

Verschilt de ernst van de psychische klachten bij adolescente meisjes na eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik?



A.C.S. van Doorn & L. Egbers

Verwijderd: ¶
¶

Verschilt de ernst van de psychische klachten bij adolescente meisjes na eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik?

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Annika van Doorn (0412538) en Lieke Egbers (0375209)

Begeleiding WKZ: Drs. I. A. E. Bicanic

Begeleiding UU: Prof. Dr. R.J. Kleber

Utrecht, januari 2008

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op adolescente meisjes tussen de 13 en 18 jaar die eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt. Daarbij staat het verschil in ernst van de psychische klachten tussen beide groepen centraal. Meer erkenning en inzicht in de discrepantie in de problematiek van beide groepen is het doel van dit onderzoek. De ernst van de klachten op het gebied van posttraumatische stress, angst en depressie zijn in kaart gebracht door middel van de vragenlijsten TSCC en CBCL-YSR. In totaal hebben 152



meisjes (76 in elke groep) deelgenomen aan dit onderzoek. De resultaten laten zien dat de klachten op het gebied van posttraumatische stress significant hoger liggen bij de groep eenmalig seksueel geweld. Voor angst en depressie zijn er geen verschillen in de ernst van de klachten gevonden. Geconcludeerd kan worden dat de klachten na eenmalig seksueel geweld niet onderschat mogen worden en dat adequate hulpverlening ook voor deze groep voldoende beschikbaar moet zijn.

Summary

This research focuses on adolescent girls between 13 and 18 years old who experienced a single case of sexual assault or prolonged childhood sexual abuse. The difference in severity of the psychological problems between both groups is the point of focus. The objective of this research is to describe and understand the differences in the psychological problems of both groups. The severity of the problems in the area of posttraumatic stress, fear and depression has been measured by the questionnaires TSCC and CBCL-YSR. In this study 152 girls (76 in each group) participated. The results show that the problems in the area of posttraumatic stress are significantly higher in the group who experienced a single case of sexual assault. No differences have been found in the severity of the problems in the area of fear and depression. We can conclude that the problems after a single case of sexual assault should not be underestimated and that proper care must be available for this group as well.

Voorwoord

Via de Universiteit Utrecht werd de mogelijkheid geboden om in het Psychotraumacentrum van het Wilhelmina Kinderziekenhuis onderzoek te doen. Het onderzoek zou zich richten op adolescente meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Iedereen weet dat deze meisjes bestaan, maar ze zijn onzichtbaar in de samenleving. We wilden ons daarom verdiepen in deze groep meisjes en zo meer over hen te weten komen op het klinische gebied. Dit onderzoek wil graag een bijdrage leveren aan meer erkenning voor deze meisjes, zodat ze in ieder geval voor de hulpverlening niet onzichtbaar zijn.

Onze dank gaat naar Iva Bicanic die ons de afgelopen zes maanden intensief heeft begeleid in ons onderzoek. Ze heeft ons de kans gegeven om naast het onderzoek ook een stukje van de klinische praktijk te ervaren. We waarderen haar gedrevenheid om deze meisjes te helpen en de respectvolle manier waarop ze met de meisjes en hun familie omgaat. Dit onderzoek maakt deel uit van het promotieonderzoek van Iva Bicanic. We wensen haar veel sterkte en succes toe voor het voltooien van haar onderzoek.

Daarnaast danken we Francien Lamers-Winkelman voor het beschikbaar stellen van de data van de groep meisjes die langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt. Als laatste danken we Rolf Kleber voor de begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht.

Wij hopen dat u onze Masterthesis met veel interesse zult lezen. Hopelijk geeft dit onderzoek meer duidelijkheid over de verschillen in klachten die spelen na eenmalig seksueel geweld en langdurig seksueel misbruik.

Annika van Doorn en Lieke Egbers

Januari 2008

Inhoudsopgave

Samenvatting	p. 3
Voorwoord	p. 4
Inleiding	p. 6
Theoretische verantwoording en hypothesen	p. 8
Methoden	p. 12
Resultaten	p. 17
Discussie	p. 21
Conclusie	p. 24
Referenties	p. 25
Bijlage 1: Verschillen Nederlandse en Vlaamse vertaling TSCC	p. 28



Inleiding

Dit onderzoek heeft betrekking op adolescente meisjes die eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt. Eenmalig seksueel geweld is in deze thesis gedefinieerd als het meemaken van een eenmalige aanranding of verkrachting. Langdurig seksueel misbruik daarentegen betreft de herhaaldelijke seksuele contacten tussen kinderen en (jong)volwassenen, tegen de zin van het kind in.

Seksueel geweld is in Nederland een veelbesproken thema, zowel onder jongeren als onder volwassenen en zelfs politici. De huidige minister Plasterk maakt zich in zijn Emancipatiebeleid 2008-2011 zorgen over de toenemende seksualisering van de maatschappij. Volgens de politiestatistiek van het CBS zijn er in 2004 ruim 9100 processen-verbaal opgemaakt van seksuele misdrijven. Vrouwen zijn in verhouding vaker het slachtoffer van seksuele geweldsdelicten dan mannen. Hoewel de geregistreeerde criminaliteit in Nederland afneemt, is er nog geen dalende trend waar te nemen in het aantal seksuele delicten (www.cbs.nl).

In Nederland is er momenteel een maatschappelijke discussie gaande waarin men vraagt tevens plaats bij de portrettering van meisjes en vrouwen als lustobject en de toenemende vercommercialisering en seksualisering van het vrouwelijk lichaam in de media. Dergelijke ontwikkelingen worden niet alleen toegedicht aan de invloed van mannen; ook de rol van meisjes en vrouwen zelf wordt aan de kaak gesteld (Levy, 2007). Tegelijkertijd is er een sterke tegenbeweging van vrouwen die protesteren tegen de gedragingen en portrettering van meisjes en vrouwen als lustobject door zowel mannen als vrouwen zelf. Plasterk suggereert dat de toenemende seksualisering leidt tot een verruwing van de heersende seksuele moraal onder jongeren, waardoor de lichamelijke integriteit en veiligheid van meisjes in gevaar komt. In Nederland is één op de zes meisjes en één op de twintig jongens onder de 25 jaar wel eens gedwongen tot het verrichten of ondergaan van seksuele handelingen die men eigenlijk niet wilde (de Graaff, Meijer, Poelman, & Vanwesenbeeck, 2005).

Het is niet duidelijk of deze cijfers van de Graaff en collega's worden beïnvloed door de seksualisering van de samenleving. Deze discussie is natuurlijk van belang, maar vooral nog ontbreken cijfers en feiten om de paniek in de media te rechtvaardigen. In dit onderzoek wordt de aandacht verplaatst van deze discussie naar de psychische gevolgen voor slachtoffers na het meemaken van seksueel geweld. Wij achten het belangrijk meer erkenning voor de weerslag van eenmalig seksueel geweld bij adolescente meisjes te verkrijgen. Meer



kennis over dit maatschappelijke probleem biedt mogelijkheden tot het bespreekbaar maken van deze negatieve ervaringen en het ontwikkelen van een specifiek hulpaanbod voor deze meisjes.

Het huidige onderzoek richt zich op adolescente meisjes tussen de dertien en achttien jaar. De adolescentiefase is een kwetsbare periode, waarin het leren hanteren van sociale relaties vanuit de eigen identiteit de belangrijkste ontwikkelingstaak is. Een adolescent maakt een enorme verandering door op verschillende gebieden, zowel lichamelijk als cognitief, seksueel en sociaal-emotioneel. In de adolescentie wordt geëxperimenteerd met intimiteit en seksualiteit en is er een verhoogd risico aanwezig om seksueel geweld mee te maken (Danielson & Holmes, 2004). Het feit dat de adolescent in ontwikkeling is en nog niet kan terugvallen op volgroeide en beschermende vaardigheden, verklaart voor een deel de grote impact van seksueel geweld en seksueel misbruik. De negatieve ervaringen op seksueel gebied worden niet makkelijk onthuld vanuit schuld, schaamte en angst. Daarnaast heeft de adolescent meer behoefte aan privacy en wil niet meer alles met de ouders delen. Hierdoor houden ze ervaringen vaak voor zichzelf (Nicolai, 2003). Een seksueel trauma leidt om deze redenen vaak tot internaliserende problematiek, zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS), angst en depressie.

Vergeleken met langdurig seksueel misbruik, geniet het onderwerp eenmalig seksueel geweld significant minder publieke en wetenschappelijke aandacht. Ook het hulpverleningsaanbod in Nederland is meer gericht op slachtoffers van langdurig seksueel misbruik. Hiermee wordt de suggestie gewekt dat het effect van eenmalig seksueel geweld minder ernstig is. De centrale vraagstelling van dit onderzoek is of de ernst van de psychische klachten bij adolescente meisjes verschilt na eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik.



Theoretische verantwoording en hypothesen

De meeste mensen zullen in hun leven tenminste één ingrijpende gebeurtenis meemaken die als traumatisch kan worden omschreven. Een traumatische gebeurtenis wordt omschreven als een gebeurtenis die een feitelijke of dreigende dood, of ernstige verwonding met zich meebrengt, of een bedreiging vormt voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen, zoals (verkeers)ongevallen, lichamelijk, geestelijke of seksuele mishandeling en het meemaken van rampen of oorlog. Toch zal niet iedereen psychische klachten naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis ontwikkelen (Mouthaan & Olf, 2007).

Er zijn meerdere theorieën die verklaren hoe een traumatische gebeurtenis kan leiden tot psychische klachten. Een van deze theorieën stelt dat een traumatische ervaring zorgt voor een representatie in de vorm van een netwerk (Harvey, Brewin, Jones & Kopelman, 2003). In dit netwerk is informatie opgeslagen over wat bedreigend is en wat in de toekomst ontvlucht of vermeden moet worden. Als dit angstnetwerk geactiveerd wordt, dan kunnen sterk aanwezige herinneringen aan het trauma uiteindelijk psychologische en fysiologische reacties veroorzaken. Als er nieuwe positieve ervaringen worden meegemaakt, kunnen deze in hetzelfde angstnetwerk geïntegreerd worden. De opdringerige traumatische herinneringen zullen daardoor op de achtergrond raken. Er kan echter als gevolg van de opdringerige traumatische herinneringen ook een vermijdende “copingstyle” gehanteerd worden. Het angstnetwerk wordt dan met de bijbehorende symptomen in stand gehouden, wat kan leiden tot chronische Posttraumatische Stresstoornis.

Klachten na trauma

Het meemaken van een traumatische gebeurtenis in de adolescentiefase zorgt voor specifieke depressieve en angstsymptomen. PTSS is een van de meest voorkomende angststoornissen die ontstaat na het meemaken van een trauma (Pine & Cohen, 2002). PTSS is een psychische aandoening die in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) is ingedeeld bij de angststoornissen. Als gevolg van een traumatische ervaring kan er bij het slachtoffer sprake zijn van herbeleving, het vermijden van herinneringen en emoties, ernstige prikkelbaarheid, spanning en irritatie, slaapproblemen en schrikreacties. Om aan de diagnose PTSS te voldoen, moeten de symptomen significant lijden of beperkingen in het functioneren veroorzaken en langer dan een maand aanhouden. Na één maand is er sprake van acute PTSS, als de klachten na drie maanden nog aanhouden, wordt gesproken van chronische PTSS. PTSS betekent



eigenlijk een disfunctioneel verwerkingsproces na een traumatische gebeurtenis. De meeste mensen die een trauma hebben meegemaakt, vertonen wel stressreacties, maar herstellen na enkele weken tot maanden; er ontwikkelt zich geen PTSS. Volwassenen die zijn blootgesteld aan een acuut trauma ontwikkelen vooral PTSS-symptomen in vergelijking met kinderen en adolescenten. Zij ontwikkelen meer variabele angstklachten. (Pine & Cohen, 2002). Onder deze klachten vallen bijvoorbeeld een paniekaanval, het niet naar buiten durven gaan, overmatige bezorgdheid en het ontwikkelen van een sociale of specifieke fobie.

Na een traumatische gebeurtenis kunnen ook symptomen van een depressie ontstaan. Deze symptomen zijn globaal onder te verdelen in negen kenmerken: depressieve stemming, verlies van interesse en plezier, significant verlies of toename van het gewicht, verstoorde slaappatronen, psychomotorische agitatie of remming, moeheid, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens, verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid en terugkerende gedachten aan de dood (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

Definiëring eenmalig seksueel geweld en langdurig seksueel misbruik

In dit onderzoek wordt de aandacht gericht op eenmalig seksueel geweld en langdurig seksueel misbruik. Eenmalig seksueel geweld is het meemaken van een eenmalige verkrachting of aanranding. Een verkrachting is het seksueel binnendringen van een lichaamsopening door middel van (bedreiging met) geweld of een andere feitelijkheid, bijvoorbeeld psychische druk. Onder een aanranding wordt verstaan het dwingen van een persoon tot het plegen of dulden van seksuele handelingen anders dan penetratie met (bedreiging met) geweld of andere feitelijkheid (Frenken, 2002).

Jong volwassen slachtoffers van seksueel geweld hebben een significant hogere prevalentie van zowel psychische als fysieke gezondheidsproblemen wanneer zij vergeleken worden met mensen die geen seksueel geweld hebben meegemaakt (Kaltman, Krupnick, Stockton, Hooper, & Green, 2005). De stoornissen die gerapporteerd worden na eenmalig seksueel geweld zijn: posttraumatische stressstoornis, stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, eetstoornissen en seksuele stoornissen (Faravelli, Giugni, Salvatori, & Ricca, 2004). Slachtoffers van eenmalig seksueel geweld hebben regelmatig een verlaagd zelfbeeld, schamen zich en geven zichzelf de schuld (Beach, et al., 1994).

Onder langdurig seksueel misbruik worden seksuele contacten van (jong) volwassenen met kinderen jonger dan zestien jaar bedoeld, die plaatsvinden tegen de zin van het kind of zonder



dat het kind deze contacten kan weigeren. Daders zetten het kind emotioneel onder druk, dwingen het, of weten door hun overwicht te bereiken dat het zich niet aan de seksuele toenaderingen kan onttrekken (Frenken, 2002). Vergeleken met eenmalig seksueel geweld vindt langdurig seksueel misbruik vaker binnen de familie plaats. Problemen in de familie verhogen het risico op langdurig seksueel misbruik. Deze problemen kunnen onder andere zijn: fysieke beperkingen bij de ouders, alcoholisme, serieuze huwelijksproblemen, sociale isolatie en de afwezigheid van één of beide ouders. De meest gerapporteerde problemen na langdurig seksueel misbruik zijn revictimisatie, angststoornissen, stemmingsstoornissen, dissociatieve problemen, posttraumatische stressstoornis, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen, woede, delinquent gedrag en seksuele problemen (Bal, Bourdeaudhuij, Crombez, & Oost, 2004; Green, et al., 2000).

Verschillen in klachten tussen eenmalig seksueel geweld en langdurig seksueel misbruik

In de literatuur is geen eenduidig beeld te zien over de klinische verschillen als gevolg van eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik. Onderzoek is voornamelijk gericht op de klachten van volwassen vrouwen. Gegevens van adolescenten zijn minder bekend en daarom zal hier ook onderzoek bij volwassen vrouwen besproken worden.

Het onderzoek van Bolstad en Zinbarg (1997) laat zien dat een meervoudige verkrachting zorgt voor meer PTSS-symptomen in vergelijking met vrouwen die eenmalig verkracht zijn. Ook het onderzoek van Wilson, Calhoun en Bernat (1999) laat zien dat vrouwen die langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt wederom meer symptomen hebben van PTSS in vergelijking met vrouwen die een eenmalige verkrachting hebben meegemaakt. Bij studenten is gebleken dat langdurig misbruik, zowel seksueel als fysiek, meer psychische klachten geeft dan een eenmalige traumatische gebeurtenis. Seksueel geweld werd in dit onderzoek echter geassocieerd met hoge scores op PTSS (Krupnick, Green, Stockton, Goodman, Corcoran & Petty, 2004). Adolescenten die naast fysiek misbruik ook seksueel misbruik hebben meegemaakt, hebben vaker ernstige in plaats van milde depressieve symptomen (Westenberg & Garnefski, 2003).

Een opvallend resultaat komt uit het onderzoek van Green en collega's (2000). Zij laten zien dat meervoudige blootstelling aan interpersoonlijk trauma zorgt voor hogere scores op de clusters dysthyme stemming, traumatische stress en zelf-regulatie. In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen eenmalige en meervoudige blootstelling aan interpersoonlijk trauma. Als deze twee groepen echter per cluster met elkaar worden vergeleken, zijn er



opmerkelijk genoeg geen verschillen te zien. Het onderzoek van Kaltman en collega's (2005) laat daarnaast zien dat eenmalig seksueel geweld zorgt voor relatief hoge scores op PTSS en depressie bij adolescenten.

Vraagstelling en hypothesen

Uit de literatuur blijkt dat er verschillende resultaten zijn met betrekking tot de verschillen in ernst van de klinische symptomen tussen eenmalig seksueel geweld en langdurig seksueel misbruik. Dit onderzoek wil bijdragen aan een meer eenduidig beeld over deze verschillen.

Het is voorstelbaar dat een eenmalige schokkende gebeurtenis, zoals seksueel geweld, heftige stressreacties uitlokt. Bij langdurig seksueel misbruik moet het slachtoffer zich daarentegen noodgedwongen aanpassen aan de chronische situatie en wordt een strategie toegepast om de stressreactie in de hand te houden. Hierdoor zijn de klachten angst, depressie en PTSS mogelijk minder ernstig. De onderzoeksvraag is dan ook: Is de ernst van de klinische symptomen angst, depressie en PTSS verschillend bij adolescente meisjes die eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt?

Hypothesen:

- a) Meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt hebben een hogere PTSS-score dan meisjes die langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt.
- b) De klachten angst en depressie komen meer voor bij meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt.



Methoden

Procedure

Het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren van het Wilhelmina Kinderziekenhuis, onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, behandelt meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Alleen de meisjes die geen eerder chronisch trauma hebben meegemaakt, komen in aanmerking voor de behandeling. De meisjes melden zichzelf aan of ze worden aangemeld door ouders, politie, artsen, scholen of jeugdhulpverlening. In het kader van de patiëntenzorg wordt bij elk aangemeld meisje dat eenmalig seksueel geweld heeft meegemaakt, diagnostiek gedaan. De diagnostiek bestaat uit een intakegesprek, een klinisch interview en vragenlijsten. De data die zo verzameld worden in het kader van de patiëntenzorg, mogen ook gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek binnen het Universitair Medisch Centrum. Twee van de zeven vragenlijsten zijn gebruikt voor dit onderzoek.

Bij het Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC) in Haarlem worden kinderen en jongeren aangemeld die traumatische gebeurtenissen van langere duur hebben meegemaakt, zoals huiselijk geweld, seksueel misbruik, en fysieke mishandeling en kinderen en jongeren die een eenmalige traumatische ervaring hebben ondergaan. Kinderen en jongeren worden aangemeld door een Bureau Jeugdzorg, een huisarts of een kinderarts. Alle kinderen en jongeren die aangemeld worden bij het KJTC, en hun ouders, vullen bij de intake een batterij vragenlijsten in. Het KJTC is met haar coördinator verbonden aan de Vrije Universiteit (faculteit der psychologie en pedagogiek, afdeling orthopedagogiek) te Amsterdam. Data verzameld via het KJTC staan ter beschikking van het VU onderzoek. Alle ouders en kinderen hebben toestemming verleend tot het gebruik van de data voor wetenschappelijk onderzoek (informed consent). Voor dit onderzoek werden uit de bestaande KJTC/VU dataset de vrouwelijke jongeren van dertien tot en met achttien jaar geselecteerd die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik van langere duur.

Opzet onderzoek

Om de klachten van beide groepen in kaart te brengen, is er gebruik gemaakt van retrospectief onderzoek. Hier is voor gekozen, omdat de meisjes uit deze groepen alleen zichtbaar zijn binnen de hulpverlening. De gegevens over de klachten waren grotendeels al verzameld in



beide instellingen. Daarnaast was het noodzakelijk om van de al beschikbare gegevens gebruik te maken, omdat in de beperkte tijd van dit onderzoek zich niet voldoende participanten zouden aanmelden bij beide instellingen.

Respondenten

In totaal hebben 152 meisjes deelgenomen aan dit onderzoek. Er is onderscheid gemaakt tussen meisjes die langdurig seksueel misbruik en eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Er hebben 76 meisjes deelgenomen die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. De gemiddelde leeftijd van deze meisjes is 15,5 jaar met een standaarddeviatie van 1,5. Het opleidingsniveau van deze meisjes staat in onderstaande tabel.

Tabel 1: *Opleiding meisjes eenmalig seksueel geweld*

<u>(V)MBO</u>	<u>Havo</u>	<u>Vwo</u>	<u>Overig</u>	<u>Missing</u>
%	%	%	%	%
64,4	21,1	14,5	0,0	0,0

De overige 76 meisjes uit dit onderzoek hebben langdurig seksueel misbruik meegemaakt. De gemiddelde leeftijd van deze meisjes is 14,4 met een standaarddeviatie van 1,3. Het opleidingsniveau van deze meisjes staat in de onderstaande tabel.

Tabel 2: *Opleiding meisjes langdurig seksueel misbruik*

<u>(V)MBO</u>	<u>Havo</u>	<u>Vwo</u>	<u>Overig</u>	<u>Missing</u>
%	%	%	%	%
68,4	15,8	0,0	6,6	9,2

De etniciteit van de meisjes is onderverdeeld in drie groepen, namelijk Nederlands, Surinaams en Anders. Onder de categorie “Anders” vallen de meisjes waarvan de etniciteit slechts één keer voorkomt in de onderzoeksgroep. In de groep van eenmalig seksueel geweld is 92,1% van Nederlandse afkomst, 1,3% Surinaams en 6,6% valt in de categorie Anders. Bij de langdurig misbruikte meisjes is 84,2% Nederlands, 6,6% Surinaams en 9,2% valt onder de categorie Anders.

De gezinssamenstelling is onderverdeeld in drie categorieën: Gezin intact, Ouders gescheiden en Vader of moeder overleden. In 64,5% van de meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben

meegemaakt is het gezin nog intact. Bij 32,9% zijn de ouders gescheiden en bij 2,6% is de vader of moeder overleden. Bij 23,7% van de langdurig seksueel misbruikte meisjes is het gezin intact. In 56,6% zijn de ouders gescheiden en bij 11,8% is de vader of moeder van het meisje overleden. Van 7,9% van de meisjes zijn gegevens niet beschikbaar.

De Sociaal Economische Status (SES) kan worden bepaald met behulp van de opleiding van de ouders, het beroep van de ouders en hun inkomen. De SES is in dit onderzoek afgeleid van het beroep van de vader, welke via een van de vragenlijsten te achterhalen was. De SES kan onderverdeeld worden in de categorieën in Laag, Middel of Hoog. Onder Laag vallen elementaire en lagere beroepen, onder Middel de middelbare beroepen en onder Hoog de hogere en wetenschappelijke beroepen. Deze zijn aan de hand van de beroepenlijst vastgesteld (Standaard beroepenclassificatie 1992 – Editie 2001, CBS). Van de meisjes met eenmalig seksueel geweld valt 27,6% onder Laag, 34,2% onder Middel en 36,8% onder Hoog. Van 1,4% ontbreken de gegevens. In de groep van langdurig seksueel misbruik valt 68,4% in de categorie Laag van de SES. In de categorie Middel valt 18,4% en in Hoog valt 9,2%. De SES van het gezin was in 4,0% van de gevallen niet te achterhalen.

Verder is ook nagegaan of het meisje een aanranding of verkrachting heeft meegemaakt. Als het meisje zowel een aanranding als een verkrachting heeft meegemaakt valt zij in de categorie Verkrachting. Bij de meisjes met eenmalig seksueel geweld heeft 22,4% een aanranding meegemaakt en 77,6% een verkrachting. In de groep van langdurig seksueel misbruik valt 5,3% in de categorie Aanranding en 80,3% in Verkrachting. Van 15,4% ontbreken de gegevens.

Als laatste is in kaart gebracht of meisjes andere Adverse Childhood Experiences (ACE) hebben meegemaakt (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, & Koss, 1998). Felitti heeft zeven categorieën onderscheiden om na te gaan of een kind nare ervaring in de kindertijd heeft opgedaan. De categorieën zijn: Psychisch misbruik, Fysieke mishandeling, Seksueel geweld, Verslaving ouder(s), Psychiatrie ouder(s), Huiselijk geweld en Criminaliteit ouder(s). Elke categorie staat voor één punt met een maximum score van zeven punten (er zijn immers zeven categorieën). Elk meisje in dit onderzoek heeft in de categorie Seksueel geweld iets meegemaakt en scoort daardoor minimaal één punt. De verschillen in het totaal aantal ACE's zijn in kaart gebracht, omdat meisjes die langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt vaak ook andere problemen in het gezin ervaren. Meisjes uit de groep langdurig seksueel misbruik hebben een gemiddelde score van 3,1 met een standaarddeviatie van 1,9.



De meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt hebben een gemiddelde score van 1,3 met een standaarddeviatie van 0,6.

Meetinstrumenten

De volgende meetinstrumenten zijn gebruikt:

- Trauma Symptoom Controle Lijst Kinderen (TSCC; Briere, 1996; Nederlandse vertaling van Sarah Bal, 1998, niet gepubliceerd)
- Child Behaviour Checklist – Youth Self Report (CBCL-YSR; Achenbach, 1991; Nederlandse vertaling van Verhulst, van der Ende & Koot, 1997)

In totaal hebben 73 van de 76 meisjes met eenmalig seksueel geweld de TSCC ingevuld en 75 meisjes de CBCL-YSR. Van de meisjes met langdurig seksueel misbruik hebben 74 van de 76 meisjes de TSCC ingevuld en 64 de CBCL-YSR.

De gekozen vragenlijsten geven inzicht in de posttraumatische stresssymptomen, internaliserend gedrag, angst en depressie. Dit zijn typische gevolgen van eenmalig seksueel geweld en van langdurig seksueel misbruik. Deze symptomen zullen in het onderzoek als afhankelijke variabelen worden opgenomen. Het betreft de twee vragenlijsten die in beide centra deel uitmaakt van de diagnostiekbatterij.

TSCC

De Nederlandse vertaling van de Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996; Nederlandse - Vlaamse vertaling van Sarah Bal, 1998) is een zelfbeoordelingvragenlijst voor acht- tot zestienjarigen, die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Deze vertaling van Sarah Bal is bij de meisjes met eenmalig seksueel geweld gebruikt. De Nederlandse vertaling van F. Lamers-Winkelmann (Experimentele Vertaling, 1998) is toegepast bij de meisjes met langdurig seksueel misbruik. Momenteel wordt onderzocht of de twee vertalingen taaltechnisch met elkaar overeen stemmen. De items die van elkaar verschillen zijn opgenomen in bijlage 1.

De lijst geeft inzicht in de mate van posttraumatische stress en gerelateerde psychologische symptomen als gevolg van het trauma. Op een 4-puntsschaal worden 54 items gescoord, die kunnen worden onderverdeeld in de volgende schalen: angst, depressie, woede, posttraumatische stress (PTS), dissociatie en seksuele zorgen. Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag zal de aandacht worden gericht op een aantal van deze variabelen, namelijk angst, depressie en PTS. Bij deze vragenlijst worden de ruwe scores omgezet in T-scores,



waarbij een score van 65 impliceert dat de respondent gelijk of hoger scoort dan 94% van de normgroep. De score 65 wordt hiermee als klinische grens gehanteerd en een score tussen de 50 en 65 wordt als subklinisch beschouwd.

Al de subschalen die voor het huidige onderzoek worden gebruikt, hebben een hoge interne consistentie, respectievelijk 0.82, 0.86 en 0.87. Uit onderzoek komen significante intercorrelaties naar voren tussen de TSCC en de Child Behaviour Checklist (CBCL) en de Childrens Depression Inventory. De TSCC bleek het sterkst te correleren met de zelfrapportage lijst voor jongeren van de CBCL. De internaliserende schaal correleert respectievelijk 0.78, 0.82 en 0.53 met de angst-, depressie- en PTS subschaal van de TSCC (Briere, 1996). Tevens wordt de constructvaliditeit ondersteund door de onderzoeksresultaten. Over de COTAN-beoordeling is geen verdere informatie gevonden.

CBCL-YSR

De Child Behaviour Checklist betreft een vragenlijst voor het kind zelf; de Youth Self Report (CBCL-YSR). Deze is ontwikkeld door Achenbach en Edelbrock (1991) en is vertaald in het Nederlands (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996/1997). De YSR is een zelfbeoordeling-vragenlijst voor 11- tot 18-jarigen die inzicht geeft in de beleving van hun eigen vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen, kijkend naar de afgelopen zes maanden. Op een 3-puntsschaal worden er 112 items gescoord, die kunnen worden onderverdeeld in de schalen: teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag, agressief gedrag; en de hieruit afgeleide: internaliserende en externaliserende problemen. Dit levert tenslotte een totale probleemscore op.

Voor de YSR geldt de volgende indeling: normaal gebied $T < 65$, klinisch grensgebied $65 \leq T \leq 70$ en klinisch gebied $T > 70$. Voor de internaliserende schaal, externaliserende schaal en totale problemen geldt een normaalgebied van $T < 60$, klinisch grensgebied $60 \leq T \leq 63$ en klinisch gebied $T > 63$. Het klinische grensgebied vertegenwoordigt scores die naar aanzienlijke problemen verwijzen, maar die net niet in het klinische gebied vallen. Scores vallen in het klinische gebied wanneer ze in het 98^e percentiel vallen en dus 97 % van de normgroep lagere scoorde.

Uit de COTAN-beoordeling komt de test goed naar voren, aangaande de betrouwbaarheid en de begrips- en criteriumvaliditeit.



Resultaten

Achtergrondvariabelen

Om de hypothesen te kunnen toetsen moet er eerst worden nagegaan of de groepen vergelijkbaar zijn. Van alle meisjes zijn de leeftijd, opleiding, etniciteit, gezinssamenstelling, SES en het totaal aantal ACE's bekend.

Als eerste is een Independent-Samples T-Test gedaan op de variabele leeftijd. Gemiddeld zijn de meisjes uit de groep met eenmalig seksueel geweld ($M = 15,46$; $SD = 1,45$) ouder dan de meisjes uit de groep met langdurig seksueel misbruik ($M = 14,39$; $SD = 1,33$). Dit verschil is significant; $t = 4,73$; $df = 150$; $p < 0,05$ bij tweezijdige toetsing.

De variabele opleiding van het meisje is met de Pearson Chi-Square Test geanalyseerd. Hieruit blijkt dat er een significant verschil is tussen beide groepen ($Chi^2 = 22,69$; $df = 72$; $p < 0,05$).

Het verschil op de variabele etniciteit is ook met behulp van een Pearson Chi-Square Test gemeten. Hieruit blijkt dat er geen verschil is tussen beide groepen ($Chi^2 = 3,27$; $df = 2$; $p > 0,05$).

Het verschil in de variabele gezinssamenstelling is wederom met een Pearson Chi-Square Test gemeten. Hieruit bleek dat er een significant verschil bestaat in gezinssamenstelling tussen beide groepen ($Chi^2 = 23,36$; $df = 2$; $p < 0,05$). In de groep eenmalig seksueel geweld zijn relatief meer gezinnen intact.

De Pearson Chi-Square Test is ook gebruikt om het verschil in SES tussen beide groepen te bepalen. Deze toets heeft aangetoond dat er een significant verschil is tussen beide groepen ($Chi^2 = 29,3$; $df = 2$; $p < 0,05$). De gemiddelde score op de variabele SES is lager in de groep van langdurig seksueel misbruikte meisjes.

Als laatste is een Independent-Samples T-Test gedaan op het totaal aantal ACE's. Gemiddeld hebben de meisjes uit de groep met eenmalig seksueel geweld ($M = 1,26$; $SD = 0,57$) minder Adverse Childhood Experiences meegemaakt dan de meisjes uit de groep met langdurig seksueel misbruik ($M = 3,10$; $SD = 1,85$). Dit verschil is significant; $t = -8,09$; $df = 85,25$; $p < 0,05$ bij tweezijdige toetsing.

Resultaten TSCC

De T-scores van de TSCC boven 65 geven aan dat de klachten in het klinische gebied vallen. In de groep met eenmalig seksueel geweld scoort 22% in het klinische gebied op de subschaal angst, 16% op depressie en 30% op PTS. Van de meisjes met langdurig seksueel misbruik scoort 15% in het klinische gebied op de subschaal angst, 11% op depressie en 12% op PTS. Op alle schalen van de TSCC zijn de verschillen gemeten met behulp van de Independent Samples T-Test. In de onderstaande tabel staan alle gemiddelde scores en is te zien of de scores significant van elkaar verschillen.

Tabel 3: Gemiddelde scores per subschaal van de TSCC

Subschaal	Seksueel geweld		Langdurig seksueel misbruik	
	M	SD	M	SD
Angst	56,2	9,5	53,7	9,2
Depressie	54,3	8,8	52,7	9,2
Boosheid	46,8	8,7	47,1	7,0
PTS	58,9*	8,0	53,4*	9,2
Dissociatie	52,2	7,7	51,0	8,9
Dissociatie-Overt	53,7	7,7	52,0	8,8
Dissociatie-Fantasy	49,1	8,8	49,1	9,8
Seksuele zorgen	56,1	13,5	59,8	15,0
Seksuele zorgen-Preoccupatie	46,8*	9,8	54,6*	13,7
Seksuele zorgen-Distress	70,0	23,9	67,7	21,3

* $p < 0,01$

In dit onderzoek is specifiek gekeken naar de subschalen Angst, Depressie en PTS. Uit de resultaten blijkt dat op de subschaal PTS significant hoger wordt gescoord ($t = 3,82$; $df = 145$; $p < 0,01$) door de groep eenmalig seksueel geweld. Door dit resultaat mag hypothese 1 niet worden verworpen. Op de subschaal Seksuele zorgen preoccupatie is ook een significant verschil gevonden ($t = -3,97$; $df = 132,47$; $p < 0,01$).

Op de subschalen Angst en Depressie zijn geen significante verschillen gevonden ($t = 1,60$; $df = 145$; $p > 0,05$ en $t = 1,05$; $df = 145$; $p > 0,05$). Hypothese 2 mag op basis van deze vragenlijst verworpen worden. Op de overige subschalen zijn geen significante verschillen



gevonden: Boosheid ($t = -0,28$; $df = 137,63$; $p > 0,05$), Dissociatie ($t = 0,85$; $df = 145$; $p > 0,05$), Dissociatie-Overt ($t = 1,24$; $df = 145$; $p > 0,05$), Dissociatie-Fantasy ($t = -0,02$; $df = 144$; $p > 0,05$), Seksuele zorgen ($t = 1,59$; $df = 145$; $p > 0,05$) en Seksuele zorgen distress ($t = 0,61$; $df = 145$; $p > 0,05$).

Resultaten CBCL-YSR

De T-scores van de CBCL-YSR boven 65 (voor de schaal internaliserende problemen boven de 60) geven aan dat de klachten in het klinische gebied vallen.

In de groep met eenmalig seksueel geweld scoort 51% in het klinische gebied op de subschaal angstig/depressief, 36% op teruggetrokken/depressief en 76% op internaliserende problemen. Van de meisjes met langdurig seksueel misbruik scoort 51% in het klinische gebied op de subschaal angstig/depressief, 31% op teruggetrokken/depressief en 68% op internaliserende problemen.

Op alle schalen van de CBCL-YSR zijn de verschillen gemeten met behulp van de Independent Samples T-Test. In de onderstaande tabel staan alle gemiddelde scores en is te zien of de scores significant van elkaar verschillen.

Tabel 4: Gemiddelde scores per subschaal van de YSR

<i>Subschaal</i>	<i>Seksueel geweld</i>		<i>Langdurig seksueel misbruik</i>	
	M	SD	M	SD
Angstig/depressief	65,0	9,0	64,0	9,6
Teruggetrokken/depressief	62,4	8,4	61,1	9,0
Somatische klachten	62,8	8,0	62,1	12,4
Sociale problemen	58,8	7,9	57,8	7,3
Denkproblemen	60,5	7,4	60,7	8,8
Aandachtsproblemen	63,1	9,3	61,0	10,1
Delinquent gedrag	59,4	6,7	61,3	8,9
Agressief gedrag	58,2	8,3	59,1	8,7
Internaliserende problemen	64,7	9,0	65,1	9,6
Externaliserende problemen	58,1	9,5	59,5	10,7
Totale problemen	62,2	7,8	63,4	10,2

* $p < 0,01$



Op geen enkele subschaal is een significant verschil gevonden: Angstig/depressief ($t = 0,62$; $df = 138$; $p > 0,05$), Teruggetrokken/depressief ($t = 0,88$; $df = 137$; $p > 0,05$), Somatische klachten ($t = 0,38$; $df = 138$; $p > 0,05$), Sociale problemen ($t = 0,84$; $df = 138$; $p > 0,05$), Denkproblemen ($t = -0,13$; $df = 138$; $p > 0,05$), Aandachtsproblemen ($t = 1,25$; $df = 138$; $p > 0,05$), Delinquent gedrag ($t = -1,46$; $df = 138$; $p > 0,05$), Agressief gedrag ($t = -0,36$; $df = 138$; $p > 0,05$), Internaliserende problemen ($t = -0,22$; $df = 138$; $p > 0,05$), Externaliserende problemen ($t = -0,81$; $df = 138$; $p > 0,05$) en Totale problemen ($t = -0,82$; $df = 119,1$; $p > 0,05$).

Op basis van de resultaten van de CBCL-YSR mag hypothese 2 wederom worden verworpen. Op de schalen Angstig/Depressief en Teruggetrokken/Depressief wordt geen significant verschil gevonden.

Invloed van de achtergrond variabelen op de verschillscore PTS

Het is gebleken dat de twee groepen significant van elkaar verschillen op de volgende achtergrondvariabelen: Leeftijd, Opleiding, SES, Gezinssamenstelling en ACE's. Met behulp van een enkelvoudige regressieanalyse is gekeken of deze variabelen afzonderlijk een verklarende rol hebben in de verschillscore op de subschaal PTS van TSCC. Uit deze analyse blijkt dat er geen significant verklarende variabele aanwezig is: Leeftijd ($R^2 = 0,10$; $p > 0,05$), Opleiding ($R^2 = 0,10$; $p > 0,05$), SES ($R^2 = 0,12$; $p > 0,05$), Gezinssamenstelling ($R^2 = 0,12$; $p > 0,05$) en ACE's ($R^2 = 0,10$; $p > 0,05$).

Uit een meervoudige regressieanalyse wordt duidelijk dat de combinatie van alle achtergrondvariabelen geen verschil in PTS-score kan verklaren ($R^2 = 0,15$; $p > 0,05$).



Discussie

Uit de resultaten blijkt dat er een significant verschil bestaat in de score op de subschaal Posttraumatische stress (PTS) van de TSCC tussen meisjes die eenmalig seksueel geweld en meisjes die langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt. De score van de meisjes uit de eerste groep is significant hoger, wat aangeeft dat zij meer klachten ervaren op het gebied van PTSS. Dit resultaat is congruent met onderzoek, waarin eenmalig seksueel geweld geassocieerd met hoge PTSS scores (Kaltman et al., 2005; Krupnick et al., 2004). Een eenmalige schokkende gebeurtenis, zoals seksueel geweld, zorgt voor heftige stressreacties zoals het herbeleven van de gebeurtenis, het vermijden van bepaalde situaties en overmatige prikkelbaarheid. Met name bij meisjes die voor het seksueel geweld een relatief veilig, beschermd en zorgeloos leven leidden, is het aannemelijk dat juist die ene gebeurtenis een zeer ontwrichtend effect kan hebben. Bij langdurig seksueel misbruik moet het slachtoffer zich daarentegen noodgedwongen aanpassen aan de chronische stresssituatie en wordt een manier gevonden om de stressreactie in de hand te houden. Het is mogelijk dat bij langdurig seksueel misbruik de aanpassing terug te vinden is in een pathologische persoonlijkheidsstructuur. In deze studie is helaas geen persoonlijkheidsdiagnostiek verricht, waardoor deze hypothese niet getoetst kan worden. De eerste hypothese, die stelt dat meisjes met eenmalig seksueel geweld een hogere PTSS-score hebben, kan worden bevestigd.

Op de schalen Angst en Depressie van de TSCC zijn geen significante verschillen gevonden. Tevens zijn er op de schalen Angstig/depressief en Teruggetrokken/depressief van CBCL-YSR geen significante verschillen. De tweede hypothese kan om deze reden worden verworpen. Dit resultaat stemt niet overeen met de studie van Kaltman et al (2005), die concludeerde dat eenmalig seksueel geweld gepaard gaat met relatief hoge scores op depressie. Een traumatische gebeurtenis zorgt in de adolescentiefase voor specifieke depressieve en angstsymptomen. Volgens onze resultaten maakt het aantal traumatische ervaringen niet uit voor de hoogte van de scores op de schalen Angstig/depressief en Teruggetrokken/depressief. PTSS heeft een hoge comorbiditeit met andere angst en stemmingsstoornissen. Vaak lijdt iemand eerst aan PTSS waarna zich secundair een depressie kan ontwikkelen. Bijvoorbeeld een meisje dat niemand vertelt over een verkrachting glijdt af van vwo naar havo, verliest contact met vriendinnen, voelt zich onbegrepen en trekt zich steeds meer terug. Toch zien we in de praktijk een sterke wil bij de meisjes om 'normaal' te blijven. Ze willen niet op een negatieve manier opvallen en hebben een lange adem. Met deze



resultaten kunnen we concluderen dat een eenmalig seksueel trauma niet leidt tot significante hoge scores op angst en depressie vergeleken met langdurig seksueel misbruik.

Een opvallend resultaat is dat op de schaal Seksuele Zorgen-Preoccupatie van de TSCC een verschil gevonden is. De meisjes uit de groep langdurig seksueel misbruik scoorden significant hoger op deze schaal. Mogelijk hebben meisjes die al op jonge leeftijd misbruikt zijn, weinig of geen positieve ervaringen met seks en komt dit tot uiting in de score. Als er echter gekeken wordt naar de ruwe scores in plaats van de T-scores, verschillen de twee groepen slechts één punt van elkaar. De gevoeligheid van deze schaal kan een belangrijke rol spelen in het significante verschil wat is gevonden. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of de gevonden verschillen gegrond zijn. Belangrijk is dat de scores van beide groepen in het normaalgebied vallen, wat aangeeft dat ze geen ernstige klachten rapporteren.

Op de meeste achtergrondvariabelen verschillen de twee groepen significant van elkaar: leeftijd, opleiding, gezinssamenstelling, SES en totaal aantal ACE's. Deze gevonden verschillen kunnen niet het verschil in PTSS-scores verklaren. Dit betekent dat de achtergrondvariabelen slechts kenmerken zijn van de twee groepen en niet de ernst van de PTSS-symptomen voorspellen.

Eén van de beperkingen van dit onderzoek is dat er twee verschillende vertalingen van de TSCC gebruikt zijn. Op dit moment wordt onderzocht of de twee vertalingen vergelijkbaar zijn. In de bijlage zijn de items opgenomen die van elkaar verschillen. De uitkomsten hiervan worden na afronding van dit onderzoek pas bekend. De gevoeligheid van de gebruikte vragenlijsten heeft mogelijk de uitkomsten beïnvloed. Uit de literatuur blijkt dat de CBCL-YSR minder geschikt is als instrument om klachten gerelateerd aan PTSS te meten. Kijkend naar de concrete vragen van de TSCC en de CBCL is te zien dat de vragen uit de TSCC meer gericht zijn op trauma, terwijl de CBCL-YSR de items meer algemeen formuleert om de gedragsproblemen te inventariseren (Sim, et al, 2005).

Daarnaast kunnen de groepen van elkaar verschillen door de verschillen in het type instelling waar ze hulp hebben gezocht. De groep eenmalig seksueel geweld is aangemeld bij het ziekenhuis. Meisjes met langdurig seksueel misbruik zijn bij de GGZ terecht gekomen. Deze instellingen trekken verschillende populaties aan en doorlopen vervolgens hun eigen, op elkaar lijkende, procedure. Dit kan tot eventuele verschillen hebben geleid.



Verder is bekend dat PTSS een natuurlijk beloop heeft en de ernst van de klachten in de loop van de tijd afneemt. Bij de groep meisjes met eenmalig seksueel geweld is bekend dat zij ongeveer een jaar na het trauma bij de hulpverlening terecht zijn gekomen. Van de groep meisjes die langdurig seksueel misbruikt zijn is niet bekend hoelang geleden het seksueel misbruik is gestopt. Wel is van deze groep bekend op welke leeftijd het misbruik is begonnen, namelijk 8,9 jaar. Het is voorstelbaar dat als de langdurig misbruikte meisjes later bij de hulpverlening terecht komen, de symptomen van PTSS verminderd zijn in ernst vanwege het natuurlijke beloop van PTSS in de tijd.

Tenslotte bestaat de onderzoeksgroep uit een beperkt aantal respondenten. Op de verschillende subschalen van beide vragenlijsten waren verschillen met het blote oog te zien, alleen waren deze niet significant. Mogelijk waren deze verschillen wel significant met meer respondenten.

Vervolgonderzoek zal moeten plaatsvinden om de verschillen in klachten tussen meisjes die eenmalig seksueel geweld of langdurig seksueel misbruik hebben meegemaakt nog meer in kaart te brengen. Niet alle psychopathologie is in dit onderzoek aan de orde gekomen en om een goed beeld van deze groepen meisjes te kunnen verkrijgen, zullen ook andere klachten in kaart moeten worden gebracht. Enkele voorbeelden zijn persoonlijkheidsproblematiek en de beleving van seksualiteit. Met grotere aantallen respondenten zal duidelijk worden waar de verschillen precies liggen.

Naast de klachten is het ook interessant om te kijken naar de klachten die de ouders of leraren bij het meisje waarnemen. Met behulp van de CBCL of de SVLK-ouderversie kunnen deze in kaart worden gebracht, waardoor een meer volledig beeld van het functioneren van deze meisjes ontstaat. Om dit beeld compleet te maken zou ook de “attachmentstyle” onderzocht moeten worden. Deze kan door een traumatische gebeurtenis veranderen en het is voorstelbaar dat een veranderde “attachmentstyle” van invloed is op het ontwikkelen van psychopathologie.



Conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt meer en/of ernstiger klachten hebben op het gebied van PTSS dan meisjes die langdurig seksueel misbruikt zijn. Op het gebied van angst en depressie verschilt de ernst van deze klachten niet tussen beide groepen.

Deze gegevens laten zien dat de gevolgen van eenmalig seksueel geweld ernstig zijn en niet onderschat mag worden. Er moet daarom aandacht zijn voor de gevolgen van seksueel geweld in de discussie over de toenemende seksualisering van de maatschappij. Naast de discussie over de seksuele norm en de mogelijke verschuiving daarvan onder jongeren, is het ook belangrijk om de mogelijke gevolgen van de seksualisering te ondervangen in de maatschappij.

Het doel van dit onderzoek was het zichtbaar maken van de hoge lijdensdruk onder aangerande en verkrachte pubermeisjes. Bekendheid over dit onderwerp bij politie, artsen en scholen zal bijdragen aan deze erkenning en mogelijkheden tot het verder ontwikkelen van adequate hulpverlening. De gevolgen na langdurig seksueel misbruik willen wij hiermee niet teniet doen. Zowel na eenmalig seksueel geweld als langdurig seksueel misbruik moet adequate hulpverlening snel beschikbaar zijn, evenals begeleiding voor de ouders. Erkenning voor de gevolgen van deze beide groepen moet bovenaan de agenda staan in de discussie.



Referenties

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1991). *Manual for the child behavior checklist and revised profile*. Burlington, VT: University of Vermont department of Psychiatry.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e editie). Washington, DC: Author.

Bal, S., Bourdeaudhuij, I. de, Crombez, G., & Oost, P. van. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra- and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of interpersonal violence, 19*, 108-123.

Beach, R.K., Boulter, S., Gotlieb, E.M., Greydanus, D.E., Hoyle, J.C., Shenker, I.R., & Staggers, B.C. (1994). Sexual assault and the adolescent. *American Academy of Pediatrics, 5*, 761-765.

Bolstad, B.R. & Zinbarg, R.E. (1997). Sexual victimization, generalized perception of control, and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Journal of anxiety disorders, 11*, 523-540.

Briere, J. (1996). *Manual for the trauma symptom checklist for children*. Odessa, Florida: Psychological assessment resources.

Danielson, C.K. & Holmes, M.M. (2004). Adolescent Sexual Assault: An update of the Literature. *Adolescent and Pediatric Gynecology, 16*, 383-388.

Faravelli, C., Giugni, A., Salvatori, S., & Ricca, V. (2004). Psychopathology After Rape. *American Journal of Psychiatry, 4*, 1483-1485.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss M.P. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.



Frenken, J. (2002). Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag: definities en prevalenties. *Tijdschrift voor seksuologie*, 26, 4-8.

Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. RNG-Studies Nr. 7. Delft: Eburon.

Green, B.L., Goodman, L.A., Krupnick, J.L., Corcoran, C.B., Petty, R.M., Stockton, P., & Stern, N.M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of traumatic stress*, 13, 271-286.

Harvey, A.G., Brewin, C.R., Jones, C., & Kopelman, M.D. (2003). Coexistence of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: Towards a resolution of the paradox. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 663-676.

Kaltman, S., Krupnick, J., Stockton, P., Hooper, L., & Green, B.L. (2005). Psychological impact of types of sexual trauma among college women. *Journal of traumatic stress*, 18, 547-555.

Krupnick, J.L., Green, B.L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., & Petty, R. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67, 264-279.

Lamers-Winkelmann F. (1998). *Experimentele Vertaling Trauma Symptom Checklist for Children*. Vrije Universiteit Amsterdam

Levy, A. (2007). *Female Chauvinist Pigs. Women and the Rise of Raunch Culture*. New York: Simon & Schuster Ltd.

Mouthaan, J., & Ölf, M. (2007). Posttraumatische stressstoornis: overzicht van recente wetenschappelijke inzichten. *Nederlands Tijdschrift Trauma*, 4, 124-131.



Nicolai, N. (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Plasterk, R.H.A (2007). Meer kansen voor vrouwen. *Emancipatiebeleid 2008-2011*, 52-64.

Pine, D.S., & Cohen, J.A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 519-531.

Sim, L., Friedrich, W.N., Davies, W.H., Trentham, B., Lengua, L., & Pithers, W. (2005). The child behavior checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 697-705.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC/Sophia.

Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC/Sophia.

Wilson, A.E., Calhoun, K.S., & Bernat, J.A. (1999). Risk recognition and trauma-related symptoms among sexually revictimised women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 705-710.

Westenberg, E.A.M., & Garnefski, N. (2003). Depressive symptomatology and child abuse in adolescents with behavioural problems. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20, 197-210.



Bijlage 1: Verschillen Vlaamse en Nederlandse Vertaling TSCC

Vlaamse Vertaling	Nederlandse Vertaling
Nare dromen	Akelige dromen
Enge ideeën of beelden flitsen door mijn hoofd	Enge dingen of enge plaatjes komen zomaar in mijn hoofd
Me eenzaam voelen	Me alleen voelen
Me dingen herinneren die gebeurd zijn en die ik niet leuk vond	Aan dingen denken die gebeurd zijn en die ik niet leuk vond
Me afsluiten in mijn gedachten en proberen niet te denken	In mijn gedachten ergens anders naar toe gaan, proberen niet te denken.
Willen roepen en dingen willen breken	Willen schreeuwen en dingen willen breken
Boos worden en niet meer kunnen bedaren	Heel erg boos worden en niet meer rustig kunnen worden
Eraan denken om de geslachtsdelen van andere mensen aan te raken	Denken aan het aanraken van de plassers/piemels van andere mensen
Het gevoel hebben dat ik iets verkeerd heb gedaan	Me voelen alsof ik iets fout heb gedaan
Dingen vergeten, dingen niet kunnen onthouden	Dingen vergeten, me dingen niet kunnen herinneren
Me nerveus en zenuwachtig voelen van binnen	Me nerveus en geïrriteerd voelen
Bij gevechten betrokken raken	Vechten (met andere kinderen)
Bang of overstuur raken als ik aan seks denk	Bang of opgewonden raken als ik aan seks denk
Mijn gedachten worden leeg	Het gevoel hebben dat ik het opeens niet meer weet
Proberen geen gevoelens te hebben	Proberen niks te voelen

