

**Het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en
traumagerelateerde variabelen na eenmalig seksueel
geweld**



A.M. Kuipers
Februari 2010



Universiteit Utrecht



UMC Utrecht

*Eenmalig seksueel geweld bij adolescente meisjes:
Wat is het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en
traumagerelateerde variabelen?*

A.M. Kuipers

3073629

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

Datum: 26 februari 2010

In opdracht van: het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren in het het
Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht

In samenwerking met: het Trimbos-instituut

Begeleider Universiteit Utrecht: Prof. Dhr. R.J. Kleber

Begeleider WKZ: Drs. I.A.E Bicanic

Voorwoord

Via de universiteit Utrecht werd de kans geboden om wetenschappelijk onderzoek te doen in het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (PTC) van het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Het onderzoek zou zich richten op alcohol- en drugsgebruik voorafgaand aan eenmalig seksueel geweld bij adolescente meisjes.

Met veel enthousiasme heb ik samen met Pien van Elk in het afgelopen half jaar aan dit onderzoek gewerkt. Onze onderzoeksverslagen komen grotendeels overeen. Het aantal dossiers was te omvangrijk om individueel te verwerken. Om die reden waren wij genoodzaakt samen dezelfde onderwerpen te onderzoeken. Wij hebben beide aan alle facetten van het onderzoek bijgedragen. Het onderscheid van beide thesissen zit in het voorwoord en de eerste deelvraag.

Deze masterthesis zou onmogelijk tot stand zijn gekomen zonder de steun van een aantal mensen die ik hierbij in het bijzonder wil bedanken.

Allereerst wil ik mijn ouders en zussen ontzettend bedanken voor alle steun die zij tijdens mijn studie hebben gegeven en het vertrouwen dat zij altijd in mij hebben gehad.

In het bijzonder gaat mijn dank uit naar Iva Bicanic, als wetenschappelijk onderzoeker en GZ-psycholoog verbonden met het PTC. Vanaf begin oktober 2009 is zij erg betrokken geweest bij ons onderzoek. Zij heeft gezorgd voor een goede en intensieve begeleiding waardoor mijn kennis op zowel onderzoeksgebied als op klinisch gebied is verbreed. Ik bewonder haar positieve houding, doortastendheid en zorgzaamheid naar de meisjes toe en wens haar veel succes in de slotfase van haar promotieonderzoek.

Eveneens wil ik mijn scriptiebegeleider Rolf Kleber bedanken. Als hoogleraar aan de Universiteit Utrecht heeft hij gezorgd voor een prettige en professionele begeleiding. Zijn adviezen, kennis en kritische blik heb ik tijdens mijn onderzoek als zeer waardevol ervaren.

Daarnaast gaat mijn grote dank natuurlijk uit naar Pien van Elk. Met haar heb ik de afgelopen periode hard gewerkt aan dit onderzoek. Ik heb vooral haar inzet en nauwkeurigheid tijdens het onderzoek erg bewondert.

Tenslotte zou ik graag Astrid Kremers, Liesbeth Vos en Eva Alisic (eveneens uit het PTC) willen bedanken voor alle adviezen gedurende ons onderzoek.

Ik hoop dat u met veel interesse deze masterthesis zult lezen.

Anouk Kuipers,
Utrecht, 26 februari 2010

Inhoudsopgave

Abstract	5
Samenvatting	6
Inleiding	7
Theoretisch kader	9
Huidig onderzoek	15
Methoden	17
Participanten	17
Meetinstrumenten	17
Procedure	21
Toelichting extra variabelen	21
Statistische Analyses	22
Resultaten	23
Analyses over expliciet alcohol- en drugsgebruik	24
Extra analyses	29
Discussie	30
Bespreken van de resultaten	30
Sterke kanten	35
Beperkingen	36
Aanbevelingen	37
Conclusie	38
Referenties	39
Bijlagen	46
Bijlage I: Interviewvragen	47
Bijlage II: Vragenlijst Prospectief Alcoholgebruik	49
Bijlage III: Verslag van de interviews	54



*Eenmalig seksueel geweld bij adolescente meisjes:
Wat is het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en traumagerelateerde
variabelen?*

A.M. Kuipers

Universiteit Utrecht

26 februari 2010

Abstract

Background: the aim of this current study was to analyse the use of substance by adolescent women prior to a single case of sexual assault. The researchers examined a possible causal relationship and the related traumatic health consequences.

Methods: in retrospect is studied 208 cases of adolescent girls and women between the age of 12 and 27 years, who had been victim of a single case of sexual assault. When substance use was documented it was subdivided in alcohol- and drugs use. The severity of the psychological consequences, more specifically PTSD and depression, were analysed by SVLK and CDI self reported questionnaires. Rule breaking behavior and aggressive behavior were examined by CBCL-YSR and CBCL-PRF questionnaires.

Results: 21% of the adolescents had used alcohol and 7% had used drugs prior to sexual assault. Furthermore, women who had used alcohol prior to the traumatic event had a significantly higher PTSD total score compared to women who had not been drinking. Rule breaking behaviour was also significantly higher in the group who used alcohol or drugs.

Conclusions: This current study showed that there is no clear relation between substance use by adolescent women prior to a single case of sexual assault and related traumatic health consequences. However, women who had been drinking alcohol prior to sexual assault showed more general PTSD symptoms after the traumatic event than women who had not been drinking. Furthermore, women who had been using alcohol or drugs prior to sexual assault exhibit more rule breaking behavior than women who had no been using any substance. Current study did not show a causal relation between alcohol use prior to sexual assault and general PTSD symptoms. A causal relation between substance use and rule breaking behavior could also not been shown.

Samenvatting

Achtergrond: huidig onderzoek heeft getracht het verband tussen alcohol- en/of drugsgebruik bij eenmalig seksueel geweld en de traumagerelateerde variabelen in kaart te brengen.

Methoden: dit onderzoek is uitgevoerd onder 208 dossiers van meisjes met de leeftijd 12 tot en met 27 jaar die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Aan de hand van deze dossiers is het alcohol- en/of drugsgebruik van de meisjes voorafgaand aan het seksueel geweld in kaart gebracht. De ernst van de traumagerelateerde klachten, te specificeren PTSS en depressie zijn door middel van de zelfrapportage vragenlijsten SVLK en CDI gemeten. Grensoverschrijdend gedrag en agressief gedrag zijn gemeten door middel van de CBCL-YSR en CBCL-PRF.

Resultaten: de resultaten tonen aan dat 21% van de meisjes alcohol had gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld. Van de meisjes had 7% drugs gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld. Verder komt naar voren dat meisjes die alcohol hadden gedronken significant hoger scoren op PTSS totaalscores dan meisjes die geen alcohol hadden gedronken. De meisjes die alcohol en/of drugs hadden gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld scoren significant hoger op grensoverschrijdend gedrag dan de meisjes die geen alcohol en/of drugs hadden gebruikt.

Conclusie: er is geen direct verband aangetoond tussen alcohol- en/of drugsgebruik bij eenmalig seksueel geweld en de traumagerelateerde variabelen. Echter, meisjes die alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld rapporteren meer algemene PTSS symptomen achteraf dan meisje waarbij geen sprake was van alcoholgebruik. Daarnaast rapporteren meisjes die alcohol- en/of drugs hadden gebruikt meer grensoverschrijdend gedrag. In huidige studie is geen causaal verband gevonden tussen alcoholgebruik en algemene PTSS symptomen. Dit geldt eveneens voor het verband tussen alcoholgebruik en grensoverschrijdend gedrag.

Inleiding

“ In 2008 kwamen 13% meer kinderen tussen 10 en 17 jaar in het ziekenhuis terecht na overmatig drankverbruik. De tieners hadden gemiddeld een alcoholpromillage van 1,9 in hun bloed, dat is vergelijkbaar met het drinken van tien glazen alcohol. Het jongste slachtoffer was 11 jaar, het zwaarste geval was een tiener met een promillage van 5,5, oftewel dertig glazen. Coördinerend kinderarts Nico van der Lely van het Delftse Reinier de Graaf Ziekenhuis, die een polikliniek stichtte voor drinkende kinderen, noemt het een raadsel dat jongeren dit overleven. Volgens het Trimbos Instituut neemt het alcoholgebruik door jongere kinderen (11 tot 13 jaar) wel iets af. “Algemeen Nederlands Pijl (2009, 17 april) 337. Volkskrant. Verkregen op www.volkskrant.nl

“Een derde van de vrouwen en één op de twintig mannen van vijftien tot zeventig jaar zeggen ooit seksueel geweld te hebben meegemaakt. Eén op de vijf vrouwen zegt voor haar zestiende seksueel geweld te hebben meegemaakt. Bij mannen is dat één op de 25. Volgens de definitie die is gebruikt, kan dat geweld variëren van kwetsende toenaderingen, ongewenste aanrakingen tot verkrachting. Het onderzoek is volgens de Rutgers Nisso Groep, een kenniscentrum op het gebied van seksualiteit, representatief voor de Nederlandse stadsbevolking op het gebied van leeftijd, geslacht en opleiding.” Algemeen Nederlands Pijl (2009, 7 juli). 12% vrouwen ooit verkracht. Algemeen Dagblad. Verkregen op www.ad.nl

Alcohol en seksueel geweld, twee verschillende onderwerpen die tegenwoordig in de Nederlandse media regelmatig maar afzonderlijk van elkaar aan bod komen. Alcoholgebruik onder jongeren in Nederland is een maatschappelijk probleem. Uit het rapport ‘Gezondheid en Zorg in cijfers’ van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2009) blijkt, dat in 2008 84% van de Nederlandse scholieren met de leeftijd van 15 tot en met 16 jaar al eens alcohol heeft gedronken, waarvan 36% al eens dronken is geweest. Ditzelfde rapport toont aan, dat 11% van de Nederlanders van 12 jaar of ouder zichzelf een ‘zware drinker’ vindt. Onder ‘zware drinker’ wordt verstaan: minstens één keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag. In de leeftijdsgroep van 18 tot en met 24 jaar ligt dit percentage op ruim 22%.

Onder andere deze cijfers hebben ertoe geleid, dat in Nederland momenteel vier alcoholpoliklinieken voor drinkende jongeren zijn opgericht, waaronder het Reinier de Graaf Ziekenhuis in Delft. Deze drinkende jongeren weten vaak niet wat de negatieve gevolgen kunnen zijn van overmatig alcoholgebruik.

Overmatig alcoholgebruik heeft een negatief effect op de ontwikkeling van de hersenen. Daarnaast heeft het ook nog andere negatieve consequenties. Zo ontstaat een verhoogde kans op agressief gedrag bij jongeren in het uitgaanscircuit, kampen zij met concentratie- en geheugenproblemen en heeft het invloed op de impulsregulatie. Bovendien kunnen jongeren in aanraking komen met seksueel geweld (Clum, Nishith & Calhoun, 2002).

Uit de literatuur blijkt dat alcoholgebruik voor zowel het slachtoffer als de dader een belangrijke risicofactor is voor seksueel ongewenste ervaringen (Abbey, Ross, McDuffie & McAuslan, 1996). Alcoholgebruik kan het beslissingsvermogen op seksueel gebied beïnvloeden. Bovendien vergroot het de kans op onveilige seks en seksueel geweld (Bellis, Hughes, Calafat, Juan, Ramon, Rodrigues, Mendes, Schnitzer & Phillips-Howard, 2008). Naast alcohol blijkt ook drugsgebruik een belangrijke rol te spelen bij seksueel geweld. Onderzoek van het Trimbos-instituut in 2007 toont aan, dat het aantal probleemgebruikers van harddrugs in Nederland rond de 34.000 ligt. Een van de meest gebruikte drugsoorten onder jongeren in Nederland is cannabis, die vaak in de vorm van joints wordt gerookt. Daarnaast wordt de drug Gamma-hydroxybutyrate (GHB) regelmatig gebruikt. Deze stof is het meest gerelateerd aan seksueel geweld in vergelijking met andere drugsoorten. GHB kan leiden tot een verlaagd bewustzijn, extreme angst en geheugenverlies. Het wordt daarom ook wel gezien als ‘date raping’ drug (van Rij, Wilhelm & van Loenen, 2004).

Rutgers Nisso Groep heeft in 2009 een grootschalig onderzoek gedaan naar de seksuele gezondheid in Nederland. Daaruit is naar voren gekomen dat één op de vijf vrouwen vóór de leeftijd van 16 jaar te maken heeft gehad met seksueel geweld, dit tegenover één op de vijfentwintig mannen. Van de vrouwen van 15 tot 70 jaar rapporteert één op de drie seksueel geweld te hebben meegemaakt. Van de mannen van 15 tot 70 jaar blijkt één op de twintig te maken hebben gehad met seksueel geweld (Bakker, De Graaf, De Haas, Kedde, Kruijer & Wijsen, 2009).

Meisjes en jongens die slachtoffer zijn van seksueel geweld lijden vaak onder ernstige psychologische gevolgen. Volgens Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes en Nelson (1995) hebben zij een grote kans op het ontwikkelen van een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

Uit het voorgaande blijkt dat alcohol- en drugsgebruik risicofactoren zijn voor het meemaken van seksueel geweld. In Nederland is weinig onderzoek verricht naar het verband tussen alcohol- en/of drugsgebruik en seksueel geweld. Wel doet het Trimbos-instituut in Utrecht momenteel grootschalig onderzoek naar alcoholgebruik onder jongeren. Het project ‘Uitgaan, Alcohol en Drugs’ richt zich voornamelijk op het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren.

Bovendien is dit project geïnteresseerd in het verband tussen alcohol en seksueel ongewenst gedrag. In samenwerking met het Trimbos-instituut wordt in huidig onderzoek het verband onderzocht tussen alcohol- en/of drugsgebruik en de traumagerelateerde variabelen bij meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt.

Theoretisch kader

Seksueel geweld

In de literatuur worden verschillende definities van seksueel geweld gehanteerd. In deze thesis wordt onder seksueel geweld een *eenmalige* situatie verstaan waarin iemand wordt gedwongen – onder emotionele druk, geweld, lichamelijk of rationeel overwicht – om seksuele handelingen te verrichten en/of te ondergaan, te weten een vaginale, anale en/of orale penetratie (door een object, vinger of penis) en/of het betasten van borsten en/of (andermans) genitaliën. In de volksmond wordt gesproken over een aanranding of verkrachting. In het laatste geval is altijd sprake van penetratie van een lichaamsopening.

In Nederland is door De Graaf, Meijer, Poelman en Vanwesenbeeck (2005) een uitgebreid onderzoek verricht naar seksueel ongewenst gedrag bij jongeren. Uit dat onderzoek komt naar voren dat 18% van de meisjes en 4% van de jongens tussen 12 en 25 jaar ooit zijn gedwongen tot seks. Bij de eerste keer geslachtsgemeenschap is een beduidend verschil te zien tussen de seksuele ervaringen van meisjes en jongens. Van de meisjes blijkt 2% gedwongen te zijn bij de eerste geslachtsgemeenschap, dit tegenover 0,2% van de jongens. Bovendien rapporteert 12% van de meisjes te zijn overgehaald bij de eerste geslachtsgemeenschap. In het geval van de jongens blijkt dit om 4% te gaan. Ongeveer 11% van de meisjes en 4% procent van de jongens vertelden dat zij daartoe vaak tegen hun zin werden overgehaald (De Graaf et al., 2005).

Naast De Graaf et al. (2005) deed ook Timmerman in 2005 onderzoek naar seksueel ongewenste gedragingen. Uit dat onderzoek komt naar voren dat 18% van de 14 en 15 jarigen te maken hebben gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag op school. In ongeveer de helft van de gevallen ging het om seksueel grensoverschrijdende gedragingen zonder enig fysiek contact, zoals seksueel getinte opmerkingen. Opvallend is, dat bij één op de vijf gevallen wel degelijk sprake was van fysiek contact: jongeren werden aangeraakt, vastgepakt, betast en/of gezoend. In 2006 hebben De Graaf en Vanwesenbeeck onderzoek verricht naar seksueel ongewenst gedrag op het internet. Hieruit blijkt, dat 35% van de meisjes en 12% van de jongens iets naars op het internet heeft meegemaakt op seksueel gebied. Tegenwoordig zitten jongeren dagelijks op het internet en wordt volop van MSN Messenger en andere chatprogramma's gebruik gemaakt.

Bovenstaande studies presenteren hoge prevalenties van seksueel geweld en seksueel ongewenste gedragingen in Nederland. Wanneer gekeken wordt naar seksueel geweld blijkt, dat de werkelijke omvang vaak moeilijk in kaart is te brengen vanwege hoge ‘onderrapportages’ (Kaufman & the Committee on Adolescence, 2008). Een deel van de slachtoffers vertelt niet wat zij hebben meegemaakt en bovendien stappen zij ook niet snel naar de politie. Vaak is sprake van schuld, schaamte maar vooral ook angst waardoor het seksueel geweld niet wordt onthuld (Crisma, Bascelli, Paci & Romiti, 2004).

Wanneer gekeken wordt naar de vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld, dan blijkt dat adolescente en jongvolwassen meisjes het meeste risico lopen om een aanranding of verkrachting mee te maken (Kaufman & the Committee on Adolescence, 2008; Rickert, Wiemann, Vaughan & White, 2004). De adolescentiefase is een periode waarin experimenteren met grenzen van intimiteit en seksualiteit centraal staat. In deze fase zijn adolescente en jongvolwassen meisjes het meest kwetsbaar aangezien sommigen nog moeite hebben met het aangeven van hun eigen grenzen. Portegrijs, Hermans en Lalba (2006) ondersteunen dit gegeven. Andere onderzoeken laten zien dat lager opgeleide jongeren (De Bruijn, Burrie & Van Wel, 2006; Timmerman, 2005), niet- westerse jongeren (De Graaf et al., 2005) en homoseksuele jongeren (De Graaf & Vanwesenbeeck, 2006) een verhoogd risico lopen op het meemaken van seksueel geweld.

Naast bovenstaande sociaal- demografische risicofactoren zijn er ook individuele risicofactoren die de kans op seksueel geweld vergroten. Uit de literatuur van Hall & Moore (2008) blijkt, dat jongeren die in de kinderjaren seksueel misbruikt zijn een verhoogde kans hebben op herhaling van het seksueel geweld. Dit wordt ook wel ‘revictimisatie’ genoemd. Tevens zijn een vroege menstruatie (Vicary, Klingaman & Harkness, 1995), op vroege leeftijd seksueel actief zijn (Rickert et al., 2004), het hebben van seksueel actieve leeftijdsgenoten en het hebben van oudere vriendjes (Hall & Moore, 2008) individuele risicofactoren die de kans op seksueel geweld vergroten. Bovendien komt uit de onderzoeken van Abbey en McAuslan (2004) én Benson, Gohm en Gross (2007) naar voren, dat deelname aan herhaalde seksuele activiteiten met verschillende partners en het hebben van meerdere seksuele ervaringen het risico vergroot in contact te komen met een agressieve man. Dit vergroot vervolgens de kans slachtoffer te worden van seksueel geweld.

Indien gekeken wordt naar de daders van seksueel geweld, zijn deze in 98% van de gevallen van het mannelijke geslacht. Vaak gaat het om een (ex) partner, een buurtgenoot of een vage kennis van het vrouwelijke slachtoffer (Bakker et al., 2009).

Één van de meest bediscussieerde risicofactoren voor *zowel* dader als slachtoffer is alcohol- en/of drugsgebruik. Wanneer iemand onder invloed is van alcohol en/of drugs bestaat een verhoogde kans op het ervaren en het uitvoeren van seksueel geweld (Abbey et al., 1996). Hieronder zal nader worden ingegaan de rol van alcohol- en/of drugsgebruik bij seksueel geweld.

Alcohol- en/of drugsgebruik en seksueel geweld

Diverse onderzoeken naar seksueel geweld tonen aan dat sprake is van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld (Abbey et al., 1998; Pumphrey-Gordon & Gross, 2007; Young, Grey, Abbey, Boyd & McCabe, 2008). Uit de Amerikaanse literatuur komt naar voren dat vijftig procent van de Amerikaanse vrouwelijke studenten te maken hebben gehad met seksueel geweld. Bij ongeveer de helft van die gevallen was sprake van alcoholgebruik door dader en/of slachtoffer voorafgaand aan de gebeurtenis (Abbey, Zawacki, Buck, Clinton, McAuslan, 2001).

Naast onderzoeken uit de Verenigde Staten laten ook Deense studies een dergelijk verband tussen alcoholgebruik en seksueel geweld zien. Onderzoek van Ingemann-Hansen (2008) toont aan dat in 29% tot 71% van de gevallen van seksueel geweld alcohol is gedronken.

Volgens Young et al. (2008) is een onderscheid te zien in de adolescentenpopulatie met betrekking tot alcoholgebruik en seksueel geweld. Uit dat onderzoek komt naar voren, dat bij jonge adolescenten – jonger dan 16 jaar – minder sprake is van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld dan bij oudere adolescenten – 16 jaar en ouder –. Adolescenten drinken over het algemeen het vaakst in een sociale omgeving, bijvoorbeeld in de kroeg of op een feest. Aannemelijk is dat seksueel geweld, waaraan voorafgaand alcohol is gedronken vaker voorkomt bij ongeplande sociale gebeurtenissen dan bij geplande gebeurtenissen, zoals een ‘afsprakje’ met iemand. Verder blijkt, dat wanneer alcohol in het spel is de dader en het slachtoffer elkaar meestal niet goed kennen. Zij hebben elkaar vaak op dezelfde avond ontmoet (Abbey et al., 2001).

In de literatuur komen twee theorieën aan bod die een eventueel verband tussen alcoholgebruik en seksueel geweld kan verklaren. In 1987 kwamen Brown, Christiansen en Goldman met de eerste theorie, de Alcohol Expectancy Theory. Deze theorie veronderstelt dat de verwachting van een persoon over het effect van alcohol op zijn of haar gedrag, het gedrag ook daadwerkelijk zal beïnvloeden. Wanneer een persoon verwacht dat alcohol een ontremmend effect heeft op seksueel gedrag, kan dit de kwetsbaarheid van de persoon verhogen en daarmee de kans op risicovol seksueel gedrag.

In 1990 kwamen Steele en Josephs met de tweede theorie, de Alcohol Myopia Theory. Deze theorie veronderstelt dat alcohol een verzwakkend effect heeft op de percepties en de cognities van een persoon waardoor kortzichtigheid kan ontstaan. Bovendien kan het ervoor zorgen dat een persoon risico's neemt die hij of zij achteraf gezien niet had genomen. Ook kunnen risicovolle situaties verkeerd worden geïnterpreteerd. In een alcoholgerelateerde situatie is sprake van zowel remmende als versterkende prikkels. De Alcohol Myopia theorie gaat ervan uit dat de remmende prikkels (bijvoorbeeld desinteresse aan de kant van de vrouw) minder goed worden verwerkt waardoor de aandacht wordt gericht op de versterkende prikkels (bijvoorbeeld seksuele opwindning aan de kant van de man). Dit kan de kans op seksueel geweld vergroten.

Deze laatste theorie wordt door verscheidene onderzoeken ondersteund. Parkhill, Abbey en Jacques-Tiura (2009) stellen dat, mannen die veel alcohol drinken zo gefocust zijn op hun eigen seksuele opwindning en gevoelens dat ze het gebrek aan interesse aan de kant van de vrouw negeren of niet signaleren. Anderzijds leidt het vriendelijke gedrag van een vrouw tot misinterpretatie bij de man. De man denkt dat zij mogelijk op een seksuele manier geïnteresseerd is in hem (Abbey et al., 1996). Bovenstaand gegeven wordt eveneens bevestigd door Koss en Dinero (1989). Daarnaast stellen Pumphrey-Gordon en Gross (2007) dat het alcoholgebruik van het meisje invloed heeft op het herkennen van risicovolle situaties en risicovolle signalen. Meisjes die alcohol hebben gedronken, herkennen bedreigende en risicovolle situaties minder goed. Hierdoor ontstaat een verhoogde kans op seksueel geweld.

Naast bovenstaande theorieën zijn er ook andere mogelijke verklaringen voor de relatie tussen alcoholgebruik en seksueel geweld. Zo stellen Chermack en Giancola (1997) dat geïntoxiceerde mannen agressiever zijn dan mannen die niet hebben gedronken. Deze agressiviteit kan zich uiten op seksueel gebied. Dit gedrag komt vooral naar voren als de man zich uitgelokt voelt door de vrouw. Daarnaast tonen Abbey et al. (2001) aan, dat meisjes die alcohol drinken kwetsbaarder zijn vanwege eventuele motorische beperkingen (afhankelijk van de hoeveelheid alcohol). Deze motorische beperkingen maken het lastig om weerstand te bieden.

Niet alleen alcoholgebruik is een risicofactor voor seksueel geweld, ook drugsgebruik speelt een rol. Zoals eerder vermeld is GHB naast alcohol de meest voorkomende drugs bij seksueel geweld. Gezien het feit dat deze stof kleurloos, geurloos en smaakloos is, kan de dader de drug ongemerkt toedienen aan het slachtoffer. GHB wordt snel in het lichaam opgenomen, waardoor binnen een korte periode disinhibitie en ontspanning van de spieren ontstaat. Daarnaast kan deze stof anterograde amnesie veroorzaken (geheugenverlies van alle gebeurtenissen die onder

invloed van de drugs hebben plaatsgevonden). Een ander belangrijk effect van GHB is dat het een verhoogde seksuele drang veroorzaakt. Het slachtoffer lijkt hierdoor een vrijwillige rol te spelen tijdens het seksueel geweld. Oftewel, door het toedienen van GHB kan de dader makkelijk misbruik maken van de toestand waarin het slachtoffer verkeerd.

In het geval van cannabis is weinig onderzoek verricht naar een eventueel verband tussen cannabis en seksueel geweld. Hierover kunnen daarom geen uitspraken worden gedaan.

Kortom, alcohol- en drugsgebruik kunnen de cognitieve en motorische vaardigheden beïnvloeden. Dit kan enerzijds leiden tot misinterpretaties bij de dader. Anderzijds kan het slachtoffer risicovolle situaties minder goed herkennen en bovendien weinig weerstand bieden tegen het de dader (Abbey et al., 2001).

PTSS en seksueel geweld

Een gebeurtenis als seksueel geweld is vaak traumatiserend voor het slachtoffer. Ongeveer één op de drie vrouwen die seksueel geweld hebben meegemaakt, lijdt ergens in hun leven aan PTSS (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992; Kessler et al., 1995). Ongeveer 65% van de slachtoffers van seksueel geweld of seksueel misbruik ontwikkelt één maand na de gebeurtenis PTSS. Drie maanden na het seksueel geweld lijdt nog 47% aan deze stoornis (Rothbaum et al., 1992).

PTSS is een psychische aandoening die in de DSM-IV-TR is ingedeeld bij de angststoornissen. De symptomen die gepaard gaan met de diagnose van PTSS zijn herbeleving, vermijdingreacties en een verhoogde prikkelbaarheid. Om aan de diagnose te voldoen, dienen de symptomen langer dan één maand aanwezig te zijn en veroorzaken de symptomen significant lijden in het dagelijkse leven van het slachtoffer. Er is sprake van 'acute PTSS' in de periode van één tot en met drie maanden na het trauma. Van 'chronisch PTSS' is sprake indien de symptomen langer dan drie maanden in verhoogde mate aanwezig blijven en spontaan herstel niet naar verwachting zal plaatsvinden. Bovendien is het mogelijk dat de symptomen van PTSS zich pas later ontwikkelen. Dit wordt 'uitgestelde PTSS' genoemd (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

Hoewel lang niet alle slachtoffers van seksueel geweld PTSS ontwikkelen, is het risico deze stoornis na een verkrachting te ontwikkelen vele malen groter dan bij andersoortige trauma's (Danielson & Holmes, 2004). Belangrijk om te vermelden is, dat een grote groep slachtoffers natuurlijk herstel vertoont na het meemaken van een traumatische ervaring.

De verwerking van een trauma als seksueel geweld verloopt via een bepaald tijdsbestek (Kaufman & the Committee on Adolescence, 2008). De eerste periode waarin het slachtoffer

zich bevindt, wordt ook wel het 'rape trauma syndrome' genoemd. Deze periode zal enkele weken duren. Het slachtoffer ervaart dan gevoelens van angst, vrees, ongeloof, emotionele labiliteit en schuld. Hierop volgt een periode van 'reorganisatie' die ongeveer maanden tot jaren duurt. Hierin krijgt het slachtoffer te maken met aanpassing, integratie en herstel. Naast deze aspecten van verwerking kampt het slachtoffer bovendien met gevoelens van hulpeloosheid en gevaar evenals een laag niveau van zelfwaardering. Het gedwongen worden tot (ongewilde) intimiteit is vernederend en verstoort de perceptie van de omgeving van het slachtoffer (Barsky, Orav & Bates, 2005). Deze verstoorte emotionele en cognitieve denkbeelden van het slachtoffer kunnen problematisch zijn (Brown, Testa & Messman-Moore, 2009).

Andere psychische gevolgen die veroorzaakt worden door eenmalig seksueel geweld zijn: stemmingsstoornissen, eetstoornissen, concentratieproblemen, slaapproblemen, seksuele stoornissen, suïcidepogingen en middelenmisbruik (Danielson & Holmes, 2004). Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick en Best (2003) tonen aan dat comorbiditeit bestaat tussen stoornissen als PTSS, depressie en middelenmisbruik als gevolg van seksueel geweld.

Naast de psychische gevolgen kan seksueel geweld ook invloed hebben op de gezondheid van het slachtoffer (Zoellner, Goodwin & Foa, 2000). Veelal lijden zij aan klachten als hoofdpijn en buikpijn. Zoellner et al. (2000) veronderstellen, dat niet de traumatische ervaring op zich de verslechtering van de gezondheid veroorzaakt, maar dat de PTSS symptomen hier het grootste aandeel in uitmaken. De resultaten van dat onderzoek wijzen uit dat de ernst van de PTSS en de ernst van de herbelevingsymptomen voorspellers zijn voor de zelf gerapporteerde fysieke gezondheidssymptomen. Personen met de diagnose PTSS ervaren meer negatieve gezondheidssymptomen dan personen zonder de diagnose PTSS. Daarnaast blijken ook symptomen van depressie en angst, die zijn voortgekomen uit de PTSS, gepaard te gaan met een verhoging van de fysieke gezondheidssymptomen.

Seksueel geweld kan onder verschillende omstandigheden voorkomen. Door deze verschillen in omstandigheden kunnen de gevolgen van het seksueel geweld mogelijk ook variëren. In het onderzoek van Brown, Testa en Messman-Moore (2009) blijkt, dat seksueel geweld wat gepaard gaat met fysiek geweld, het meest traumatiserend is. Seksueel geweld waarbij sprake is van intoxicatie door alcohol- en/of drugsgebruik is daarna het meest traumatiserend. Verbaal geweld tijdens seksueel geweld blijkt het minst traumatiserend te zijn. Seksueel geweld met intoxicatie heeft dezelfde consequenties als verbaal seksueel geweld; in beide type komen vergelijkbare emotionele reacties voor. Echter, beide type seksueel geweld verschillen in opvattingen over zelfverantwoordelijkheid en gevoelens van schuld.

De kans op de ontwikkeling van PTSS na seksueel geweld is afhankelijk van een aantal risicofactoren. Uit de literatuur komt naar voren dat specifieke demografische achtergronden, geweld karakteristieken, de ervaring van het slachtoffer tijdens de gebeurtenis en de gevoelens en reacties na de gebeurtenis, belangrijke voorspellende factoren zijn voor de ontwikkeling van PTSS. Bovendien is een jonge leeftijd en het hebben van geslachtsgemeenschap onafhankelijk geassocieerd met PTSS (Resnick, Veronen, Saunders, Kilpatrick, & Cornelison, 1989). Slachtoffers die ernstig zijn bedreigd door middel van wapens, die fysieke schade hebben opgelopen en die bedreigd zijn voor hun leven tijdens het seksueel geweld, hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van PTSS (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993).

Huidig onderzoek

Momenteel is in Nederland nog weinig onderzoek verricht naar een eventueel verband tussen alcohol- en/of drugsgebruik en seksueel geweld. Uit bovenstaande onderzoeken blijkt, dat alcohol- en/of drugsgebruik risicofactoren zijn voor het meemaken van seksueel geweld. Het meeste onderzoek op het gebied van seksueel geweld en middelengebruik, is gedaan in de Verenigde Staten. De populatie die daar het meest is onderzocht, zijn de adolescente jongeren (met de leeftijd 18 tot en met 22 jaar) ook wel ‘college students’ genoemd. Dit is de groep die het meest aan alcohol en/of drugs wordt blootgesteld. In huidig onderzoek wordt naar een bredere populatie gekeken, te weten adolescente meisjes en vrouwen met de leeftijd 12 tot en met 27 jaar.

Meisjes die te maken hebben gehad met seksueel geweld hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische klachten, zoals PTSS symptomen en depressie symptomen.

Belangrijk hierbij af te vragen is of de toestand – het onder invloed zijn van alcohol en/of drugs - van het slachtoffer tijdens het seksueel geweld invloed heeft gehad op de ernst van de trauma gerelateerde variabelen, te specificeren in PTSS en depressie.

Op basis hiervan is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Eenmalig seksueel geweld bij adolescente meisjes en vrouwen met de leeftijd 12 tot en met 27 jaar: Wat is het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en traumagerelateerde variabelen?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende vier deelvragen opgesteld:

1. Indien sprake is van alcohol- en/of drugsgebruik, is dan verschil te zien tussen jonge adolescenten – jonger dan 16 jaar – en oudere adolescenten – 16 jaar en ouder? Zo ja, wat is de aard van deze verschillen?
2. Is er onderscheid tussen de ernst van PTSS symptomen bij slachtoffers die wél of géén alcohol en/of drugs hebben gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld?
3. Is er onderscheid tussen de ernst van depressie symptomen bij meisjes die wél of géén alcohol en/of drugs hebben gebruikt voorafgaand aan seksueel geweld?
4. Zijn er verschillen in gedrag te zien tussen meisjes die wél of géén alcohol en/of drugs hebben gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld? Zo ja, welke zijn dat?

Methoden

Participanten

In de periode tussen 2005 en 2009 hebben zich in totaal 250 meisjes aangemeld voor hulp bij traumaverwerking in het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (PTC) van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) te Utrecht. De populatie bestaat uit adolescente meisjes en vrouwen tot 27 jaar die te maken hebben gehad met seksueel geweld. Gezien het feit dat meisjes vaker eenmalig seksueel geweld meemaken dan jongens en de beperkte aanmeldingen van jongens in het PTC, is gekozen om alleen de aangemelde meisjes mee te nemen in de dataverzameling. Deze studie bestaat uit een enkelvoudige selecte steekproef.

In huidig onderzoek zijn in totaal 208 dossiers van de aangemelde meisjes geïncludeerd. Zeven dossiers zijn afkomstig van GGZ Rivierduinen Kinder en Jeugd te Leiden en twee van het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam. Het totale aantal van 208 dossiers overschrijdt het minimum van 30 onderzoekseenheden wat volgens Baarda en De Goede (2006) nodig is om er zeker van te zijn dat alle benodigde statistische analyses uitvoerbaar zijn. Wanneer gekeken wordt naar het type seksueel geweld, blijkt dat van de 208 aangemelde meisjes 20% te maken heeft gehad met een aanranding en 80% met een verkrachting. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 16,2 jaar ($SD= 2,3$). Het jongste meisje is 12 jaar en het oudste meisje is 26,9 jaar. Alle participanten zijn woonachtig in Nederland. De meisjes komen zowel uit dorpen als uit stedelijke gebieden. De participanten hebben diverse opleidingsniveaus, variërend van VMBO tot VWO niveau. Het gemiddelde opleidingsniveau is VMBO. De onderzoekspopulatie is door deze variabelen een representatieve afspiegeling van de bovengenoemde populatie. Omdat het een dossieronderzoek betreft, is geen sprake geweest van drop-outs.

Meetinstrumenten

Huidig onderzoek bestaat uit een cross-sectioneel design waarbij de selecte steekproef te onderscheiden is aan de hand van verschillende onafhankelijke variabelen, zoals leeftijd en opleidingsniveau. De dataverzameling bestaat uit een dossieronderzoek. In de dossiers is informatie te lezen over de aanmelding, het intakegesprek, de testgegevens, de correspondentie van de maatschappelijk werkers en de behandeling. Aan de hand van deze informatie is gekeken naar het type seksueel geweld en of sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan de gebeurtenis. Bovendien is onderzocht of na het seksueel geweld

gedragsspecifieke veranderingen hebben plaatsgevonden. Deze kunnen zich uiten in eetproblematiek, automutilatie, suïcidale ideaties en alcohol- en/of drugsgebruik.

Tijdens de diagnostiekfase worden diverse vragenlijsten afgenomen om een indicatie te krijgen van de psychische en gedragsgerelateerde klachten. Huidig onderzoek richt zich op PTSS symptomen, depressie symptomen en gedragsspecifieke symptomen. Om de aanwezigheid van deze symptomen te onderzoeken, zijn de volgende vragenlijsten geselecteerd.

PTSS symptomatologie

Aan de hand van de Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK) is gekeken naar PTSS symptomen. De SVLK is in 2006 ontwikkeld door Alisic, Eland en Kleber. Dit is de herziene versie van de Schokverwerkingslijst voor Jonge Kinderen (SVLJK) uit 1996. In huidig onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de herziene versie uit 2006. De dossiers van de meisjes die zich in 2005 hebben aangemeld, zijn om deze reden niet meegenomen bij dit onderdeel. De SVLK meet, bij zowel de kinderen als de ouders, de posttraumatische stress reacties bij kinderen die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt. De vragenlijst bestaat uit 34 items verdeeld over vier subschalen: herbeleving, vermijding, overgeprikkeldheid en overige kindspecifieke reacties. Op een vijfpuntsschaal moet de participant aangeven hoeverre een reactie in de afgelopen week aanwezig is geweest. Aan de hand van het scoringsformulier is het mogelijk gemaakt de subschaalscores en totaalscores te berekenen, evenals een specifieke PTSS score (die alleen uitgaat van de 17 PTSS symptomen volgens de DSM-IV-TR).

Volgens Alisic, Eland en Kleber (2006) is de betrouwbaarheid van de SVLK redelijk tot zeer goed. Cronbach's alfa is voor de totaalscore 0.92; voor herbeleving 0.87; voor vermijding 0.77; voor overgeprikkeldheid 0.71 en voor overige kindspecifiek reacties 0.79. Wat betreft de validiteit van de SVLK wordt in de handleiding vermeld, dat een sterke correlatie bestaat tussen de totaalscore van de SVLK en de totaalscore van de *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13). Dit suggereert dat de SVLK een valide instrument is voor het meten van posttraumatische stress reacties bij kinderen en jongeren.

Depressie symptomatologie

Aan de hand van de *Children's Depression Inventory* (CDI) zijn de depressie symptomen van de participanten in kaart gebracht. De CDI is ontstaan uit de Beck Depression Inventory (BDI) voor volwassenen en is ontwikkeld door Kovacs in 1992. De CDI is in 2002 in het Nederlands vertaald door Timbremont en Braet. Door middel van dit screeningsinstrument kan bij kinderen

en jeugdigen met de leeftijd 8 tot en met 17 jaar een depressieve stemming worden vastgesteld. De vragenlijst bestaat uit 27 items. Elk item bestaat uit drie zinnen. Het kind kiest welke van de drie het beste beschrijft hoe het zich de afgelopen twee weken heeft gevoeld of waarover het heeft nagedacht. De totaalscore van de CDI geeft een indicatie over de ernst van de zelfgerapporteerde depressie symptomen. Deze totaalscore wordt vergeleken met de percentielscores; scores zoals verkregen bij een normpopulatie. In huidig onderzoek zijn de scores vergeleken met een niet- klinische normgroep (N=213), bestaande uit adolescenten afkomstig uit Vlaanderen.

Uit de COTAN beoordeling van 2004 komt naar voren, dat de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit van de CDI als voldoende is beoordeeld. De criteriumvaliditeit en de normen worden echter als onvoldoende beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2007).

Gedragsspecifieke symptomatologie

Aan de hand van de Child Behavior Checklist- Youth Self Report (CBCL-YSR; Achenbach & Edelbrock, 1991; Nederlandse vertaling van Verhulst, Van der Ende & Koot) is gekeken naar gedragsspecifieke symptomen gespecificeerd in agressief gedrag en grensoverschrijdend gedrag. Deze vragenlijst is voor jongeren met de leeftijd 11 tot en met 18 jaar. De CBCL-YSR meet vaardigheden en probleemgedrag welke door de jeugd zelf worden gerapporteerd. De vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft het vaardigheidsdeel bestaande uit 17 vragen over sport, hobby's, school en dergelijke die op een twee- tot vierpuntsschaal beantwoord dienen te worden. Het tweede deel betreft het gedragsprobleemdeel bestaande uit 112 vragen die gaan over gedrags- en emotionele problemen van nu of van de laatste zes maanden, welke op een driepuntsschaal (0 = "helemaal niet", 1 = "een beetje of soms", 2 = "duidelijk of vaak") beantwoord dienen te worden. Het tweede deel omvat de volgende subschalen: teruggetrokken/depressief, angstig/depressief, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag, agressief gedrag en de hieruit afgeleide internaliserende problemen, externaliserende problemen en totale problemen. Huidig onderzoek kijkt naar de subschaal agressief gedrag en grensoverschrijdend gedrag. De gehanteerde subschaal agressief gedrag bestaat uit 17 items die onder andere betrekking hebben op de onderwerpen: ruzie maken, pesten, vechten, schreeuwen, koppigheid en dreigen. De subschaal grensoverschrijdend gedrag bestaat uit 15 items met vragen over alcoholgebruik, het hebben van verkeerde vrienden, het vertellen van leugens, schelden en drugsgebruik.

Naast de CBCL-YSR wordt ook gebruik gemaakt van de Child Behavior Checklist Parent Report Form (CBCL-PRF). Deze vragenlijst bestaat eveneens uit een vaardigheidsdeel en een

gedragsprobleemdeel. De CBCL-PRF is onderverdeeld in dezelfde subschalen als de CBCL-YSR. De leeftijd van de jongeren waarvoor deze vragenlijst geschikt is, verschilt met die van de CBCL-YSR. Deze ligt namelijk tussen de 4 tot en met 18 jaar. Het vaardigheidsdeel bestaat uit 20 items en het gedragsprobleemdeel uit 120 items welke op dezelfde manier beantwoord dienen te worden als de CBCL-YSR. De gehanteerde subschaal agressief gedrag bestaat uit 18 items en de subschaal grensoverschrijdend gedrag bestaat uit 17 items.

Uit onderzoek van Embregts (2000) komt bij beide vragenlijsten naar voren dat de test- hertest betrouwbaarheid van de subschaal agressief gedrag 0.87 is. De test- hertest betrouwbaarheid van de subschaal grensoverschrijdend gedrag is eveneens 0.87. Dit kan als goed worden beschouwd. De COTAN beoordeelt de normen en de betrouwbaarheid van de CBCL-YSR als goed en de begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit als voldoende. De normen en de begripsvaliditeit van de CBCL-PRF worden als goed beoordeeld en de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit als voldoende (Evers et al., 2000).

Interviews

Voor verbreding van huidig onderzoek is gekozen voor het afnemen van interviews op twee alcoholpoliklinieken in Nederland. Op deze poliklinieken komen (jonge) adolescenten binnen die overmatig alcohol hebben gedronken. In het licht van deze thesis is hierdoor de nieuwsgierigheid gewekt of deze adolescenten tijdens of na het alcohol drinken te maken hebben gehad met seksueel geweld.

Het eerste interview is afgenomen bij dhr. drs. A. Verboom, kinderarts uit het Westfriesgasthuis te Hoorn. Dit interview heeft plaatsgevonden in de ochtend op 19 november 2009. Het tweede interview is afgenomen bij kinderpsycholoog, mw. drs. M.D.C. de Visser, uit het Reinier de Graaf Ziekenhuis te Delft. Dit interview heeft tevens plaatsgevonden op 19 november maar in de middag. De geïnterviewden zijn werkzaam op de alcoholpolikliniek in bovengenoemde ziekenhuizen. De vragen uit het interview zijn afgeleid van de vragenlijst Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NSCK) en het gestandaardiseerde interview psychologie uit het protocol "Project ter voorkoming van alcohol schade" van de Reinier de Graaf Groep (2009). Interview uit huidig onderzoek bestaat uit 25 items die onderverdeeld kunnen worden in twee subschalen te weten, alcoholspecifieke vragen en seksueel geweld specifieke vragen. De eerste subschaal omvat 10 items en de tweede subschaal omvat 15 items. De vragen van het interview zijn terug te vinden in bijlage 1. Het verslag van het interview is te vinden in bijlage 3.

Procedure

In het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren van het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht worden onder meer adolescente meisjes behandeld die te maken hebben gehad met eenmalig seksueel geweld. De meisjes worden telefonisch aangemeld door zichzelf, familieleden of verschillende instanties zoals politie, scholen of andere hulpverleners. Na de telefonische screening wordt het meisje samen met de ouder(s) uitgenodigd voor het intakegesprek, het klinische interview en het invullen van een aantal zelfrapportage vragenlijsten. Het intakegesprek met het kind wordt gedaan door een gezondheidpsycholoog en/of een gedragstherapeut. De ouders krijgen apart van het kind een intakegesprek met een maatschappelijk werker en vullen eveneens een aantal vragenlijsten in. Het klinische interview bestaat uit het afnemen van de Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV- Child Version (ADIS-C) welke is ontwikkeld door Silverman en Albano in 2001. De gesprekken binnen het PTC vinden plaats in een rustige omgeving, waarbij gebruik wordt gemaakt van afzonderlijke kamers. Op grond van de resultaten van de vragenlijsten wordt een voorlopige diagnose gesteld. Aan de hand daarvan kan gekozen worden voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), cognitieve gedragstherapeutische groepstherapie of individuele cognitieve gedragstherapie. Alle gegevens voortgekomen uit bovenstaande informatiebronnen worden verzameld in een dossier.

Toelichting extra variabelen

Niet in alle dossiers staat expliciet vermeld of sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. Uit de verhalen van de meisjes blijkt, dat in sommige gevallen het zeer aannemelijk is dat het meisje en/of de dader alcohol en/of drugs heeft gebruikt voorafgaand aan de gebeurtenis. Om die reden zijn in huidig onderzoek twee verschillende variabelen aangemaakt voor zowel alcoholgebruik als drugsgebruik.

De variabele waarbij expliciet in het dossier vermeld staat dat wél of géén sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld, wordt in deze thesis ‘expliciet alcohol’ en ‘expliciet drugs’ genoemd. Deze expliciete variabele bevat naast informatie uit de dossiers, ook informatie van therapeuten welke expliciet hebben aangegeven of wél of géén sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik bij het meisje. De variabele ‘expliciet alcohol’ is te onderscheiden in een alcoholgroep en in een niet- alcoholgroep. De variabele ‘expliciet drugs’ is tevens te onderscheiden in een drugsgroep en in een niet-drugsgroep.

De variabele waarbij impliciet uit het dossier opgemaakt kan worden dat sprake is geweest van alcohol en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld, wordt in deze thesis ‘impliciet alcohol’ en ‘impliciet drugs’ genoemd. Ook hier is de variabele ‘impliciet alcohol’ te onderscheiden in een alcoholgroep en in een niet- alcoholgroep. De variabele ‘impliciet drugs’ is te onderscheiden in een drugsgroep en in een niet- drugsgroep. Deze impliciete variabele bevat enkel de interpretatie van de onderzoeker welke gebaseerd is op het verhaal van het meisje welke in het dossier staat vermeld.

Statistische Analyses

De statistische analyses in dit onderzoek zijn uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma SPSS 16.0, ‘Statistical Package for the Social Sciences’.

De algemene statistieken zijn getoetst aan de hand van de ‘frequencies’ optie van het programma SPSS. Deelvraag 1, is aan de hand van een multidimensionele Chi-kwadraat test getoetst. Getracht is het verschil in kaart te brengen tussen jonge en oudere adolescenten in alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. In eerste instantie is gekeken naar de Pearson Chi-Square significantie. Indien geen sprake was van vijf of meer meisjes per cel is gekeken naar de Fisher’s Exact Test significantie. Deelvraag 2, 3 en 4 zijn aan de hand van een onafhankelijke t-test getoetst. De onafhankelijke groepen (alcoholgroep, niet-alcoholgroep, drugsgroep en niet- drugsgroep) zijn vergeleken met traumagerelateerde variabelen. Bij de uitkomsten van deze toetsen is allereerst gekeken naar de significantie van de Levene’s Test for Equality of Variances. Indien deze significant was, is gekeken naar de Equal variances not assumed (Brace, Kemp & Snelgar, 2006)

Resultaten

Huidig onderzoek is uitgevoerd onder 208 dossiers van meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Van de onderzoekspopulatie heeft 80% een verkrachting en 20% een aanranding meegemaakt. Er is onderzoek verricht naar alcohol- en drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld door het slachtoffer (meisje), de dader of beiden. Het percentage dossiers, waarin *expliciet* vermeld staat dat sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld, is in Tabel 1 weergegeven. In Tabel 1 is te zien dat in 23% (N=47) en 9% (N=19) van de onderzochte dossiers het slachtoffer en/of de dader alcohol respectievelijk drugs hadden gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld. Indien alcohol, drugs of een combinatie van beide worden samengenomen, blijkt dit in ongeveer 26% (N=53) van de onderzochte dossiers aan de orde te zijn.

Tabel 1. Percentage dossiers waarin *expliciet* vermeld staat dat sprake is geweest van alcohol en/of drugs door het meisje en/of de dader voorafgaand aan het seksueel geweld.

Middel	Procenten
Alcohol	22,6%
Drugs	9,1%
Alcohol en/of drugs	25,5%

Wanneer toegespitst wordt op de alcoholgebruiker blijkt, dat in 39 dossiers (18,8%) het meisje had gedronken voorafgaand aan de gebeurtenis, in 4 dossiers (1,9%) de dader en in 4 dossiers beiden (1,9%). In totaal hebben 43 meisjes (20,7%) en 8 daders (3,8%) alcohol gedronken voorafgaand aan seksueel geweld. De analyses in het huidige onderzoek beperken zich tot de meisjes die alcohol hadden gedronken en niet tot de daders, aangezien over deze groep géén betrouwbare informatie beschikbaar is.

Wanneer toegespitst wordt op de drugsgebruiker blijkt, dat in 11 dossiers (5,3%) het meisje drugs had gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld, in 4 dossiers (1,9%) betrof het de dader en in 4 dossiers beiden (1,9%). In totaal hebben 15 meisjes (7,2%) en 8 daders (3,8%) drugs gebruikt voorafgaand aan de gebeurtenis. Ook binnen de drugsgroep beperkt huidig onderzoek zich tot de meisjes die drugs hadden gebruikt, om eerder genoemde reden. Voor zowel de meisjes uit beide alcoholgroepen als beide drugsgroepen zijn dezelfde analyses

uitgevoerd. In het geval van drugs zijn minder informatieve resultaten gevonden vanwege het kleine aantal meisjes (N=15) binnen de drugsgroep. Daarom zijn alleen de informatieve resultaten vermeld.

In huidig onderzoek is ook een aparte analyse uitgevoerd over het aantal dossiers waarbij *impliciet* vermeld staat dat sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik van het slachtoffer. Dit impliciet alcohol- en/of drugsgebruik is vastgesteld door middel van informatie uit de dossiers en de verhalen van de meisjes zelf. Het is enkel gebaseerd op de interpretatie van de onderzoeker uit huidige studie.

In Tabel 2 is te zien, dat in 26% van de dossiers *impliciet* staat vermeld dat sprake is geweest van alcoholgebruik door het meisje voorafgaand aan het seksueel geweld. In het geval van drugs blijkt dit in ruim 9% van de dossiers aan de orde te zijn.

Tabel 2. Het percentage dossiers waarin *impliciet én expliciet* het alcohol- of drugsgebruik van het slachtoffer vermeld staat.

	Alcohol	Drugs
Impliciet slachtoffer	26,0%	9,2%
Expliciet slachtoffer	20,7%	7,2%

In Tabel 2 is te zien dat er een klein verschil bestaat tussen *impliciet* en *expliciet* alcohol- en/of drugsgebruik door het slachtoffer voorafgaand aan de gebeurtenis. Dit is een verschil van 5%. Het verschil voor drugs is aanzienlijk kleiner, te weten 2%.

De analyses uit huidig onderzoek beperken zich tot de dossiers waarin *expliciet* vermeld staat, dat het slachtoffer wél of géén alcohol en/of drugs had gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld.

Analyses over expliciet alcohol- en drugsgebruik

Tijdstip

Het tijdstip waarop seksueel geweld het vaakst voorkomt, is zowel de middag – 12:00uur tot 18:00uur – (36,6%) als de avond – 18:00uur tot 24:00uur – (36,6%). Seksueel geweld komt het minst vaak voor in de ochtend – 06:00uur tot 12:00uur – (5,5%), gevolgd door de nacht – 24:00uur tot 06:00uur – (21,3%).

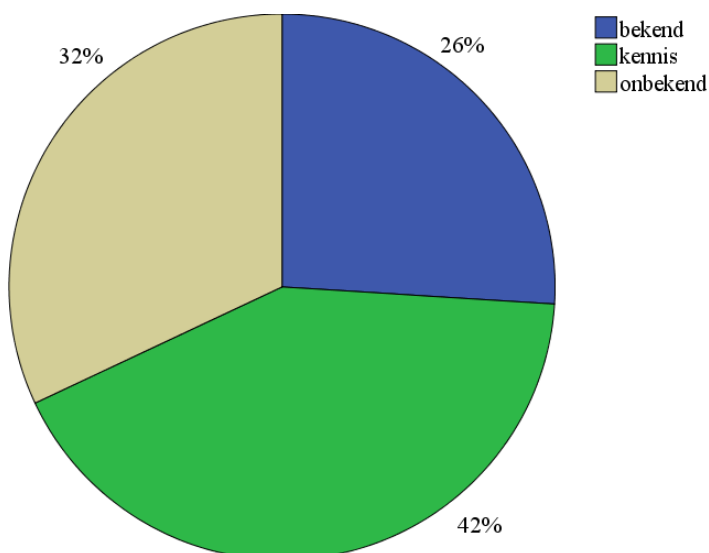
Indien gekeken wordt naar meisjes uit de alcoholgroep en niet- alcoholgroep, blijkt een significant verschil te bestaan in het tijdstip waarop het seksueel geweld heeft plaatsgevonden

($\chi^2(3, N=94) = 27,662, p < .001$). Wanneer alcohol in het spel is, blijkt het seksueel geweld in ongeveer 53% van de gevallen in de nacht plaats te vinden. Indien geen sprake is geweest van alcoholgebruik, komt seksueel geweld bij 13% 's nachts voor. In de middag vindt de gebeurtenis vaker plaats bij meisjes die géén alcohol hadden gedronken (48,1%) dan bij meisjes die wél alcohol hadden gedronken (10,0%).

Relatie meisje met dader

In huidig onderzoek is de relatie tussen het meisje en de dader onderzocht. Deze relatie is onderverdeeld in drie groepen, te weten: bekende daders, kennissen en onbekende daders. De eerste groep heeft betrekking op een intiem vriendje, ex-vriend, vriend(inn)en, familieleden en schoonfamilie. De tweede groep betreft klasgenoten, docenten, sport- of groepsbegeleiders, collega's, kennissen, MSN- contacten, eerder oogcontact mee gehad en leren kennen via het uitgaan. De derde groep beslaat personen die het meisje nooit eerder heeft ontmoet.

De resultaten wijzen uit dat 68% van de meisjes hun dader kende voorafgaand aan het seksueel geweld. Bij 32% van de onderzoekspopulatie is seksueel geweld gepleegd door een onbekend persoon (zie figuur 1). In het geval dat sprake is geweest van meerdere daders, is geen eenduidigheid te vinden. De daders kunnen zowel bekend, onbekend als een combinatie hiervan zijn.



Figuur 1: de relatie tussen het meisje en de dader van seksueel geweld.

Ook binnen de alcoholgroep en niet- alcoholgroep is de relatie van het meisje met de dader onderzocht. De resultaten tonen geen significant verschil aan tussen meisjes uit de alcoholgroep en niet- alcoholgroep met betrekking tot de relatie met de dader ($\chi^2 (2, N= 110) = 0,709, p > .05$). In het geval van drugs laten de resultaten eveneens geen significant verschil zien tussen meisjes die wél en meisjes die géén drugs hadden gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld ($\chi^2 (2, N= 27) = 2,738, p > .05$).

Opleidingsniveau

In de onderzoekspopulatie hebben 115 meisjes het opleidingsniveau VMBO (55,3%), 48 HAVO (23,1%) en 35 VWO (16,8%). Onderzocht is of het alcohol- en drugsgebruik verschilt onder meisjes met deze verschillende opleidingsniveaus. De resultaten tonen aan, dat meisjes met het opleidingsniveau VWO relatief gezien het vaakst alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld (28,6%), in vergelijking met VMBO (20,9%) en HAVO (18,8%).

In het geval van drugs blijkt, dat de meisjes met opleidingsniveau HAVO relatief gezien het vaakst drugs hebben gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld (12,5%), in vergelijking met VMBO (9,0%) en VWO (5,7%).

Jonge en oudere adolescenten

Er is onderzoek verricht naar het verschil tussen jonge adolescenten – jonger dan 16 jaar – en oudere adolescenten – 16 jaar en ouder – in alcohol- en drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. Van de meisjes uit de alcoholgroep blijkt de meerderheid (60%) 16 jaar en ouder te zijn. Van de meisjes uit de niet- alcoholgroep is de meerderheid (64%) jonger dan 16 jaar. De resultaten tonen een significant verschil aan in alcoholgebruik tussen jonge en oudere adolescenten ($\chi^2 (1, N= 110) = 6,416, p < .05$). In het geval van drugs blijkt ongeveer de helft van de meisjes uit de drugsgroep (53%) jonger dan 16 jaar te zijn. Van de meisjes uit de niet- drugsgroep is ook het merendeel (75%) jonger dan 16 jaar. Het verschil in drugsgebruik tussen jonge en oudere adolescenten is niet significant aangetoond ($\chi^2 (1, N= 23) = 1,028, p > .400$).

PTSS symptomatologie

In huidig onderzoek is gekeken naar het verschil in PTSS symptomen na het seksueel geweld bij meisjes uit de alcoholgroep en niet- alcoholgroep. Dit is eveneens onderzocht voor meisjes uit de drugsgroep en niet- drugsgroep.

Resultaten wijzen uit, dat meisjes die alcohol hadden gedronken hoger scoren ($M= 108,1$, $SD= 20,8$) op PTSS totaalscores van de SVLK dan meisjes die niet hadden gedronken ($M= 96,3$, $SD= 19,8$). De PTSS totaalscores van beide alcoholgroepen verschillen significant van elkaar ($t(59) = 2,202$, $p < .05$). Indien gekeken wordt naar de DSM PTSS totaalscores, welke zijn opgebouwd uit de drie subschalen herbeleving, vermijding en overgeprikkeldheid, blijkt geen significant verschil ($t(60) = 1,921$, $p > .05$) te zijn tussen meisjes die alcohol hadden gedronken ($M= 59,5$, $SD= 9,6$) en meisjes die geen alcohol hadden gedronken ($M= 54,3$, $SD= 10,9$). Wanneer gekeken wordt naar de subschaal herbeleving blijkt eveneens geen significant verschil ($t(60) = 0,842$, $p > .05$) te bestaan tussen meisjes uit de alcoholgroep ($M= 16,8$, $SD= 3,5$) en meisjes uit de niet- alcoholgroep ($M= 15,8$, $SD= 5,0$). Naast herbelevingen is onderzocht of verschil is te zien in vermijdingssymptomen tussen meisjes uit de alcoholgroep en meisjes uit de niet- alcoholgroep. Uit de resultaten komt naar voren, dat meisjes uit de alcoholgroep meer vermijdingsgedrag laten zien ($M= 25,3$, $SD= 4,5$), dan meisjes uit de niet- alcoholgroep ($M= 22,0$, $SD= 5,3$). Het verschil tussen beide alcoholgroepen is significant ($t(60) = 2,518$, $p < .05$). Op de subschaal overgeprikkeldheid is geen significant verschil ($t(60) = 1,294$, $p > .05$) aangetoond tussen meisjes uit de alcoholgroep ($M= 17,8$, $SD= 4,7$) en meisjes uit de niet- alcoholgroep ($M= 16,4$, $SD= 3,8$).

In het geval van drugs blijkt geen significant verschil ($t(15) = 0,902$, $p > .05$) te zijn in PTSS totaalscores tussen meisjes uit de drugsgroep ($M= 115,0$, $SD= 25,8$) en meisjes uit de niet- drugsgroep ($M= 103,0$, $SD= 22,6$). Op de DSM PTSS totaalscores scoren meisjes uit de drugsgroep ($M= 63,6$, $SD= 13,6$) eveneens niet significant verschillend ($t(15) = 1,032$, $p > .05$) van meisjes uit de niet- drugsgroep ($M= 56,6$, $SD= 9,7$). Wanneer gekeken wordt naar de subschaal herbeleving is er wederom geen significant verschil ($t(15) = 0,245$, $p > .05$) tussen meisjes die drugs hadden gebruikt ($M= 17,6$, $SD= 4,7$) en meisjes die geen drugs hadden gebruikt ($M= 17,0$, $SD= 3,7$). Dit geldt eveneens voor de subschaal vermijding. De scores van meisjes uit de drugsgroep ($M= 26,4$, $SD= 5,8$) en meisjes uit de niet- drugsgroep ($M= 23,2$, $SD= 6,3$) verschillen niet significant ($t(15) = 1,019$, $p > .05$) van elkaar. Bovendien is geen significant verschil ($t(15) = 1,238$, $p > .05$) aangetoond op de subschaal overgeprikkeldheid tussen meisjes uit de drugsgroep ($M= 19,6$, $SD= 5,1$) en meisjes uit de niet- drugsgroep ($M= 16,4$, $SD= 3,2$).

Depressie symptomatologie

Onderzocht is of verschil bestaat in depressie symptomen na het seksueel geweld tussen meisjes uit de alcoholgroep en meisjes uit de niet- alcoholgroep. Dit is eveneens onderzocht voor meisjes uit de drugsgroep en niet- drugsgroep.

De resultaten tonen geen significant verschil aan ($t(63) = 1,112, p > .05$) in depressie symptomen tussen meisjes die alcohol hadden gedronken ($M= 17,1, SD= 7,4$) voorafgaand aan het seksueel geweld en meisjes die geen alcohol hadden gedronken ($M= 15,1, SD= 6,9$).

Meisjes die drugs hadden gebruikt ($M= 21,6, SD= 8,5$) voorafgaand aan de gebeurtenis scoren op depressie symptomen eveneens niet significant verschillend ($t(15) = 1,388, p > .05$) van meisjes die geen drugs hadden gebruikt ($M= 15,6, SD= 6,8$).

Gedragssymptomatologie

In huidig onderzoek is onderzocht of verschil bestaat tussen meisjes uit de alcoholgroep en niet- alcoholgroep in gedrag, te specificeren in agressief gedrag en grensoverschrijdend gedrag. Dit is eveneens onderzocht voor de meisjes uit de drugsgroep en niet- drugsgroep.

Uit de resultaten van de CBCL-YSR blijkt, dat meisjes uit de alcoholgroep ($M= 59,1, SD = 9,2$) niet significant verschillen ($t(84) = 1,375, p > .05$) in scores op de subschaal agressief gedrag van meisjes uit de niet- alcoholgroep ($M= 56,7, SD= 7,0$). Net als bij de CBCL-YSR is bij de CBCL-PRF te zien, dat meisjes uit de alcoholgroep ($M= 60,9, SD = 9,0$) niet significant verschillen ($t(84) = 0,780, p > .05$) in scores op de subschaal agressief gedrag van meisjes uit de niet- alcoholgroep ($M= 59,3, SD = 8,6$). In het geval van grensoverschrijdend gedrag tonen de resultaten aan, dat meisjes die alcohol hadden gedronken meer grensoverschrijdend gedrag vertonen ($M= 61,5, SD= 8,8$) dan meisjes die geen alcohol hadden gedronken ($M= 57,6, SD= 6,3$). Het verschil in grensoverschrijdend gedrag tussen de meisjes uit de alcoholgroep en niet- alcoholgroep is significant ($t(84) = 2,445, p < .05$) aangetoond. Resultaten uit de CBCL-PRF tonen tevens aan dat grensoverschrijdend gedrag zich significant ($t(84) = 2,162, p < .05$) vaker voordoet in de alcoholgroep ($M= 63,8, SD= 8,5$) dan in de niet- alcoholgroep ($M= 59,8, SD= 8,2$).

Wat drugs betreft laten de resultaten van de CBCL-YSR zien, dat meisjes die drugs hadden gebruikt ($M= 62,0, SD= 12,5$) voorafgaand aan het seksueel geweld niet significant verschillen ($t(84) = 1,375, p > .05$) in agressief gedrag van meisjes die geen drugs hadden gebruikt ($M= 55,3, SD= 7,2$). Resultaten van de CBCL-PRF laten ook geen significante verschillen ($t(84) = 0,780, p > .05$) zien in scores op de subschaal agressief gedrag tussen meisjes uit de drugsgroep ($M= 60,9, SD= 9,8$) en meisjes uit de niet- drugsgroep ($M= 60,1, SD= 9,4$). In het

geval van grensoverschrijdend gedrag tonen de resultaten aan, dat meisjes uit de drugsgroep hoger scoren ($M= 65,7$, $SD= 8,5$) op de subschaal grensoverschrijdend gedrag van de CBCL-YSR, dan meisjes uit de niet- drugsgroep ($M= 55,6$, $SD= 6,5$). Het verschil in scores is significant ($t(17) = 2,801$, $p < .05$). Meisjes uit de drugsgroep scoren tevens hoger ($M= 64,9$, $SD= 8,6$) op de grensoverschrijdende subschaal van de CBCL-PRF dan meisjes uit de niet-drugsgroep ($M= 56,3$, $SD= 6,8$). Dit verschil is evenzeer significant ($t(17) = 2,348$, $p < .05$).

Toename alcoholgebruik ná seksueel geweld

Er is onderzoek verricht naar het verschil tussen meisjes uit de alcoholgroep en niet-alcoholgroep in alcoholgebruik ná het seksueel geweld. Bij vier meisjes uit de alcoholgroep blijkt in de dossiers een matige toename te zijn in alcoholgebruik ná de gebeurtenis. Echter, uit vijf dossiers van de meisjes uit de alcoholgroep komt juist een afname in alcoholgebruik naar voren.

In tegenstelling tot de meisjes uit de alcoholgroep is bij geen enkel meisje uit de niet-alcoholgroep te zien dat het alcoholgebruik ná het seksueel geweld is afgenomen. In vier dossiers van meisjes uit de niet- alcoholgroep komt juist een matige tot sterke toename in alcoholgebruik naar voren. Het verschil in alcoholgebruik ná het seksueel geweld tussen meisjes uit de alcoholgroep en niet- alcoholgroep, is significant gebleken ($\chi^2(3, N= 24) = 10,504$, $p < .05$).

Deze analyse is in het geval van drugs eveneens uitgevoerd, echter blijken hier geen informatieve uitkomsten naar voren te komen gezien de lage aantallen binnen deze groep ($N=19$).

Extra analyses

Binnen de alcohol- en drugsgroepen is onderzocht of verschil te zien is in slaapproblemen, eetproblemen, suïcidale ideaties, automutilatie en verslechtering in schoolprestaties. Bovendien is gekeken naar drugsgebruik ná het seksueel geweld. Uit deze analyses zijn geen informatieve uitkomsten naar voren gekomen. Om deze reden zijn de uitkomsten hier niet expliciet vermeld.

Discussie

Huidig onderzoek heeft getracht het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en de traumagerelateerde variabelen bij eenmalig seksueel geweld in kaart te brengen. Aan de hand van dossieronderzoek is het alcohol- en drugsgebruik van meisjes die seksueel geweld hebben meegemaakt onderzocht. Gekeken is of verschil bestaat in alcohol- en/of drugsgebruik tussen jonge en oudere adolescente meisjes. Verder is geanalyseerd of alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld samenhangt met de ernst van PTSS symptomen, depressie symptomen en gedragsgerelateerde problematiek.

In onderstaande tekst zijn alleen de informatieve en significante resultaten vermeld. Het merendeel van deze resultaten heeft betrekking op alcoholgebruik, aangezien drugsgebruik minder is voorgekomen in huidige onderzoekspopulatie. Met dit inachtneming kunnen niet over alle resultaten uitspraken worden gedaan met betrekking tot drugsgebruik.

Bespreken van de resultaten

Wanneer huidig onderzoek wordt vergeleken met andere onderzoeken op het gebied van seksueel geweld blijkt, dat in veel buitenlandse studies meer wordt toegespitst op alcoholgebruik en minder op drugsgebruik. Om die reden zal deze studie zich voornamelijk richten op het alcoholgebruik van de adolescente meisjes met de leeftijd 12 tot en met 27 jaar.

De resultaten van huidig onderzoek wijzen uit, dat bij ruim één op de vijf meisjes sprake is geweest van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. Bij één op de veertien meisjes is sprake geweest van drugsgebruik voorafgaand aan de gebeurtenis. Verder blijkt bij één kwart van de meisjes sprake te zijn geweest van alcohol-, drugsgebruik of een combinatie van alcohol en drugs. Mogelijk ligt het percentage alcohol- en drugsgebruik van de onderzoekspopulatie hoger. Dit heeft te maken met het *impliciet* alcohol- en/of drugsgebruik. Zoals eerder vermeld, het *impliciet* alcohol- en/of drugsgebruik van het meisje is gebaseerd op interpretatie van de onderzoeker. Deze heeft aan de hand van de dossiers van de meisjes bepaald in hoeverre het aannemelijk is dat sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan de gebeurtenis. Uit de resultaten blijkt, dat bij één op de vier meisjes sprake is geweest van *impliciet* alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. In het geval van drugs blijkt bij één op de elf meisjes mogelijk sprake te zijn geweest van drugsgebruik voorafgaand aan de gebeurtenis.

Uit huidig onderzoek blijkt, dat de prevalentie van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld lager ligt in vergelijking met de prevalentie uit de Amerikaanse literatuur. Onderzoek van Abbey et al. (2001) naar alcoholgebruik onder ‘college students’ laat zien, dat bij de helft van de meisjes die te maken hebben gehad met seksueel geweld sprake is geweest van alcoholgebruik door dader en/of slachtoffer. Er moet met een paar zaken rekening worden gehouden bij de vergelijking van gegevens uit huidig onderzoek met de Amerikaanse literatuur. In de eerste plaats hebben onderzoeken uit de Amerikaanse literatuur voornamelijk betrekking op ‘college students’. De leeftijd van deze onderzoekspopulatie ligt gemiddeld hoger (18 tot en met 22 jaar) dan de leeftijd in huidig onderzoek (12 tot en met 27 jaar). Het is aannemelijk dat deze onderzoekspopulatie uit Amerika vaker alcohol drinkt. Dit heeft te maken met de specifieke leeftijdsgroep en levensstijl waarin zij meer risicovol gedrag vertonen. Een voorbeeld hiervan zijn disputen waar veel ‘college students’ zich bij aansluiten. In deze disputen wordt in hoge mate alcohol genuttigd en bovendien worden vrouwen aangemoedigd tot seksuele exploratie (Abbey et al., 2001). Daarnaast is in de Amerikaanse literatuur geen onderscheid gemaakt tussen alcoholgebruik van het slachtoffer en de dader, terwijl in huidige studie enkel is gekeken naar het alcoholgebruik van het slachtoffer.

Onderzoek van Butler en Welch (2009) laat dezelfde trend zien wat betreft het alcohol- en druggebruik van de meisjes uit huidig onderzoek. Zij hebben aangetoond dat één op de vijf meisjes alcohol en/of drugs heeft gebruikt voorafgaand aan de gebeurtenis.

Het tijdstip waarop seksueel geweld heeft plaatsgevonden, verschilt significant tussen meisjes die alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld en meisjes die geen alcohol hadden gedronken. Indien sprake is geweest van alcoholgebruik blijkt de gebeurtenis vaker in de nacht voor te komen. Wanneer geen alcohol in het spel is, komt het seksueel geweld vaker in de middag voor. Deze uitkomsten zijn op logischer wijze te verklaren aangezien alcohol over het algemeen het meest genuttigd wordt in de avond en op feestjes.

Verder is gekeken naar het alcoholgebruik binnen de adolescente populatie. Er is onderscheid gemaakt tussen jonge adolescenten – jonger dan 16 jaar – en oudere adolescenten – 16 jaar en ouder –. Onderzocht is of onderscheid bestaat tussen de twee leeftijdsgroepen met betrekking tot alcoholgebruik en seksueel geweld. De resultaten uit huidig onderzoek wijzen uit, dat een meerderheid (60%) van de meisjes uit de alcoholgroep 16 jaar of ouder is. Indien geen sprake is geweest van alcoholgebruik, blijkt het significant vaker om meisjes te gaan die jonger dan 16 jaar zijn.

Dit gegeven wordt ondersteund door de studie van Young et al. (2008). Die studie toont aan, dat bij jonge adolescenten minder vaak sprake is van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld dan bij oudere adolescenten.

In Nederland is het bij wet verboden alcohol te nuttigen onder het 16^e levensjaar. Voor oudere adolescenten is het echter wel toegestaan alcohol te drinken. Dit kan mogelijk een verklaring zijn voor bovenstaande gegevens.

Daarnaast heeft huidige studie onderzocht of het alcohol- en/of drugsgebruik van de meisjes voorafgaand aan het seksueel geweld invloed heeft gehad op de ernst van PTSS symptomen die zij achteraf hebben gerapporteerd. Meisjes die alcohol hadden gedronken voorafgaand aan de gebeurtenis scoren significant hoger op PTSS totaalscores van de SVLK, dan meisjes die geen alcohol hadden gedronken. Echter, de DSM PTSS totaalscores verschillen niet significant van elkaar. Met andere woorden: meisjes uit de alcoholgroep voldoen niet aan de criteria PTSS maar rapporteren wel meer algemene PTSS klachten. Een verklaring voor dit verschil heeft te maken met de subschaal overige kindspecifieke reacties van de SVLK. Deze subschaal wordt wel meegenomen bij de PTSS totaalscores maar niet bij de DSM PTSS totaalscores. De items van de subschaal overige kindspecifieke reacties hebben betrekking op algemene klachten gerelateerd aan PTSS, zoals schuldgevoelens en vermoeidheid.

Onderstaande PTSS symptomen hebben alleen betrekking op de PTSS totaalscores en niet op de DSM PTSS totaalscores.

De resultaten uit het onderzoek van Zinzow, Resnick, Amstadter, McCauley, Ruggiero en Kilpatrick (2010) zijn in strijd met het resultaat van huidig onderzoek. De auteurs hebben aangetoond, dat meisjes die géén alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld significant meer risico lopen op het ontwikkelen van PTSS, dan meisjes die wél alcohol hadden gedronken.

Een verklaring voor de contrasterende resultaten kan te maken hebben met de verschillende onderzoekspopulaties van beide studies. De onderzoekspopulatie van Zinzow et al. (2010) bestaat uit twee leeftijdscategorieën, vrouwen met de leeftijd 18 tot en met 35 jaar en vrouwen ouder dan 35 jaar. De onderzoekspopulatie uit huidig onderzoek bestaat uit meisjes en vrouwen met de leeftijd 12 tot en met 27 jaar. Het verschil in leeftijd tussen beide onderzoekspopulaties is aanzienlijk en dit kan de contrasterende resultaten dan ook verklaren.

Er is gezocht naar theorieën die de resultaten van huidig onderzoek kunnen verklaren. Allereerst heeft het verschil in PTSS symptomen tussen de meisjes uit de alcoholgroep en meisjes uit de niet- alcoholgroep mogelijk te maken met de mate van controle die het meisjes

ten tijde van het trauma heeft ervaren.

Foa, Zinbarg en Olasov-Rothbaum (1992) stellen, dat meisjes die overmatig alcohol hadden genuttigd voorafgaand aan het seksueel geweld een gebrek aan controle ervoeren ten tijde van de gebeurtenis. Het gevoel van ‘oncontroleerbaarheid’ speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van PTSS.

Een tweede verklaring heeft betrekking op het verantwoordelijkheidsgevoel van het meisje. Meisjes die seksueel geweld hebben meegemaakt en voorafgaand aan de gebeurtenis alcohol hadden gedronken, voelen zich over het algemeen meer verantwoordelijk voor wat er is gebeurd dan de meisjes die geen alcohol hadden gedronken (Abbey et al., 2001; Testa, Livingston, Vanzile-Tamsen & Frone, 2003). Dit verantwoordelijkheidsgevoel kan bijdragen aan de ontwikkeling van schuldgevoelens. Volgens de auteurs Kletter, Weems en Carrion (2009) zijn schuldgevoelens over de manier van handelen ten tijde van het seksueel geweld positief geassocieerd met de ernst van PTSS klachten.

Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat meisjes onder invloed van alcohol de herinneringen aan de gebeurtenis niet volledig opslaan. Delen van de herinnering kunnen dan ontbreken. Hierdoor kan het meisje aan het ontbrekende deel haar eigen negatieve invulling geven. Bovendien kan deze onwetendheid angst opwekken. Dit samengenomen draagt bij aan de ontwikkeling van PTSS symptomen (Zinzow et al., 2010).

Bovenstaand is gekeken naar een mogelijk verband tussen alcoholgebruik van het meisje en de ontwikkeling van PTSS symptomen. In huidig onderzoek kan niet worden uitgegaan van een causaal verband. Onderzocht moet worden of de meisjes die alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld kwetsbaarder zijn PTSS symptomen te ontwikkelen.

Verder is onderzocht of onderscheid bestaat tussen de ernst van depressie symptomen bij meisjes die wél of géén alcohol en/of drugs hebben gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld. De resultaten tonen geen statistisch significante verschillen aan in depressie symptomen tussen de groep meisjes die wél en de groep meisjes die géén alcohol en/of drugs hadden gebruikt.

Dit gegeven is in strijd met de resultaten uit het onderzoek van Zinzow et al. (2010). De auteurs stellen, dat een verschil bestaat in depressie klachten tussen meisjes uit de alcoholgroep en meisjes uit de niet- alcoholgroep. Volgens Zinzow et al. (2010) kan depressie niet voorspeld worden door het alcoholgebruik van het meisje voorafgaand aan het seksueel geweld. Indien geen sprake is van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld, blijkt dit wel een significante voorspeller te zijn voor het ontwikkelen van een depressie. Dit is een van de eerste

studies die hier onderzoek naar heeft verricht.

Tenslotte is onderzocht of een verschil in gedrag is te zien tussen meisjes die alcohol en/of drugs hadden gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld, en meisjes waarbij dit niet het geval was. Meisjes die alcohol en/of drugs hadden gebruikt vertonen significant meer grensoverschrijdend gedrag dan meisjes die geen alcohol en/of drugs hadden gebruikt. Dit is zowel uit de CBCL-YSR als uit de CBCL-PRF naar voren gekomen.

Waarover nagedacht moet worden met betrekking tot de resultaten van grensoverschrijdend gedrag is enerzijds of de meisjes uit de alcoholgroep vóór het seksueel geweld al meer grensoverschrijdend gedrag vertoonden dan de meisjes uit de niet- alcoholgroep. Met andere woorden: is deze groep eerder geneigd regels te overschrijden (stelen en liegen) en bevinden zij zich regelmatig in risicovolle situaties (oudere vrienden)? Anderzijds is het mogelijk dat deze meisjes als gevolg van seksueel geweld zich risicovoller gaan gedragen.

Kortom, uit huidig onderzoek is niet op te maken of grensoverschrijdend gedrag van de meisjes uit de alcoholgroep afkomstig is van seksueel geweld of dat dit gedrag reeds premorbide aanwezig was.

Naast het gegeven dat meisjes die alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld hoger scoren op grensoverschrijdend gedrag, is ook verschil te zien in alcoholgebruik ná het seksueel geweld. Resultaten uit de huidige studie wijzen uit, dat meisjes uit de alcoholgroep significant verschillen in alcoholgebruik na de gebeurtenis van meisjes uit de niet- alcoholgroep. Interessant te vermelden is, dat meisjes uit de alcoholgroep vaker een afname in alcoholgebruik rapporteren na het seksueel geweld dan meisjes uit de niet- alcoholgroep. Echter, meisjes uit de niet- alcoholgroep rapporteren vaker een toename in alcoholgebruik na de gebeurtenis.

Onderzoek van Humphrey en White (2000) toont aan dat het alcoholgebruik onder ‘college students’ verdubbelde in het jaar ná het seksueel geweld.

De studie van Testa en Livingstone (2000) suggereert dat het drankgebruik niet het gevolg is van seksueel geweld maar meer geassocieerd is met drinkniveau vóór de gebeurtenis.

Dit laatste gegeven wordt ondersteund door het onderzoek van McCauley, Ruggiero, Resnick, Saunders, Conoscentie en Kilpatrick (2009). Bovendien komt uit de studie van McCauley et al. (2009) naar voren dat meisjes die wel alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld, een significante toename in alcoholgebruik laten zien één jaar na de gebeurtenis. Echter, meisjes die geen alcohol hadden gedronken, vertonen geen toename in alcoholgebruik na het seksueel geweld.

Bovenstaande onderzoeken zijn in strijd met de resultaten van huidig onderzoek. Een verklaring hiervoor kan zijn dat toe- en afname van alcoholgebruik na seksueel geweld is gebaseerd op de subjectieve interpretatie van de onderzoeker van huidige studie. Deze heeft getracht met behulp van informatie uit de dossiers, te achterhalen in hoeverre alcoholgebruik is toe- of afgenomen na seksueel geweld.

Sterke kanten

Huidig onderzoek bestaat uit een ruime en gevarieerde onderzoekspopulatie. In totaal zijn 208 dossiers meegenomen van meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. De meisjes zijn tussen de 12 en 27 jaar en de opleidingsniveaus lopen uiteen van VMBO tot VWO niveau. Bovendien komen de meisjes uit zowel dorpen als steden. Hierdoor kan de onderzoekspopulatie uit huidig onderzoek als uniek worden beschouwd.

Naast deze ruime onderzoekspopulatie heeft dit onderzoek ook gebruikt gemaakt van een variatie aan meetinstrumenten. Om de traumagerelateerde variabelen in kaart te kunnen brengen, is gekeken naar vier verschillende vragenlijsten waarvan één vragenlijst door de ouder is ingevuld. Dit draagt bij aan de mogelijkheid scores van het kind met die van de ouder te vergelijken. De betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijsten zijn als voldoende tot goed beoordeeld. Dit maakt het mogelijk betrouwbare uitspraken te doen.

Daarnaast bestaat huidige studie uit dossieronderzoek. De dossiers zijn door de onderzoeker van het begin tot aan het einde gelezen. Hierdoor is alle informatie vergaard die beschikbaar was. Dit heeft gezorgd voor betrouwbare resultaten met betrekking tot het *expliciet* alcohol- en/of drugsgebruik van het meisje. Bovendien heeft de onderzoeker een goed beeld gekregen van de onderzoekspopulatie.

Naast het dossieronderzoek hebben therapeuten informatie verschaft over het *expliciet* alcohol- en/of drugsgebruik van de onderzochte meisjes. Zij hebben deze meisjes behandeld en vaak komt tijdens de behandeling meer informatie vrij wat betreft de gebeurtenis. Alleen indien de therapeut met zekerheid kon aangeven of wél of géén sprake is geweest van alcohol- en/of drugsgebruik van het meisje is deze informatie meegenomen voor het onderzoek.

Tenslotte heeft de onderzoeker van huidig onderzoek, in samenwerking met collega Van Elk, een uitgebreide vragenlijst – Vragenlijst Prospectief Alcoholgebruik (VPA) – ontwikkeld (zie bijlage 2). De VPA meet het alcohol- en/of drugsgebruik van het meisje voorafgaand aan het seksueel geweld. Deze vragenlijst is reeds in het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren in gebruik genomen. Volgens de therapeuten is de VPA een toegevoegde waarde op de aanwezige vragenlijsten.

Beperkingen

Één van de beperkingen van huidig onderzoek is dat het gaat om een cross-sectioneel onderzoek waarbij de data retrospectief verkregen is. Aan de hand van dossieronderzoek is informatie verzameld betreft het alcohol- en/of drugsgebruik van meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. De dataverzameling is begonnen in 2005, dit was tevens het jaar waarin het Landelijke Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren is opgestart. In de beginjaren is weinig gevraagd naar eventueel alcohol- en/of druggebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. Hierdoor is naar schatting in de eerste 100 dossiers van de meisjes weinig tot geen informatie bekend betreft het alcohol- en drugsgebruik. Dit heeft bijgedragen aan een groot aantal 'missing data'.

Een andere beperking heeft betrekking op de SVLK vragenlijst. De herziene versie is pas vanaf 2006 bij de meisjes afgenomen. Hierdoor zijn niet alle meisjes uit de alcoholgroep (N=43) en niet- alcoholgroep (N=67) meegenomen in deze analyse. De analyse is uitgevoerd over 23 meisjes uit de alcoholgroep en 38 meisjes uit de niet- alcoholgroep. De generaliseerbaarheid is hierdoor minder in vergelijking met de andere vragenlijsten. Echter, dit aantal meisjes is in de analyse vooralsnog voldoende om uitspraken over te kunnen doen. Volgens Baarda en De Goede (2006) zijn minimaal 30 onderzoekseenheden nodig om met zekerheid te kunnen stellen dat alle benodigde statistische analyses uitvoerbaar zijn.

Verder is geen informatie bekend over het premorbide alcohol- en drugsniveau van de meisjes. Hierdoor is moeilijk te interpreteren of alcohol- en/of drugsgebruik na het seksueel geweld juist is toegenomen of afgenomen. Bovendien is de toe- en afname van alcoholgebruik na de gebeurtenis gebaseerd op subjectieve interpretatie van de onderzoeker waardoor voorzichtigheid moet worden geboden met de interpretaties hiervan.

Een andere beperking is, dat weinig onderzoek is verricht naar het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en traumagerelateerde variabelen bij meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Hierdoor kunnen de resultaten van huidig onderzoek in beperkte mate worden vergeleken met andere studies. Dit bemoeilijkt de interpretaties van de uitkomsten.

Tenslotte kwam in een aantal dossiers van de meisjes naar voren dat zij naast het seksueel geweld ook andere ingrijpende gebeurtenissen hadden meegemaakt. Deze ingrijpende gebeurtenissen zouden mogelijk ook invloed kunnen hebben gehad op de klachten die de meisjes achteraf rapporteerden.

Aanbevelingen

In de toekomst zal beter moeten worden uitgevraagd naar alcohol- en drugsgebruik van meisjes die te maken hebben gehad met seksueel geweld. Op die manier kan beter in kaart worden gebracht welk verband alcohol- en drugsgebruik bij eenmalig seksueel geweld heeft met de traumagerelateerde variabelen.

Zoals eerder vermeld, hebben de onderzoeker en collega Van Elk de VPA ontwikkeld, welke *expliciet* vraagt naar alcohol- en drugsgebruik door zowel het meisje als de dader voorafgaand aan het seksueel geweld. In het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, is de VPA sinds november in gebruik genomen. Het aantal meisjes dat de VPA heeft ingevuld, is momenteel nog te klein om informatieve uitspraken te kunnen doen wat betreft het alcohol- en/of drugsgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld. Therapeuten van het PTC ervaren de VPA als een toegevoegde waarde op de reeds gebruikte vragenlijsten. In de toekomst zal aan de hand van de VPA meer klinisch relevante uitspraken kunnen worden gedaan op dit onderzoeksgebied.

Conclusie

Huidig onderzoek heeft getracht het verband tussen alcohol- en/of drugsgebruik bij eenmalig seksueel geweld en de traumagerelateerde variabelen in kaart te brengen. Uit de resultaten komt echter geen eenduidig verband naar voren. Wel is aangetoond, dat 21% en 7% van de meisjes alcohol respectievelijk drugs hadden gebruikt voorafgaand aan het seksueel geweld. Indien sprake is geweest van alcoholgebruik voorafgaand aan het seksueel geweld vindt het geweld het vaakst in de nacht plaats. Overigens is aangetoond dat oudere adolescenten vaker alcohol hadden gedronken voorafgaand aan seksueel geweld dan jonge adolescenten. Daarnaast rapporteren meisjes die alcohol hadden gedronken voorafgaand aan het seksueel geweld meer algemene PTSS symptomen dan meisjes die geen alcohol hadden gedronken. Bovendien vertonen de meisjes uit de alcoholgroep meer grensoverschrijdend gedrag dan meisjes uit de niet- alcoholgroep. Uit deze resultaten valt geen causaal verband af te leiden.

Dit is het eerste onderzoek waarbij de resultaten in deze richting wijzen. Toekomstig onderzoek zal dan ook moeten uitwijzen of deze resultaten replicerbaar zijn.

Referenties

Abbey, A., & McAuslan, P. (2004). A longitudinal examination of male college students' perpetration of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 747-756

Abbey, A., McAuslan, P., & Ross, L.T. (1998). Sexual assault perpetration by college men: the role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences. *Journal of Social Clinical Psychology, 17*, 167-195

Abbey, A., Ross, L.T., McDuffie, D., & McAuslan, P. (1996). Alcohol and dating risk factors for sexual assault among college women. *Psychology of women quarterly, 20*, 147-169

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A.M., & McAuslan, P. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Research and Health, 25(1)*, 43-51

Algemeen Nederlands Pijl (2009, juni 07). Alcohol al snel schadelijk voor jongeren. *Algemeen Dagblad*. Verkregen op www.ad.nl. (Trimbos-instituut & Universiteit Utrecht, juni 2009)

Algemeen Nederlands Pijl (2009, juli 7). 12% Vrouwen ooit verkracht. *Algemeen Dagblad*. Verkregen op www.ad.nl

Alisic, E., Eland, J., & Kleber, R.J. (2006). *Schokverwerkingslijst voor kinderen (SVLK) – herziene versie*. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Universiteit Utrecht, Vakgroep Klinische Psychologie en Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- text revision* (4th ed.). Washington, DC: Author

Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H., & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep

Barsky, A.J., Orav, E.J., & Bates, D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-910

Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J.A., Mendes, F., Schnitzer, S., & Phillips-Howard, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health, BioMed Central*, 1-28.

Benson, B.J., Gohm, C.L., & Gross, A.M. (2007). College women and sexual assault: The role of sex-related alcohol expectancies. *Journal of family violence*, 22, 341 -351

Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2006). *SPSS for psychology*. Basingstoke. Uitgever: Palgrave MacMillan

Brown, S., Christiansen, B., & Goldman, M. (1987). The Alcohol expectancy questionnaire: an instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 483-491

Brown, A.L., Testa, M., & Messman-Moore, T.L. (2009). Psychological consequences of sexual victimization resulting from force, incapacitation, or verbal coercion. *Violence Against Women*, 15(8), 898-919

Bruijn, P. de, Burrie, I., & Wel, F. van (2006). A risky boundary: unwanted sexual behavior among youth. *Journal of Sexual Aggression*, 12, (2), 81-96

Butler, B., & Welch, J. (2009). Drug-facilitated sexual assault. *Canadian Medical Association Journal*, 180(5), 493-494

Chermack, S.T., & Giancola, P.R. (1997) The relation between alcohol and aggression: integrated biopsychosocial conceptualisation. *Clinical psychology review*, 17, 621-649

- Clum, G.A., Nishith, P., & Calhoun K.S. (2002). A preliminary investigation of alcohol use during trauma and peritraumatic reactions in female sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 15*(4), 321-328
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romiti, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse and Neglect, 28*, 1035-1048
- Danielson, C.K., & Holmes, M.M. (2004). Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Current opinion in obstetrics and gynaecology, 16*, 383-388
- Embregts, P.J.C.M. (2000). Reliability of the child behavior checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 31-41
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van test en testresearch in Nederland. Deel I en II: Testbeschrijvingen*. Amsterdam/Assen: NIP/Van Gorcum
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2007). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2007/01 (COTAN)*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Foa, E., Zinbarg, R., & Olasov-Rothbaum, O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin, 112*, 218-238
- 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.
- Graaf, H. de, & Vanwesenbeeck, I. (2006). Seks is een game. *Gewenst en ongewenst seksueel gedrag van jongeren op internet*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Hall, J.A., & Moore, C.B.T (2008). Drug facilitated sexual assault – a review. *Journal of forensic and legal medicine, 15*, 291-297
- Humphrey, J.A., & White, J.W. (2000). Women vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health, 27*, 419-424

Ingemann-Hansen, O. (2008). Assessment of the importance of forensic examination for victims of sexual violence – emphasis on legal consequences and prevention of postassault trauma. Faculty of Health Science, University of Aarhus, Denmark

Josephs, R.A. & Steele, C.M. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45, 921-933

Kaufman, M., & The committee on adolescence (2008). Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics*, 122, 462-470

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060

Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 692-700

Kletter, H., Weems, C.F., & Carrion V.G. (2009). Guilt and posttraumatic stress symptoms in child victims of interpersonal violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1), 71-83

Koss, M.P., & Dinero, T.E. (1989). Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 242–250

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. New York: Multi-Health Systems

Kuipers, A.M. & Elk, P.H. van (2009). *Vragenlijst Prospectief Alcoholgebruik*. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, Afdeling Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren

- McCauley, J.L., Conoscenti, L.M., Ruggiero, K.J., Resnick, H.S., Saunders, B.E., & Kilpatrick, D.G. (2009). Prevalence and correlates of drugs/alcohol-facilitated and incapacitated sexual assault in a nationally representative sample of adolescent girls. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 38 (2), 295-300
- Parkhill, M.R., Abbey, A., & Jacques-Tiura, A.J. (2009). How do sexual characteristics vary as a function of perpetrators level of intoxication? *Addictive behaviors*, 34, 331-333
- Portegrijs, W., Hermans, B., Lalba, V. (2006). Emancipatiemonitor 2006. *Veranderingen in leefsituatie en levensloop*. Den Haag: SCP
- Pumphrey-Gordon, J.E., & Gross, A.M. (2007). Alcohol consumptions and females recognition in response to date rape risk: the role of sex-related alcohol expectancies. *Journal of Family Violence*, 22, 475-485
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal Consult Clinical Psychology*, 61, 984- 991
- Resnick, H.S., Veronen, L.J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D.G., & Cornelison, V. (1989). *Assessment of PTSD in a subset of rape victims at 12 to 36 months post-assault*, Unpublished manuscript
- Rickert, V.I., Wiemann, C.M., Vaughan, R.D., & White, J.W. (2004). Rates and risk factors for sexual violence among an ethnically diverse sample of adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158(12), 1132-1139
- Rij, C.M. van, Wilhelm, A.J., & Loenen, A. C. van (2004). Recognition and treatment of gamma hydroxybutyric acid poisoning. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 24; 148(17), 844-846

Roskam, A.J.R., Elferink-Stinkens, P.M., Boon, M., Keuning, H., Riksen, K., Berger-van Sijl, M., Verheij, R.A., Dijk, C.E. van, Voorrips, L.E., Tillaart, J.J.A.M. van den, Bruggink, J.W., Smit J.M., Jardini, A., Stegen, R.H.M., van der & Polanen Petel, V.C.A., van (2009). *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S.W., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-Traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455-475

Silverman, W.K., & Albano, A.M. (2001). Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV-Child Version. Nederlandse bewerking door Siebelink en Treffers. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Testa, M., & Livingston, J.A. (2000). Alcohol and sexual aggression: reciprocal relationships over time in a sample of high risk women. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, (4), 413- 427

Testa, M., Livingston, J.A., Vanzile-Tamsen, C., & Frone, M.R. (2003). The role of women's substance use in vulnerability to forcible and incapacitated rape. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 756-764

Timbremont, B., & Braet, C. (2002). *Handleiding Children's depression inventory*. Lisse: Swets Test Publishers

Vicary, J.R., Klingaman, L.R., & Harkness, W.L. (1995). Risk factors associated with date rape and sexual assault of adolescent girls. *Journal of Adolescents*, 18(3), 289-306

Timmerman, G. (2005). A comparison between girls' and boys' experiences of unwanted sexual behavior in secondary school. *Educational Research*, 47, 291-306

Young, A., Grey, M., Abbey, A., Boyd, C.J., & McCabe, S.E. (2008). Alcohol-related sexual assault victimization among adolescents: prevalence, characteristics, and correlates. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, 69, 39-48

Zinzow, H.M., Resnick, H.S., Amstadter, A. B., McCauley, J.L., Ruggiero, K.J., & Kilpatrick, D.G. (2010). Drug- or alcohol- facilitated, incapacitated and forcible rape in relationship to mental health among a national sample of women. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20

Zoellner, L.A., Goodwin, M.L., & Foa, E.B. (2000). PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 635-649

Bijlagen

Bijlage I: Interviewvragen

Vragen voor Alcoholpoliklinieken

1. Welk type jongeren komt binnen bij de alcoholpoli?
2. Wat gebeurt er met jongeren die buiten de leeftijdscategorie van 12-17 jaar vallen?
3. Wat is de verhouding tussen de sekse? (Meer jongens dan meisjes?)
4. Wat is het gemiddelde opleidingsniveau van de jongeren die binnenkomen?
5. Vanuit welke sociale omgeving worden de jongeren binnengebracht? (Thuis, uitgaansgelegenheid of feestjes bij vrienden).
6. Hoe groot is de kans dat de jongeren voor een tweede keer binnenkomen bij de alcoholpoli?
7. In hoeverre heeft de opvoeding van ouders/verzorgers invloed op het alcoholmisbruik van de jongeren?
8. Welk type alcohol wordt het meeste misbruikt? (Bier/wijn, sterke drank, mix-drankjes.)
9. Hoe vaak komt de combinatie alcohol en drugsgebruik voor bij de binnengekomen jongeren?
10. Wat is de meest voorkomende combinatie van alcohol en drugs?
11. Zijn jullie bekend met het Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren in het Universitair Medisch Centrum Utrecht?
12. Wordt er tijdens het screeningsgesprek expliciet gevraagd naar eventuele ervaring met seksueel geweld?
13. Hoeveel gevallen van seksueel geweld komen binnen per week/maand/jaar?
14. Welke vorm van seksueel geweld is het meest voorkomend? (Verkrachting of aanranding.)
15. Indien sprake van seksueel geweld, wat is de gemiddelde leeftijd van de slachtoffers?
16. Indien sprake van seksueel geweld, is de dader bekend/onbekend bij slachtoffer?
17. Indien sprake van seksueel geweld, heeft alcohol mogelijk een directe invloed gehad op het voorkomen daarvan?
18. Wat gebeurt er met gevallen van seksueel geweld?
19. Indien doorverwezen: waarheen?
20. Indien sprake van seksueel geweld, in welke context vindt dit dan plaats?
21. Indien sprake van seksueel geweld, wat is de gemiddelde leeftijd van de slachtoffers?
22. Indien sprake van seksueel geweld, in welke mate komt de combinatie alcohol en drugsgebruik voor bij de slachtoffers?
23. Indien er een combinatie aanwezig is, wat is de meest voorkomende? (GHB?)

24. Wat zijn de meest voorkomende lichamelijke klachten die slachtoffers van seksueel geweld rapporteren? (Buikpijn, hoofdpijn.)
25. Welke psychische klachten komen het meeste voor bij slachtoffers van seksueel geweld? (Depressieve symptomen, PTSS symptomen).
26. Indien sprake van seksueel geweld, zien jullie vaker de daders of de slachtoffers?

Bijlage II: Vragenlijst Prospectief Alcoholgebruik

VPA (Vragenlijst Prospectief Alcoholgebruik)

Door: P.H. van Elk en A.M. Kuipers. Oktober 2009.

Je bent in het psychotraumacentrum omdat je te maken hebt gehad met seksueel geweld. In deze vragenlijst staan vragen over alcohol en drugs die mogelijk vlak voor het seksueel geweld zijn ingenomen. De informatie uit de vragenlijst is vertrouwelijk en de antwoorden zullen NIET worden doorgegeven aan je ouders. Succes!

Naam

Gebeurtenis specifieke vragen

1. Heb jij vlak voor het seksueel geweld alcohol gebruikt?

- Ja
- Nee

2. Heb jij vlak voor het seksueel geweld drugs (joints, XTC pillen, GHB, paddo's etc.) gebruikt?

- Ja
- Nee
- Ja, anders nl

Indien je op vraag 1 en 2 NEE hebt geantwoord kun je doorgaan naar vraag 18.

Indien je op vraag 1 en 2 JA hebt geantwoord, ga dan door met vraag 3.

Indien je op vraag 1 NEE en op vraag 2 JA hebt geantwoord ga dan door naar vraag 12.

3. Welk soort alcohol heb jij gedronken? (*Meerdere antwoorden mogelijk*).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bier | <input type="checkbox"/> Sterke drank namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Wijn | <input type="checkbox"/> Zelf gemixt namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Mix drankjes (bv. Breezers) | <input type="checkbox"/> Overigen, namelijk..... |

4. Hoeveel alcohol heb jij in totaal gedronken vlak voor het seksueel geweld? (bijvoorbeeld glazen, flesjes, blikjes, of een combinatie hiervan).

- 1 t/m 2
- 3 t/m 4
- 5 t/m 6
- 7 of meer
- Anders namelijk

(bijvoorbeeld slokken uit een fles, glas of blikje gedronken)

5. Hoeveel uur zat er tussen je laatste alcoholische drankje en het seksueel geweld?

- 0 tot 1 uur
- 1 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- 4 of meer

6. Wat was de reden dat je alcohol bent gaan drinken vlak voor het seksueel geweld? (Meerdere antwoorden mogelijk).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Om vrolijker te worden | <input type="checkbox"/> Om het eens te proberen |
| <input type="checkbox"/> Om ontspannen te worden | <input type="checkbox"/> Omdat mijn vriend(inn)en het ook deden |
| <input type="checkbox"/> Om lossier te worden | <input type="checkbox"/> Omdat andere mensen ook dronken |
| <input type="checkbox"/> Om me minder verdrietig te voelen | <input type="checkbox"/> Omdat ik werd overgehaald |
| <input type="checkbox"/> Om me minder rot te voelen | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Om meer zelfvertrouwen te krijgen | |
| <input type="checkbox"/> Om seksueel opgewonden te raken | |

7. Welke invloed had de alcohol toen op jou? (Meerdere antwoorden mogelijk).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ik werd meer ontspannen | <input type="checkbox"/> Ik werd seksueel opgewonden |
| <input type="checkbox"/> Ik werd lossier | <input type="checkbox"/> Ik werd agressiever |
| <input type="checkbox"/> Ik werd vrolijker | <input type="checkbox"/> Ik voelde me verdrietiger |
| <input type="checkbox"/> Ik kreeg meer zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> Ik voelde me rot |
| <input type="checkbox"/> Ik werd minder oplettend | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk..... |

8. In hoeverre denk je dat het alcohol drinken van jou invloed heeft gehad op het plaatsvinden van het seksueel geweld?

- Geen invloed
- Matige invloed
- Weinig invloed
- Veel invloed
- Heel veel invloed

9. Hoe ben je aan de alcohol gekomen? *(Meerdere antwoorden mogelijk).*

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Thuis | <input type="checkbox"/> Slijterij |
| <input type="checkbox"/> Via vrienden | <input type="checkbox"/> In een kroeg, café en/of discotheek |
| <input type="checkbox"/> Supermarkt | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

10. Waar heb je alcohol gedronken (vlak voor het seksueel geweld)? *(Meerdere antwoorden mogelijk).*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mijn ouders thuis | <input type="checkbox"/> Op school |
| <input type="checkbox"/> Mijn eigen huis | <input type="checkbox"/> Kantine en/of winkelcentrum |
| <input type="checkbox"/> Bij anderen thuis | <input type="checkbox"/> In een kroeg, café en/of discotheek |
| <input type="checkbox"/> Op straat | <input type="checkbox"/> Op vakantie |
| <input type="checkbox"/> Op het werk | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

11. Met wie heb je alcohol gedronken? *(Meerdere antwoorden mogelijk).*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alleen | <input type="checkbox"/> Vriendje/vriendinnetje |
| <input type="checkbox"/> Vriend(inn)en | <input type="checkbox"/> Onbekenden |
| <input type="checkbox"/> Ouders | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Overige gezins-/familieleden | |

Indien je op vraag 2 (drugsgebruik) NEE hebt geantwoord ga dan door naar vraag 18.

12. Geef aan welk type drugs je hebt gebruikt. *(Meerdere antwoorden mogelijk).*

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Joints | <input type="checkbox"/> XTC |
| <input type="checkbox"/> Paddo's | <input type="checkbox"/> GHB |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Speed | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |

13. Geef aan hoeveel drugs dat was? Schrijf op welk type drugs, de hoeveelheid en welk bedrag je eraan hebt uitgegeven?

.....

(aantal pillen, joints, paddo's, euro's etc).

14. Hoeveel uur zat er tussen de drugsinname en het seksueel geweld?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 tot 1 uur | <input type="checkbox"/> 3 tot 4 uur |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 2 uur | <input type="checkbox"/> 4 of meer |
| <input type="checkbox"/> 2 tot 3 uur | |

15. Wat was de reden dat je drugs bent gaan gebruiken vlak voor het seksueel geweld?
(Meerdere antwoorden mogelijk).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Om vrolijker te worden | <input type="checkbox"/> Om het eens te proberen |
| <input type="checkbox"/> Om ontspannen te worden | <input type="checkbox"/> Omdat mijn vriend(inn)en het ook gebruikten |
| <input type="checkbox"/> Om lossier te worden | <input type="checkbox"/> Omdat andere mensen het ook gebruikten |
| <input type="checkbox"/> Om me minder verdrietig te voelen | <input type="checkbox"/> Omdat ik werd overgehaald |
| <input type="checkbox"/> Om me minder rot te voelen | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Om meer zelfvertrouwen te krijgen | |
| <input type="checkbox"/> Om actiever te worden | |
| <input type="checkbox"/> Om seksueel opgewonden te raken | |

16. Welke invloed had het drugsgebruik toen op jou? (Meerdere antwoorden mogelijk).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ik werd meer ontspannen | <input type="checkbox"/> Ik werd actiever |
| <input type="checkbox"/> Ik werd lossier | <input type="checkbox"/> Ik werd seksueel opgewonden |
| <input type="checkbox"/> Ik werd vrolijker | <input type="checkbox"/> Ik voelde me verdrietiger |
| <input type="checkbox"/> Ik werd minder oplettend | <input type="checkbox"/> Ik voelde me rot |
| <input type="checkbox"/> Ik kreeg meer zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Ik werd wat agressiever | |

17. In hoeverre denk je dat jouw drugsgebruik invloed heeft gehad op het plaatsvinden van het seksueel geweld?

- Geen invloed
- Matige invloed
- Weinig invloed
- Veel invloed
- Heel veel invloed

Specifieke vragen over de vermoedelijke dader

18. Heeft de vermoedelijke dader vlak voor het seksueel geweld alcohol gebruikt?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Indien je op vraag 18 NEE of WEET IK NIET hebt geantwoord ga dan door naar vraag 22.

19. Welk soort alcohol heeft de vermoedelijke dader toen volgens jou gedronken? (*Meerdere antwoorden mogelijk*).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bier | <input type="checkbox"/> Sterke drank namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Wijn | <input type="checkbox"/> Zelf gemixt namelijk..... |
| <input type="checkbox"/> Mix drankjes (bv. Breezers) | <input type="checkbox"/> Overigen, namelijk..... |

20. Welke invloed had het alcoholgebruik van de vermoedelijke dader volgens jou? (*Meerdere antwoorden mogelijk*).

- Hij werd agressiever
- Hij werd lossier
- Hij kreeg meer zelfvertrouwen
- Hij werd seksueel opgewonden
- Anders, namelijk.....

21. In hoeverre heb jij het idee dat het alcohol drinken van de vermoedelijke dader invloed heeft gehad op het plaatsvinden van het seksueel geweld?

- Geen invloed
- Matige invloed
- Weinig invloed
- Veel invloed
- Heel veel invloed

22. Heeft de vermoedelijke dader vlak voor het seksueel geweld drugs (joints, cocaïne, speed, XTC pillen, paddo's, GHB etc.) gebruikt?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Indien je op vraag 22 NEE of WEET IK NIET hebt geantwoord dan is dit het einde van de vragenlijst voor jou.

23. Geef aan welk type drugs de vermoedelijke dader heeft gebruikt. (*Meerdere antwoorden mogelijk*).

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Joints | <input type="checkbox"/> XTC |
| <input type="checkbox"/> Paddo's | <input type="checkbox"/> GHB |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Speed | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |

24. Geef aan hoeveel drugs dat volgens jou was? Schrijf op welk type drugs, de hoeveelheid en welk bedrag de vermoedelijke dader eraan uit heeft gegeven?

-
- (aantal pillen, joints, paddo's, euro's etc).

25. Hoeveel uur zat er tussen de drugsinname van de vermoedelijke dader en het seksueel geweld?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 tot 1 uur | <input type="checkbox"/> 3 tot 4 uur |
| <input type="checkbox"/> 1 tot 2 uur | <input type="checkbox"/> 4 of meer |
| <input type="checkbox"/> 2 tot 3 uur | |

26. Welke invloed had het drugsgebruik van de vermoedelijke dader volgens jou gehad?

(Meerdere antwoorden mogelijk).

- Hij werd agressiever
- Hij werd lossier
- Hij kreeg meer zelfvertrouwen
- Hij werd seksueel opgewonden
- Anders, namelijk.....

27. In hoeverre heb jij het idee dat het drugsgebruik van de vermoedelijke dader invloed heeft gehad op het plaatsvinden van het seksueel geweld?

- Geen invloed
- Matige invloed
- Weinig invloed
- Veel invloed
- Heel veel invloed

Einde van deze vragenlijst.

Bedankt voor je medewerking!

Bijlage III: Verslag van de interviews

Algemene informatie

Op 19 november 2009 is een interview afgenomen bij Dhr. Drs. A. Verboom, kinderarts op de alcoholpolikliniek in het Westfriesgasthuis te Hoorn. Afgeleid van de vragenlijst uit bijlage 3 zijn vragen gesteld voor dit interview. De alcoholpolikliniek in het Westfriesgasthuis is begin 2006 opgestart. In totaal zijn vier ziekenhuizen gestart als pilotziekenhuis voor het “Project Voorkom Alcoholschade bij Jongeren”. Het doel van het project is het protocol voor jongeren met een alcoholvergiftiging uit te voeren, te onderzoeken op toepasbaarheid en daarnaast kennis te verspreiden over ziekenhuizen in het land. De pilot loopt tot juni 2010. Kort omschreven houdt het protocol in, dat jongeren die worden binnengebracht bij de alcoholpoli worden onderzocht op ademhaling, verwondingen, bewustzijnsniveau en gevaarlijke hypothermie of hypoglycemie. Vervolgens wordt in de (hetero) anamnese achterhaald hoeveel consumpties de persoon van welke drank heeft genuttigd. Ook wordt het drugsgebruik en overige medicatiegebruik achterhaald. Daarna vindt het lichamelijk onderzoek plaats en afsluitend wordt aanvullend onderzoek gedaan met betrekking tot onder andere het alcoholpromillage. Het kind zal, afhankelijk van de ernst, worden opgenomen in het ziekenhuis. De dag na de opname vindt een gesprek plaats met de patiënt en de ouders door de kinderarts. Na ontslag uit het ziekenhuis zullen nog drie contactmomenten plaatsvinden met de patiënt op de polikliniek, te weten het screenings-, het evaluatie- en afsluitend het follow-upgesprek.

Uitwerkingen van het interview met dhr. A. Verboom

Op de alcoholpoli in het Westfriesgasthuis te Hoorn worden zowel meisjes als jongens binnengebracht. Over het algemeen is de verhouding tussen beide sekse gelijk. De aantallen in 2009 wijzen uit, dat het bij de meerderheid van de jongeren ging om meisjes met de leeftijd 16 en 17 jaar. In de afgelopen jaren is een daling te zien in het aantal binnengebrachte jongeren. Dit is volgens dhr. A. Verboom een positieve vooruitgang.

De jongste persoon die is aangemeld op de alcoholpolikliniek in Hoorn is 12 jaar. Jongeren ouder dan 18 jaar komen niet bij de alcoholpoli binnen maar worden naar de eerste hulp gebracht. Vervolgens worden zij doorgestuurd naar de internist of een andere specialist.

Indien gekeken wordt naar het gemiddelde opleidingsniveau van de jongeren, ligt deze redelijk gelijk met het landelijk gemiddelde opleidingsniveau. Er komen zowel hoog- als laagopgeleide jongens en meisjes binnen.

Dhr. A. Verboom verteld uit zijn ervaring, dat de plekken waar jongeren alcohol nuttigen verschillen. Soms worden jongeren laveloos op straat aangetroffen. Ook ziet hij vaak dat jongeren overmatig alcohol drinken op diverse feesten. Drankspelletjes bij vrienden thuis zijn daarnaast erg populair. Volgens dhr. Verboom komt het echter niet vaak voor dat een meisje of jongen een tweede keer wordt binnen gebracht. In alle jaren dat hij al in het Westfriesgasthuis werkt is dat twee of drie keer gebeurd.

De opvoeding van ouders heeft veel invloed op het alcoholgebruik van de jongeren. Vaak zijn ouders in de veronderstelling, dat ze zicht hebben op het drinkgedrag van het kind wanneer zij zelf het kind kennis laten maken met alcohol. Echter, het kind onder toezicht van de ouders alcohol laten drinken, blijkt een tegenovergesteld effect te hebben. Hoe negatiever de houding van de ouders ten opzichte van alcohol, hoe minder snel jongeren alcohol zullen drinken. Daarnaast is uit onderzoek gebleken, dat tussen de eerste keer alcohol drinken en voor het eerst dronken zijn anderhalf jaar zit.

Wanneer gevraagd wordt naar het type alcohol, verteld Dhr. A. Verboom dat de meeste jongeren die bij het Westfriesgasthuis worden binnen gebracht, sterke drank of gemixte drank hebben gedronken. “De hoeveelheid sterk is verbazingwekkend” aldus dhr. A. Verboom. De combinatie van alcohol en drugs lijkt niet vaak voor te komen. Als het voorkomt is de combinatie alcohol en cannabis de meest voorkomende.

Seksueel geweld

Volgens dhr. A. Verboom wordt tijdens een intake niet expliciet gevraagd naar het voorkomen van seksueel geweld. Wel wordt aan de jongeren gevraagd of zij de risico's van alcohol weten. In de meeste gevallen geven artsen en psychologen psycho-educatie aan de jongeren waarbij risico's op sociaal gebied worden toegelicht, zoals risico's op vechtpartijen en seksueel geweld. Vervolgens vraagt de psycholoog aan de jongere of hij of zij hiermee in aanraking is gekomen. Volgens dhr. A. Verboom is het over het algemeen moeilijk aan te geven of de jongeren die binnen worden gebracht te maken hebben gehad met seksueel geweld. Wel geeft hij aan, dat het aantal niet hoog ligt. In 2007 kwam seksueel geweld voor bij 1 op de 24 patiënten en in 2009 zijn twee gevallen van seksueel geweld binnen gekomen. In die gevallen is vaker sprake geweest van een verkrachting dan van een aanranding. Dhr. A. Verboom is van mening dat het alcoholmisbruik van de patiënt uit 2007 invloed heeft gehad op het plaatsvinden van het

seksueel geweld. De gemiddelde leeftijd van deze meisjes was 15 jaar. Als een jonge patiënt binnenkomt die te maken heeft gehad met seksueel geweld, wordt degene doorverwezen naar de Geestelijke Gezondheidszorg Lund en Jeugd. Op de afdeling Trauma geven zij dan vaak een EMDR behandeling.

Uitwerkingen van het interview met Mw. M. de Visser

In Delft is een interview afgenomen bij Mw. M. de Visser, kinderpsycholoog in Reinier de Graaf Ziekenhuis, te Delft. De alcoholpolikliniek in Delft was de eerste in Nederland. Op de alcoholpolikliniek komen jongeren binnen met de leeftijd 12 tot 18 jaar. Deze jongeren worden vaak binnengebracht bij de spoedeisende hulp en worden volgens het vastgestelde protocol verder behandeld. Jongeren boven de 18 jaar worden in dit ziekenhuis verwezen naar de internist of neuroloog.

In de beginjaren van de alcoholpolikliniek kwamen over het algemeen meer jongens binnen dan meisjes. Tegenwoordig komen in Delft vaker meisjes binnen dan jongens. Als gekeken wordt naar het type alcohol wat gedronken is door de jongeren, dan komen vaker sterke mixdrankjes voor bij de meisjes en bier bij de jongens. Bier heeft relatief gezien ‘minder’ ernstige effecten dan mixdrankjes. Meisjes over het algemeen kwetsbaarder voor drank dan jongens, zo stelt Mw. M. de Visser. Deze kwetsbaarheid heeft te maken met de enzymatische activiteit. Doordat meisjes meer enzymen bevatten, hebben zij een grotere kans op een alcoholvergiftiging. Bovendien treedt bij meisjes eerder een hersenbeschadiging op. Een combinatie van drugs en alcohol is zeldzaam. Als sprake is van drugsgebruik, dan is dit in de meeste gevallen cocaïne geweest.

Ook in dit interview is gevraagd naar het opleidingsniveau. Deze varieert volgens de kinderpsycholoog van VMBO tot VWO niveau, waarbij de jongens die op de alcoholpoli binnen komen vaker een lager opleidingsniveau hebben dan de meisjes. De jongeren die worden binnengebracht doen vaak aan ‘binge drinking’. Dat houdt in, dat in een korte periode een grote hoeveelheid (soms wel 7 eenheden) alcohol wordt gedronken. Dit gebeurt vaak in een sociale context.

De kans dat een jongere voor de tweede keer binnen wordt gebracht, is klein. In Delft zijn in totaal drie jongeren geweest die voor de tweede keer zijn binnengebracht op de alcoholpolikliniek. Bij deze jongeren wordt extra veel aandacht besteed aan de risicofactoren en de gevolgen van alcohol drinken. Zij krijgen uitgebreide psycho-educatie. Vanuit de patiënt is de motivatie voor nazorg vaak gering. De patiënt heeft eerder de neiging de gebeurtenis te vergeten dan er uitgebreid bij stil te staan.

Wanneer gevraagd wordt hoe omgegaan wordt met alcohol in de opvoeding verteld Mw. M. de Visser dat het vaak bij de opvoeding al misgaat. Ouders stellen hun kind al op vroege leeftijd bloot aan alcohol door hun kind een slokje alcohol te laten proeven. Op deze manier denken zij controle te kunnen uitoefenen op het drinkgedrag van hun kinderen terwijl juist het tegendeel bewezen is.

Seksueel geweld

Tijdens het screeningsgesprek met de kinderpsycholoog of kinderarts in het Reinier de Graaf Ziekenhuis, wordt wél expliciet gevraagd naar een eventuele ervaring met seksueel geweld. In 2009 zijn in totaal vijf (van de 40) meisjes binnengekomen die te maken hebben gehad met seksueel geweld. Drie meisjes waren aangerand en twee verkracht. De gemiddelde leeftijd van deze meisjes was 15 jaar. Indien sprake is geweest van seksueel geweld kan het om zowel een onbekende als bekende dader gaan. Over het algemeen komt het vaker voor dat de dader een onbekende was voor het meisje. Verder vindt het seksueel geweld voornamelijk buitenshuis plaats of bij iemand thuis. In de meeste gevallen zijn de ouders niet thuis. Van de vijf meisjes die te maken hebben gehad met seksueel geweld bleek in twee gevallen het alcohol een duidelijk rol te spelen. De meisjes die te maken hebben gehad met seksueel geweld worden meestal doorverwezen naar GGZ Delftland. Deze meisjes rapporteren vaak psychosomatische onverklaarbare klachten.

Conclusie

Uit beide interviews zijn zowel overeenkomsten naar voren gekomen als verschillen. Een belangrijk verschil wat bedrukt moet worden, is het uitvragen van ervaringen met seksueel geweld. Opvallend is, dat dit in het Reinier de Graaf Ziekenhuis door onder andere Mw. M. de Visser wel expliciet wordt gedaan. In het Westfriesgasthuis wordt daar minder aandacht aan wordt besteed. Een mogelijk verklaring voor dit verschil kan te maken hebben met de verschillende functies van dhr. A. Verboom en mw. M. de Visser. Voor een kinderarts is het gebruikelijk om zich vooral te richten op de lichamelijke klachten, terwijl een kinderpsycholoog zich meer richt op de psychologische symptomen van de patiënt.

Deze interviews hebben meer zicht gecreëerd op het alcoholmisbruik van jongeren in Nederland. Anderzijds zijn de geïnterviewden bewuster geworden van het belang meer aandacht te schenken aan het eventueel voorkomen van seksueel geweld als gevolg van overmatig alcoholgebruik. Wanneer ervaringen met seksueel geweld explicieter worden

uitgevraagd, kan tijdig een passende interventie worden toegepast die de symptomen als gevolg van seksueel geweld kunnen reduceren.