

Masterthesis Klinische- en Gezondheidspsychologie

Het verband tussen PTSS-symptomen en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit nader beschouwd

Eenmalige verkrachting tijdens de adolescentie en de gevolgen

17 februari 2009

Universiteit Utrecht

E.J.M. Schouten & A.M.A. Deddens

Begeleiders WKZ: Drs. E. Alisic & Drs. I.A.E. Bicanic

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

Voorwoord

Met veel enthousiasme hebben we ons het afgelopen jaar bezig gehouden met ons masteronderzoek bij het Landelijk Psychotraumacentrum te Utrecht. Hier kunnen jongens en meisjes terecht voor hulp na een eenmalige verkrachting. Ons onderzoek gaat hierbij nader in op de mogelijke samenhang tussen de PTSS-symptomen die zij kunnen ontwikkelen en de klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Tijdens de inleidende gesprekken verbaasden we ons over de betrekkelijk geringe hoeveelheid onderzoek onder deze doelgroep. We hebben het dan ook als erg bijzonder ervaren een bijdrage aan dit onderzoeksgebied te mogen leveren.

Graag spreken wij onze dank uit aan een aantal mensen dat het mogelijk heeft gemaakt dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Ten eerste willen we Eva Alisic bedanken voor haar deskundige en nauwkeurige begeleiding. Bij stukken waarop we vastliepen heeft haar heldere feedback altijd geholpen om met frisse moed verder te gaan. Daarnaast willen we ook Iva Bicanic bedanken voor het enthousiasme waarmee ze haar kennis en ervaring met ons heeft gedeeld.

Rolf Kleber willen we graag bedanken voor zijn begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht. Zijn brede kennis omtrent trauma heeft ons geholpen meer buiten de kaders van onze oorspronkelijke onderzoeksvraag te denken.

Tenslotte willen we graag elkaar bedanken voor de fijne samenwerking. Hoewel we vaak op één lijn zaten was er altijd ruimte voor discussie. De open houding ten opzichte van elkaars standpunten maakte dat we een goede aanvulling op elkaar waren.

Eline Schouten & Anouk Deddens

Samenvatting

In het huidige onderzoek is door middel van zelf geconstrueerde schalen omtrent seksualiteit, intimiteit en schuld de samenhang hiervan met PTSS-symptomen na eenmalige verkrachting bij adolescente meisjes onderzocht. Voor klachten op seksualiteit en intimiteit is een significant verband gevonden met PTSS-symptomen. Schuldgevoel is een mediërende factor bij de totstandkoming van deze klachten gebleken. Daarnaast is gebleken dat het kennen van de dader niet bijdraagt aan PTSS-klachten op het gebied van intimiteit, maar wel op seksualiteit. Eerdere positieve seksuele ervaringen blijken geen effect te hebben op de later ervaren klachten. De sterke samenhang tussen PTSS-symptomen en seksuele en intimiteitsklachten, geeft aan dat deze probleemgebieden meer aandacht verdienen in de behandeling van deze meisjes en dat meer onderzoek over het verloop van deze klachten noodzakelijk is. Daarnaast biedt de gevonden mediërende rol voor schuldgevoelens een nieuw perspectief op de plek die deze innemen ten opzichte van PTSS-symptomen.

Summary

The current research focused on the question if there is a relationship between PTSD-symptoms after rape and disturbances concerning sexuality and intimacy among adolescent girls. This has been done by means of self constructed scales. There is a significant relationship between PTSD-symptoms and these areas. Guilt has proven to be a mediator between PTSD-symptoms and disturbances concerning sexuality and intimacy. Knowing the perpetrator leads to more disturbances concerning sexuality, not intimacy. There is no relationship between earlier positive sexual experiences and these disturbances. The strong correlations between PTSD-symptoms and problems with sexuality and intimacy show these problem areas deserve more attention in the treatment of these girls and more research is necessary to define the course of these complaints. Beside this, the mediating role of guilt offers a new perspective on the relationship they have with PTSD-symptoms.

Inhoudsopgave

VOORWOORD -----	2
SAMENVATTING -----	3
1. INLEIDING -----	5
1.1 SEKSUELE ONTWIKKELING-----	5
1.2 VERKRACHTING ALS TRAUMATISCHE ERVARING-----	6
1.3 VERKRACHTING EN GEVOLGEN AANGAANDE SEKSUALITEIT EN INTIMITEIT-----	9
1.4 VRAAGSTELLING, HYPOTHESE EN THEORETISCHE ONDERBOUWING-----	10
2. METHODEN -----	13
2.1 PARTICIPANTEN-----	13
2.2 PROCEDURE-----	14
2.3 MEETINSTRUMENTEN-----	14
2.4 DATA PREPARATIE-----	17
2.4.1. Constructvorming-----	17
2.4.2. Interne consistentie-----	17
2.5 DATA-ANALYSE-----	18
3. RESULTATEN -----	19
3.1 SAMENHANG TUSSEN PTSS-SYMPTOMEN, SEKSUALITEIT EN INTIMITEIT-----	19
3.2 SCHULDGEVOELEN ALS MEDIATOR-----	20
3.3 SITUATIESPECIFIEKE KENMERKEN-----	21
3.4 VERGELIJKING NORMGROEPEN-----	22
4. DISCUSSIE -----	23
4.1 BESPREKING RESULTATEN-----	23
4.2 SAMENHANG PTSS-SYMPTOMEN EN SEKSUALITEIT- EN INTIMITEITKLACHTEN-----	23
4.3 SCHULDGEVOELEN ALS MEDIËRENDE FACTOR-----	24
4.4 SITUATIESPECIFIEKE VARIABELEN-----	26
4.5 BEPERKINGEN ONDERZOEK-----	28
4.6 CONCLUSIE-----	29
REFERENTIES -----	30
BIJLAGE 1 -----	35

1. Inleiding

‘Achteraf begrijpt Nathalie R. (16) niet hoe ze zo stom heeft kunnen zijn. Op MSN leek Peter, want zo noemde hij zichzelf, lief en aardig. Dus was het leuk met hem af te spreken, veilig `s middags in een druk scholierencafé. De ontmoeting liep volgens plan totdat hij werd gebeld en zei: ‘Shit, ik moet gauw naar huis want mijn zusje staat zonder sleutel voor de deur. Rijd je even mee?’ Zelfs toen er geen zusje te bekennen was en ze mee het huis in liep, had ze nog geen argwaan. Vijf minuten later werd ze de slaapkamer ingesleurd, op bed gegooid en verkracht’ (Van der Sman, 2008).

Seksualiteit is een veelbesproken onderwerp in de puberteit. Hoewel er over het algemeen gemakkelijk over gesproken wordt met leeftijdsgenoten, is het nog steeds een ongemakkelijk onderwerp om met volwassenen over te praten (Graaf, de Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). Dit gaat zeker op wanneer er sprake is van problemen op dit gebied. Wanneer een meisje slachtoffer wordt van een verkrachting, houdt ze dit vaak lange tijd voor zich, ze kan zich schamen of schuldig voelen over wat er is gebeurd. Het opkroppen van gevoelens en gedachten over de verkrachting kan leiden tot ernstige psychische klachten, waaronder symptomen die behoren tot een Post Traumatische Stress Stoornis (American Psychological Association, 2006). De normale seksuele ontwikkeling gedurende de puberteit, kan hierdoor ernstig worden verstoord en leiden tot problemen op dit vlak op latere leeftijd. Het huidige onderzoek zal ingaan op de vraag wat het verband is tussen PTSS-symptomen na een eenmalige verkrachting en de problemen met betrekking tot seksualiteit en intimiteit.

1.1 Seksuele ontwikkeling

Tijdens de puberteit komt de seksuele ontwikkeling bij jongeren in een stroomversnelling. Bij meisjes gaat deze ontwikkeling gepaard met grote lichamelijke veranderingen, zoals de vorming van borsten, de eerste menstruatie en een groeispuurt (Berk, 2006). Door deze veranderingen wordt het meisje zich meer bewust van haar eigen lichaam en beschouwt ze zichzelf voor het eerst als seksueel wezen.

Naast het grotere bewustzijn van het lichaam dat in de puberteit plaatsvindt, is dit doorgaans de tijd dat men seksuele gevoelens begint te ervaren. In deze periode worden dan ook vaak de eerste intieme relaties gevormd, waarbij de eerste seksuele contacten kunnen plaatsvinden. In de vroege puberteit beperkt het seksuele gedrag zich meestal nog tot (tong)zoenen en strelen. In daarop volgende fases worden de contacten met de andere sekse persoonlijker; het vrijen gaat steeds een stapje verder. In de puberteit hebben de jongeren doorgaans kortdurende verkeringen, waarin het vrijen verder wordt geëxploreerd. Eén op de drie jongeren in de late puberteit heeft ervaring met geslachtsgemeenschap (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck, Weijenborg, 2004). Aan deze ontwikkeling van seksueel gedrag en beleving liggen vele factoren ten grondslag die zowel biologisch, psychologisch als sociaal van aard zijn (Gijs et al., 2004). De genoemde lichamelijke veranderingen zijn samen met hormonale veranderingen de grootste biologische factoren die bijdragen aan de seksuele ontwikkeling van adolescenten. De meest prominente psychologische factor wordt gevormd door de attitudes die men in de adolescentie ontwikkelt aangaande seksualiteit. Een belangrijke sociale factor is de invloed die leeftijdsgenoten uitoefenen op de ontwikkeling van deze attitudes, daarnaast fungeren ze vaak als rolmodel (Adams & Berzonsky, 2006).

1.2 Verkrachting als traumatische ervaring

Verkrachting kan een verstoring zijn van de hierboven beschreven seksuele ontwikkeling. Onder verkrachting verstaat men 'penetratie van het lichaam met welk voorwerp dan ook zonder toestemming van het individu' (Van Parijs & Meurs, 2006). Uit onderzoek is herhaaldelijk naar voren gekomen dat adolescenten een verhoogd risico lopen om het slachtoffer te worden van een verkrachting (Cybulska 2007; Danielson & Holmes 2004; Kaufman 2008; Maxwell, Robinson & Post, 2003). Naast leeftijd zijn ook andere factoren van invloed zoals drugs- en/of alcoholgebruik en een hoog aantal wisselende seksuele contacten (Maxwell et al, 2003). Deze factoren spelen een grotere rol dan in andere leeftijdsfasen. Naast deze risicofactoren is gebleken dat adolescenten vaker worden verkracht door een bekende.

Onderzoek van Kaufman (2008) toont aan dat hiervan in tweederde tot driekwart van de gevallen sprake is. Tevens is er minder vaak sprake van het gebruik van geweld en vindt verkrachting meestal plaats in een bekende omgeving.

Het meemaken van een verkrachting kan een traumatische ervaring zijn (Kaufman, 2008; Ullmann, Filipas, Townsend & Starzynski, 2007). Een dergelijke ervaring kan zoveel indruk op een meisje maken dat ze daar later veel last van kan ondervinden. Symptomen die hierbij voorkomen zijn het herbeleven van de gebeurtenis, vermijding van situaties die hiermee geassocieerd worden, verhoogde prikkelbaarheid en angst. Wanneer men al deze symptomen vertoont gedurende vier weken, kan gesproken worden van Post Traumatische Stress Stoornis (American Psychological Association, 2006). Deze symptomen kunnen jaren na de traumatische gebeurtenis nog bestaan (Van Berlo & Ensink, 2000). Hoewel lang niet alle slachtoffers deze stoornis ontwikkelen, is het risico deze stoornis na een verkrachting te ontwikkelen, vele malen groter dan bij andersoortige trauma's (Danielson & Holmes, 2004).

De mate van PTSS klachten wordt beïnvloed door de cognities die een individu ontwikkelt na een traumatische gebeurtenis. Zo heeft ieder mens een aantal assumpties ten aanzien van zichzelf, anderen en de wereld om zich heen. Men gaat er vaak, al dan niet bewust, van uit dat de wereld goed, voorspelbaar en veilig is. Daarnaast gaat men uit van het goede in zichzelf en denkt men in allerlei situaties adequaat te kunnen handelen. Een traumatische gebeurtenis, zoals een verkrachting, kan deze assumpties ondermijnen (Janoff-Bulman in Brewin, 2003). De ontwikkeling van PTSS wordt gedacht het resultaat te zijn van een onvermogen deze nieuwe ervaring in te passen in de assumpties die men voor het trauma had. De wereld blijkt niet altijd een veilige, voorspelbare plek te zijn en het vertrouwen in anderen is veelal geschaad. Ook de assumptie ten aanzien van zichzelf als sterk, competent en bekwaam handelend individu is geschaad, doordat het individu niet in staat is geweest de eigen lichamelijke integriteit te behouden (Moser, Hajcak, Simons & Foa, 2007). Horowitz beschrijft dat enerzijds de oude assumpties niet meer houdbaar zijn, anderzijds zijn nieuwe assumpties omtrent de onveiligheid van de wereld en de incompetentie van het zelf te beangstigend om te aanvaarden (zoals geciteerd in Brewin, 2003).

Hierdoor verkeert het slachtoffer in een lastige tweestrijd. Slachtoffers van een trauma hanteren vaak verschillende copingstrategieën om met deze onzekere positie om te gaan. Vaak proberen ze hierdoor meer vat of controle te krijgen op dat wat is gebeurd. Cognities omtrent het eigen handelen tijdens de gebeurtenis zijn veel voorkomend. Zo kan men denken dat men iets gedaan, danwel nagelaten heeft waardoor de traumatische gebeurtenis kon plaatsvinden. Door de verantwoordelijkheid van het gebeurde bij zichzelf te leggen, brengt het individu zichzelf een zekere mate van controle toe. In het geval van een verkrachting kan het slachtoffer denken dat ze zelf aandeel heeft gehad in wat er is gebeurd. Dit kan tijdelijk effectief zijn, aangezien tijdens de verkrachting vaak een totaal gevoel van machteloosheid ervaren wordt (Frazier, 1990). Door eigen verantwoordelijkheid toe te kennen aan de verkrachting behoudt het slachtoffer het beeld van een 'veilige' en 'voorspelbare' wereld.

Hierboven is beschreven hoe cognities over de verkrachting een basis kunnen vormen voor het ontstaan van schuldgevoelens. Het verband tussen schuldgevoelens en PTSS klachten is echter nog zeer onduidelijk. Zo behoorde schuldgevoel in de DSM-III tot één van de diagnostische criteria voor PTSS (Kubany, 1994). Tegenwoordig staat vooral de predictieve rol die schuldgevoel zou hebben, in de belangstelling. Hierbij zou het ervaren van schuldgevoelens na een trauma een voorspeller zijn voor hevigere PTSS-symptomen (Moser et al., 2007). Onderzoeken hiernaar zijn echter cross-sectioneel en vermelden expliciet geen causale uitspraken te kunnen doen over de plek die schuldgevoelens innemen bij het ontstaan, of instandhouden van PTSS. Mogelijk dat de ervaren PTSS-symptomen juist leiden tot het ontwikkelen van schuldgevoelens. Aanwijzingen hiervoor zijn te vinden in onderzoek dat een sterk verband aantoont tussen de herbelevingen, vermijding en schuldgevoelens. Een ander theoretische uitleg voor de ambigue rol van schuldgevoelens is de onderverdeling van schuldgevoel in een cognitieve en affectieve component (Kubany, 1994). Wellicht dat het herbeleven van de gebeurtenis de assumpties over een veilige wereld iedere keer weer op de proef stelt, waardoor het slachtoffer een copingstrategie gaat hanteren die deze onveiligheid kan wegnemen.

Hierbij is met name sprake van de affectieve component van schuldgevoelens, waarbij schuld als emotie meer op de voorgrond staat dan cognities omtrent de eigen schuld aan de verkrachting (Kubany, 1994). Door de herbeleving is het namelijk mogelijk dat de schuld weer gevoeld wordt die is ervaren ten tijde van het trauma.

1.3 Verkrachting en gevolgen aangaande seksualiteit en intimiteit

Naast het feit dat een verkrachting invloed heeft op de bestaande assumpties over de wereld, anderen en het zelf, heeft een verkrachting tevens veel invloed op het aangaan

van interpersoonlijke relaties, intimiteit en seksualiteit (Danielson & Holmes, 2004). Van Berlo en Ensink (2000) halen in hun review tal van onderzoeken aan die de seksuele gevolgen van een verkrachting beschrijven. Genoemde klachten zijn onder andere: pijn of ongemak tijdens gemeenschap, moeilijkheden in het ervaren van seksuele gevoelens als verlangen en opwinding en het uitblijven van een orgasme (Burgess & Holmstrom, 1979). In hetzelfde review wordt een onderzoek van Dahl (1993) aangehaald. Hij constateerde een jaar na de verkrachting klachten als een fobie voor gemeenschap, vermijding van seksueel contact en verminderde opwinding. Hij stelt verder dat de ervaren seksuele problemen onderdeel uitmaken van het vermijdende gedrag dat een symptoom is van PTSS. Ook andere auteurs onderschrijven het verband tussen PTSS en problemen met seksualiteit. Van Berlo en Ensink (2000) concluderen dat de herbelevingen van de verkrachting de angst voor seks in stand houden en bijdragen aan een gebrek aan verlangen en opwinding. Voor het aangaan van intieme persoonlijke relaties is het nodig dat het individu zich openstelt en zich in kan leven in de ander. Bij slachtoffers van een traumatische ervaring zijn deze vaardigheden vaak aangetast (McFarlane & Bookles, 2001). Daarnaast is het aangaan van een gezonde seksuele relatie sterk gebaseerd op een gevoel van veiligheid. Bij slachtoffers is juist dit gevoel van veiligheid aangetast, wat leidt tot angst en verlies van (emotionele) controle (McFarlane & Bookles, 2001; Silva, 2001).

De gegevens omtrent de lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen van een verkrachting zijn gebaseerd op onderzoeken onder volwassen slachtoffers. Onbekend is echter of deze gevolgen ook gelden voor adolescenten.

Aangezien juist deze groep een verhoogd risico heeft om verkracht te worden, is het extra van belang de gevolgen hiervan na te gaan. Te verwachten valt dat de gevolgen voor hen ernstiger zijn, aangezien zowel hun identiteit als het verwerven van copingstrategieën om met de gebeurtenis om te gaan, nog volop in ontwikkeling zijn (Adams & Berzonsky, 2006). Wellicht heeft een dergelijke verstoring verstrekende gevolgen voor de ontwikkeling van seksualiteit en intimiteit. Hierover is echter nog zeer weinig bekend. Het is dan ook van wezenlijk belang dat de veelvuldige gevolgen van een verkrachting voor adolescente meisjes nader onderzocht worden, zodat er meer criteria ontwikkeld kunnen worden voor interventies.

1.4 Vraagstelling, hypothese en theoretische onderbouwing

Het doel van dit onderzoek is te kijken of er een verband bestaat tussen PTSS-symptomen na het meemaken van een eenmalige verkrachting en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Bovengenoemde leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

“Wat is het verband tussen PTSS-symptomen en het ervaren van klachten op het gebied van intimiteit en seksualiteit bij adolescente meisjes na eenmalige verkrachting?”

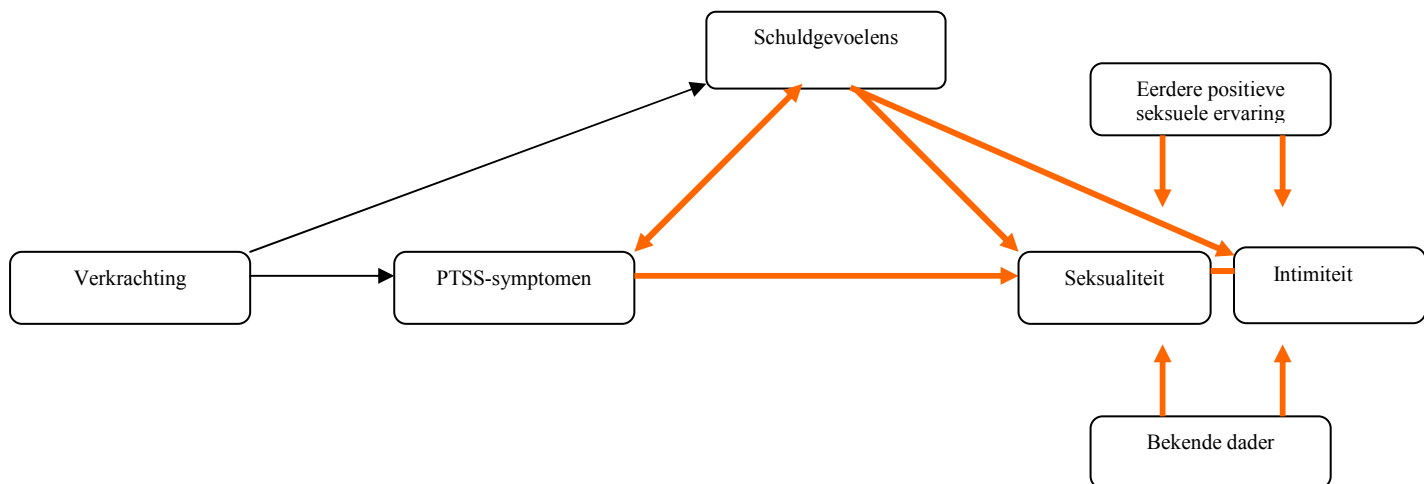
Er wordt verwacht dat de samenhang sterk zal zijn. Zoals gesteld geeft PTSS op zichzelf aanleiding tot klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit (McFarlane & Bookles, 2001). Voor het opbouwen van een intieme relatie is het nodig een gevoel van veiligheid te ervaren. In het algemeen is dit gevoel van veiligheid bij mensen met PTSS geschaad. Aangezien slachtoffers van een trauma in een voortdurende staat van overgeprikkeldheid verkeren, zijn zij met name bezig met de eigen interne gevoelens en cognities. Hierdoor wordt het aangaan van een wederkerige affectieve relatie bemoeilijkt, waardoor er tevens geen gevoel van veiligheid wordt ontwikkeld. Juist dit gevoel is een belangrijk aspect in seksueel contact. Het gegeven dat de fysiologische reactie op seksuele prikkels nauwelijks is verstoord, geeft aan dat de klachten vooral psychologisch van aard zijn. De seksuele prikkels worden geassocieerd met het seksuele contact dat tijdens de verkrachting heeft plaatsgevonden. Deze associatie roept angst op en inhibeert de fysiologisch opgeroepen seksuele reacties (Van Berlo en Ensink, 2000).

Aangezien bij verkrachting de aard van het trauma seksueel en interpersoonlijk is, wordt verwacht dat klachten op deze gebieden zich nog duidelijker manifesteren dan bij een andersoortig trauma. Aangezien de participanten in het huidige onderzoek verkeren in een leeftijdsfase waarin de eerste intieme interpersoonlijke relaties gevormd worden, waarbinnen veelal seksueel contact plaatsvindt, wordt verwacht dat de samenhang tussen PTSS-symptomen en klachten op deze gebieden sterker zal zijn dan bij een andersoortig trauma. Teneinde hierover een uitspraak te kunnen doen, wordt een vergelijking gemaakt met normgroepen.

Eveneens zal gekeken worden welke rol schuldgevoelens spelen in het ontwikkelen van klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. In het huidige onderzoek wordt verondersteld dat deze gezien kunnen worden als een tussenliggend proces dat bijdraagt aan, danwel klachten veroorzaakt op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Zoals beschreven kunnen schuldgevoelens een deel uitmaken van PTSS-symptomen en is het aannemelijk dat het herbeleven en vermijden van de gebeurtenis deze schuldgevoelens kunnen versterken, danwel in standhouden. Met name in het geval van verkrachting lijkt het aannemelijk dat schuldgevoelens bijdragen aan de ontwikkeling van klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit, aangezien het trauma van seksuele aard is. Het slachtoffer kan zich hierbij schuldig voelen over het feit dat zij haar lichamelijke integriteit niet heeft weten te behouden. Dit kan bij een volgend seksueel of intiem contact de associatie oproepen met de verkrachting. Ook wanneer het slachtoffer geen schuldgevoelens ervaart, is gebleken dat PTSS op zichzelf al kan leiden tot klachten op deze gebieden (McFarlane & Bookles, 2001). Verwacht wordt dat schuldgevoelens in de ontwikkeling van deze klachten een mediërende werking hebben. De relatie tussen PTSS en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit wordt dan ook verwacht minder sterk te zijn wanneer schuldgevoelens worden meegenomen. In dat geval verklaren schuldgevoelens na PTSS een deel van de ervaren klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. In Figuur 1 is de wijze waarop dit proces werkt schematisch weergegeven.

Tevens zal er worden gekeken wat de invloed is van verschillende situatie-specifieke kenmerken van de verkrachting die bijdragen aan de klachten. Er wordt verwacht dat het kennen van de dader samenhangt met het ontwikkelen van klachten met betrekking tot seksualiteit en intimiteit.

Relaties tussen mensen zijn gebaseerd op een gevoel van veiligheid en vertrouwen. Wanneer de dader van de verkrachting een bekende is, of zelfs de partner, wordt dit gevoel van vertrouwen ernstig geschaad. Hierdoor zal het slachtoffer in de toekomst moeite kunnen ondervinden met het opbouwen van een intieme relatie. Daarnaast maakt het feit dat een bekende inbreuk heeft gemaakt op de fysieke integriteit, het moeilijk toekomstige intieme, seksuele relaties aan te gaan. Tenslotte is er gekeken naar de eerdere seksuele ervaring van de participanten. Verwacht wordt dat eerdere positieve ervaring een beschermende factor vormt voor het ontwikkelen van klachten. Wanneer de verkrachting de eerste ervaring is op seksueel gebied, zal seks blijvend als iets naars ervaren worden en wellicht worden vermeden. Dit kan leiden tot het ervaren van klachten op het gebied van seks. Verwacht wordt dat eerdere positieve ervaringen met seks de negatieve associatie met seks compenseren. Alle verbanden die in het huidige onderzoek worden onderzocht zijn in het figuur aangegeven met oranje pijlen.



Figuur 1: Model van samenhang tussen PTSS-symptomen na verkrachting, schuldgevoelens, situatiespecifieke kenmerken en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit.

2. Methoden

2.1 Participanten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een data-set waarin 155 meisjes opgenomen zijn. Deze meisjes zijn allen in behandeling bij het Psychotraumacentrum voor PTSS-symptomen na een eenmalige verkrachting. Bij aanmelding vullen zij allen een aantal vragenlijsten in, waarvan een selectie is gemaakt van zes vragenlijsten voor het huidige onderzoek. Uiteindelijk zijn van 80 meisjes de gegevens meegenomen in het onderzoek. De meisjes die niet zijn meegenomen hadden de benodigde vragenlijsten niet ingevuld, of een verouderde versie van een van de vragenlijsten (Inventarisatielijst Cognities). Deze verouderde versie maakte gebruik van open vragen, terwijl de nieuwe versie een Likertschaal gebruikt. Hierdoor konden de scores van de oudere versie niet ingevoerd worden. Om deze redenen ontstond er een uitval van 75 meisjes.

De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep is 16,15 jaar met een standaarddeviatie van 1,73. Van deze groep is 89 % van Nederlandse afkomst. De overige negen participanten zijn afkomstig uit acht verschillende landen, die geografisch zeer verspreid liggen. Het merendeel van de participanten is leerling op het VMBO (66 %). De verdere verdeling over verschillende opleidingsniveaus is te zien in Tabel 1.

Tabel 1: frequentie en percentage per opleidingsniveau

Opleiding	Frequentie	Percentage
VMBO	53	66
HAVO	15	19
VWO	10	13
MBO	2	3

De tijd die tussen de verkrachting en de aanmelding bij het PTC zit is gemiddeld 64,2 weken met een standaarddeviatie van 74,5. Het minimum aantal weken was 1 en het maximum aantal weken 350.

Van de groep heeft 30% eerdere positieve seksuele ervaringen gehad en 14 % rapporteert eerdere negatieve seksuele ervaringen te hebben gehad. Voor 69 % van de meisjes was de dader een bekende, 29 % werd door een onbekende dader verkracht en voor 3 % was er sprake van zowel een bekende als onbekende dader. Bij 28 participanten was er sprake van fysiek geweld. Bij zes participanten is er gedreigd met een wapen, en bij 36 participanten was er sprake van verbaal geweld.

2.2 Procedure

De data die in dit onderzoek worden gebruikt zijn vrijgegeven door het Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jeugdigen in Utrecht (PTC). Deze data betreffen participanten met PTSS-symptomen ten gevolge van eenmalig seksueel geweld. Aanmelding vindt op verschillende manieren plaats. De meeste aanmeldingen komen binnen via de politie, daarnaast komen de participanten op eigen initiatief of via de huisarts. Wanneer de meisjes aangemeld zijn bij het PTC volgt de diagnostiekfase waarin zij een aantal vragenlijsten invullen die betrekking hebben op klachten, gedachtes en gevoelens na eenmalig seksueel geweld. Aan de hand hiervan worden zij doorverwezen naar een behandelingstraject. De behandelingsvormen waarnaar de meisjes kunnen worden doorverwezen zijn de cognitieve-gedragstherapie STEPS (Bicanic & Kremer, 2007), EMDR (Shapiro, 1989), een verwijzing naar psychiatrisch onderzoek of naar andere instanties.

2.3 Meetinstrumenten

Voor het vaststellen van de demografische variabelen en de omstandigheden waaronder de verkrachting heeft plaatsgevonden, is het 'Scoreformulier dossieronderzoek eenmalig seksueel geweld' (PTC, 2007) gebruikt. Dit is een door het PTC zelf ontwikkeld formulier waarin de omstandigheden van de verkrachting worden uitgevraagd. De variabelen die hieruit zijn gebruikt staan hierboven vermeld onder 'participanten'.

Om vast te kunnen stellen of er sprake is van PTSS-symptomen, is gebruik gemaakt van de Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK; Alisic, Eland & Kleber, 2006). De SVLK is een vragenlijst die de diversiteit in de consequenties van schokkende gebeurtenissen bij kinderen van acht tot 18 meet.

Deze lijst bestaat uit 34 items, die elk behoren tot één van vier subschalen te weten ‘herbeleving’, ‘vermijding’, ‘overgeprikkeldheid’ en ‘overige kindspecifieke reacties’. De vragen worden beantwoord middels een vijfpuntsschaal, lopend van 0 ‘niet of nooit’ tot 5 ‘heel erg of altijd’. De betrouwbaarheid is redelijk tot zeer goed. De validiteit van de SVLK is goed gebleken in vergelijking met een andere vragenlijst die traumaklachten meet.

Daarnaast zijn uit een viertal vragenlijsten items geselecteerd omtrent seksualiteit, intimiteit en schuldgevoelens, waaronder de Trauma Symptoom Controle Lijst voor Kinderen (TSCC; Bal 1998), de Symptom Checklist (SCL-90, Arrindell & Ettema, 1986), de Child Behaviour Checklist-Youth Self Report (CBCL-YSR; Verhulst en Van der Ende, 2001) en de Inventarisatielijst Cognities (Bicanic en Kremers, 2007). De TSCC is een instrument dat gebruikt wordt bij kinderen in de leeftijd van acht tot 16 jaar. De lijst bevat 54 items die twee validiteitschalen vormen, namelijk ‘onderrapportage’ en ‘hyperrapportage’, en zes klinische schalen, namelijk ‘angst’, ‘depressie’, ‘boosheid’, ‘posttraumatische stress’, ‘dissociatie’ en ‘seksuele zorgen’. Voor het huidige onderzoek is enkel gebruik gemaakt van de items uit de subschaal ‘seksuele zorgen’. Deze subschaal bestaat uit tien items, waarbij de antwoordschaal loopt van 0 ‘nooit’ tot 3 ‘bijna altijd’. De ruwe scores worden getransformeerd tot een T-score. Deze subschaal meet seksuele distress en seksuele preoccupatie. Een T-score van 70 wordt als klinisch significant gerekend. Deze subschaal is voldoende betrouwbaar bevonden (Briere, 1996). Verder onderzoek naar de TSCC wijst uit dat de gehele vragenlijst een hoge betrouwbaarheid heeft en over een convergerende en predictieve validiteit beschikt (Briere e.a., 2001 in Kaplow, Hall, Koenen, Dodge en Amaya-Jackson, 2008).

De Symptom Check List is een lijst bestaande uit 90 omschrijvingen van lichamelijke of psychische klachten voor volwassenen, waarvan aangegeven moet worden in welke mate daarvan in de afgelopen week sprake is geweest. De vragen worden gemeten aan de hand van een vijfpuntsschaal van 0 ‘helemaal niet’ tot 5 ‘heel erg’. Alle items behoren tot één van acht subschalen, te weten ‘agorafobie’, ‘angst’, ‘depressie’, ‘somatische klachten’, ‘insufficiëntie van denken en handelen’, ‘wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit’, ‘hostiliteit’ en ‘slaapproblemen’. De totaalscore is ‘psychoneuroticisme’ genaamd.

Wat betreft de betrouwbaarheid van de SCL-90 kan gesteld worden dat er sprake is van een goede test-hertest betrouwbaarheid. Zowel de begripsvaliditeit als de criteriumvaliditeit wordt door de COTAN als 'goed' beoordeeld (Evers, Vliet-Mulder & Groot, 2000).

De Child Behaviour Check List is een vragenlijst voor jeugdigen tussen de 11 en 18 jaar oud die vaardigheden en probleemgedrag meet. De lijst bestaat uit twee delen. Het bestaat uit een vaardigheidsdeel met 17 vragen over sport, hobby's, school e.d. die op een twee- tot vierpuntsschaal beantwoord dienen te worden en uit een gedragsprobleemdeel met 112 vragen betreffende gedrags- en emotionele problemen van nu of van de laatste 6 maanden die op driepuntsschalen beantwoord moeten worden. De items uit het tweede deel kunnen worden onderverdeeld in de schalen: 'teruggetrokken/depressief', 'angstig/depressief', 'lichamelijke klachten', 'sociale problemen', 'denkproblemen', 'aandachtsproblemen', 'delinquent gedrag', 'agressief gedrag' en de hieruit afgeleide schalen voor internaliserende problemen, externaliserende problemen en totale problemen. Alle vragen worden gemeten door middel van een driepuntsschaal waarbij 0 'helemaal niet' indiceert en 2 'duidelijk of vaak'. De COTAN (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000) beoordeelt de normen en betrouwbaarheid als goed en de begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit als voldoende.

De Inventarisatielijst Cognitie (IC) is een vragenlijst bestaande uit 27 items die elk gemeten worden aan de hand van een vijf puntsschaal. Hierbij staat 1 voor 'helemaal niet waar' en 5 voor 'helemaal waar'. Hij wordt gebruikt bij jongeren van 13 tot 18 jaar. De vragenlijst omvat vragen over verschillende gedachtes die men na een verkrachting kan hebben. De IC is onderverdeeld in drie subschalen: '*zelfverwijt/zelfwaardering*', '*de gevaarlijke wereld*' en '*de toekomst*' die over een hoge interne consistentie beschikken. De lijst is ontwikkeld door Bicanic en Kremers (2007) van het Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jeugdigen. Uit onderzoek van Houben & Langeraar (2008) kan geconcludeerd worden dat de IC een bruikbaar instrument is om Post Traumatische Stress klachten en klachtenvermindering te meten.

2.4 Data preparatie

2.4.1. Constructvorming

In het huidige onderzoek is er gekeken naar problemen op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Om deze begrippen te kunnen meten zijn alle vragenlijsten doorgenomen om te bezien of deze voldoende items bevatten omtrent de constructen seksualiteit en intimiteit. De vragenlijsten zijn door beide auteurs afzonderlijk doorgenomen en deze hebben items omtrent seksualiteit, intimiteit en schuld geselecteerd. Hierna zijn deze items met elkaar vergeleken en besproken.

Voorbeelden behorende tot het construct seksualiteit zijn: “Aan seks denken wanneer ik dat niet wil” en “Seks zal nooit meer leuk voor mij zijn”. Voorbeelden aangaande het construct intimiteit zijn “Me eenzaam voelen” en “Je alleen voelen, zelfs bij andere mensen”. Hetzelfde is gedaan voor items met betrekking tot schuldgevoelens, omdat hiervan een mediërende rol wordt verwacht in het ontwikkelen van problemen op het gebied van seksualiteit en intimiteit na een eenmalige verkrachting.

Voorbeelden van items omtrent het construct schuldgevoelens zijn: “Ik voel me erg schuldig”, “Ik had het kunnen voorkomen”. Voor een volledig overzicht van de geselecteerde items, wordt verwezen naar bijlage 1.

2.4.2. Interne consistentie

Middels Cronbach's Alpha is op twee manieren gekeken of de constructen over een voldoende interne consistentie beschikken. Op de eerst plaats is ervoor gekozen om items uit één vragenlijst te gebruiken voor het meten van een construct. Daarnaast zijn er items geclusterd uit verschillende vragenlijsten. Aangezien deze allemaal verschillende antwoordschalen hadden, was het nodig voor alle items eenzelfde antwoordschaal te construeren. Er is voor gekozen een afkappunt te bepalen. Hierdoor ontstonden er voor alle items twee nieuwe antwoordmogelijkheden, waarbij 0 staat voor ‘niet problematisch’ en 1 voor ‘problematisch’. In de verdere analyses is ervoor gekozen deze laatste methode te gebruiken, aangezien de constructen op deze manier een hogere interne consistentie lieten zien.

Voor de TSCC is bepaald dat een score van 2 of hoger problematisch is. Voor zowel de IC als de SCL-90 is een score vanaf 4 problematisch bevonden. Tot slot is voor de CBCL-YSR is een score van 2 problematisch bevonden. Voor alle schalen bleek de Cronbach's Alpha voldoende te zijn. Voor het construct seksualiteit was dit $\alpha = .707$, na weglaten van item 4 van de TSCC. SPSS heeft zelf de items 8 en 47 van de TSCC weggelaten, aangezien deze een variantie van 0 hadden. Voor intimiteit bedroeg Cronbach's Alpha $\alpha .722$, nadat item 88 van de CBCL-YSR was weggelaten. Voor schuldgevoelens bedroeg Cronbach's alfa $\alpha = .857$. Deze alfa's zijn allen boven de criteriumgrens die aan deze maat wordt gesteld (Brace, Kemp & Snelgar, 2006). Om vervolgens voor iedere participant een totaalscore te kunnen maken, is ervoor gekozen alle items behorende tot een construct op te tellen en het gemiddelde hiervan te nemen. Op deze wijze ontstond er voor iedere participant een totaalscore gebaseerd op dezelfde hoeveelheid gegevens.

2.5 Data-analyse

Nadat de interne consistentie van de verschillende clusters gewaarborgd was, is begonnen met het onderzoeken van de samenhang tussen PTSS-symptomen en de drie afzonderlijke constructen. Dit is gedaan met behulp van Pearson's r . Hierna zijn er lineaire regressieanalyses gedaan om de samenhang te analyseren tussen de SVLK score en afzonderlijk de scores op de seksualiteit-, intimiteit- en schuld-schalen.

Om na te gaan wat de rol is van schuldgevoelens in de samenhang tussen SVLK score en de twee verschillende constructen is een multiële regressie uitgevoerd. Hiervoor is allereerst gekeken of er een significant verband bestaat tussen seksualiteit en schuldgevoelens. Als tweede is gekeken naar het verband tussen seksualiteit en de score op de SVLK. Tot slot is een multiële regressie uitgevoerd met als onafhankelijke variabelen de SVLK score en schuldgevoelens en als afhankelijke variabele seksualiteit. Ditzelfde is gedaan voor het construct intimiteit. Wanneer er sprake is van een mediërende rol moet het verband in de derde regressie tussen de SVLK score en seksualiteit minder sterk zijn dan bij de tweede regressie (Baron & Kenny, 1986).

Om te bezien wat de invloed is van situatiespecifieke variabelen als het kennen van de dader en eerdere positieve seksuele ervaringen, zijn voor deze variabelen independent t-toetsen uitgevoerd.

3. Resultaten

In het huidige onderzoek wordt nagegaan wat het verband is tussen PTSS-symptomen en het ervaren van problemen op het gebied van intimiteit en seksualiteit bij adolescente meisjes na eenmalige verkrachting. Tevens wordt de rol van schuldgevoelens in het ontwikkelen van deze klachten onderzocht.

3.1 Samenhang tussen PTSS-symptomen, seksualiteit en intimiteit

Tabel 2 laat de Pearson's correlatie-coëfficiënten zien tussen de verschillende variabelen. Deze resultaten tonen aan dat de mate van problemen op het gebied van seksualiteit en intimiteit samenhangen met de PTSS-score. Te zien is dat de constructen seksualiteit en intimiteit onderling een significante correlatie hebben. Hierdoor is het niet mogelijk conclusies te trekken over welke variantie de PTSS-score verklaart in de afzonderlijke constructen. De significante correlatie betekent dat er gedeelde variantie bestaat tussen seksualiteit en intimiteit. Het is mogelijk dat de PTSS-score een voorspeller van deze gedeelde variantie is. Het is echter ook mogelijk dat het bij beide constructen een afzonderlijke variantie verklaart.

Tabel 2: Correlatie tussen PTSS, seksualiteit en intimiteit

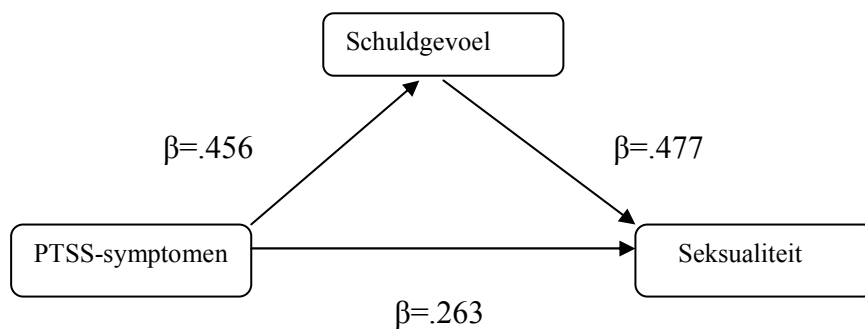
	PTSS-score	Seksualiteit	Intimiteit
PTSS-score	-	.426**	.507**
Seksualiteit	-	-	.414**
Intimiteit	-	-	-

**p<.01

Tevens is gekeken naar de Adjusted R² om een uitspraak te kunnen doen over de verklaarde variantie van PTSS-symptomen op beide constructen. Hieruit is gebleken dat PTSS 17% van seksualiteit (R²=.171) en 25 % van intimiteit verklaart (R²=.248).

3.2 Schuldgevoelens als mediator

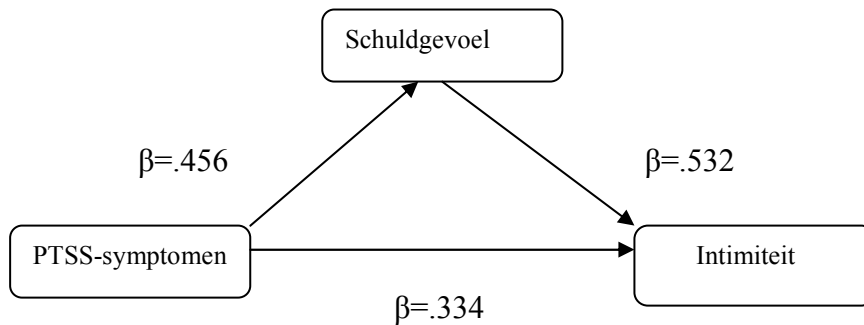
Om een mediërende rol voor schuldgevoelens vast te kunnen stellen, moet aan een aantal assumpties worden voldaan, voor het construct seksualiteit bleken deze houdbaar (zie figuur 2). Zo bleek er een significant verband bestaan tussen PTSS-score als onafhankelijke variabele en seksualiteit als afhankelijke variabele ($\beta=.426$, $p<.01$). Ten tweede was er sprake van een significant verband tussen PTSS-score en schuldgevoelens als afhankelijke variabele ($\beta = .456$, $p<.05$). Daarnaast is gebleken dat schuldgevoelens een voorspeller zijn van seksuele problemen ($\beta = .477$, $p<.05$). De mediërende rol van schuldgevoelens is tot slot vastgesteld door middel van een multiële regressieanalyse met seksualiteit als afhankelijke variabele en zowel PTSS-score als schuldgevoelens als onafhankelijke variabelen. Schuldgevoelens bleken een gedeeltelijke mediator aangezien het verband tussen PTSS-score en seksualiteit significant bleef, maar wel verminderde ($\beta =.263$, $p<.05$).



Figuur 2: Model mediator schuldgevoelens bij seksualiteit

Ook voor het construct intimiteit is aan de assumpties voldaan (zie figuur 3). De regressie tussen PTSS-score en intimiteit bleek significant ($\beta = .507$, $p< .05$). Zoals reeds beschreven is er een significant verband tussen PTSS-score en schuldgevoelens ($\beta = .456$, $p<.05$). Tevens bleek de regressie tussen schuldgevoelens en intimiteit significant te zijn ($\beta = .532$, $p< .05$). Tenslotte is een multiële regressie uitgevoerd met intimiteit als afhankelijke variabele en PTSS-score en schuldgevoel als onafhankelijke variabelen.

Ook hier is sprake van een gedeeltelijk mediërende rol voor schuldgevoelens aangezien het verband tussen PTSS-score en intimiteit vermindert, wanneer de variabele schuldgevoelens wordt toegevoegd ($\beta = .334$, $p < .05$).



Figuur 3: Model mediator schuldgevoelens bij intimiteit

Schuldgevoelens laten een hogere verklaarde variantie in de beide constructen zien dan de PTSS-score. Voor seksualiteit is deze verklaarde variantie 22% ($R^2 = .218$) en voor intimiteit 27% ($R^2 = .274$). Van schuldgevoelens werd 20% verklaard door de PTSS-score ($R^2 = .197$).

3.3 Situatiespecifieke kenmerken

Middels een independent t-test is gekeken naar de invloed van verschillende situatiespecifieke variabelen op de klachten met betrekking tot seksualiteit en intimiteit. Allereerst is gekeken of het kennen van de dader samenhangt met meer klachten op beide gebieden. Dit bleek alleen het geval te zijn voor seksualiteit ($t = 2.420$, $df = 49,96$, $p = .019$, two tailed). Hierbij bedroeg de gemiddelde score op het construct seksualiteit voor meisjes die door een bekende zijn verkracht .15 en door een onbekende .07. Voor intimiteit bleek dit niet zo te zijn ($t = 1.569$, $df = 76$, $p = .121$). Daarnaast is ook gekeken of het hebben van eerdere positieve seksuele ervaring samenhangt met meer of minder klachten op het vlak van seksualiteit en intimiteit. Dit bleek niet zo te zijn voor seksualiteit ($t = 1.269$, $df = 77$, $p = .208$) en ook niet voor intimiteit ($t = 1.620$, $df = 77$, $p = .109$). Voor het hebben van eerder negatieve seksuele ervaring is ook geen samenhang gevonden met klachten op seksueel gebied ($t = -.767$, $df = 78$, $p = .445$) en ook niet op het gebied van intimiteit ($t = 1.46$, $df = 78$, $p = .884$).

3.4 Vergelijking normgroepen

Om na te gaan of de vertoonde stressreacties na eenmalige seksueel geweld verschillen van die van de reacties na een andersoortig trauma, is er een vergelijking gemaakt met een normgroep van de SVLK. Hierbij zijn de totaalscores op de vier subschalen ‘herbeleving’, ‘vermijding’, ‘overgeprikkeldheid’ en ‘overige kindspecifieke reacties’ vergeleken. Deze groep bestond uit 246 kinderen, van wie 117 meisjes. Al deze kinderen hadden een schokkende gebeurtenis meegemaakt (Alisic, Eland & Kleber, 2006). De gebeurtenis voldeed aan het A1 criterium van de diagnose Post Traumatische Stress Stoornis in de DSM-IV-TR (American Psychological Association, 2006). De gemiddelde leeftijd van de normgroep is 10,47 jaar, met een standaarddeviatie van 1,26. Er is sprake van een ondervertegenwoordiging van allochtone kinderen en stadskinderen. Voor het huidige onderzoek zijn alleen de gegevens van de meisjes gebruikt. Voor de vergelijking zijn de gehele totaalscores gebruikt. De vergelijking met de normgegevens is te zien in Tabel 3. De verschillen tussen de scores op alle subschalen en de totaalscores verschillen aanzienlijk. In de discussie zal hier verder op in gegaan worden.

Tabel 3: Vergelijking met normscores

	Normgroep Gemiddelde (sd)	Huidig onderzoek Gemiddelde (sd)
Herbeleving	14,70 (5,69)	20,59 (4,91)
Vermijding	25,06 (8,10)	34,99 (7,35)
Overgeprikkeldheid	13,03 (5,02)	20,03 (4,90)
OKR	19,93 (7,71)	29,81 (7,23)
Totaalscore	72,73 (23,42)	105,46 (19,17)

4. Discussie

4.1 Bespreking resultaten

Het doel van het huidige onderzoek was na te gaan of PTSS-symptomen na eenmalig seksueel geweld voorspellende factoren zijn voor klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Hierbij werd voor beide constructen een significant verband verwacht. De resultaten bevestigen deze hypothese. Daarnaast is er gekeken of deze samenhang gemedieerd wordt door schuldgevoelens. Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat schuldgevoelens inderdaad een gedeeltelijk mediërende rol spelen tussen PTSS-symptomen en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit, waarmee de tweede hypothese bevestigd is. Voor verschillende situatiespecifieke variabelen is ten slotte gekeken naar het verband met PTSS-symptomen. Hieruit kwam naar voren dat het kennen van de dader samenhangt met meer klachten op het gebied van seksualiteit en niet wat betreft intimiteit. Aan de hand van deze resultaten kan de derde hypothese gedeeltelijk bevestigd worden, aangezien hierin werd gesteld dat het kennen van de dader samen zou hangen met meer klachten op het gebied van zowel intimiteit als seksualiteit. Of het meisje wel of niet eerdere positieve seksuele ervaringen of eerdere negatieve seksuele ervaringen heeft meegemaakt, is geen voorspellende factor gebleken in dit onderzoek. Hiermee moet de vierde hypothese van dit onderzoek verworpen worden.

4.2 Samenhang PTSS-symptomen en seksualiteit- en intimiteitklachten

De eerste hypothese van dit onderzoek: ‘Er is een significant verband tussen PTSS-symptomen en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit’, wordt door de resultaten bevestigd. In het review van Van Berlo en Ensink (2000) komt uit de verschillende onderzoeken naar voren dat PTSS aanleiding geeft tot het ontwikkelen van klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. In het huidige onderzoek werd verwacht dat deze klachten sterker aanwezig zullen zijn bij een seksueel trauma. Dit is dan ook gevonden in dit onderzoek, hierop zal later dieper ingegaan worden. Deze bevinding ligt in lijn met eerder verricht onderzoek van McFarlane & Bookles (2001), die aangeven dat het meemaken van seksueel geweld een inbreuk is op de eigen (lichamelijke) integriteit, waardoor het aangaan van zowel een intieme als seksuele relatie ernstig kan worden verstoord. Dit komt ook naar voren in onderzoek van Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij en Crombez (2003). Zij toonden aan dat een

seksueel trauma leidt tot meer klachten op het gebied van seksualiteit dan het geval is bij andersoortig trauma.

De meerderheid van de genoemde onderzoeken zijn gebaseerd op gegevens van volwassen vrouwen die het slachtoffer zijn van een eenmalige verkrachting of meerdere verkrachtingen. Het onderzoek dat verricht is onder adolescenten gaat tot nu toe uitsluitend over seksueel misbruik. Het huidige onderzoek is één van de weinige onderzoeken die resultaten laat zien voor adolescente meisjes die eenmalig zijn verkracht. Dit is verwonderlijk aangezien uit onderzoek van de Rutgers Nisso groep is gebleken dat één op de zes vrouwen onder de 25 ooit gedwongen is tot seks (Kiene, 2008). Hieruit blijkt dat gedwongen seks een groot maatschappelijk probleem vormt. Het gegeven dat deze meisjes ernstige klachten kunnen ontwikkelen ten gevolge van de verkrachting maakt meer onderzoek noodzakelijk. Hiermee kunnen de klachten die adolescente meisjes ontwikkelen na eenmalige verkrachting meer inzichtelijk en daardoor wellicht meer bespreekbaar worden gemaakt. De inzichten uit het huidige onderzoek kunnen gebruikt worden in behandelingen van deze doelgroep. Zo is het aan te bevelen expliciet aandacht te besteden aan de thema's seksualiteit en intimiteit. Daarbij dienen hulpverleners ideeën en gevoelens, maar ook klachten omtrent deze thema's bespreekbaar te maken. Er kan bijvoorbeeld nagevraagd worden hoe de meisjes denken over seks, intimiteit met hun eventuele huidige vriendje, en de gevoelens die ze hierbij ervaren. Ook dient de houding ten opzichte van de andere sekse nader bevraagd te worden. Zo kan bijvoorbeeld gevraagd worden hoe het met hun vertrouwen in jongens is gesteld. Hierbij is het van belang eventuele verstoorde beeldvorming omtrent seksualiteit, intimiteit en relaties te herzien, opdat men met meer zelfvertrouwen toekomstige relaties aan kan gaan.

4.3 Schuldgevoelens als mediërende factor

De verwachte mediërende rol voor schuldgevoelens wordt in dit onderzoek ook bevestigd. Voor zowel seksualiteit als intimiteit is aangetoond dat schuldgevoelens hier een mediërende rol in vervullen. Het verband tussen PTSS-symptomen en seksualiteit werd minder sterk wanneer schuldgevoelens als variabele mee werd genomen in de analyse. Naast het feit dat het hebben van symptomen van Post Traumatische Stress Stoornis leidt tot klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit draagt ook het ervaren van schuldgevoelens hieraan bij. De gevonden verklaarde variantie van schuld voor beide constructen illustreert dit. Met betrekking

tot schuldgevoelens moet een aantal punten in ogenschouw genomen worden voor toekomstig onderzoek. Zoals gesteld, is het ervaren van schuldgevoelens na het meemaken van een andersoortig trauma dan verkrachting reeds aangetoond (Brewin, 2003). Of schuldgevoelens naast een oorzaak ook een gevolg kunnen zijn van PTSS is echter nog onduidelijk. Verschillende onderzoeken tonen een samenhang aan tussen het verminderen van negatieve zelfcognities en het verminderen van PTSS-symptomen. (Moser et. al., 2007) Deze samenhang is echter vooral bekeken vanuit het perspectief dat schuldgevoelens vooraf gaan aan PTSS-symptomen.

Het huidige onderzoek belicht voor het eerst schuldgevoelens die zijn ontwikkeld na PTSS-symptomen. Hierbij wordt geconstateerd dat ervaren schuldgevoelens in ieder geval een rol spelen in de relatie tussen PTSS-symptomen en klachten op gebied van seksualiteit en intimiteit. Hoewel er geen causale verbanden uit dit onderzoek kunnen worden gehaald, wordt de mediërende rol wel aangetoond. Wellicht dat de componenten waaruit schuld bestaat een verklarende rol kunnen spelen in het ophelderen van de plek van schuldgevoelens. Kubany (1994) beschreef de cognitieve en de affectieve component van schuldgevoelens. Zo kan het zijn dat de cognitieve component van schuld meer gezien kan worden als oorzaak van PTSS. Een voorbeeld hiervan is de gedachten van een meisje dat ze zich niet met een jongen in had moeten laten en dat de verkrachting haar eigen schuld is. Deze gedachten komen veelal na de verkrachting tot stand. Dit kan voortkomen uit het feit dat het meisje weer een gevoel van controle wil krijgen over de beangstigende situatie waar ze in verkeert. Het idee dat ze zelf schuld heeft aan de verkrachting bevestigt de assumptie dat de wereld beheersbaar is. Tijdens de verkrachting kunnen er echter ook al gevoelens van schuld ontstaan. Deze affectieve component van schuldgevoelens kan wellicht verklaren dat PTSS-symptomen, zoals herbelevingen van de verkrachting, deze schuldgevoelens kunnen oproepen. Hierbij gaat het meer om de emotionele gevoelens van schuld tijdens het trauma dan de gedachtes die met schuld gepaard gaan na het trauma. Hoewel het huidige onderzoek een eerste aanzet is tot het onderzoeken van de rol van schuldgevoelens als gevolg van PTSS-symptomen, is nader longitudinaal onderzoek hieromtrent nodig. Op deze wijze kunnen er meer gefundeerde uitspraken gedaan worden over welke rol schuldgevoelens spelen. Van belang is te bezien of deze meer als oorzaak of gevolg van PTSS-symptomen na eenmalige verkrachting gezien kunnen worden.

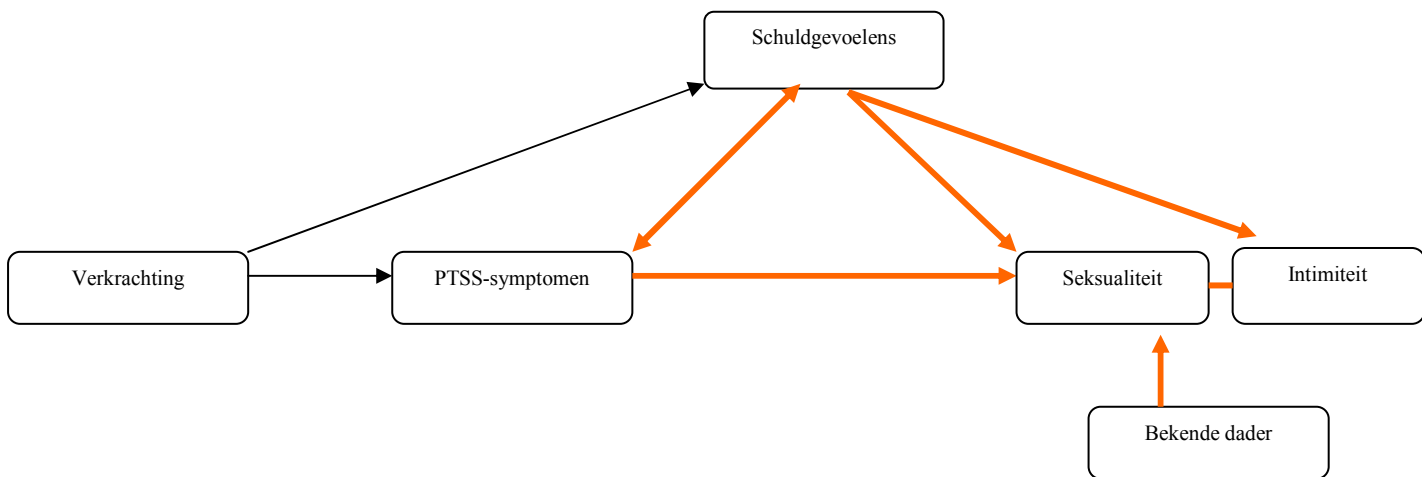
De gevonden mediërende rol van schuldgevoelens in de totstandkoming van klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit dient tevens nader onderzocht te worden, waarbij de beschreven ambigue rol van schuldgevoelens in acht genomen moet worden. Hierbij is het van belang dat vragenlijsten ontwikkeld worden die het construct schuldgevoelens expliciet meten. Daarnaast is het aan te bevelen dat het bespreken van gedachten en gevoelens omtrent schuld een duidelijke plaats krijgt in de behandeling van verkrachte meisjes.

4.4 Situatiespecifieke variabelen

Het gevonden verband tussen het kennen van de dader en klachten op het gebied van seksualiteit, maar niet op het gebied van intimiteit, is niet in lijn met de verwachtingen van dit onderzoek op basis van eerdere literatuur. Aannemelijk is dat een inbreuk op de lichamelijke integriteit door een bekende het vertrouwen in mensen ernstig zou schaden. Dit wordt veroorzaakt doordat assumpties over de veiligheid van de wereld en de goedheid van anderen niet verenigbaar blijken te zijn met de gebeurtenis (Brewin, 2003). Dit kan het aangaan van intieme relaties met anderen ernstig bemoeilijken (McFarlane & Bookles, 2001). De resultaten zijn hiermee gedeeltelijk in lijn, aangezien er een verband is tussen het kennen van de dader en het ervaren van klachten op het gebied van seksualiteit en niet op intimiteit. Wellicht is het vertrouwen in mensen met betrekking tot intieme relaties niet zozeer geschaad, behalve wanneer hier seksuele aspecten bij komen kijken. Deze seksuele aspecten zijn een meer directe reflectie van de verkrachting dan andere onderdelen van een intieme relatie. Dit veronderstelt dat de gebruikte clusters voor seksualiteit en intimiteit daadwerkelijk twee verschillende onderliggende begrippen meten en dat deze zowel gepaard als afzonderlijk beschouwd kunnen worden. Tevens is er geen verband gevonden tussen eerdere positieve seksuele ervaring en de klachten omtrent seksualiteit en intimiteit. Hierbij werd verwacht dat een positieve seksuele ervaring als beschermende factor zou kunnen fungeren voor het ontwikkelen van klachten op seksueel gebied na een eenmalige verkrachting. Door deze positieve ervaring zou het meisje al positieve assumpties kunnen hebben over een 'gezonde' seksuele relatie, deze zouden een beschermende factor kunnen vormen voor de mogelijke impact van een verkrachting. Deze hypothese wordt niet ondersteund door de resultaten van dit onderzoek.

Hieruit zou wellicht geconcludeerd kunnen worden dat de verkrachting een dermate negatieve ervaring is, waardoor het beschermende effect van een positieve ervaring geen invloed meer heeft. Het feit dat een verkrachting op zichzelf al leidt tot hogere prevalentie van PTSS, ondersteunt deze gedachte (Ullmann & Siegel, 1994; Frazier, 2000). Hier zal meer onderzoek naar gedaan moeten worden, waarbij de klachten op gebied van seksualiteit en intimiteit beter in kaart moeten worden gebracht.

Daarnaast dient gespecificeerd te worden hoeveel positieve dan wel negatieve ervaring op seksueel gebied opgedaan is in het verleden. Wellicht kan in vervolgonderzoek ook meer aandacht worden besteed aan de functie van seksuele contacten na de verkrachting. Positieve ervaringen na de gebeurtenis zouden kunnen helpen de klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit te doen verminderen. Hier zal nader onderzoek naar verricht moeten worden. Bovengenoemde implicaties hebben geleid tot enkele aanpassingen in het veronderstelde model (zie figuur 4).



Figuur 4: Model van samenhang tussen PTSS-symptomen na verkrachting, schuldgevoelens, situatiespecifieke kenmerken en klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit.

Tot slot is er gekeken of de klachten die ervaren worden op het gebied van seksualiteit en intimiteit, van ernstiger aard zijn dan bij andersoortige trauma's. In vergelijking met normgegevens van de SVLK, zijn er verschillen gevonden voor alle subschalen en voor de totaalscore. Alle scores in het huidige onderzoek waren hoger dan de normscores van de SVLK. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de gemiddelde leeftijd van de normgroep lager ligt dan de leeftijd van de participanten in het huidige onderzoek. Gebleken is dat jongere kinderen hoger scoren op de PTSS-symptomen. Naarmate kinderen ouder worden, vertonen zij minder hevige reacties. Het feit dat de participanten in het huidige onderzoek, die ouder zijn, nog hoger scoren dan de kinderen uit de normgroep, veronderstelt dat een verkrachting zeer ernstige reacties teweeg kan brengen. Op basis van deze vergelijking kan echter niet gesteld worden dat deze reacties per definitie heftiger zijn dan na een andersoortig trauma. Hiervoor is een vergelijking met een klinische populatie noodzakelijk.

Naast de rol van schuldgevoelens zou tevens extra aandacht geschonken moeten worden aan de rol die schaamte mogelijk speelt bij het ontwikkelen van PTSS-symptomen. Uit verschillende literatuurbronnen met betrekking tot het ontwikkelen van PTSS blijkt dat de rol van schaamte van invloed is hierop (Brewin, 2003). Uit de in dit onderzoek gebruikte vragenlijsten konden echter te weinig items geselecteerd worden om hiervoor een construct te maken. Aangezien verwacht kan worden dat schaamtegevoelens juist bij adolescente meisjes een grote rol spelen, is onderzoek hiernaar van cruciaal belang.

4.5 Beperkingen onderzoek

Bij het interpreteren van de resultaten van het huidige onderzoek moet een aantal beperkingen in ogenschouw worden genomen. Ten eerste is het huidige onderzoek cross-sectioneel van aard, waardoor geen conclusies wat betreft het verloop van de klachten getrokken kunnen worden. Het is dan ook van belang dat hier in de toekomst onderzoek naar verricht wordt. Tevens kan het beeld van klachten in deze groep niet geheel representatief zijn, aangezien de meisjes zichzelf vrijwillig hebben aangemeld bij politie, huisarts of rechtstreeks bij het PTC. Het is mogelijk dat deze meisjes juist meer of minder klachten ervaren dan meisjes die zich niet vrijwillig aanmelden.

Tevens maakt de samenstelling van de participantengroep een algemene conclusie lastig, aangezien de steekproef geen representatieve samenstelling van de gehele populatie is. Hierbij zijn uitspraken op basis van de resultaten vooral toepasbaar op autochtone adolescente meisjes van VMBO niveau. Uitspraken over allochtone meisjes en van andere opleidingsniveaus kunnen en mogen op basis van deze gegevens niet worden gedaan. Onderzoek onder deze andere groepen is dan ook vereist.

Tenslotte dient vermeld te worden dat de constructen seksualiteit en intimiteit niet gemeten zijn aan de hand van gevalideerde vragenlijsten die deze constructen afzonderlijk beogen te meten. In dit onderzoek zijn items geselecteerd uit gedegen vragenlijsten, waardoor de constructen tot stand zijn gekomen middels geclusterde items. Hoewel deze clusters over een hoge interne consistentie beschikken, kunnen de gebruikte vragenlijsten nog essentiële onderwerpen missen met betrekking tot deze constructen. Problemen omtrent deze gebieden dienen meer gespecificeerd te worden met behulp van gedetailleerde vragenlijsten hierover.

4.6 Conclusie

Uit dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat er een significant verband bestaat tussen PTSS-symptomen na een eenmalige verkrachting en het ervaren van klachten op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Hoewel deze bevinding in lijn is met eerder onderzoek dat verricht is onder volwassen vrouwen, is dit het eerste onderzoek dat dit verband aantoont bij adolescente meisjes na een eenmalige verkrachting. De aangetoonde mediërende rol van schuldgevoelens hierbij biedt een hernieuwd inzicht in het samenspel dat bestaat tussen PTSS-symptomen na een eenmalige verkrachting, het ervaren van schuldgevoelens en de klachten die ontwikkelen op het gebied van seksualiteit en intimiteit. Daarnaast is gebleken dat seksualiteit en intimiteit als twee verbonden, doch als afzonderlijk te beschouwen begrippen behandeld moeten worden. In de toekomstige hulpverlening dient hier expliciet aandacht aan besteed te worden. Naast het feit dat klachten hieromtrent bespreekbaar gemaakt moeten worden, dient aandacht uit te gaan naar hoe slachtoffers vorm kunnen geven aan seksualiteit en intimiteit in toekomstige relaties.

Referenties

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behaviour Checklist/4-18*. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.
- Adams, G.R., & Berzonsky, M.D. (2006). *Blackwell Handbook of adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Alisic, E., Eland, J. & Kleber, R.J. (2006). *Schokverwerkingslijst voor kinderen (SVLK) - herziene versie*. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische Psychologie (UU) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht).
- American Psychological Association (2006). *DSM-IV-TR*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Klachtenlijst (SCL-90)*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Bal, S. (1998). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Gent: Universiteit van Gent.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I. & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Sexual abuse and Neglect*, 27, 883-897.
- Baron R.M. & Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Berk, L.E. (2006). *Child development*. Boston: Pearson Education.

- Berlo, W., van & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research, 11*, 235-257.
- Bicanic, I.A.E. & Kremers, A. (2007). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS handleiding*. Amsterdam: Boom.
- Bicanic, I.A.E. & Kremers, A. (2007). *Inventarisatielijst Cognities*. Utrecht: Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren.
- Bicanic, I.A.E. & Kremers, A. (2007). *Scoreformulier dossieronderzoek eenmalig seksueel geweld*. Utrecht: Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists: A Guide to Data Analysis Using SPSS for Window, Version 12 & 13*. New York: Palgrave Macmillan.
- Brewin, Ch.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* London: Yale University Press.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Cybulska, B. (2007). Sexual assault: key issues. *Journal of the royal society of medicine, 100*, 321-324.
- Danielson, C.K. & Holmes, M.M. (2004). Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Current opinion in obstetrics and gynecology, 16*, 383-388.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Groot, C. J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, Deel I en II: Testbeschrijvingen*. Amsterdam/Assen: NIP/Van Gorcum.

- Frazier, P.A. (2000). The role of attributions and perceived control in recovery from rape. *Journal of Personal and Interpersonal loss*, 5, 203-225.
- Frazier, P.A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of personality and social psychology*, 59, 298-304.
- 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*. Rutgers Nisso Groep. Delft: Eburon.
- Houben, R. & Langeraar, T. (2008) Vragenlijst voor adolescenten na seksueel geweld Inventarisatielijst cognities (IC). *Masterthesis Klinische-Gezondheidspsychologie*, Universiteit Utrecht.
- Kaufman, M & The committee on adolescence (2008). Care of the adolescent assault victim. *Pediatrics*, 122, 462-470.
- Kaplow, J.B., Hall, E., Koenen, K.C., Dodge, K.A. & Amaya-Jackson, L. (2008). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child abuse & neglect*, 32, 261-275.
- Kiene, A. (2008). De regie over het leven terug. Reportage misbruikte meisjes. *Volkscrant* 15-11-2008.
- Kubany, E.S. (1994). A cognitive model of guilt typology in combat related PTSD. *Journal of traumatic stress*, 7, 3-19.

- Maxwell, C.D., Robinson, A.L. & Post, L.A. (2003). The nature and predictors of sexual victimization. *Journal of youth and adolescence*, 32, 465-477.
- McFarlane, A.C. & Bookles, C. (2001). The effect of PTSD on interpersonal relationships: issues for emergency service workers. *Sexual and Relationshiptherapy*, 16, 261- 267.
- Moser, J.S., Hajcak, G., Simons, R.F. & Foa, E.B. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorder*, 21, 1039–1049.
- Parijs, van, A.S., & Meurs, P. (2006). *Verborgen onder mijn buik: zorg- en hulpverlening aan zwangere vrouwen na vroeger seksueel geweld*. Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 20, 211-217.
- Silva, de, P. (2001). Impact of trauma on sexual functioning and sexual relationships. *Sexual and relationship therapy*, 16, 269-278.
- Sman, van der, (2008). Herstel na seksueel trauma. *Elsevier*, 76-77.
- Ullmann, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M., & Starzynski, L.L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of traumatic stress*, 20, 821-831.
- Ullmann, S.E. & Siegel, J.M. (1994). Predictors of exposure to traumatic events and posttraumatic stress sequelae. *Journal of community psychology*, 22, 328-338.

Schouten en Deddens, 2009.

Verhulst, F.C. en Van der Ende, J. (2001). Zelf in te vullen vragenlijst voor 11-18 jarigen. Rotterdam: Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis.

Bijlage 1

Selectie van de items voor de constructen ‘seksualiteit’, ‘intimiteit’ en ‘schuldgevoelens’.

Seksualiteit

Trauma symptoom controle lijst voor kinderen

- 4. Vieze woorden willen zeggen
- 8. Mijn geslachtsdelen teveel aanraken
- 17. Aan seks denken
- 22. Eraan denken om de geslachtsdelen van andere mensen aan te raken
- 23. Aan seks denken wanneer ik dat niet wil
- 34. Mensen niet vertrouwen omdat ze misschien seks willen
- 40. Bang of overstuur raken als ik aan seks denk
- 44. Seksuele gevoelens hebben in mijn lichaam
- 47. Niet kunnen stoppen met aan seks te denken
- 54. Overstuur raken als mensen over seks praten

SCL-90

- 5. Geen seksuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven
- 84. Gedachten over seks die je erg hinderen

Inventarisatielijst cognities

- 12. De kans is groot dat ik weer wordt verkracht
- 19. Seks zal nooit meer leuk zijn voor mij

CBCL-YSR

- 96. Ik denk teveel aan seks

Intimiteit

Trauma symptoom controle lijst voor kinderen

- 7. Me eenzaam voelen

SCL-90

- 8. Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn
- 21. Je verlegen en niet op je gemak voelen bij de andere sekse
- 29. Je eenzaam voelen
- 69. Je pijnlijk bewust zijn van de aanwezigheid van anderen
- 77. Je alleen voelen, zelfs bij andere mensen

CBCL-YSR

- 12. Ik voel me eenzaam
- 42. Ik ben liever alleen dan met anderen
- 88. Ik vind het leuk om bij andere mensen te zijn

Schuldgevoelens

Trauma symptoom controle lijst voor kinderen

28. Het gevoel hebben dat ik iets verkeerd heb gedaan

SCL-90

26. Jezelf van allerlei dingen de schuld geven

85. De gedachten dat je voor fouten gestraft zou moeten worden

89. Schuldgevoelens

Inventarisatielijst cognities

13. Ik ben stom dat ik niets heb gedaan

14. Het is mijn eigen schuld dat het gebeurd is

15. Ik heb het uitgelokt

16. Ik had het kunnen voorkomen

CBCL-YSR

52. Ik voel me erg schuldig