaren van beperkingen bij het zich begeven in de normale wereld. Criteria voor een goede *seksuele ontwikkeling* zijn: het bezitten van kennis over eigen seksuele

* Psychologen, beiden zijn werkzaam op het Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer, Trans 4, 3512 JK Utrecht.

mogelijkheden, een positieve houding tegenover seksualiteit (geen angsten en remmingen), toegankelijkheid voor seksuele prikkeling en het opdoen van ervaring.

Bij de bespreking van de literatuur over seksualiteit van visueel gehandicapte jongeren zullen de drie hierboven genoemde groepen variabelen als uitgangspunt worden genomen. Van elk van de groepen variabelen zal worden nagegaan, wat de invloed is op de socio-seksuele ontwikkeling van visueel gehandicapte jongeren.

2. Fysieke beperkingen

De fysieke beperking, het niet kunnen zien, heeft een belangrijke invloed op het socio-seksueel gedrag van de blinde jongere. Dit geldt zowel voor congenitaal blinde kinderen en jongeren als voor hen die zo ernstig visueel gehandicapt zijn, dat zij voor hun dagelijkse activiteiten van dezelfde hulpmiddelen gebruik moeten maken als degenen die totaal blind zijn. De fysieke beperking heeft voor de blinde jongere een aantal consequenties met betrekking tot de socio-seksuele ontwikkeling.

a. Visuele informatie

Bij fysieke beperkingen denken we in de eerste plaats aan het ontbreken van visuele informatie. Visueel gehandicapten hebben vaak een gebrek aan kennis over zowel hun eigen lichaam als dat van anderen. Foulke en Uhde (1974) stellen vast, dat visueel gehandicapte kinderen nog wel wat weten van het lichaam van hun speelkameraadjes van dezelfde sekse, al minder van kinderen van de andere sekse en bijna niets van het lichaam van volwassenen.

Een belangrijk middel om elkaars lichaam te verkennen is het doen van seksuele spelletjes. Dit is voor blinde kinderen echter moeilijk, omdat zij nooit weten wanneer zij worden gadeslagen (Knappett en Wagner, 1976).

Gebrekkige anatomische kennis kan ontstaan, doordat men niet over voorlichtingsboeken kan beschikken en anderen in het gezin niet kan zien als die naakt of in hun ondergoed door het huis lopen (Robinault, 1978). Omdat in onze samenleving aanraken taboe is, wordt de blinde een belangrijke bron van informatie onthouden. Het komt nogal eens voor, dat blinden een verkeerde voorstelling hebben over de locatie van de geslachtsorganen, bijvoorbeeld een jongen die denkt dat een vrouw maar één borst heeft. Maar uiteraard komen ook bij zienden dergelijke onjuiste voorstellingen voor, zij het minder frequent. Ook verbalismen komen nogal eens voor, dat wil zeggen het gebruik van woorden en zin-

nen, zonder daaraan een adequate voorstelling te verbinden. Zo kan het bijvoorbeeld gebeuren, dat men wel weet wat een tampon is en waar deze voor dient, maar niet wat de vorm, afmeting en structuur ervan is.

b. Sociaal leren

Sociaal leren neemt een belangrijke plaats in bij seksueel gedrag (Selvin, 1979). Het ontbreken van voorbeeldgedrag in allerlei situaties maakt het voor blinden moeilijker om zich normen voor sociaal acceptabel gedrag op een spontane, vanzelfsprekende manier eigen te maken (Foulke en Uhde, 1974; Scholl, 1974; Holmes, 1974; Elonen en Zwanenstein, 1975; Vogel en Muxen, 1976; Best, 1976; Greengross, 1978; Robinault, 1978). Allerlei gedragsregels zullen hen expliciet geleerd moeten worden, onder meer op het gebied van kleding, haardracht, mode, hoe ver kun je gaan met vrijen in het openbaar, etc. Alleen zoveel mogelijk contact met anderen kan inadequaat sociaal gedrag doen verdwijnen. In contacten met anderen word je geconfronteerd met je eigen gedrag en krijg je feedback daarop (Foulke en Uhde, 1974; Best, 1976).

c. Referentiekader

De visueel gehandicapte kan zichzelf niet afmeten aan anderen en heeft zichzelf nooit in de spiegel gezien. Dit kan een vervreemding geven van het eigen lichaam. Je krijgt geen feedback over je lichaam van de spiegel en geen feedback over jezelf door vergelijking met anderen. Dat kan je onzeker maken over je eigen identiteit (Scholl, 1974).

Ook het instituut waar men verblijft heeft een beperkende invloed op de vorming van de eigen identiteit. Het wereldje is klein, iedereen krijgt dezelfde opvoeding; er zijn weinig verschillen, zodat er ook weinig verschillende identificatiemogelijkheden zijn, waaruit je een keuze kunt doen. De instituutswereld is geen afspiegeling van de maatschappij.

d. Seksuele ontwikkeling, sekserol en sekse-identiteit

Waar het gaat om de invloed van de blindheid op de fysiek-seksuele ontwikkeling lopen de meningen nogal uiteen. Hessmer (1971) stelt, dat de lichamelijke ontwikkeling niet verschilt van die van zienden. Volgens Foulke en Uhde (1974) verloopt de ontwikkeling bij congenitaal blinde kinderen langzamer dan bij ziende kinderen, met name bij jongens. Dalton (1977) vond in haar onderzoek bij blinde meisjes, dat de eerste menstruatie eerder optreedt (gemiddeld op de leeftijd van 12,5 jaar tegen 13,1 jaar bij ziende meisjes). Ook de lengte van de cyclus is korter,

en te vergelijken met een volwassen cyclus. Dalton concludeert hieruit, dat het ontbreken van het gezichtsvermogen het lichamelijke rijpingsproces versnelt, althans bij meisjes.

Volgens Knappett en Wagner (1976) hebben visueel gehandicapte kinderen een voorkeur voor masturbatie door te grote betrokkenheid op het eigen lichaam als gevolg van het ontbreken van stimuli van buitenaf. Of ze een vergelijking hebben gemaakt met een controlegroep van ziende kinderen is niet duidelijk. Dat de fysieke beperking rechtstreeks van invloed is op de psychologisch-seksuele ontwikkeling, zoals het aanleren van de geslachtsrol en de vorming van de seksuele identiteit, wordt door de literatuur niet aangetoond. De ontwikkeling van geslachtsidentiteit en geslachtsrol blijkt bij visueel gehandicapte kinderen niet anders te verlopen dan bij ziende kinderen (Gillman en Gordon, 1973). Wel verloopt deze ontwikkeling meestal wat trager. Seksuele gevoelens kunnen langer latent blijven en een verlengde puberteit kan optreden. Ook de ontwikkeling van de sekse-identiteit, het gevoel van man- of vrouw-zijn, verloopt langzamer (Holmes, 1974). Deze vertraging lijkt echter niet zozeer samen te hangen met de visuele beperking, maar met de sociale situatie die van deze beperking het gevolg is. De blinde wordt in de eerste plaats als gehandicapte gezien en pas in de tweede plaats als man of vrouw. Ook hier geldt weer, dat er een tekort is aan verschillende identificatiemogelijkheden, waardoor de ontwikkeling van de sekse-identiteit vertraagd wordt. Bovendien worden de noodzakelijke sociale vaardigheden niet geleerd door overbescherming van ouders en begeleiders in het instituut. Het kind leert daardoor niet om op een ongedwongen wijze met de andere sekse om te gaan.

Als we nagaan welke rol sekse-gebonden gedragspatronen spelen bij het aangaan van relaties, dan zien we dat er specifieke belemmeringen zijn voor blinde jongens bij het leggen van contacten met ziende meisjes (Van Weelden, 1961). Blindheid wordt als een gebrek beschouwd dat hulpeloos, machteloos, impotent maakt. En dit strookt niet met de heersende opvattingen over de mannenrol. Ook voor het blinde meisje zijn er belemmeringen bij het aangaan van relaties, aldus Van Weelden (1961), omdat door de blindheid twee specifiek vrouwelijke functies, nl. het zorgend in de wereld zijn en het kunnen behagen, worden aangetaast. Ook al is er de laatste jaren wel wat veranderd in de opvattingen over hoe je je als man of vrouw moet gedragen, ideeën over specifieke kenmerken van de mannen- en vrouwenrol zijn nog algemeen gangbaar. Uit het onderzoek van Dechesne (1978; 1979) blijkt, dat lichamenlijk gehandicapte meisjes zichzelf laag waarderen met betrekking tot uiterlijk, produktieve arbeid en partnerschap. Ze hebben een lagere zelfwaardering dan jongens. Blinde vrouwen hebben minder kans op een partner dan blinde mannen (Hessmer, 1971; Welbourne, 1983). Dat heeft ongetwijfeld meer te maken met opvattingen over de vrouwenrol dan met

het blind zijn op zich. Maar het is wel belangrijk om ervoor te waken, dat een dergelijk gegeven geen self-fulfilling prophecy wordt. De mate waarin je jezelf positief beoordeelt als mogelijke huwelijkspartner is namelijk mede bepalend voor de kans tot realisering (Dechesne, 1978).

e. Contact leggen, de rol van het zien en de rol van het uiterlijk

Bij het tot stand komen van een contact speelt in onze cultuur het zien een belangrijke rol (Greengross, 1978). De eerste vorm van communicatie vindt vaak plaats via de ogen. Dit oogcontact, het kijken en bekeken worden, is voor blinden onmogelijk. De blinde is aangewezen op andere communicatievormen, zoals praten en aanraken. Maar we hebben al eerder geconstateerd dat aanraken in onze samenleving met veel taboes is omgeven. Vaak wordt het geassocieerd met seksualiteit of met iets intiems. Men voelt zich bedreigd als men aangeraakt wordt. Dat betekent in veel gevallen dat ook het aanraken als vorm van communicatie onmogelijk is. Er blijft dan alleen het praten en luisteren over.

Het uiterlijk speelt bij het eerste contact een belangrijke rol (Dechesne, 1978; Van Naerssen, 1979). De ogen nemen in het gezicht een centrale plaats in. Zijn deze door een oogafwijking zo ernstig beschadigd dat ze er onaantrekkelijk uitzien, dan kan dit bij de eerste contacten afstotend werken. Ook blindismen kunnen belemmerend werken bij het leggen van contacten. Onder blindismen verstaat men die gewoonten die bij visueel gehandicapten in hun vroege jeugd zijn ontstaan door het gefixeerd zijn op de eigen lichamelijkeheid (Broeders, 1980), bijv. het fladderen met de handen, het schudden met het hoofd of bovenlichaam.

Als fysiek onaantrekkelijke ben je in het nadeel bij het leggen van contacten. De kans op een sociaal isolement is groter (Dechesne, 1978). Omgekeerd kan de visueel gehandicapte bij een eerste contact niet getroffen worden door een aantrekkelijk uiterlijk. Hij zal zich een oordeel vormen via zijn andere zintuigen. Hij kan iemands stem op zich laten inwerken en op grond daarvan tot een oordeel over de persoon komen en andere indrukken opdoen via reuk, gehoor en tastzin.

3. De sociale omstandigheden

Het socialisatieproces van de visueel gehandicapte wordt beïnvloed door de samenleving, het ouderlijk gezin en het instituut waar een deel van de opvoeding en scholing plaatsvindt.

a. De samenleving

De interactie tussen blinden en zienden is een belangrijk aspect van dit socialisa-

tieproces. Op de interacties zijn van invloed de attitudes en het gedrag van de zienden, het zelfbeeld van blinden en het gedrag van blinden (Baker, 1973). Het gedrag van de ziende ten opzichte van de blinde wordt bepaald door attitudes, houdingen, meningen, ideeën die een ziende heeft ten aanzien van blinden. Bij het tot stand komen van het zelfbeeld van visueel gehandicapten speelt de attitude en het gedrag van zienden tegenover hen een belangrijke rol. Men zou kunnen zeggen, dat het beeld dat zienden van blinden hebben, van invloed is op het zelfbeeld van blinden en dat dit zelfbeeld bepalend is voor hoe blinden zich gedragen in de interactie met zienden. En dit gedrag is dan weer van invloed op het beeld dat zienden van blinden hebben.

Bij een nadere beschouwing van de interactie tussen blinden en zienden is het dus belangrijk om zowel te kijken naar

1. het beeld dat zienden van blinden hebben;
2. het beeld dat blinden hebben van hoe zienden tegen hen aankijken;
3. het beeld dat blinden van zichzelf hebben.

Van Gent (1976) heeft onderzoek gedaan naar de beeldvorming rond visueel gehandicapten. Hij stelde onder meer vast, dat zienden visueel gehandicapten in sterkere mate bijzondere eigenschappen toekennen dan dat visueel gehandicapten dat zelf doen en dat zienden visueel gehandicapten minder sociaal dominant vinden (stiller, onderdaniger, zwijgzamer, zachtzinniger en kalmer). Blinden hebben over het algemeen een negatiever beeld van wat zienden van hen denken dan in werkelijkheid het geval is.

Ten aanzien van gehandicapten bestaan er in onze samenleving verschillende vooroordelen en stereotypen, die het tot stand komen van sociale en seksuele contacten tussen gehandicapten en niet-gehandicapten kunnen belemmeren. Er is een psychologische barrière, die gehandicapten minder gemakkelijk toegankelijk maakt in contacten met anderen. Zo ziet de maatschappij de gehandicapte vaak als een afhankelijke, zielige figuur die geestelijk niet volwaardig is (Linde en Lips, 1970). Reacties op gehandicapten variëren van negeren of medelijden hebben tot verzorgen of betuttelen (Bandsma, 1978).

Al deze vooroordelen, stereotypen en irreële ideeën van validen over gehandicapten bemoeilijken voor de gehandicapten het aangaan van relaties en het vinden van een partner. Volgens Dechesne (1978) vereenzelvigd de gehandicapte zich met het waardensysteem van de niet-gehandicapten. Hij stelt zich doelen die door het gebrek onbereikbaar zijn en devalueert daarmee zichzelf. Het ligt voor de hand dat dit ook problemen zal opleveren bij het leggen van contacten.

b. Ouders

Ouders zijn erg belangrijk voor de ontwikkeling van het kind tot een zichzelf

aanvaardende volwassene, die in staat is om intieme relaties aan te gaan. Volgens Verkuyl (1977) loopt een kind, dat niet geaccepteerd wordt, de kans dat het minder bewonderd en geknuffeld wordt, klein en afhankelijk wordt gehouden, dat het minder wordt voorbereid op de sekserol en dat seksualiteit ontkend wordt. Alleen een kind dat geaccepteerd wordt door de ouders, zal zichzelf later accepteren en waarderen en voldoende zelfvertrouwen hebben bij het aangaan van relaties (Frenken, 1976; Bandsma, 1978; Robinault, 1978).

Ouders die een gehandicapt kind krijgen, hebben tijd nodig om dit te verwerken. Als ze niet tot acceptatie kunnen komen, zich onzeker voelen in de interactie met het kind, zal dit de basis leggen voor de latere problemen van het kind bij het leggen van contacten. Schuldgevoelens van de ouders vormen vaak een belemmering voor een goede verwerking. Met name bij congenitale erfelijke blindheid komt dit nogal eens voor. Het kind merkt die schuldgevoelens en gaat zich op zijn beurt schuldig voelen (Scholl, 1974; Knappett en Wagner, 1976). Zo wordt al vroeg een stigmatiseringsproces op gang gebracht. Dit proces gaat verder als het kind naar een instituut gaat, want daarmee wordt het verschil tussen blinden en zienden en de uitzonderingspositie van de blinde nog eens benadrukt (Torbett, 1974).

Ouders van gehandicapte kinderen, dus ook van visueel gehandicapten, hebben vaak de neiging tot overbescherming. Maar overbescherming zal leiden tot een geringere ontwikkeling van allerlei sociale vaardigheden, tot afhankelijkheid, isolatie en gevoelens van minderwaardigheid. Op deze wijze zal het kind ook niet leren om normaal om te gaan met de andere sekse (Foulke en Uhde, 1976). Het kind zal juist aangemoedigd moeten worden om zoveel mogelijk ervaringen op te doen, te leren wat voor hem wel en wat niet mogelijk is, gezien de handicap. Dat geldt ook voor de seksualiteit. Dechesne (1978) en Greengross (1978) wijzen erop, dat gehandicapten traditioneler zijn in hun opvattingen over seksualiteit. Ook Selvin (1979) komt tot de conclusie, dat visueel gehandicapten meer rigide zijn in hun opvattingen over sekserollen. Ze nemen vaker waarden van hun ouders over, terwijl ze die nog niet in de praktijk hebben getoetst (Vogel en Muxen, 1976).

Met betrekking tot de seksuele opvoeding geldt, dat ouders hier vaak met een aantal extra onzekerheden zitten. Ouders kunnen het idee hebben, dat het kind weinig kans heeft op een huwelijk of een duurzame intieme relatie. Ze willen niet teveel verwachtingen wekken bij het kind (Torbett, 1974; Cameron, 1976; Knappett en Wagner, 1976; Robinault, 1978; Greengross, 1978; Dodge, 1979). Juist voor het visueel gehandicapte kind is het belangrijk, dat de ouders open over seksualiteit kunnen praten en een tolerante houding hebben ten aanzien van bijv. aanraken. Immers, blinde kinderen hebben minder gelegenheid om seks zelf te ontdekken en te onderzoeken, los van de volwassenen, alleen of met een vriend

of vriendin. Het aanraken van het lichaam van de ouders (bijv. onder de douche) en van broertjes en zusjes is juist voor het blinde kind een belangrijke manier om inzicht te krijgen in verschillen tussen jongens en meisjes en mannen en vrouwen. Meer nog dan het praten over seksualiteit kan aanraken voor de ouders een heel directe confrontatie betekenen met de eigen seksualiteit en daarom problemen opleveren. Maar ook als aanraken binnen het gezin vanzelfsprekend is, is het verstandig als ouders aan hun blinde kind duidelijk maken dat de buitenwereld daar vaak anders over denkt. Dat voorkomt onnodige frustraties.

c. *Het instituut*

De socio-seksuele ontwikkeling van visueel gehandicapte jongeren wordt niet alleen door de ouders bepaald, maar vaak ook voor een groot deel door de begeleiders en leerkrachten in de instituten. Veel auteurs zijn van mening, dat het verblijf in een instituut remmend werkt op de sociale en seksuele ontplooiing van het kind. Geiger (1975) zegt hierover, dat de gehandicapte zichzelf niet alleen als anders ziet (de al eerder genoemde stigmatisering), omdat hij in een speciale omgeving wordt geplaatst, maar in feite wordt hij anders *gemaakt*. Hij staat buiten het maatschappelijk gebeuren; de situatie geeft minder gelegenheid tot identificatie met valide leeftijdgenoten. Hierdoor is de mogelijkheid om gedrag te oefenen, sociale vaardigheden te ontwikkelen en erotische en seksuele contacten aan te gaan zeer beperkt.

Vaak is men in de instituten geneigd om zich te richten op dat wat het kind nog niet kan. Het kind wordt niet als zelfstandige persoon met eigen verantwoordelijkheden gezien. Dechesne (1978) pleit voor een meer persoonsgerichte benadering binnen het instituut (in tegenstelling tot de handicapgerichte benadering), waarbij de jongere actief wordt betrokken bij allerlei beslissingen die hem betreffen. Dit versterkt het zelfrespect en stimuleert het nemen van initiatieven en het zelf verantwoordelijkheid dragen voor beslissingen. Best (1976) constateert dat er te weinig aandacht is op de instituten voor interpersoonlijke relaties, voor socialisatieprocessen en seksuele vorming. Zo komt bijv. het leren verwerken en accepteren van de handicap veel te weinig aan bod, terwijl dit toch een belangrijk aspect is van de persoonlijkheidsvorming.

Langzamerhand gaat men op de instituten het belang van seksuele opvoeding inzien, maar men weet vaak niet op welke manier men dit zal realiseren. Gehandicapten worden vaak minder snel volwassen dan leeftijdgenoten. Er wordt weinig over seksualiteit gepraat. Jongeren blijven lang kinderlijk en naïef. Ze houden vaak vast aan allerlei traditionele normen en waarden, omdat ze minder in aanraking komen met normen van leeftijdgenoten (Greengross, 1978). De beslotenheid van het instituut biedt te weinig prikkels om te veranderen. De omgeving

is te beschermd, waardoor de gehandicapte jongeren onvoldoende gelegenheid krijgen om zelfstandig problemen op te lossen of inventief te zijn in moeilijke situaties. Door de beslotenheid van het instituut is er ook minder gelegenheid tot het aangaan van relaties en het experimenteren met seksualiteit. De sociale controle is groot. Volgens Broeders (1980) is er vaak een grote onderlinge afstand tussen de visueel gehandicapte jongeren binnen het instituut, die samenhangt met deze sociale controle en het gebrek aan privacy. Het opdoen van ervaringen met het aangaan van relaties en het afgewezen worden is echter noodzakelijk voor de ontwikkeling van een realistisch zelfbeeld. Ook het elkaar aanraken komt op instituten nauwelijks voor, bijv. bij krachtmetingen of stoeien, waardoor je op een ongedwongen manier kennis krijgt over elkaars lichaam. Blinde jongeren nemen hier kennelijk het aanrakingstaboe van de zienden over. Het al of niet durven aanraken hangt ook samen met de mate van acceptatie van de handicap. Als je voor jezelf erkent, dat je visueel gehandicapt bent, wordt het gemakkelijker om aan te raken. Blind *durven* zijn is een belangrijk aspect van een realistisch zelfbeeld.

d. Seksuele opvoeding

Karpen en Lipke (1974) wijzen op het belang van de steun, medewerking en participatie van de ouders voor een succesvolle begeleiding op het terrein van de seksualiteit. Een goede uitwisseling en overleg ten aanzien van wat ieder (ouders, school, internaat) doet op het gebied van de seksuele opvoeding, is noodzakelijk. Gebeurt dit niet, dan bestaat er gevaar voor het ontstaan van hiaten en het volgen van verschillende, misschien elkaar tegensprekende, strategieën.

Er zijn vele opvattingen over seksualiteit bij groepsleiders, staf, leerkrachten en ouders. Het is niet reëel om deze allemaal op één lijn te krijgen in een eenheidsfilosofie. Het voornaamste is, dat de accentverschillen besproken kunnen worden, zonder dat men elkaar beschuldigt of aanklaagt. Seksuele opvoeding is iets dat zich in concrete situaties voltrekt, dus én op het instituut én thuis. Er zijn geen algemene regels te geven. Wat goed is voor de één hoeft voor de ander niet goed te zijn. Wederzijds vertrouwen tussen ouders en instituut kan een belangrijke bijdrage leveren aan de ontplooiing van het kind. Niet alles wat het kind doet, moet worden overgebriefd, noch naar de staf, noch naar de ouders. De privacy van het kind moet zoveel mogelijk gewaarborgd worden en als dit niet kan, bijv. wanneer een leerling een seksuele relatie begint met een andere leerling, is het belangrijk dat er door de betrokkenen (leerkrachten, ouders en groepsleiders) in alle openheid over gepraat kan worden. Heslinga e.a. (1972) stellen dat ook beroepsopvoeders er vaak onzeker over zijn hoe ze met seksualiteit moeten omgaan. In de opleiding zou hieraan veel meer aandacht moeten worden gegeven dan nu het geval is (zie ook Torbett, 1974; Vogel en Muxen, 1976; Dodge, 1979).

4. Het zelfbeeld

De gehandicapte heeft door zijn gebrek een geïsoleerde, lager gewaardeerde plaats in de samenleving. Door dit gebrek en deze lagere sociale status kan hij bepaalde gangbare waarden en doeleinden niet bereiken, of zal dit langs omwegen moeten proberen. Op welke wijze men omgaat met zijn handicap, hangt nauw samen met het beeld dat men van zichzelf heeft. Dechesne (1978) onderscheidt bij het zelfbeeld drie aspecten: zelfaanvaarding, zelfwaardering en zelfvertrouwen. *Zelfaanvaarding* betekent aanvaarding van jezelf en tevens aanvaarding van het gehandicapt zijn. Een gehandicapte die zichzelf aanvaardt, ziet zijn beperkingen en de daaraan verbonden nadelen voor zijn sociaal functioneren en sociale status. Hij erkent echter ook de mogelijkheden die hem resten. *Zelfwaardering* kan het beste omschreven worden als de verhouding tussen succes en aspiraties, ofwel het feitelijke zelf afgezet tegen het ideale zelf. Bij een lage zelfwaardering is er een grote afstand tussen prestaties en idealen. Algemeen geldende waarden in onze samenleving zijn: het hebben van werk, van een gezin en van een gezond en gaaf uiterlijk. Voor gehandicapten zijn deze waarden of idealen niet gemakkelijk bereikbaar. Daardoor kunnen gevoelens van minderwaardigheid ontstaan. *Zelfvertrouwen* is het vertrouwen dat men heeft, dat eigen handelen tot bepaalde uitkomsten zal leiden. Gehandicapten worden vaak geconfronteerd met hun onvermogen op allerlei gebied als gevolg van het lichamelijk onvermogen. Ze zijn vaak afhankelijk van anderen en hebben minder invloed op eigen succes of mislukking. Dit leidt tot minder zelfvertrouwen.

Ook de wijze van verwerking van de handicap is van invloed op het zelfbeeld. In dit verwerkingsproces zijn verschillende fasen te onderscheiden die te vergelijken zijn met het rouwproces: ontkenning, opstandigheid, depressie en een realistische kijk op de handicap, namelijk inzien dat er nog alternatieve mogelijkheden zijn. Dechesne (1978) onderscheidt vier typen van handicapverwerking, waarbij type I verwijst naar een minimale handicapverwerking en type IV naar een optimale verwerking:

- *type I*: aanvaarding van gangbare doeleinden (handicap wordt niet als belemmering ervaren);
- *type II*: aanvaarding van gangbare doeleinden (handicap wordt wel als belemmering ervaren);
- *type III*: relativering van gangbare doeleinden (handicap wordt wel als belemmering ervaren);
- *type IV*: relativering van gangbare doeleinden (handicap wordt niet als belemmering ervaren).

Tot type I behoren de naïeven, nog niet ontwaakten. Zij zijn vooral te vinden onder de jeugdige congenitaal gehandicapten. Type II is gefrustreerd: zij willen wat

iedereen wil, maar kunnen niet wat iedereen kan. Zij komen vaak tot de conclusie: ik ben abnormaal. Vertegenwoordigers van type III zijn al verder gevorderd met de verwerking, maar voelen zich nog onwennig met betrekking tot hun handicap. Degenen die tot type IV behoren, zijn tot aanvaarding van hun handicap gekomen en beschouwen het gebrek als niet ontwaardend.

a. Invloed van het zelfbeeld van de gehandicapte op het leggen van sociale en seksuele contacten

Uit de literatuur blijkt, dat hoe minder de gehandicapte zichzelf aanvaardt, des te meer behoefte hij zal hebben aan persoonlijke contacten, maar des te minder hij in staat zal zijn om contacten te leggen.

Volgens Dechesne (1978) zijn er enige aanwijzingen, dat voor het aangaan van contacten en erotische relaties niet de handicap op zich bepalend is, maar de wijze waarop de gehandicapte zijn gebrek beleeft. Dechesne komt tot de conclusie dat degenen die tot type III en IV van de handicapverwerking behoren – zij die zich meer bevrijd hebben van de gangbare opvatting over normaliteit, huwelijk en uiterlijk – meer kans hebben om op het terrein van de seksualiteit beter te functioneren, meer kennis bezitten en hogere waardering hebben voor seksualiteit. Bij contactvaardigheid speelt niet zozeer de mate van emancipatie een rol, maar meer de zelfbeoordeling: Ik ben al dan niet een onvolwaardige. De typen II en III van de handicapverwerking zijn hier in het nadeel.

Zowel Heslinga e. a. (1972) als Knappett en Wagner (1976) geven aan, dat vaak het gevaar bestaat dat teveel dingen worden toegeschreven aan de handicap en dat men zichzelf alleen nog maar ziet als gehandicapte in plaats van bijv. als man of vrouw. Gehandicapte jongeren veronderstellen nogal eens, dat alle falen en alle afwijzingen door leeftijdgenoten te wijten zijn aan hun handicap, wat een negatief effect heeft op het zelfbeeld. Ze krijgen dan het gevoel, dat ze niets aan hun situatie kunnen doen, omdat ze alles op rekening van de handicap schrijven.

Gevoelens van minderwaardigheid vormen een psychische barrière, die mensen minder gemakkelijk toegankelijk maakt in contacten met anderen. Als gehandicapte ben je in sterkere mate afhankelijk van hulp van anderen. Afhankelijkheid is één van de oorzaken waardoor gehandicapte kinderen zich vaak een verlengstuk van hun ouders voelen en niet het idee hebben dat ze een eigen identiteit bezitten. Verder is het moeilijk om mensen die afhankelijk van je zijn, als volwassenen te behandelen (Greengross, 1978). Afhankelijkheid kan zo een belemmering vormen voor het op een volwassen manier met elkaar omgaan.

Veel van het voorafgaande geldt ook voor visueel gehandicapten. Met name, omdat het hier gaat om de sociale en psychologische belemmeringen die het ge-

handicapt zijn met zich meebrengt (het behoren tot een minderheidsgroep, lagere sociale status, het niet kunnen voldoen aan maatschappelijk belangrijke waarden). De literatuur waarin specifiek aandacht wordt besteed aan het zelfbeeld van visueel gehandicapten, is zeer schaars. Tot slot volgt nu een bespreking daarvan.

b. Het zelfbeeld van visueel gehandicapten

Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar het zelfbeeld van visueel gehandicapten en dus ook niet naar de betekenis ervan voor het aangaan van sociale en seksuele relaties. Wel is bekend dat de ontwikkeling van de seksuele identiteit bij blinden trager verloopt dan bij zienden (zie ook onder punt 2d).

Delafield (1976) heeft een literatuuronderzoek gedaan naar de betekenis van het zelfbeeld van de visueel gehandicapte voor zijn aanpassing in de maatschappij. Hij concludeert, dat blindheid op zich geen specifieke, psychologische reactie of persoonlijkheidsverandering veroorzaakt. Tevens concludeert hij, dat het zelfbeeld van centrale betekenis is vanwege zijn dominante, maar nog niet erkende invloed bij het aanpassingsproces. Welsh (1972, geciteerd in: Delafield, 1976) zegt, dat mobiliteitstraining van significante invloed is bij het bevorderen van de zelfwaardering.

Ook Heslinga (1968) stelt, dat het beheersen van zaken als: hygiëne, uiterlijke verzorging, kleding, haardracht, bijdraagt tot de zelfwaardering. Wright (1978) waarschuwt er echter voor, dat men zijn zelfwaardering daarvan niet afhankelijk moet maken. Het gevoel van eigenwaarde en psychisch evenwicht wordt door zelfredzaamheid bevorderd (Heslinga, 1970).

Karpen en Lipke (1974) suggereren, dat het eerste doel van een programma voor seksuele opvoeding moet zijn: het kind helpen om een positief en realistisch zelfbeeld te ontwikkelen. Scholl (1974) wijst erop, dat het niet kunnen doen van een aantal kindertaken het visueel gehandicapte kind als 'anders' bestempelt en dit kan bijdragen aan de devaluatie van zichzelf als persoon. Aan de andere kant kunnen familieleden, opvoeders en leeftijdgenoten sommige vaardigheden overschatten, zodat een onrealistische beoordeling van het 'zelf' wordt verkregen.

Tevens merkt Scholl (1974) op, dat er een aantal factoren zijn, die het verkrijgen van een eigen identiteit belemmeren: de onafhankelijkheid, die in de puberteit moet ontstaan, is voor visueel gehandicapten moeilijker te verkrijgen, omdat ze een gebrek hebben dat afhankelijkheid scheidt; je kunt niet zo zijn als je leeftijdgenoten, omdat je blind bent. Daarnaast maken adolescenten zich er zorgen over of zij werk zullen krijgen en of zij een geschikte partner zullen vinden.

Van Gent (1976) noemt een aantal factoren die een rol spelen bij de vorming van het zelfbeeld van visueel gehandicapten. Hij stelt, dat het zelfbeeld van de vi-

visueel gehandicapte in sterke mate bepaald wordt door hoe de visueel gehandicapte zijn eigen blindheid ervaart. Het beeld dat de blinde veelal heeft van zijn eigen blindheid, is: uiterlijke afhankelijkheid als gevolg van het niet kunnen zien. Visueel gehandicapten menen, dat zienden hen minder volwaardig, meer sociaal en minder actief vinden dan zij zichzelf vinden en dat zienden hen vaker bijzondere gaven toeschrijven dan zij aan zichzelf toeschrijven.

Pfeifer (1972) heeft een onderzoek gedaan onder blinden en slechtzienden van 12-21 jaar, waarin nagegaan werd of met een speciale empirische methode (zelfbeschrijving) typische kenmerken van het zelfbeeld naar voren kwamen. Dit bleek niet het geval te zijn. Alleen toekomstplannen werden erg weinig aangestipt. Dit is in overeenstemming met Gessner (1955, in: Pfeifer, 1972), die erop wijst dat bij visueel gehandicapten als grondstemming de idee van toekomstloosheid een rol speelt. Shamley (1974) vergeleek 50 blinden in de puberteitleeftijd met 50 zienden leeftijdgenoten. Er was geen verschil met betrekking tot agressie, seksuele attitude en gedrag en faalangst. Blinden scoorden alleen hoger op zelfacceptatie, hoewel men het tegendeel zou verwachten. Shamley geeft als verklaring, dat visueel gehandicapten in een beschermde omgeving zitten (het instituut), waardoor ze weinig met de realiteit worden geconfronteerd (zie type I van de handicapverwerking). Een andere verklaring zou kunnen zijn, dat men sociaal wenselijke antwoorden heeft gegeven.

5. Discussie

Fysieke beperkingen blijken maar zeer ten dele een beperking te vormen voor de sociale en seksuele ontwikkeling van visueel gehandicapte jongeren. Deze belemmeringen zijn eerder gelegen in onze samenleving en in de exponenten daarvan: de verschillende pedagogische milieus.

Het taboe dat in onze cultuur rust op aanraken, staat een goede seksuele voorlichting aan visueel gehandicapten in de weg en bemoeilijkt het op ongedwongen wijze contact leggen en omgaan met andere jongeren. De gezinssituatie lijkt bij uitstek geschikt om het lichamelijk contact te integreren in de omgang met elkaar, zodat ook het blinde kind leert hoe het lichaam van kinderen en volwassenen van beide seksen er uitziet. Maar het is ook van belang dat in de instituten hieraan meer aandacht wordt besteed, zowel bij overdracht van informatie als bij persoonlijke contacten.

Voor de realisering van een positief zelfbeeld is het noodzakelijk dat jonge visueel gehandicapten zich tot een zo zelfstandig mogelijk persoon ontwikkelen. En hierbij gaat het niet alleen om de fysieke onafhankelijkheid, maar evenzeer om de psychologische onafhankelijkheid: zelf initiatieven en beslissingen leren nemen, vaardigheid krijgen in het leggen van contacten en het onderhouden van

relaties, eigen normen en waarden ontwikkelen in plaats van ze klakkeloos over te nemen van de opvoeders.

Een belemmering bij dit alles is vaak de overbescherming van de opvoeders in gezin en instituut. En wat betreft de instituutssituatie is er dan nog het gebrek aan identificatiemogelijkheden, het afgeschermd zijn van de gewone maatschappij, de sociale controle en het gebrek aan intimiteit dat belemmerend werkt op de sociale en seksuele ontplooiing en stigmatisering in de hand werkt. Het behoeft daarom geen betoog, dat het aanbeveling verdient om (visueel) gehandicapte jongeren zoveel mogelijk in de gezinssituatie te laten opgroeien en het verblijf in een instituut tot een minimum te beperken.

Uit de literatuur is duidelijk geworden, dat nog nauwelijks systematisch onderzoek is gedaan naar de verschillende facetten van de seksuele ontwikkeling van visueel gehandicapte jongeren. Toch kan een dergelijk onderzoek belangrijke gegevens opleveren voor de bepaling van het instituutsbeleid op dit terrein en voor de begeleiding van de jongeren en hun opvoeders.

Literatuur

- Baker, L.D., Blindness and social behavior: a need for research. *New Outlook for the Blind*, 1973, 67 (7), p. 315-321.
- Bandsma, L., Gehandicapt, ook in de liefde? *Intermediair*, 1978, 14 (38), p. 9-17.
- Best, J.P., The relevance of normalcy. *Education of the Visually Handicapped*, 1976/1977, 8 (4), p. 115-119.
- Broeders, J.N., *Met het oog op hun toekomst: omgaan met blinde en slechtziende kinderen*. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1980.
- Cameron, H.C., Adolescent sexuality and chronic handicap. In: Crown, S. (ed.), *Psychosexual problems. Psychotherapy, counseling and behavioral modification*. London: Academic Press, 1976.
- Dalton, K., Sexual and menstrual problems in the blind. *Israel Rehabilitation Annual*, 1977, 14, p. 89-91.
- Dechesne, B.H.H., *Jeugdige gehandicapten. Seksualiteit, relaties, zelfbeeld*. Meppel: Krips Repro, 1978.
- Dechesne, B.H.H., *Lichamelijk gehandicapte jongeren. Seksualiteit, relaties, zelfbeeld*. Rotterdam: Lemniscaat, 1979.
- Delafield, G., Adjustment to blindness. *New Outlook for the Blind*, 1976, 70 (2), p. 64-68.
- Dodge, L.R., Sexuality and the blind disabled. *Sexuality and Disability*, 1979, 2 (3), p. 200-205.
- Elonen, A.S., en S.B. Zwanesteyn, Sexual trauma in young blind children. *New Outlook for the Blind*, 1975, 69 (10), p. 440-442.
- Foulke, E., en T.W. Uhde, Do blind children need sex education? *New Outlook for the Blind*, 1974, 58 (15), p. 193-209.
- Foulke, E., en T.W. Uhde, Sex education and counseling for the blind. *Medical Aspects of Human Sexuality*, April 1976, p. 51-52.
- Frenken, J., *Afkeer van seksualiteit*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.

- Geiger, R.C., en T.E. Knight, Sexuality of people with cerebral palsy. *Medical Aspects of Human Sexuality*, March 1975, p. 70-83.
- Gent, W. van, *Beeldvorming rond visueel gehandicapten*. Doctoraalscriptie in het kader van sociale psychologie, Nijmegen, 1976.
- Gillman, A.E., en A.R. Gordon, Sexual behavior in the blind. *Medical Aspects of Human Sexuality*, June 1973, p. 49-53.
- Greengross, W., *Recht op liefde*. Amsterdam: Bert Bakker, 1978.
- Heslinga, K., *Opvoeding van blinden en andere gehandicapten*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- Heslinga, K., A. Schellen en A. Verkuyl, *Wij zijn niet van steen*. Leiden: Stafleu, 1972.
- Hessmer, H., *Ergebnisse einer Umfrage zum Sexual-leben blinder Menschen*. Referaat gehouden bij studiedagen voor blindenzorg in Hedemunden, 1971.
- Holmes, R.V., The planning and implementation of a sex education program for visually handicapped children in a residential setting. *Sex Education for Visually Handicapped in Schools and Agencies. Selected papers*, 1975, p. 43-49.
- Karpen, M.L., en L.A. Lipke, Sex education as part of an agency's fourweek summer workshop for visually impaired young people. *New Outlook for the Blind*, 1974, 68 (6), p. 260-268.
- Knappett, K., en N.N. Wagner, Sex education and the blind. *Education of the Visually Handicapped*, 1976, 8 (1), p. 1-5.
- Linde, A., en J.M. Lips, De gehandicapten in de samenleving. *Trefpunt*, dec. 1970, p. 457-459.
- Naerssen, L. van, De rol van het uiterlijk. In: Haan, H. de, en Wolk, E. van de (red.), *De problematische liefde*. Amsterdam: Intermediair, 1979.
- Pfeiffer, H., Untersuchungen des Selbstbildes sehgeschädigter Jugendlicher. *Heilpädagogik*, 1972, 4 (3), p. 266-272.
- Robinault, I.P., *Sex, society and the disabled. A developmental inquiry into roles, reactions and responsibilities*. New York: Harper and Row, 1978.
- Scholl, G.T., The psychosocial effects of blindness: implications for program planning in sex education. *New Outlook for the Blind*, 1974, 68 (5).
- Selvin, H.C., Sexuality among the visually handicapped: a beginning. *Sexuality and Disability*, 1979, 2 (3), p. 192-199.
- Shamley, D.A.F., The personality dynamics of blind and sighted adolescents. *Journal of Behavioral Science*, 1974, 2 (2), p. 73-80.
- Torbett, D.S., A humanistic and futuristic approach to sex education for blind children. *New Outlook for the Blind*, 1974, 68 (5), p. 210-215.
- Verkuyl, A., *Gehavend en wel. Psycho-sociale aspecten van revalidatie*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1977.
- Vogel, D.S., en M.J. Muxen, A sex education program for congenitally blind adults in a rehabilitation center setting. *New Outlook for the Blind*, 1976, 70 (3), p. 104-108.
- Weelden, J. van, *Blinde kinderen: benadering van een pedagogisch vraagstuk*. Groningen: J.W. Wolters, 1961.
- Welbourne, A., A comparison of the sexual learning experience of visually impaired and sighted women. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, June 1983, p. 256-259.

Summary: zie p. 104.