

Seksueel en psychisch functioneren bij adolescente vrouwen met een
eenmalige ervaring met seksueel geweld

Hanske Jonker

3153258

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

Februari 2012

Begeleidend docente Universiteit Utrecht: mevrouw prof. dr. E.M. Woertman

Begeleidende onderzoekers Wilhelmina Kinderziekenhuis: mevrouw drs. I.A.E. Bicanic

mevrouw drs. R. M. Postma



Universiteit Utrecht



**Universitair Medisch Centrum
Utrecht**

Voorwoord

Deze thesis heb ik geschreven in het kader van mijn master Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Het onderzoek voor het Psychotraumacentrum in het Wilhelmina Kinderziekenhuis trok direct mijn aandacht. Ik ben dan ook blij dat ik de kans heb gekregen hier mijn thesis te schrijven. In de afgelopen maanden heb ik veel geleerd. Niet alleen over het onderwerp van mijn thesis, maar vooral over het doen van onderzoek en alles wat hierbij komt kijken. Met een tevreden gevoel kijk ik naar het eindresultaat.

Er is een aantal mensen dat een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan mijn thesis, en welke ik graag wil bedanken. Allereerst wil ik Liesbeth Woertman, hoogleraar aan de Universiteit Utrecht, bedanken voor haar kritische blik en het stimuleren van mijn eigen wetenschappelijk denken en werken. Ik heb veel aan haar begeleiding gehad. Ook zou ik graag Riemke Postma, onderzoeker bij het Psychotraumacentrum, willen bedanken voor de fijne samenwerking. Haar enthousiasme en doorzettingsvermogen werkten aanstekelijk. Ik hoop dat zij haar onderzoek met goed resultaat zal afronden. Iva Bicanic, GZ Psycholoog en onderzoeker bij het Psychotraumacentrum, heeft me eveneens zeer prettig begeleid, waarbij ik veel bewondering heb gekregen voor haar grote inzet en passie voor het werk dat ze doet. Hierbij heeft zij goed oog voor de ondersteuning die anderen mogelijk nodig hebben. Tot slot wil ik graag mijn naaste omgeving bedanken voor het luisteren naar mijn verhalen, het meedenken over ingewikkelde vragen en het doornemen van mijn concepten, maar vooral voor de ondersteuning.

Ik hoop dat u plezier beleeft aan het lezen van deze thesis.

Hanske Jonker

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Summary	6
Inleiding	7
Seksueel functioneren	8
<i>Seksueel verlangen</i>	8
<i>Seksuele opwinding</i>	9
<i>Orgasme</i>	10
<i>Pijn</i>	10
<i>Lubricatie</i>	10
<i>Tevredenheid</i>	11
<i>Conclusie</i>	12
Psychisch functioneren	12
<i>Conclusie</i>	13
Huidig onderzoek	14
Methoden	15
Respondenten	15
Procedure	16
Meetinstrumenten	17
<i>Seksueel functioneren</i>	17
<i>Psychisch functioneren</i>	17
Statistische analyses	18
<i>Seksueel functioneren</i>	18
<i>Psychisch functioneren</i>	18
<i>Verband seksueel en psychisch functioneren</i>	18

Data analyse	19
<i>Factoranalyse FSFI</i>	19
<i>Betrouwbaarheidsanalyse FSFI</i>	20
Resultaten	20
Seksueel functioneren	21
Psychisch functioneren	23
Verband seksueel en psychisch functioneren	25
Discussie	25
Betekenis resultaten voor de praktijk	26
Kanttekeningen bij dit onderzoek	27
Aandachtspunten voor vervolgonderzoek	28
Referenties	29

Samenvatting

Inleiding. Seksueel geweld is een delict dat overal ter wereld voorkomt, met name onder meisjes tussen de 12 en 24 jaar oud. Seksueel geweld kan leiden tot seksueel disfunctioneren. Uit de huidige literatuur komt naar voren dat er problemen kunnen optreden met betrekking tot verlangen, opwinding, orgasme, pijn en tevredenheid. Seksueel geweld kan eveneens leiden tot psychisch disfunctioneren, zoals suïcidepogingen, posttraumatische stress stoornis, angststoornissen, eetstoornissen, slaapstoornissen en depressie. In dit onderzoek is onderzocht wat het verband is tussen seksueel geweld en seksueel en psychisch functioneren bij adolescente vrouwen. *Methoden.* Er hebben 37 slachtoffers van seksueel geweld meegewerkt aan dit onderzoek, welke (oud-)patiënten zijn van het Landelijk Psychotraumacentrum, gevestigd in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. De controlegroep bestaat uit 80 vrouwen, welke studeren aan het HBO Zeeland of aan de Universiteit Utrecht. Beide groepen hebben een inleidende vragenlijst over seksueel gedrag ingevuld. Seksueel functioneren is gemeten aan de hand van de Female Sexual Function Index (FSFI). Er is een factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd op de FSFI. Psychisch functioneren is gemeten aan de hand van de Symptom Checklist (SCL-90). *Resultaten.* Slachtoffers van seksueel geweld rapporteren significant meer seksueel en psychisch disfunctioneren dan controlerespondenten. Er is een significant verband tussen seksueel en psychisch functioneren. Slachtoffers van seksueel geweld verschillen onderling op sommige schalen significant op basis van de variabelen bekendheid van de dader, type trauma (aanranding of verkrachting) en eerdere positieve ervaringen met seks. *Discussie.* Uit dit onderzoek komt naar voren dat er een significant verband is tussen seksueel geweld en seksueel en psychisch (dis)functioneren. Er komt echter niet een duidelijk beeld naar voren over het domein van seksueel functioneren waarop de klachten het sterkst zijn. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de keuze van het meetinstrument. De FSFI blijkt binnen deze respondentengroep niet duidelijk zes domeinen te meten. Daarnaast kunnen resultaten voor respondenten die niet seksueel actief zijn geweest, niet worden meegerekend. Voor vervolgonderzoek wordt geadviseerd om kritisch na te denken over het meetinstrument en een grotere en minder specifieke onderzoeksgroep te werven.

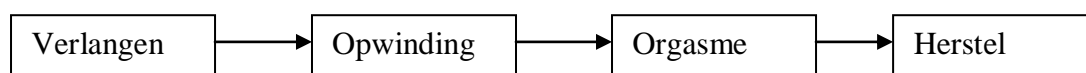
Summary

Introduction. Sexual assault is a crime which occurs all over the world, especially to girls between the age of 12 to 24 years. Sexual assault can cause sexual dysfunctioning. Current literature shows that it causes dysfunctioning in sexual desire, arousal, orgasm, pain and satisfaction. Sexual assault can also cause psychological dysfunctioning, such as suicide attempts, posttraumatic stress disorder, anxiety disorders, eating disorders, sleeping disorders and depression. This study investigated the relationship between sexual assault and sexual and psychological functioning in adolescent women. *Methods.* 37 victims of sexual assault have participated in this research, who are (ex-)patients of the National Psychotraumacentre, which is based in the Wilhelmina Child hospital. The control group consists of 80 women, who study at the HBO of Zeeland or at the University of Utrecht. Both groups filled in an introductory questionnaire, including questions about sexual behavior. Sexual functioning was measured by the Female Sexual Function Index (FSFI). The FSFI has been tested on psychometric properties by a factor analysis and a reliability analysis. Psychological functioning was measured by the Symptom Checklist (SCL-90). *Results.* Victims of sexual assault report significantly more sexual and psychological dysfunctioning than controls. Sexual functioning has a significant correlation with psychological functioning. Victims of sexual assault differed significantly within group at some scales based on perpetrator (known/unknown), type trauma (penetration or no penetration) and previous positive sexual experiences. *Discussion.* This study shows that sexual assault relates to sexual and psychological (dys)functioning. However, it's not clear which domain of sexual functioning is affected the most by sexual assault. This is probably due to the used questionnaire. The FSFI doesn't seem to measure six domains of sexual functioning within this research group. Besides that, results of respondents who haven't been sexually active within the past four weeks, couldn't be included. Recommended for future research is to reconsider the used questionnaire and to recruit a larger and less specific research group.

Inleiding

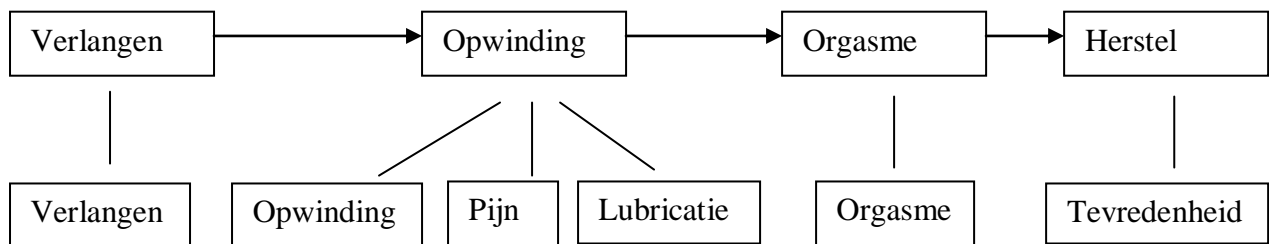
Seksueel geweld is een delict dat overal ter wereld voorkomt. Onder seksueel geweld wordt verstaan het tegen de zin binnendringen van een lichaamsopening (oraal, anaal, vaginaal) door een lichaamsdeel of object. Ook de poging hiertoe (aanranding) valt hieronder, evenals het gedwongen uitvoeren van seksuele handelingen bij de dader (Tjaden & Thoennes, 2006). De lifetime prevalentie van een voltooide verkrachting onder vrouwen is 17,6% in de Verenigde Staten (Weaver, 2009). Het risico op seksueel geweld is vier keer zo groot bij adolescente meisjes tussen de 12 en 24 jaar als bij meisjes jonger dan 12 jaar en vrouwen ouder dan 24 jaar (Danielson & Holmes, 2004). Uit grootschalig onderzoek (N=1054) van Draijer (1990) is naar voren gekomen dat 33,7% van de vrouwen in Nederland voor het zestiende levensjaar een ongewenste seksuele ervaring of meerdere ongewenste seksuele ervaringen heeft gehad. In 47% van deze gevallen ging het om een verkrachting of een poging daartoe. Uit later grootschalig onderzoek van de Rutgers Nisso Groep (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005) kwam naar voren dat 17,8% van de Nederlandse vrouwen voor het vierentwintigste levensjaar een ongewenste seksuele ervaring heeft gehad. Het is mogelijk dat dit percentage lager ligt, omdat seksueel geweld minder vaak voorkomt dan ruim twintig jaar geleden. Echter, bij het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep werd slechts één vraag gesteld over seksueel geweld. Hierdoor kan dit percentage een onderschatting zijn van het werkelijke percentage (De Graaf et al., 2005).

Het meemaken van een verkrachting kan gevolgen hebben voor het leven van het slachtoffer. Uit de huidige literatuur komt naar voren dat er problemen kunnen optreden met betrekking tot seksueel functioneren. De DSM IV-TR (APA, 2000) onderscheidt vier vormen van seksuele disfuncties; stoornissen in het seksueel verlangen, seksuele opwindingsstoornissen, orgasmestoornissen en seksuele pijnstoornissen. Deze stoornissen zijn gebaseerd op de seksuele responscyclus van Masters en Johnson (1966, zoals geciteerd in Gijs et al., 2004), welke is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: *De seksuele responscyclus.*

Er zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld om seksueel functioneren te meten. De Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson & D'Agostino, 2000) maakt gebruik van de seksuele responscyclus en voegt hier de domeinen tevredenheid en lubricatie aan toe. In figuur 2 is weergegeven hoe de seksuele responscyclus zich verhoudt tot de domeinen van de FSFI.



Figuur 2: De seksuele responscyclus in verhouding tot FSFI domeinen.

Seksueel geweld kan eveneens leiden tot psychische problemen. De meest genoemde stoornissen volgend op seksueel geweld zijn posttraumatische stress stoornis (PTSS), depressie, slaapproblemen, eetstoornissen en angststoornissen (Chen et al., 2010; Elklit & Christiansen, 2011; Faravelli et al., 2004; Kessler et al., 1995). Ook suïcidepogingen komen veel voor onder slachtoffers van seksueel geweld (Chen et al., 2010).

Omdat met name onderzoek is verricht naar seksueel functioneren dan wel psychisch functioneren na seksueel geweld, zal ook in deze thesis onderscheid worden gemaakt tussen seksuele gevolgen en psychische gevolgen van seksueel geweld. Dit onderscheid sluit echter niet uit dat seksueel functioneren samenhangt met psychisch functioneren.

Seksueel functioneren

De invloed van seksueel geweld op seksueel functioneren zal aan de hand van de zes domeinen van de FSFI worden besproken.

Seksueel verlangen

Uit het review van Van Berlo en Ensink (2001) komt naar voren dat slachtoffers van seksueel geweld een groter risico lopen op seksueel disfunctioneren dan controlerespondenten. Voor deze review zijn 17 artikelen, verschenen tussen 1979 en 2001, geselecteerd en bestudeerd. Uit afname van de Sexual Arousal Inventory onder 83

slachtoffers van verkrachting en incest blijkt dat 57% van de respondenten last had van seksueel disfunctioneren (Becker, Skinner, Abel & Treacy, 1982, zoals geciteerd in Van Berlo & Ensink, 2001). Hiervan gaf 70% aan dat deze problemen ontstaan zijn na het seksueel geweld. De meerderheid van de klachten betrof disfunctioneren in seksueel verlangen. Dit kwam met name voor bij slachtoffers van verkrachting, waarbij sprake was van penetratie. In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Ook uit het review van Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum en Luria (2010) komt naar voren dat seksueel geweld kan leiden tot klachten omtrent seksueel verlangen. In deze review worden studies naar seksueel disfunctioneren vanaf 2003 besproken. Tot slot komt uit onderzoek van Rellini en Meston (2007) onder 27 slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd en 22 controlerespondenten naar voren dat slachtoffers van seksueel geweld een verlaagd seksueel verlangen hebben; slachtoffers scoorden significant lager op het domein verlangen van de FSFI dan controlerespondenten ($p < .05$). Dit betekent dat zij minder seksueel verlangen rapporteren.

Seksuele opwindingsproblemen

Al ruime tijd geleden is uit onderzoek van Becker, Skinner, Abel en Cichon (1986) gebleken dat er sprake is van opwindingsproblemen ($p < .05$) bij slachtoffers van seksueel geweld ($N=471$). Ook uit recenter onderzoek van Rellini en Meston (2006) blijkt dat vrouwen met een verleden van seksueel geweld in de kindertijd significant meer seksuele problemen rapporteren op de FSFI dan controlerespondenten. In deze studie was sprake van een respondentengroep met PTSS na seksueel geweld ($N=10$), een respondentengroep zonder PTSS na seksueel geweld ($N=8$) en een controlegroep ($N=10$). Er bleek een significant verschil tussen de PTSS-groep en de controlegroep op de totaalschaal van de FSFI ($p=.05$) en op het domein opwindingsproblemen ($p=.05$) te zijn. Op de andere schalen van de FSFI zijn geen significante verschillen gevonden. Ook zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de PTSS groep en de groep slachtoffers van seksueel geweld zonder PTSS. De omvang van de onderzoeksgroep was niet erg groot ($N=28$), wat de resultaten weinig generaliseerbaar maakt. Uit later onderzoek van Rellini en Meston (2007) onder 27 slachtoffers van seksueel geweld en 22 controlerespondenten komt eveneens een significant verschil op het domein opwindingsproblemen van de FSFI naar voren ($p < .05$). Het meest recente onderzoek van Rellini en Meston (2011) laat opnieuw zien dat vrouwen met een verleden van seksueel geweld in de kindertijd ($N=48$) significant lager scoren ($p=.05$) op

het domein opwinding van de FSFI dan controlerespondenten (N=48). De omvang van deze studie was aanzienlijk groter (N=96), wat het onderzoek een grotere mate van generaliseerbaarheid geeft.

Orgasme

In het review van Leonard en Follette (2002) zijn 59 artikelen bestudeerd, verschenen tussen 1982 en 2002, met betrekking tot seksueel functioneren na verkrachting in de kindertijd. Er worden verschillende onderzoeken besproken waaruit blijkt dat er sprake is van disfunctioneren met betrekking tot orgasme (Becker, Skinner, Abel, Axelrod & Cichon, 1984; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever & Habif, 1990; Jehu, 1988; Sarwer & Durlak, 1996; Westerlund, 1992; zoals geciteerd in Leonard & Follette, 2002). In deze onderzoeken is gebruikgemaakt van (semi-)gestructureerde interviews of van zelfrapportage. Bij de onderzoeken van Becker et al. (1984), Jackson et al. (1990) en Sarwer en Durlak (1996) was er sprake van een controlegroep. Ook uit Zweeds onderzoek (Öberg et al., 2002) onder 128 slachtoffers van seksueel geweld en 943 controlerespondenten komt naar voren dat de meerderheid van de slachtoffers (66,5%) tenminste één seksuele disfunctie rapporteert. Dit is significant meer dan controlerespondenten ($p < .001$). De problemen doen zich met name voor op het gebied van orgasme ($p < .001$).

Pijn

Uit grootschalig onderzoek (N=3205) in de Verenigde Staten is naar voren gekomen dat slachtoffers van seksueel geweld twee keer zoveel risico lopen op seksueel disfunctioneren ($p < .01$) als controlerespondenten (Lutfey et al., 2008). Slachtoffers van seksueel geweld scoren op de FSFI (Rosen et al., 2000) significant lager op het domein pijn dan controlerespondenten ($p < .01$), wat betekent dat slachtoffers meer pijn ervaren tijdens seks.

Lubricatie

In de huidige literatuur wordt niet gesproken over een significant verband tussen seksueel geweld en disfunctioneren met betrekking tot lubricatie.

Tevredenheid

Al ruime tijd geleden is uit het review van Steketee en Foa (1987) naar voren gekomen dat slachtoffers van seksueel geweld minder tevreden zijn over hun seksleven na de verkrachting dan voorheen. Ook in het review van Van Berlo en Ensink (2001) wordt onderzoek aangehaald (Feldman-Summers, Gordon & Meagher, 1979; Norris & Feldman-Summers, 1981; Orlando & Koss, 1983, zoals geciteerd in Van Berlo & Ensink, 2001) waarin naar voren komt dat slachtoffers van seksueel geweld minder tevreden zijn over hun seksleven dan controlerespondenten, met name over de verkrachtingsgerelateerde handelingen. Echter, de onderzoeksgroepen in deze studies waren niet erg groot. Ook recent onderzoek (Lutfey et al., 2008) laat zien dat slachtoffers van seksueel geweld significant lager scoren op het domein tevredenheid van de FSFI dan controlerespondenten ($p < .001$), wat erop duidt dat zij minder tevreden zijn over hun seksleven. Rellini en Meston (2007) vonden eveneens significante verschillen op het FSFI-domein tevredenheid ($p < .05$).

Uit onderzoek van Najman et al. (2005) kwam daarentegen naar voren dat er geen significant verschil was tussen onderzoeksrespondenten en de controlegroep op tevredenheid over het seksleven. In totaal werkten 1793 respondenten mee aan dit onderzoek, waarbij verschillende vragenlijsten zijn afgenomen. Ook in het review van Leonard en Follette (2002) worden wisselende resultaten beschreven met betrekking tot tevredenheid (Alexander & Luper, 1987; Greenwald, Leitenberg, Cado en Tarran, 1990; zoals geciteerd in Leonard & Follette, 2002). In deze twee onderzoeken werden geen significante verschillen gevonden tussen slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd en controlerespondenten op tevredenheid, waarbij gebruik werd gemaakt van zelfrapportages. Drie onderzoeken (Gold, 1986; Jackson, Calhoun, Amick, Maddever & Habif, 1990; Tsai, Feldman-Summers & Edgars; zoals geciteerd in Leonard & Follette, 2002) lieten daarentegen zien dat slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd significant minder tevreden waren over hun seksleven dan controlerespondenten. Twee andere onderzoeken (Jehu, 1988; Westerlund, 1992; zoals geciteerd in Leonard & Follette, 2002) maakten geen gebruik van een controlegroep, maar vonden eveneens dat de meerderheid van de slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd niet tevreden is over het seksleven.

Conclusie

Seksueel geweld kan leiden tot seksueel disfunctioneren, zoals verminderd verlangen, verminderde opwinding, moeite met het krijgen van een orgasme en pijn tijdens geslachtsgemeenschap. Verschillende onderzoeken laten significante verschillen zien tussen slachtoffers van seksueel geweld en controlerespondenten.

Het is echter niet duidelijk wat de ernst is van de klachten met betrekking tot seksueel disfunctioneren. Ook is er nog geen consensus over op welk domein de klachten het sterkst zijn en op welk domein de minste klachten voorkomen. In de huidige literatuur is gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksmethoden en verschillende soorten onderzoeksgroepen (misbruik in de kindertijd of op volwassen leeftijd, mannen of vrouwen). Daarnaast is niet altijd gebruikgemaakt van een controlegroep. Dit maakt het moeilijker om uitspraken te doen voor het huidig onderzoek. Het meemaken van seksueel geweld kan eveneens voorspellend zijn voor andere problemen, zoals psychisch disfunctioneren.

Psychisch functioneren

Seksueel geweld kan ook leiden tot psychische problemen. Uit de meta-analyse van Chen et al. (2010) komt naar voren dat seksueel geweld een voorspeller is van een life-time prevalentie van verschillende stoornissen. Voor deze meta-analyse zijn 37 artikelen gebruikt, waarvan 17 met een respondentengroep en controlegroep en 20 cohort studies. Het meest voorkomende gevolg van seksueel geweld zijn suïcide pogingen (19 artikelen, $p=.001$). Suïcide pogingen kunnen onderdeel uitmaken van verschillende psychische stoornissen. Verder is seksueel geweld een voorspeller van depressie (16 artikelen, $p=.001$), eetstoornissen (11 artikelen, $p=.001$), angststoornissen (8 artikelen, $p=.001$), PTSS (3 artikelen, $p=.001$) en slaapstoornissen (1 artikel, $p=.01$). Chen et al. (2010) maken onderscheid tussen penetratie en andere vormen van seksueel geweld, zoals aanranding. Penetratie heeft een sterker verband met depressie (2 artikelen), eetstoornissen (1 artikel) en PTSS (1 artikel) dan andere vormen van seksueel geweld (Chen et al., 2010). Dit duidt erop dat deze stoornissen vaker voorkomen naarmate de ernst van het seksueel geweld toeneemt.

Ook uit Italiaans onderzoek komt naar voren dat er een verband is tussen verkrachting en psychische problemen (Faravelli et al., 2004). Hierbij zijn slachtoffers van seksueel geweld vier tot negen maanden na de verkrachting geïnterviewd. 95% van hen voldeed aan de criteria voor een posttraumatische stress stoornis ($p < .001$), 75% voor een depressie ($p < .02$) en 53% voor een eetstoornis ($p < .001$). Kanttekeningen bij dit onderzoek zijn dat de onderzoeksgroep niet erg groot is ($N=40$) en dat de slachtoffers in dit onderzoek waren doorverwezen naar een centrum voor hulp na seksueel geweld. Deze slachtoffers zullen op basis van een hoog klachtenniveau zijn doorverwezen, wat de kans op constatering van psychische stoornissen groter maakt. Dit kan een vertekend beeld geven.

Bij verkrachting is er sprake van een traumatische ervaring die kan leiden tot psychische klachten. Hoewel er verschillende klachten kunnen ontstaan, zoals depressie, eetstoornissen en angststoornissen (Chen et al., 2010; Faravelli et al., 2004), is PTSS de enige stoornis, waarbij een oorzakelijke rol is weggelegd voor het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Uit onderzoek van Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes en Nelson (1995) onder 5877 respondenten is gebleken dat de life-time prevalentie van PTSS 7,8% is in de VS. Dit percentage is aanzienlijk hoger onder slachtoffers van seksueel geweld, namelijk 45,9%. Ook uit onderzoek van Elklit en Christiansen (2010) komt naar voren dat 45% van de slachtoffers van seksueel geweld met PTSS gediagnosticeerd kan worden. Aan dit onderzoek hebben 148 respondenten meegewerkt. Er was geen controlegroep. Een belangrijke kanttekening bij dit onderzoek is dat alle respondenten hulp zochten voor klachten na de verkrachting bij een centrum voor verkrachtingsslachtoffers in Denemarken. Dit maakt de kans op constatering van psychische stoornissen groter en kan daardoor een vertekend beeld geven.

Conclusie

Het meemaken van seksueel geweld kan voorspellend zijn voor psychische problemen, hoewel dit niet geldt voor alle slachtoffers. Er zijn diverse psychische stoornissen waarop seksueel geweld een significante invloed heeft, zoals depressie, eetstoornissen en angststoornissen. PTSS is echter de enige stoornis waarbij een oorzakelijke rol is weggelegd voor het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Het is dan ook niet verwonderlijk dat hierop vaak de nadruk ligt, zowel in de literatuur als in de praktijk.

Huidig onderzoek

Met het huidige onderzoek wordt getracht te achterhalen wat het verband is tussen seksueel geweld en seksueel en psychisch functioneren bij adolescente vrouwen. De nadruk in dit onderzoek zal liggen op seksueel functioneren. Ook zal worden gekeken naar de samenhang tussen seksueel functioneren en psychisch functioneren.

Tot op heden is er geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het verband tussen eenmalig seksueel geweld tijdens de adolescentie en seksueel en psychisch functioneren. Met de informatie uit deze thesis kan meer inzicht ontstaan in de problematiek na seksueel geweld. Met dit inzicht kan de psychische hulpverlening worden verbeterd. De resultaten zijn met name belangrijk omdat seksueel geweld zich vaak voordoet bij adolescente vrouwen (Danielson & Holmes, 2004) en omdat jonge leeftijd bij slachtoffers van seksueel geweld samenhangt met het ontstaan van seksuele problemen (Van Berlo & Ensink, 2001). Het huidig onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek dat wordt uitgevoerd in het Landelijk Psychotraumacentrum, gevestigd in het Wilhelmina Kinderziekenhuis.

Deze thesis zal de volgende onderzoeksvraag beantwoorden: ‘Wat is het verband tussen eenmalig seksueel geweld tijdens de adolescentie en seksueel functioneren?’. De resultaten van de slachtoffers van seksueel geweld zullen worden vergeleken met een controlegroep. De groep slachtoffers van seksueel geweld zal in de rest van deze thesis worden aangeduid met ‘onderzoeksgroep’. In deze thesis zullen de volgende deelvragen worden beantwoord:

- Wat is het verband tussen eenmalig seksueel geweld tijdens de adolescentie en psychisch functioneren?
- Wat is de samenhang tussen psychisch en seksueel disfunctioneren?

De hypothesen bij dit onderzoek zijn de volgende:

- De onderzoeksgroep rapporteert in grotere mate seksueel disfunctioneren dan de controlegroep.
- De onderzoeksgroep rapporteert in grotere mate psychisch disfunctioneren dan de controlegroep.

- Er is een samenhang tussen seksueel disfunctioneren en psychisch disfunctioneren.

Ook binnen de onderzoeksgroep zullen respondenten met elkaar worden vergeleken op basis van drie variabelen. Er zal worden gekeken of eerdere positieve ervaringen met seks invloed hebben op het seksueel en psychisch functioneren na seksueel geweld. Wanneer er geen eerdere positieve ervaringen zijn geweest, kan de verkrachting een priming effect hebben voor volgende seksuele ervaringen (Aronson, Wilson & Akert, 2010). Ook zal worden gekeken of er verschil is in seksueel en psychisch functioneren op basis van het meegemaakte trauma (aanranding of penetratie). Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat er bij penetratie sterkere gevolgen zijn op het gebied van seksueel functioneren (Van Berlo & Ensink, 2000) en psychisch functioneren (Chen et al., 2010). Tot slot zal worden gekeken of de bekendheid van de dader invloed heeft op het seksueel en psychisch functioneren. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat hoe dichter de dader bij het slachtoffer staat, des te sterker de gevolgen op seksueel functioneren zijn (Gijs et al., 2004). Voor de vergelijkingen binnen de onderzoeksgroep gelden de volgende hypothesen:

- Slachtoffers die geen eerdere positieve ervaringen hadden met seks rapporteren in grotere mate seksueel en psychisch disfunctioneren.
- Slachtoffers waarbij penetratie heeft plaatsgevonden rapporteren in grotere mate seksueel en psychisch disfunctioneren.
- Slachtoffers met een bekende dader rapporteren in grotere mate seksueel en psychisch disfunctioneren.

Methoden

Respondenten

Voor dit onderzoek zijn 208 adolescente vrouwen benaderd, met een eenmalige ervaring met verkrachting op adolescentie leeftijd. De respondenten zijn tussen 2006 en 2011 bij het Landelijk Psychotraumacentrum aangemeld voor posttraumatische klachten veroorzaakt door de verkrachting. Dit centrum bevindt zich in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht en biedt psychologische hulpverlening aan kinderen en jongeren tot 25 jaar, die lijden onder de gevolgen van een eenmalige traumatische

gebeurtenis. De respondenten van dit onderzoek zijn tussen de 18 en 25 jaar oud. Deze onderzoeksgroep is niet geheel representatief voor alle adolescente slachtoffers van seksueel geweld, omdat deze groep uitsluitend bestaat uit slachtoffers die professionele hulp hebben gezocht voor PTSS na seksueel geweld.

De controlegroep bestaat uit studentes van een HBO opleiding in Zeeland en de Universiteit Utrecht. Hiermee is getracht een controlegroep van vergelijkbare grootte te vinden met ongeveer dezelfde gemiddelde leeftijd en opleidingsniveau. Bij ontvangst van de vragenlijsten van de controlegroep bleken 12 respondenten slachtoffer te zijn geweest van seksueel geweld. Hun resultaten zijn niet opgenomen in deze thesis. Zij passen niet binnen de controlegroep, omdat zij slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld. Ook passen ze niet binnen de onderzoeksgroep, omdat niet bekend is wanneer het seksueel geweld heeft plaatsgevonden; wanneer dit eerder dan de adolescentie is geweest, passen zij niet binnen dit onderzoek. In tabel 1 is te zien hoe de dataverzameling is verlopen. De dataverzameling wordt binnen het Psychotraumacentrum voortgezet op het moment van het schrijven van deze thesis.

Tabel 1. Dataverzameling bij onderzoeksgroep en controlegroep.

	Onderzoeksgroep (N=208)		Controlegroep (N=140)	
	In	%	In	%
Toestemming	63	30,3	140	100
Niet bereikt	113	54,3	0	0
Geen toestemming	32	15,4	0	0
Vragenlijsten geretourneerd	37	17,8	99	70,7
Uitgesloten van onderzoek ^a	0	0	19	13,6
Totaal aantal respondenten	37	17,8	80	57,1

^a Respondenten zijn uitgesloten van het onderzoek wanneer zij een controlerespondent waren met ervaring met verkrachting, het informed consent formulier niet/niet goed hadden ingevuld of te oud bleken te zijn voor dit onderzoek.

Procedure

De onderzoeksgroep is in december 2011 en januari 2012 telefonisch benaderd. Hierbij is gevraagd om toestemming voor het toesturen van een informatiebrief over het onderzoek. Bij toestemming is de informatiebrief direct verstuurd en is twee weken later opnieuw telefonisch contact opgenomen over deelname aan het onderzoek. Wanneer de

respondent instemde met deelname, kreeg zij een informed consent formulier, de vragenlijsten en een retourenvelop per post toegestuurd.

Meetinstrumenten

Er is gebruikgemaakt van vragenlijsten om seksueel en psychisch functioneren te meten. Hiermee wordt ook in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen seksueel en psychisch functioneren. Daarnaast is gebruikgemaakt van een inleidende vragenlijst. Deze vragenlijst betreft biografische gegevens, zoals opleidingsniveau, woonsituatie en religie en gaat kort in op huidig seksueel gedrag. Dit is gemeten door zes vragen met dichotome antwoordmogelijkheden, betreffende seksuele oriëntatie, verlangen, verliefdheid, kussen, knuffelen, masturbatie en seksuele activiteit. De controlegroep heeft daarnaast een vragenlijst 'Meegemaakte gebeurtenissen' ingevuld. Het meemaken van traumatische gebeurtenissen is gemeten door tien vragen met dichotome antwoordmogelijkheden. Deze vragenlijst is afgenomen om controlerespondenten, die slachtoffer zijn geweest van seksueel geweld, uit de controlegroep te verwijderen.

Seksueel functioneren

Seksueel functioneren is gemeten aan de hand van de Female Sexual Function Index (Rosen et al., 2000). De Nederlandse vertaling van deze test is gebruikt. De validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de FSFI zijn als voldoende tot goed beoordeeld (Ter Kuile, Brauer & Laan, 2006). Deze vragenlijst bestaat uit 19 vragen over seksueel functioneren, te scoren op een Likert-antwoordschaal. De totaalscore meet de mate van seksueel functioneren. De FSFI is opgebouwd uit zes domeinen; verlangen, opwinding, lubricatie, orgasme, bevrediging en pijn.

Psychisch functioneren

Psychisch functioneren is gemeten aan de hand van de SCL-90 (Symptom Checklist). De Nederlandse vertaling van deze test is gebruikt (Arrindell & Ettema, 1986). De validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de SCL-90 zijn als goed beoordeeld (Evers, Van Vliet- Mulder & Groot, 2000). Deze vragenlijst bestaat uit 90 stellingen over psychische klachten, te scoren op een Likert-antwoordschaal. De totaalscore meet de mate van psychoneuroticisme. De SCL-90 bestaat uit de volgende

schalen; agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensibiliteit, hostiliteit, slaapproblemen en overige klachten.

Statistische analyses

De scores zijn ingevoerd in het programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). De onderzoeksgroep en controlegroep zijn met elkaar vergeleken op de inleidende vragen over seksueel gedrag aan de hand van een χ^2 toets. Binnen de onderzoeksgroep zijn respondenten aan de hand van een χ^2 toets vergeleken op basis van de variabelen eerdere positieve seksuele ervaringen, bekendheid dader en type trauma.

Seksueel functioneren

Er is getoetst of de scores op de FSFI normaalverdeeld zijn. Ook is gecontroleerd of er sprake is van homogeniteit van variantie. Vervolgens zijn de scores van de onderzoeksgroep en de controlegroep aan de hand van onafhankelijke T-toetsen met elkaar vergeleken. Binnen de onderzoeksgroep zijn respondenten aan de hand van een χ^2 toets vergeleken op basis van de variabelen eerdere positieve seksuele ervaringen, bekendheid dader en type trauma.

Psychisch functioneren

Er is getoetst of de scores op de SCL-90 normaalverdeeld zijn. Ook is gecontroleerd of er sprake is van homogeniteit van variantie. Vervolgens zijn de scores van de onderzoeksgroep en de controlegroep aan de hand van onafhankelijke T-toetsen met elkaar vergeleken. Binnen de onderzoeksgroep zijn respondenten aan de hand van een χ^2 toets vergeleken op basis van de variabelen eerdere positieve seksuele ervaringen, bekendheid dader en type trauma.

Verband seksueel en psychisch functioneren

Er is gemeten of er een samenhang is tussen de score op de SCL-90 en de score op de FSFI door het berekenen van de correlatie tussen de totaalscore op de FSFI en de totaalscore op de SCL-90. Vervolgens zijn de correlaties tussen de subschalen van de FSFI en de SCL-90 berekend.

Data analyse

Omdat de FSFI nog niet bij deze leeftijdsgroep is getest op psychometrische eigenschappen is eerst een factoranalyse uitgevoerd. Er is vervolgens een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd.

Factoranalyse FSFI

Uit de factoranalyse komt naar voren dat er drie factoren worden gemeten met de FSFI in plaats van zes (tabel 2). Het domein pijn is het enige domein dat ook in de factoranalyse als factor wordt herkend (factor 3). De twee items van het domein verlangen vormen samen met twee items van het domein tevredenheid factor 2. De overige items vormen factor 1.

Tabel 2. Resultaten factoranalyse (patroon matrix) FSFI.

Item	Factoren		
	1	2	3
8 Lubricatie: moeite	.932		
12 Orgasme: moeite	.926		
7 Lubricatie: frequentie	.891		
4 Opwinding: mate	.877		
13 Orgasme: tevredenheid	.867		
9 Lubricatie: frequentie van nat blijven	.84		
11 Orgasme: frequentie	.836		
10 Lubricatie: moeite met nat blijven	.819		
3 Opwinding: frequentie	.805		
6 Opwinding: tevredenheid	.804		
5 Opwinding: vertrouwen	.779		
14 Tevredenheid: met mate van nabijheid partner	.746		
15 Tevredenheid: met seksuele relatie		.92	
16 Tevredenheid: met seksleven in het algemeen		.81	
2 Verlangen: mate		.675	
1 Verlangen: frequentie		.475	
18 Pijn: frequentie na vaginale penetratie			.885
19 Pijn: mate van gedurende of na vaginale penetratie			.874
17 Pijn: frequentie gedurende vaginale penetratie			.858

Betrouwbaarheidsanalyse FSFI

Er is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd op de FSFI (tabel 3). Hieruit komt naar voren dat de betrouwbaarheid van de FSFI goed is (Cronbach's $\alpha=.965$). De betrouwbaarheid van het domein tevredenheid is het laagst (Cronbach's $\alpha=.722$), maar wordt als voldoende beoordeeld. De totale betrouwbaarheid van de FSFI is dus voldoende tot goed (Evers, 2001).

Tabel 3. Betrouwbaarheid FSFI.

	Cronbach's alpha
Verlangen	.809
Opwinding	.954
Lubricatie	.975
Orgasme	.939
Tevredenheid	.722
Pijn	.988
Totaal	.965

Resultaten

Er hebben 37 slachtoffers van seksueel geweld meegewerkt aan dit onderzoek, met een gemiddelde leeftijd van 20,9 jaar ($SD= 1,71$). De controlegroep bestaat uit 80 respondenten, met een gemiddelde leeftijd van 21,2 jaar ($SD= 1,18$). De beschrijvende gegevens van de onderzoeksgroep en de controlegroep zijn weergegeven in tabel 4. Zoals hieruit blijkt, ligt het opleidingsniveau voor de controlegroep gemiddeld hoger dan voor de onderzoeksgroep. Bij het uitvoeren van de statistische analyses is hiervoor gecontroleerd, waaruit is gebleken dat opleidingsniveau geen significante invloed heeft op de resultaten.

Tabel 4. Beschrijvende statistieken onderzoeksgroep en controlegroep.

	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Opleidingsniveau	27,8% VMBO	0% VMBO
	25% HAVO	28,7% HAVO
	8,3% VWO	53,8% VWO
	30,6% MBO	13,8% MBO
	8,3% HBO	3,8% HBO
Woonsituatie	70,3% bij ouders	43,8% bij ouders
	18,9% met partner	17,5% met partner
	10,8% in een studentenhuis	33,8% in een studentenhuis
	0% anders	3,4% anders

De onderzoeksgroep en controlegroep zijn aan de hand van een Chi² toets vergeleken op de inleidende vragen over seksueel gedrag (tabel 5). Er blijkt een significant verschil te zijn in verlangen naar seks, $X^2(1) = .323, p < .05$ en in masturbatie, $X^2(1) = .243, p < .05$. Op de overige vragen zijn geen significante verschillen gevonden.

Tabel 5. Resultaten Chi² toets voor inleidende vragen.

	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Seksuele activiteit met een ander	62,2%	78,8%
Verlangen ^a	62,9%	90%
Masturbatie ^a	35,1%	61,3%
Knuffelen	78,4%	90%
Kussen	75,7%	85%
Verliefde gevoelens	91,7%	96,1%

^a significant verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroep ($p < .05$)

De respondenten uit de onderzoeksgroep zijn onderling vergeleken op basis van de variabelen eerdere positieve ervaringen met seks, type trauma en bekendheid dader op de inleidende vragen over seksueel gedrag (tabel 6). Er blijkt een significant verschil te zijn tussen de groep met eerdere positieve ervaringen met seks en de groep die geen eerdere positieve ervaringen had in verlangen naar seks: $X^2(1) = .328, p < .05$. Verder zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de subgroepen op de inleidende vragen.

Tabel 6. Resultaten Chi² toets inleidende vragen op basis van variabelen eerdere positieve ervaringen met seks, type trauma en bekendheid dader.

	Eerdere positieve ervaringen met seks		Dader		Type trauma	
	Ja (N=13)	Nee (N=23)	Bekend (N=27)	Onbekend (N=10)	Aanranding (N=7)	Penetratie (N=30)
Seksuele activiteit met een ander	76,9%	52,2%	63%	60%	57,1%	63,3%
Verlangen	84,6% ^a	52,4%	57,7%	77,8%	57,1%	64,3%
Masturbatie	46,2%	30,4%	33,3%	40%	14,3%	40%
Knuffelen	84,6%	78,3%	77,8%	80%	71,4%	80%
Kussen	84,6%	69,6%	74,1%	80%	71,4%	76,7%
Verliefde gevoelens	92,3%	90,9%	88,5%	100%	85,7%	93,1%

^a significant verschil op basis van deze variabele ($p < .05$)

Seksueel functioneren

Scores van respondenten die zowel met een ander als met zichzelf niet seksueel actief zijn geweest in de afgelopen maand, zijn verwijderd. Zij scoren op 15 van de 19

items een 0. Dit haalt de gemiddelde score per schaal en in totaal erg omlaag. Daarnaast geeft de score 0 geen verdere informatie over seksueel functioneren; het betekent enkel dat er geen seksueel contact heeft plaatsgevonden. Om deze reden zijn de scores van 9 respondenten binnen de onderzoeksgroep niet meegerekend en van 10 respondenten binnen de controlegroep. Vervolgens zijn de scores verwijderd voor respondenten die niet seksueel actief zijn geweest met een ander voor de toetsen met het domein pijn en de het berekenen van de totaalscore. Ook hiervoor geldt dat zij een 0 scoorden en hiermee de gemiddelde score sterk beïnvloedden. Hierbij zijn in totaal de scores van 16 respondenten van de onderzoeksgroep en van 22 respondenten in de controlegroep niet meegerekend.

Er is gecontroleerd of de scores op de FSFI normaalverdeeld zijn. De uitschieters zijn aangepast naar 2,5 maal de standaarddeviatie van de gemiddelde score. Vervolgens is gecontroleerd of er sprake is van homogeniteit van variantie. Bij de domeinen waarbij dit niet het geval is, zijn de significantiewaarden afgelezen voor 'Equal variances not assumed'. Aan de hand van een onafhankelijke T-toets zijn de scores van de onderzoeksgroep en de controlegroep met elkaar vergeleken. De onderzoeksgroep blijkt op alle domeinen significant van de controlegroep te verschillen. Hiermee wordt de hypothese bevestigd dat de onderzoeksgroep een grotere mate van seksueel disfunctioneren rapporteert dan de controlegroep. De domeinen waarop de verschillen het meest significant zijn, zijn opwinding ($p = .001$) en lubricatie ($p = .004$). Het domein waarop het verschil het minst significant is, is tevredenheid ($p = .04$). De gemiddelde scores en standaarddeviaties op de FSFI voor de onderzoeksgroep en controlegroep zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Resultaten op FSFI voor onderzoeksgroep en controlegroep.

	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Verlangen ^a	3,15 (SD=0,86)	3,65 (SD=0,85)
Opwinding ^b	4,08 (SD=1,25)	5 (SD=0,78)
Lubricatie ^a	4,81 (SD=1,17)	5,55 (SD=0,59)
Orgasme ^a	3,88 (SD=1,45)	4,67 (SD=1,21)
Tevredenheid ^a	4,46 (SD=1,35)	5 (SD=0,98)
Pijn ^a	4,76 (SD=1,02)	5,39 (SD=0,94)
Totaal^a	26,96 (SD=4,47)	29,71 (SD=3,25)

^a significant verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroep ($p < .05$)

^b significant verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroep ($p < .001$)

De scores op de FSFI zijn berekend voor de onderzoeksgroep, waarbij respondenten zijn onderscheiden op basis van de variabelen eerdere positieve ervaringen met seks, type trauma en bekendheid dader (tabel 8). Omdat de groepen na deze verdeling slechts uit weinig respondenten bestaan en de scores niet normaalverdeeld zijn, is gekozen voor een Chi² toets. Bij het berekenen van de scores, valt op dat 30% van de slachtoffers waarbij sprake was van penetratie bij het seksueel geweld, niet seksueel actief zijn geweest. Uit een Chi² toets blijkt dat dit percentage significant is, $X^2(1) = .274, p < .05$. Verder komt naar voren dat er een significant verschil is op het domein pijn op basis van eerdere positieve ervaringen met seks, $X^2(1) = -.376, p < .05$.

Tabel 8. Resultaten Chi² toets FSFI op basis van variabelen eerdere positieve ervaringen met seks, type trauma en bekendheid dader.

	Eerdere positieve ervaringen met seks		Dader		Type trauma	
	Ja	Nee	Bekend	Onbekend	Aanranding	Penetratie
Verlangen	3 (SD=0,97)	3,25 (SD=0,8)	3,14 (SD=0,85)	3,17 (SD=0,96)	2,57 (SD=0,96)	3,34 (SD=0,75)
Opwinding	4,15 (SD=1,66)	4,04 (SD=0,95)	4,11 (SD=1,3)	3,99 (SD=1,15)	3,21 (SD=1,67)	4,37 (SD=0,96)
Lubricatie	5,28 (SD=0,78)	4,54 (SD=1,29)	4,69 (SD=1,28)	5,19 (SD=0,73)	4,48 (SD=1,17)	4,91 (SD=1,78)
Orgasme	4,16 (SD=1,47)	3,72 (SD=1,47)	3,82 (SD=1,55)	4,06 (SD=1,19)	3,27 (SD=1,37)	4,06 (SD=1,45)
Tevredenheid	4,6 (SD=1,35)	4,37 (SD=1,39)	4,29 (SD=1,4)	5 (SD=1,1)	4,33 (SD=1,63)	4,51 (SD=1,3)
Pijn	5,16 (SD=1,06) ^a	4,36 (SD=0,85)	4,77 (SD=1,14)	4,73 (SD=0,78)	5,2 (SD=0,75)	4,61 (SD=1,08)
Totaal	27,86 (SD=4,38)	26,16 (SD=4,64)	26,5 (SD=4,93)	28,26 (SD=2,86)	27 (SD=4,19)	26,95 (SD=4,69)

^a significant verschil tussen groepen ($p < .05$)

Psychisch functioneren

Er is gecontroleerd of de scores op de SCL-90 normaalverdeeld zijn. De uitschieters zijn aangepast naar 2,5 maal de standaarddeviatie van de gemiddelde score. Drie scores voor de schaal agorafobie bij de controlegroep zijn geheel verwijderd, omdat deze schaal na aanpassen van de scores nog steeds niet normaalverdeeld is. Vervolgens is gecontroleerd of er sprake is van homogeniteit van variantie. Dit blijkt niet het geval te zijn, waardoor het significantieniveau is afgelezen voor 'Equal variances not assumed'. Aan de hand van een onafhankelijke T-toets zijn de scores van de onderzoeksgroep en de controlegroep met elkaar vergeleken (tabel 9). Op elke schaal blijken er significante verschillen te zijn tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep. Hiermee wordt de hypothese bevestigd dat de onderzoeksgroep meer psychisch disfunctioneren rapporteert dan de controlegroep.

Tabel 9. Resultaten SCL-90 voor onderzoeksgroep en controlegroep.

	Onderzoeksgroep	Controlegroep
Angst ^b	18,14 (SD=8)	12,9 (SD=2,83)
Agorafobie ^b	11,86 (SD=5)	7,45 (SD=0,79)
Depressie ^b	30,76 (SD=12,44)	21,62 (SD=4,79)
Somatische klachten ^a	21,32 (SD=7,98)	16,68 (SD=4,21)
Insufficiëntie van denken en handelen ^b	17,73 (SD=7,19)	13,01 (SD=3,43)
Wantrouwen en interpersoonlijke sensibiteit ^b	35,73 (SD=13,65)	23,75 (SD=4,85)
Hostiliteit ^b	9,65 (SD=3,41)	7,15 (SD=1,48)
Slaapproblemen ^b	6,41 (SD=3)	4,15 (SD=1,61)
Overige klachten ^b	15,14 (SD=6,34)	10,57 (SD=1,91)
Psychoneuroticisme^b	167,92 (SD=61)	118,23 (SD=21,1)

^a significant verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroep ($p < .05$)

^b significant verschil tussen onderzoeksgroep en controlegroep ($p < .001$)

De scores op de SCL-90 zijn berekend voor de onderzoeksgroep, waarbij respondenten zijn onderscheiden op basis van de variabelen eerdere positieve ervaringen met seks, type trauma en bekendheid dader (tabel 10). Omdat de groepen na deze verdeling slechts uit weinig respondenten bestaan en de scores niet normaalverdeeld zijn, is gekozen voor een χ^2 toets. Hieruit komt naar voren dat er een significant verschil is op de schalen depressie, $\chi^2(1) = -.27$, $p < .05$, wantrouwen en interpersoonlijke sensibiteit, $\chi^2(1) = -.249$, $p < .05$ en overige klachten, $\chi^2(1) = -.276$, $p < .05$ op basis van bekendheid dader.

Tabel 10. Resultaten SCL-90 voor subgroepen.

	Eerdere positieve ervaringen met seks		Dader		Type trauma	
	Ja	Nee	Bekend	Onbekend	Aanranding	Penetratie
Angst	18,38 (SD=9,19)	17,61 (SD=7,41)	18,41 (SD=8,41)	17,4 (SD=7,15)	19,71 (SD=10,74)	17,77 (SD=7,41)
Agorafobie	12,62 (SD=5,46)	11,43 (SD=4,92)	12,48 (SD=5,42)	10,2 (SD=3,29)	12,43 (SD=6,8)	11,73 (SD=4,62)
Depressie	31,54 (SD=13,56)	29,04 (SD=10,53)	33,19 (SD=13,23) ^a	24,2 (SD=6,94)	29,29 (SD=14,23)	31,1 (SD=12,23)
Somatische klachten	22,92 (SD=8,95)	20,17 (SD=7,49)	21,93 (SD=8,62)	19,7 (SD=5,98)	25 (SD=11,17)	20,47 (SD=7,01)
Insufficiëntie van denken en handelen	18,23 (SD=8,56)	16,87 (SD=5,97)	18,63 (SD=7,97)	15,3 (SD=3,77)	17,29 (SD=8,94)	17,83 (SD=6,89)
Wantrouwen en interpersoonlijke sensibiteit	35,54 (SD=14,4)	34,61 (SD=11,75)	38,33 (SD=14,65) ^a	28,7 (SD=7,1)	37 (SD=16,1)	35,43 (SD=13,32)
Hostiliteit	9,69 (SD=4,13)	9,52 (SD=3,07)	9,74 (SD=3,48)	9,4 (SD=3,37)	11,14 (SD=4,71)	9,3 (SD=3,03)
Slaapproblemen	6,85 (SD=4,08)	6,13 (SD=2,36)	6,67 (SD=3,23)	5,7 (SD=2,31)	7,43 (SD=4,58)	6,17 (SD=2,57)
Overige klachten	14,85 (SD=6,16)	14,7 (SD=6,01)	16,48 (SD=6,84) ^a	11,5 (SD=2,37)	14 (SD=5,32)	15,4 (SD=6,6)
Psychoneuroticisme	173,38 (SD=76,16)	160,22 (SD=48,32)	177,48 (SD=66,6)	142,1 (SD=35,53)	178,43 (SD=89,67)	165,47 (SD=54,07)

Verband seksueel en psychisch functioneren

De correlatie tussen de FSFI totaalscore en de SCL-90 totaalscore is berekend. Er blijkt een significante correlatie te zijn ($R = -.330$, $p < .01$). Hiermee wordt de hypothese bevestigd dat er een verband is tussen seksueel functioneren en psychisch functioneren. Wanneer nader wordt bestudeerd hoe de subschalen van de beide vragenlijsten zich tot elkaar verhouden, komt naar voren dat met name de schalen depressie, wantrouwen en interpersoonlijke sensibiteit en de overige klachten significant samenhangen met schalen van de FSFI. Het domein verlangen van de FSFI hangt met name samen met schalen van de SCL-90.

Discussie

In deze thesis is onderzocht of er verschil is in seksueel en psychisch functioneren tussen slachtoffers van seksueel geweld en een controlegroep.

Er blijkt sprake te zijn van significant meer seksueel disfunctioneren onder de onderzoeksgroep. Op de inleidende vragenlijst zijn significante verschillen gevonden. Ook zijn de verschillen tussen de onderzoeksgroep en controlegroep op elk domein van de FSFI significant, wat maakt dat er niet duidelijk één domein naar voren is gekomen waarop seksueel functioneren verband houdt met seksueel geweld. Dit gebrek aan duidelijkheid is ook naar voren gekomen uit de verzamelde literatuur. Wanneer wordt gekeken naar verschil in significantie, komt naar voren dat de verschillen tussen onderzoeksgroep en controlegroep het sterkst zijn op het domein opwinding, wat overeenkomt met eerdere bevindingen van Becker et al. (1986) en van Rellini en Meston (2006, 2007, 2011). De verschillen zijn het kleinst op het domein tevredenheid, wat overeenkomt met de wisselende resultaten gevonden in het review van Leonard en Follette (2002). De niet-significante verschillen op de inleidende vragenlijst op vragen over kussen, knuffelen en verliefde gevoelens doen vermoeden dat het disfunctioneren met name gerelateerd is aan seksuele handelingen en niet aan niet-seksuele interactie met een ander.

Ook op psychisch functioneren verschillen de onderzoeksgroep en controlegroep significant van elkaar. Er is op alle schalen van de SCL-90 een sterke mate van

significantie. Dit suggereert dat de onderzoeksgroep (nog steeds) lijdt onder psychische problemen. Er is echter grote mate van spreiding van scores van de onderzoeksgroep op de SCL-90, wat erop duidt dat er binnen de onderzoeksgroep grote verschillen zijn met betrekking tot psychisch functioneren. Wat daarnaast opvallend is, is dat de onderzoeksgroep met name aanzienlijk hoger scoort op de wantrouwen schaal dan de controlegroep. Dit zou kunnen betekenen dat er nog steeds sprake is van posttraumatische klachten (APA, 2000).

Seksueel functioneren blijkt significant samen te hangen met psychisch functioneren. Dat met name de schalen depressie en wantrouwen samenhangen met de FSFI is opvallend. Seksueel disfunctioneren kan immers onderdeel uitmaken van depressie (APA, 2000) en kan duiden op zowel vermijdingsgedrag als flashbacks bij PTSS (APA, 2000).

Er is gemeten of de onderzoeksgroep onderling verschilt op basis van de variabelen type trauma, bekendheid dader en eerdere positieve ervaringen met seks. Hoewel er enkele significante verschillen zijn gevonden aan de hand van Chi² toetsen op domeinen van de FSFI en schalen van de SCL-90, zijn er geen sterke verschillen gevonden op basis van deze variabelen. Wel is opvallend dat er onder de slachtoffers waarbij sprake was van penetratie, significant minder respondenten seksueel actief waren in de afgelopen vier weken. Dit kan duiden op vermindering, wat onderdeel uitmaakt van PTSS (APA, 2000). Omdat de omvang van de onderzoeksgroep niet erg groot is, moeten de gevonden onderlinge verschillen voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Betekenis resultaten voor de praktijk

De resultaten van deze thesis suggereren dat er aandacht moet worden besteed aan seksueel functioneren na seksueel geweld. Er is niet duidelijk één domein naar voren gekomen waarop de invloed van seksueel geweld het sterkst is. Het gehele seksuele functioneren lijkt aangetast. Ook suggereren de resultaten dat binnen deze onderzoeksgroep het psychisch functioneren aandacht vraagt.

Kanttekeningen bij dit onderzoek

Er is een aantal kanttekeningen bij dit onderzoek te plaatsen. Deze hebben met name betrekking op het meetinstrument voor seksueel functioneren. De factoranalyse suggereert dat er bij deze respondentengroep met de FSFI slechts drie factoren worden gemeten, waarbij enkel het domein pijn duidelijk naar voren komt als factor. Verder vormen de items van het domein verlangen, en twee items van het domein tevredenheid een factor. Dit is opvallend, omdat de seksuele responscyclus start met verlangen en eindigt met tevredenheid (herstel, Masters & Johnson, 1966, zoals geciteerd in Gijs et al., 2004). Binnen deze respondentengroep meten items over tevredenheid en verlangen echter hetzelfde onderliggende construct. Mogelijk heeft dit ermee te maken dat deze items vragen naar de waardering van het seksleven in het algemeen. De overige items betreffen concretere aspecten van de seksuele responscyclus. Dat de overige items hetzelfde construct lijken te meten, kan erop duiden dat het meetinstrument niet genoeg differentieert op de door de FSFI onderscheiden domeinen van seksueel functioneren. Dit bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten.

Een andere kanttekening bij dit meetinstrument is dat resultaten niet kunnen worden meegerekend voor respondenten, die in de vier weken voorafgaand aan deelname aan het onderzoek niet seksueel zijn geweest. Het is goed mogelijk dat respondenten in dit onderzoek geen vaste partner hebben; zij zijn immers op een leeftijd waarop niet alle vrouwen een vaste relatie hebben. Mogelijk zijn zij hierdoor niet seksueel actief geweest. Concluderend, het zou kunnen dat de FSFI niet het juiste meetinstrument is voor adolescente slachtoffers van seksueel geweld.

Daarnaast is er voor beide groepen slechts één meetmoment geweest. Hierdoor kunnen geen uitspraken worden gedaan over het seksueel functioneren voorafgaand aan het seksueel geweld.

Tot slot zijn de resultaten van dit onderzoek weinig generaliseerbaar. De onderzoeksgroep bestaat uit een specifieke en relatief kleine groep slachtoffers van seksueel geweld, welke professionele hulp heeft gezocht voor posttraumatische klachten na de verkrachting. De kleine omvang van de onderzoeksgroep bemoeilijkt het om binnen deze groep respondenten met elkaar te vergelijken. De controlegroep bestaat

enkel uit hoogopgeleide vrouwen, wat vergelijking met de onderzoeksgroep en generalisatie met de gehele populatie lastig maakt.

Aandachtspunten voor vervolgonderzoek

Voor volgend onderzoek wordt geadviseerd om, indien mogelijk, gebruik te maken van een voor- en nameting. Hierdoor kan het effect van seksueel geweld op seksueel functioneren worden gemeten in plaats van enkel het verband. Ook wordt geadviseerd om kritisch te denken over passende meetinstrumenten. Er zijn wellicht andere meetinstrumenten die beter aansluiten bij een adolescente respondentengroep. Hierbij zou het interessant zijn om seksueel functioneren te kunnen meten bij respondenten die niet seksueel actief zijn geweest in de afgelopen vier weken. Ook zou het in het kader van onderzoek naar slachtoffers van seksueel geweld zinvol kunnen zijn om onderscheid te maken tussen zelfbevrediging en geslachtsgemeenschap. Bij geslachtsgemeenschap is de kans immers groter op verkrachtingsgerelateerde herinneringen (Van Berlo & Ensink, 2001). Het afnemen van interviews kan meer verdieping aanbrenge in de bevindingen en wordt daarom aangeraden.

Tot slot wordt geadviseerd om in volgend onderzoek te zoeken naar een minder specifieke groep respondenten, waarbij ook slachtoffers van seksueel geweld worden betrokken die geen professionele hulp zochten. Een grotere onderzoeksgroep zorgt er bovendien voor dat er binnen de groep gemakkelijker gezocht kan worden naar onderlinge verschillen. Daarnaast wordt geadviseerd te zoeken naar een controlegroep die minder hoogopgeleid is, om generalisatie van de resultaten mogelijk te maken.

Referentielijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., text revision ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90 handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert, R.M. (2010). *Social psychology*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.
- Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, G.G. & Cichon, J. (1986). Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. *Archives of Sexual Behavior*, 15(1), 37-49.
- Berlo, W. van, & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, 11, 235-257.
- Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S. & Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *The journal of sexual medicine*, 7, 586-614.
- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N., et al. (2010). Sexual assault and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (7), 618-529.
- Danielson, C.K. & Holmes, M.M. (2004). Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Current opinion in obstetrics and gynecology*, 16, 383-388.
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: SUA.
- Dunne, M.P., Purdie, D.M., Cook, M.D., Boyle, F.M. & Najman, J.M. (2003). Is child sexual assault declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child abuse and neglect*, 27, 141-152.
- Elklit, A. & Christiansen, D.M. (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1470-1488.

- Evers, A., Van Vliet- Mulder, J.C. & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, dl. 1 en 2*. Amsterdam/Assen: NIP/Van Gorcum.
- Faravelli, C., Giugni, A., Salvatori, S. & Ricca, V. (2004). Psychopathology after rape. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1483-1485.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^e. seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. (Rep. No. RNG-studies nr. 7). Delft: Eburon.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Leonard, L.M. & Follette, V.M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual assault: review of the empirical literature and clinical implications. *Annual review of sex research*, 13, 346-388.
- Lutfey, K.E., Link, C.L., Litman, H.J., Rosen, R.C. & McKinlay, J.B. (2008). An examination of the association of abuse (physical, sexual or emotional) and female sexual dysfunction: Results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertility and Sterility*, 90, 957-964.
- Najman, J.M., Dunne, M.P., Purdie, D.M., Boyle, F.M. & Coxeter, P.D. (2005). Sexual assault in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517-526.
- Öberg, K., Fugl-Meyer, K. & Fugl-Meyer, A. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 329-341.
- Rellini, A.H. & Meston, C.M. (2006). Psychophysiological sexual arousal in women with a history of child sexual assault. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 5-22.

- Rellini, A.H. & Meston, C.M. (2007). Sexual desire and linguistic analysis: A comparison of sexually abused and non-abused women. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 67-77.
- Rellini, A.H. & Meston, C.M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual assault. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 351-362.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsingh, R. et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Steketee, G. & Foa, E.B. (1987). Rape victims: Post-Traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69-86.
- Ter Kuile, M.M., Brauer, M. & Laan, E. (2006). The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 289-304.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (2006). *Extent, nature, and consequences of rape victimization: Findings from the National violence against women Survey*. Washington DC: National Institute of Justice, Office of Justice Program, US Department of Justice, and Centers for Disease Control and Prevention.
- Weaver, T.L. (2009). Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52, 702-711.