



Universiteit Utrecht

De relatie tussen kindermishandeling en het maatschappelijk functioneren op latere leeftijd

Het verschil tussen een klinisch behandelde populatie en een Nederlandse Bevolkingspopulatie

I.R.Spruijt MSc

Universiteit Utrecht
Master Ontwikkelingspsychologie

Begeleiding Universiteit Utrecht
Mevr. E Singer

Instelling van de scriptie/2^e beoordelaar
Erasmus MC-Sophia, J.F. Wielemaker

Samenvatting: In deze scriptie worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar het effect van kindermishandeling op het later maatschappelijk functioneren. Er wordt hierbij een vergelijking gemaakt tussen slachtoffers uit een klinische populatie en uit een algemene Nederlandse Bevolkingsgroep (ANB). Er is gekeken naar de aanwezigheid van psychopathologie in beide populaties. Daarnaast is gekeken of sekseverschillen bestaan in de verschillende uitkomstvariabelen die samen het maatschappelijk functioneren bepalen. Met behulp van statistische berekeningen zijn de hypothesen getoetst. Uit deze statistische analyses komt naar voren dat er significant meer slachtoffers van kindermishandeling zijn in de klinische populatie dan in de ANB. Daarnaast rapporteren slachtoffers van kindermishandeling uit de klinische populatie significant meer psychische problemen en psychopathologie dan slachtoffers uit de ANB. Vervolgens wordt er een opvallend sekseverschil gezien, namelijk de mannelijke slachtoffers uit de klinische populatie hebben significant meer psychische en gedragsproblemen dan de mannen uit de ANB. De mannelijke slachtoffers uit de klinische populatie functioneren over het algemeen op maatschappelijk niveau significant minder goed maatschappelijk niveau dan de mannelijke slachtoffers uit de ANB. Tenslotte wordt gezien dat vrouwelijke slachtoffers van kindermishandeling uit de klinische populatie significant meer problemen ervaren dan de vrouwelijke slachtoffers uit de ANB. Bij de vrouwen is er geen significant verschil zichtbaar als het gaat om het maatschappelijk functioneren in het algemeen. Concluderend kan worden gezegd dat de slachtoffers uit de klinische populatie minder goed functioneren op maatschappelijk niveau in vergelijking met de slachtoffers van kindermishandeling uit de algemeen Nederlandse Bevolking.

Inleiding

Sinds het begin van de tweede helft van de 20^{ste} eeuw is er meer aandacht voor geweld tegen kinderen (Jacobi, Dettmeyer, Banaschak, Brosig & Herrmann, 2010). Uit een recent onderzoek in 2005 blijkt dat 107.000 kinderen in Nederland tussen de 0-18 jaar waren blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling (Nationale prevalentie studie mishandeling van kinderen en jeugdigen, 2007). Dit is drie procent van het (op dat moment) totale aantal kinderen in Nederland tussen de 0-18 jaar oud. Dit is naar alle waarschijnlijkheid een onderschatting van het werkelijke aantal, omdat kindermishandeling en verwaarlozing zich veelal af spelen achter de gesloten deuren van het gezin en zijn daarom niet als zodanig zichtbaar voor de buitenwereld (Wiznitzer, 2000). Verschillende onderzoeken tonen aan dat kindermishandeling en verwaarlozing leidt tot een breed scala van negatieve uitkomsten later

in het leven, zowel tijdens de kindertijd, als in de adolescentie en de volwassenheid (Arnow, 2004; Currie & Widom, 2010; Elam & Kleist, 1999; Horwitz, Widom, Mclaughlin & White, 2001; Lansford, Dodge, Pettit, Bates, 2010; Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007). Kinderen die zijn mishandeld hebben een verhoogd risico voor het ontwikkelen van internaliserende problemen, zoals depressie en angst. Daarnaast is ook de kans op externaliserende problemen verhoogd, zoals agressie en delinquent gedrag (Lansford et al., 2010). Kindermishandeling kan ook effect hebben op de ontwikkeling van academische vaardigheden, de sociale ontwikkeling en de interpersoonlijke ontwikkeling (Currie & Widom, 2010).

Sinds de kennis dat geweld tegen kinderen veel en in elke sociale laag voorkomt, is getracht om ontstaansmechanismen van dit fenomeen vast te stellen. Er zijn in de literatuur talloze factoren beschreven ter verklaring van de verschillende vormen van geweld tegen kinderen (Wiznitzer, 2000), zoals het psychiatrische model, het interactionele model en het contextuele model. Het psychiatrisch model veronderstelt dat kindermishandeling het directe gevolg is van psychopathologie bij de individuele ouder. De emotionele onbeschikbaarheid van een depressieve moeder kan bijvoorbeeld leiden tot emotionele verwaarlozing. De focus van dit psychiatrische model is de geestelijke gezondheid van de ouder(s) van het kind. Echter, dit model wordt tegenwoordig als beperkt beschouwd, omdat uit onderzoek is gebleken dat de meeste mishandelende ouders in psychiatrisch opzicht niet afwijken van niet-mishandelende ouders (Baartman, 1996; Wiznitzer, 2000). In het interactionele model wordt gekeken naar het effect van de kindfactoren op de manier waarop de ouder-kind-interactie gestalte krijgt. De gedachte achter dit model is dat een disfunctionele combinatie van kind- en ouderfactoren kindermishandeling als gevolg kan hebben. Een kind met een moeilijk temperament en een onervaren moeder kunnen binnen deze theorie worden gezien als een disfunctionele combinatie die door frustratie en gevoel van insufficiëntie bij de moeder leidt tot kindermishandeling (Baartman, 1996; Wiznitzer, 2000). In het contextuele model wordt kindermishandeling vooral vanuit omgevingsfactoren verklaard. De belangrijkste factoren waar volgens deze theorie de focus op ligt betreft gezinsfactoren, maatschappelijke en culturele factoren. Een slechte partnerrelatie en een lage sociaal economische status kunnen in dit geval leiden tot kindermishandeling (Baartman, 1996; Wiznitzer, 2000).

Elk van deze theorieën bevat elementen die een verklaring kunnen geven voor het ontstaan van kindermishandeling, maar zijn op zichzelf te beperkt. Belsky (1993) ontwikkelde daarom een verklaringsmodel voor kindermishandeling met een zo breed mogelijk kader

zodat er een integratie kon worden gemaakt van de drie eerder genoemde modellen (Wiznitzer, 2000). Dit model, het ontwikkelingsecologisch model, beschouwd kindermishandeling als een resultaat van de interactie tussen eigenschappen van kind en ouders, sociaal-maatschappelijke (stress)factoren, culturele normen en waarden, en die factoren die typisch zijn voor een bepaalde ontwikkelingsfase. Binnen dit model bestaan drie verschillende niveaus, de zogeheten ‘contexts of maltreatment’. De ‘ontwikkelingscontext’ omvat de ouder- en kindfactoren (ontwikkelingsgeschiedenis, persoonlijkheid, leeftijd, psychologische kenmerken). De tweede context wordt de ‘directe interactionele context’ genoemd en omvat de factoren ouderschap en ouder-kind-interactie. Ten slotte is er sprake van een ‘brede context’ die de factoren sociaal-maatschappelijke steun, sociaal-culturele context en evolutionaire context onderscheiden.

Uit bovenstaande verklaringsmodellen wordt duidelijk dat kindermishandeling multifactorieel bepaald is en wordt beschouwd als de resultante van de interacties van factoren op en tussen de verschillende niveaus van abstractie (Wiznitzer, 2000). De uiteindelijke bepaling of deze interacties uitmonden in kindermishandeling heeft ook te maken met de mogelijkheid van aanwezige risicofactoren. Deze risicofactoren zijn in te delen in verschillende niveaus; individueel (ouders, kinderen), interactioneel (gezin) en contextueel (psychosociale omstandigheden). Bij risicofactoren op individueel niveau bij ouders kan worden gedacht aan misbruik van alcohol of drugs, verwaarlozing of mishandeling in de eigen ouderlijke voorgeschiedenis, gering intellect en psychopathologie. Bij kinderen worden de volgende factoren als risico gezien; premature kinderen, chronisch zieke kinderen, zwakzinnige of ongewenste kinderen, tweelingen of meerlingen en kinderen met een ‘moeilijk temperament’. Op het niveau van interactionele risicofactoren wordt vooral gekeken in de gezinsfeer, namelijk grote gezinnen, éénoudergezinnen, gestoorde communicatiepatronen en een slechte kwaliteit van de huwelijksrelatie worden hier als risicofactoren gezien. Tenslotte zijn er ook psychosociale omstandigheden die een mogelijk risico kunnen vormen, zoals een lage sociaaleconomische status, financiële zorgen en sociale isolering of een geringe sociale steun (Higgings & McCabe, 2000).

Kindermishandeling

Uniformiteit in definities is bij een complex fenomeen als kindermishandeling zeer wenselijk. Dit is de reden dat dit onderzoek de Nederlandse “Wet op Jeugdzorg” aanhoudt wat de definitie van kindermishandeling betreft. Het begrip kindermishandeling wordt in deze wet

als volgt uiteengezet: Kindermishandeling is 'elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel' (Verdurmen e.a., 2007). Bovenstaande omschrijving is vrij algemeen hetgeen niet goed bruikbaar is wanneer het definitie voor dit onderzoek betreft. Glaser (2008) tracht kindermishandeling als volgt onder te verdelen en te typeren: *Verwaarlozing (fysiek en emotioneel)* betreft het gebrek aan het voorzien worden in basisbehoeften en supervisie op emotioneel- en/of fysiek vlak. *Fysieke mishandeling* betreft niet-accidentele verwondingen die dood, verwondingen of zichtbare plekken bij kinderen laten zien, zoals blauwe plekken, schrammen of bulten. *Seksuele mishandeling* betreft het penetreren-, contact met-, blootstelling aan- of het exploiteren van seks met minderjarigen op welke manier dan ook. *Emotionele mishandeling* betreft een afwijzende en vijandige houding tegen over het kind, ernstige bedreigingen, publieke vernedering en het nadrukkelijk achtergesteld worden bij andere kinderen in het gezin.

In dit onderzoek zal er gebruik worden gemaakt van de definitie die gehanteerd wordt door de Nederlandse overheid. De definitie *kindermishandeling* wordt als overkoepelende term gehanteerd. Van daaruit zullen de verschillende typen kindermishandeling als volgt gespecificeerd worden: mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing en de combinatie van deze drie typen zoals Glaser (2008) die heeft gedefinieerd.

Ten tijde van dit onderzoek werd er nog niet gekeken naar *getuige van huishoudelijk geweld* en *getuige van geweld tussen de ouders en/of partner*, maar de laatste jaren is er toenemende aandacht hiervoor. Deze ervaringen kunnen namelijk ook schade bij het kind veroorzaken.

Kindermishandeling en de gevolgen lange termijn.

Voor een goede gezonde ontwikkeling zijn kinderen afhankelijk van een goede interactie met hun ouders. Dit is vooral belangrijk in de eerste levensjaren, daarna speelt de omgeving ook een grote(re) rol. Er ontstaat door liefdevolle zorg en aandacht van de ouders een veilige sfeer waarin het kind zich goed kan ontplooien. Deze aandacht zorgt er ook voor dat het kind zich op emotioneel, intellectueel en lichamelijk gebied kan ontwikkelen. Deze aandacht kan ontbreken bij kindermishandeling en kunnen kinderen onder grote druk te komen staan. Het vertrouwen in anderen en zichzelf wordt ondermijnd door de mishandeling

waardoor het effect van kindermishandeling enorm kan zijn (Wolzak & ten Berge, 2008).

De mate waarin een kind schade oploopt, hangt onder andere af van verschillende factoren zoals: de ernst van de mishandeling op zich, de leeftijd frequentie en duur, de wel of niet aanwezigheid van sociale steun en de persoonlijkheid van het kind (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat hoe ernstiger de mishandeling, hoe groter de gevolgen. Daarnaast vormen een jonge leeftijd en langdurige, regelmatige mishandeling, ook een groter risico op ernstigere gevolgen van kindermishandeling. Factoren die ervoor kunnen zorgen dat de (lange termijn) gevolgen verkleinen dan wel niet ontstaan zijn zogeheten beschermende factoren. Net zoals de risicofactoren kunnen de beschermende factoren op verschillende niveaus worden ingedeeld, namelijk individuele factoren (ouders, kind) en contextuele factoren (psychosociale omstandigheden). Als een ouder (individuele factoren) een harmonieuze relatie heeft, warmte en affectie kan geven, zich bewust is van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan en steun heeft van een sociaal netwerk kan dit beschermend werken. Op kindniveau zijn het hebben van zelfwaardering en zelfvertrouwen, een bovengemiddelde intelligentie, goede interpersoonlijke vaardigheden, ego-veerkracht en een makkelijk temperament beschermde factoren. Ook het besef van het kind dat het zelf kan bijdragen aan het voorkomen en oplossen van problemen werkt positief. Het is dus van belang dat een kind een goede, functionele copingsstijl heeft. Op psychosociaal niveau is het belangrijk dat er steun vanuit het gezin en leeftijdsgenoten wordt ervaren, er goede interpersoonlijke relaties zijn en dat de band met de ouders goed is (Wolzak, 2009). Deze steun is niet alleen belangrijk ten tijde van de mishandeling, maar ook op latere leeftijd.

De gevolgen van kindermishandeling zijn zeer divers, met aan de ene kant fysiek letsel en aan de andere kant problemen op psychisch gebied. Sommige gevolgen zijn direct zichtbaar (zoals fysiek letsel), maar andere gevolgen komen soms pas op volwassen leeftijd aan het licht. De ernst van de gevolgen wordt veelal afgeleid aan de mate waarin mishandelde kinderen professionele hulp nodig hebben. Mishandelde kinderen blijken oververtegenwoordigd te zijn in hulpverleningsinstelling (Noordhoek-Van der Stay, 1992).

De *lichamelijke gevolgen* van kindermishandeling kunnen zowel van korte duur zijn (blauwe plekken, breuken) als van langere duur (schade aan inwendige organen hersenbeschadiging). Bij verwaarloosde kinderen worden er ook gevolgen gezien die schadelijk zijn voor de algehele ontwikkeling, zoals groeiachterstanden en problemen in de motorische ontwikkeling. Bij seksueel misbruik kunnen er (blijvende) verwondingen aan de geslachtsorganen of anus worden gezien. De gevolgen van zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing kunnen in het ergste geval zelf leiden tot het overlijden van het kind. In

Nederland is het niet bekend hoeveel kinderen er jaarlijks overlijden aan het gevolg van zware mishandeling en/of verwaarlozing, maar een schatting naar aanleiding van een onderzoek uit 1997 van de Universiteit Utrecht in samenwerking met de Landelijke Huisartsen vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde laat zien dat het om circa 40 kinderen per jaar zou gaan. Dit is echter een schatting, omdat het een retrospectief onderzoek was waar slechts een inschatting werd gemaakt of het overlijden ten gevolge was van mishandeling en/of verwaarlozing (Hekkink, Kuyvenhoven & Voorn, 1997).

Kindermishandeling kan ook leiden tot Psychische gevolgen, zoals emotionele en/of gedragsproblemen. De manier waarop deze problemen tot uiting komen verschilt per kind. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat kindermishandeling kan leiden tot *emotionele problemen* zoals depressies en angstklachten op latere leeftijd (van der Kolk, Perry & Herman, 1991; Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996). Brown, Cohen, Johnson en Smailes (1999) geven aan dat een volwassene met een geschiedenis van kindermishandeling zelfs drie maal groter risico heeft op een depressie. Dit wordt ook gevonden door Bernet en Stein (1999) die aangeven dat emotionele en fysieke mishandeling en verwaarlozing de grootste voorspellers waren voor het doormaken van een ernstige depressie op latere leeftijd. Daarnaast kenmerken de emotionele gevolgen zich vooral door een negatief zelfbeeld, een gering gevoel van eigenwaarde en een verstoord vertrouwen in de ander (Wolzak & ten Berge, 2008). Dit kan vervolgens weer effect hebben op het opbouwen van (intieme) relaties met andere mensen op latere leeftijd. Uit onderzoek blijkt dat slachtoffers van lichamelijke kindermishandeling meer moeite hebben met het opbouwen van (intieme) relaties en het vertrouwen van een ander (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007). Als er sprake is van zeer ernstige mishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik kan dit leiden tot ernstige psychische problemen; een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), het herbeleven van schokkende gebeurtenissen, indringende herinneringen en angsten. Daarnaast is er ook de mogelijkheid tot het ontwikkelen van Dissociatieve stoornissen. Hierbij wordt gezien dat slachtoffers zich afsluiten van het bewustzijn om bepaalde gebeurtenissen en emoties niet toe te laten. Dit wordt vooral gezien bij lichamelijk of seksueel misbruik. *Gedragsproblemen* die kunnen ontstaan (op latere leeftijd) als gevolg van kindermishandeling kunnen zich uiten in agressief en antisociaal gedrag. Een mogelijke gevolg van (ernstige) kindermishandeling kan ook een verslaving zijn. Uit onderzoek van Lansford en collegae (2010) komt naar voren dat lichamelijke kindermishandeling in de eerste vijf levensjaren bij vrouwen een voorspeller is voor alcoholmisbruik op latere leeftijd. Daarnaast bestaat een vergroot risico op het ontwikkelen van zelfverwondend gedrag. Deze handelingen worden uitgevoerd om zichzelf te

straffen, slachtoffers zijn namelijk vaak geneigd om zichzelf de schuld te geven van het misbruik, of om de psychische pijn om te zetten in lichamelijke pijn. Met lichamelijke pijn kunnen sommige beter omgaan dan met psychische pijn (Wolzak & ten Berge, 2008). Hiernaast bestaan ook *psychosomatische klachten* die kunnen ontstaan ten tijde van en na misbruik en/of mishandeling. Deze klachten hebben geen medische oorzaak, maar zijn wel vaak veelvoudig aanwezig. Klachten die vaak worden gerapporteerd zijn buikpijn en hoofdpijn (Wiznitzer, 2000). Op het gebied van *academische vaardigheden en werk* worden ook gevolgen gezien, maar hierbij spelen e nog veel andere factoren een aandeel dan alleen de mishandeling. Uit onderzoek van Buckle, Lancaster, Poweel en Higgins (2005) blijkt bijvoorbeeld dat wel degelijk een verband is tussen seksuele mishandeling en de academische vaardigheden, maar dat de intelligentie en omgeving een meer bepalende rol hierin lijken te zijn.

De laatste jaren groeit de kennis over een ander soort gevolg van kinderen mishandeling op kinderen, namelijk op neurobiologisch gebied (Perry, 2002). Uit onderzoeken blijkt dat kindermishandeling effect kan hebben op de ontwikkeling van de hersenen in de eerste levensjaren. De veranderingen of onderontwikkelingen in de hersenen kunnen mogelijk leiden tot stemmingswisselingen (kleinere hersenbalk), PTSS (verkleinde hippocampus) en borderline persoonlijkheidsproblematiek (verstoring hormoonhuishouding). Vaak worden combinaties van verschillende soorten gevolgen gezien.

Het effect van kindermishandeling op de langere termijn bij mannen versus vrouwen is vaak tegenstrijdig. Silverman en collega's (1996) concluderen naar aanleiding van hun onderzoek dat vrouwen met een verleden van kindermisbruik of mishandeling meer problemen ervaren op volwassen leeftijd in vergelijking met mannen. Dit was zichtbaar op verschillende domeinen. Dijk (2001) geeft resultaten die in het verlengde liggen van Silverman en collega's, namelijk dat vrouwen meer problemen ervaren op latere leeftijd naar aanleiding van kindermishandeling. Er wordt echter niet gespecificeerd waar deze verschillen zich in zitten. Rind, Tromovitch en Bauserman (1998) concluderen daarentegen dat de verschillen tussen mannen en vrouwen minimaal zijn, als gekeken wordt naar de gevolgen van kindermishandeling en misbruik.

Klinische behandeling

Kinderen met ernstige emotionele problemen en/of met gedragsproblemen gedijen soms niet in de normale, ambulante zorgverlening. Als er sprake is van ontoereikende ambulante zorgverlening en het in gevaar lopen van de ontwikkeling van het kind, kan worden gedacht aan een residentiële behandeling.. De residentiële psychiatrische zorg voor kinderen en jeugdigen richt zich op hen die in de verschillende levensdomeinen zijn vastgelopen. Een combinatie van emotioneel-sociale problemen met biologische-lichamelijke en/of cognitieve problemen wordt dan ook vaak gezien (Verheij & van Loon, 1989). Het is vaak de ernst en comorbiditeit van de verschillende problemen die uiteindelijk leiden tot een residentiële behandeling, niet zo zeer de specifieke DSM diagnoses.

Maatschappelijk functioneren

Verschillende onderzoeken naar de lange termijn gevolgen van kindermishandeling kijken vaak naar een of meerdere effecten van de mishandeling die betrekking hebben op de persoon zelf. Bijvoorbeeld de lichamelijke gevolgen of de mogelijke psychische gevolgen. Er zijn maar weinig onderzoeken gedaan naar de combinatie van deze effecten met de maatschappij en het maatschappelijk functioneren van mensen die vroeger als kind zijn mishandeld of misbruikt. De laatste jaren wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de verschillende aspecten van het maatschappelijk functioneren, zoals in het onderzoek van Currie en Spatz Widom (2010). Zij onderzochten of er lange termijn gevolgen van kindermishandeling zijn op het gebied van economische status op volwassen leeftijd. Uit dit onderzoek komt naar voren dat kindermishandeling op latere (volwassenen) leeftijd vaak leidt tot lagere banen en salaris en meer werkloosheid. De vraag is echter wat hierbij de oorzaak en wat het gevolg is, omdat mishandeling ook weer vaker voorkomt bij ouders (gezinnen) met een laag sociaal economische status. Uit een onderzoek van Springer, Sheridan, Kuo en Carnes (2007) komt naar voren dat mishandeling op jonge leeftijd effect heeft op de mentale staat van zijn op volwassen leeftijd. Daarnaast ervaren zowel mannen als vrouwen meer lichamelijke klachten als gevolg van kindermishandeling.

Maatschappelijk functioneren heeft verschillende aspecten. Het maatschappelijk functioneren wordt beïnvloedt door sociale, werk, economisch, psychisch en lichamelijke omstandigheden. Al deze omstandigheden kunnen op hun beurt weer beïnvloedt zijn door de mishandeling en verwaarlozing. In deze thesis zal er gekeken worden naar het effect van de gevolgen van kindermishandeling en verwaarlozing op het maatschappelijk functioneren. De

psychische conditie zal met behulp van vragenlijsten, DSM-IV diagnoses en GGZ informatie worden bekeken. De economische status met behulp van informatie over het wel of niet hebben van een baan/opleiding en tenslotte zal het algemeen gebied worden bekeken met behulp van de Global Assessment of Functioning score (GAF). De GAF-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100.

Vraagstelling en hypothesen

In dit onderzoek wordt gekeken wat het effect van een klinische opname bij kindermishandeling is op het later maatschappelijk functioneren. Als eerste wordt gekeken of er een verschil is tussen de klinische populatie en de Algemene Nederlandse Bevolking in het voorkomen van kindermishandeling. Vervolgens zal er worden gekeken of er bij van kindermishandeling in de klinische populatie meer psychische problemen voorkomen als deze worden vergeleken met slachtoffers uit de Algemene Nederlandse Bevolking. Daarnaast zal er worden gekeken of slachtoffers van kindermishandeling in de klinische populatie meer psychopathologie hebben in vergelijking met de slachtoffers van kindermishandeling in de Algemene Nederlandse Bevolking (vanaf hier ANB genoemd).

Ten slotte wordt er gekeken of kindermishandeling bij vrouwen in de klinische populatie een negatiever effect heeft op het later maatschappelijk functioneren in vergelijking met mannen uit beide populaties.

Vanuit de literatuur zijn de volgende verwachtingen, ofwel hypothesen, geformuleerd.

- Er wordt in de klinische populatie komen meer slachtoffers van kindermishandeling voor dan in de Algemene Nederlandse Bevolking
- Slachtoffers van kindermishandeling in de klinische populatie rapporteren meer psychische klachten in vergelijking met de slachtoffers van kindermishandeling in de Algemene Nederlandse Bevolking.
- Slachtoffers van kindermishandeling uit de klinische populatie rapporteren meer psychopathologie dan de Algemene Nederlandse Bevolking.
- Mannelijke en vrouwelijke slachtoffers uit de klinische populatie hebben een negatievere uitkomst in vergelijking met de mannelijke en vrouwelijke slachtoffers uit de ANB.

Methode

Dit onderzoek zal gebruik maken van onderzoeksgegevens die reeds bekend zijn. Dit

wordt een secundair analyseonderzoek genoemd (Baarda & de Goede, 2001). De gegevens komen uit een follow-up studie van oud-patiënten die als kind langdurig (semi-)residentieel behandeld werden in de kinderpsychiatrische kliniek van het Erasmus MC- Sophia (Wielemaker, 2009) en een ANB (Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2000.) De opnamereden voor de kinderen uit de kinderpsychiatrische kliniek was het vastlopen in meerdere levensgebieden door kinderpsychiatrische problemen.

Oud-patiënten

Data van de oud-patiënten komen uit een follow-up studie van de kinderpsychiatrische kliniek van het Erasmus MC- Sophia (Wielemaker, 2009). Van de 179 kinderen die tussen januari 1979 en december 1999 behandeld werden, zijn er 130 in het onderzoek geïncludeerd. Deze kinderen voldeden aan de inclusiecriteria dat zij minimaal een jaar waren behandeld en een minimale leeftijd van 18 jaar hadden tijdens de follow-up meting. Van deze 130 personen participeerden uiteindelijk 96 mensen aan het onderzoek, de andere 34 personen deden om verschillende redenen niet mee (overlijden, verhuizing of weigering). De groep participanten bestond uit 51 mannen en 45 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 26.5 jaar (standaarddeviatie 5.6). Verdere demografische variabelen worden genoemd in tabel 1.

Elke oud-patiënt werd een brief verstuurd met uitleg van het onderzoek en waarin werd gegarandeerd dat de informatie die tijdens deelname werd verzameld, anoniem zou worden behandeld. De oud-patiënten die hadden bevestigd deel te willen nemen aan het onderzoek werden telefonisch benaderd om een afspraak te maken. De interviews vonden plaats tussen januari en augustus 2006. Tijdens deze afspraak werden meerdere vragenlijsten ingevuld en interviews afgenomen. Ook werd er gevraagd of er belangrijke anderen in het leven van de oud-patiënt vragenlijsten wilden invullen. Aan het eind van de afspraak ontving de oud-patiënt een tegoedbon. De interviewers, psychologen van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC-Sophia, waren voorafgaand aan het interview niet op de hoogte van de psychische diagnose of achtergrond van de oud-patiënt. De gehele procedure was goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie van het Erasmus MC.

Algemene Nederlandse Bevolkinggroep (ANB)

Data van het bevolkingsonderzoek (Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2000) komen uit een lopend longitudinaal cohort-onderzoek van de Nederlandse bevolking. Het originele onderzoek startte in 1983 bij 2600 kinderen tussen de vier en zestien jaar oud die willekeurig

werden geselecteerd uit verschillende gemeenteregisters uit de provincie Zuid-Holland. Een willekeurige steekproef werd getrokken van 100 kinderen per leeftijdscategorie en per geslacht met de Nederlandse nationaliteit. Het responspercentage bij de eerste meting van 85% (Verhulst, Akkerhuis & Althaus, 1985). Dezelfde kinderen werden vervolgens om de twee jaar tot 1991 geïnterviewd en voor de zesde keer in 1997. In dit onderzoek worden de gegevens van de zesde meting in 1997 gebruikt. Aan deze meting deden 1615 respondenten mee en was het responspercentage 78%. Voor een uitgebreidere beschrijving van het onderzoek wordt verwezen naar de dissertatie van Hofstra (2000).

De demografische variabelen van de ANB worden eveneens genoemd in tabel 1.

Tabel 1

Demografische variabelen van de klinische groep en algemene Nederlandse Bevolking

Variabelen	Klinische groep		Algemene Nederlandse Bevolking		
		N		N	
Geslacht	Man	51	53.1%	751	46.5%
	Vrouw	45	46.9%	864	53.5%
SES	Laag	64	66.7%	643	39.8%
	Middelbaar	19	19.8%	602	37.3%
	Hoog	8	8.3%	218	13.5%
	Geen werk	5	5.2%	151	9.3%
Gemiddelde leeftijd		27.86	SD=5.595	24.53	SD=3.709

Missing values

Er is een missing value analysis toegepast om de betrouwbaarheid van de gegevens te vergroten wanneer er tien procent of meer van de gegevens ontbreekt. Uit deze analyse blijkt dat van 36 personen van de totaal 1710 (2.23%) respondenten de Global Assessment of Functioning (GAF) score onbekend was. Dit is zo'n klein percentage dat het geen effect zal hebben op de betrouwbaarheid van de gegevens.

Beschrijving meetinstrumenten

Kindermishandeling

Kindermishandeling werd bij zowel de klinische groep als de ANB gemeten aan de hand van de Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein & Fink, 1998). De CTQ is een retrospectieve vragenlijst die de terugblik op kindermishandeling meet. De CTQ is een zelfrapportage die bestaat uit 28 items die mogelijke kindermishandeling op vijf schalen in kaart brengt. De domeinen zijn Fysieke mishandeling (afkappunt bedraagt 11 punten, scores hierboven worden als afwijkend beschouwd), Seksuele mishandeling (afkappunt 7), Emotionele mishandeling (afkappunt 10), Fysieke verwaarlozing (afkappunt 12) en tenslotte emotionele verwaarlozing (afkappunt 28).

De CTQ bevat vragen als “Toen ik opgroeide, scholden personen in ons gezin mij uit en zeiden bijvoorbeeld dat ik ‘stom, lui of lelijk’ was” en “Tijdens mij jeugd geloof ik lichamelijk te zijn mishandeld”. De items worden op een 5-puntsschaal gescoord die loopt van nooit waar tot 5=zeer vaak waar.

De validiteit van de CTQ wordt beoordeeld met een test-hertest van 0.88 en een interne consistentie van 0.80-0.97 (Bernstein en collegae, 2003). De begripsvaliditeit is eveneens door Bernstein en collegae (2003) onderzocht en werd als acceptabel beoordeeld.

Alle respondenten hebben de CTQ ingevuld en de verdeling van de verschillende domeinen is te zien in tabel 2. Respondenten konden in meerdere schalen worden ingedeeld.

Tabel 2

Afwijkende scores op de schalen van de Child Trauma Questionnaire van de klinische groep en algemene bevolking

Schalen	Klinische groep		Algemene Nederlandse Bevolking	
	N		N	
Fysieke mishandeling	18	18.8%	56	3.5%
Seksuele mishandeling	16	16.7%	89	5.5%
Emotionele mishandeling	29	30.2%	146	9.0%
Fysieke verwaarlozing	34	35.4%	117	7.2%
Emotionele verwaarlozing	27	28.1%	163	10.1%

Psychische klachten

Of er sprake is van psychische klachten bij de respondenten wordt beoordeeld aan de hand van de klinische score op de ASR en de ABCL. Een klinische score wordt bepaald aan de hand van bepaalde afkappunten. In dit onderzoek wordt een score boven het 90^{ste} percentiel gedefinieerd als klinisch afwijkend.

De ABCL (Achenbach & Rescorla, 2003) is een vragenlijst voor volwassenen van achttien tot negenenvijftig jaar over de emotionele problemen en /of de gedragsproblemen in de voorafgaande zes maanden. De ABCL wordt ingevuld door een belangrijke ander, zoals de ouder of partner van de respondent. De 118 items (plus elf sociaal wenselijke items) worden op een 3-puntsschaal beantwoord (0=niet, 1=soms of een beetje, 2=vaak of duidelijk).

De ASR (Achenbach & Rescorla, 2003) is een eenzelfde gedragsvragenlijst als de ABCL en wordt ingevuld door de respondent zelf. Deze zelfrapportage bestaat uit 120 items en elf sociaal wenselijke items. Het probleem gedrag wordt zowel bij de ABCL als de ASR gescoord op acht syndroomschalen en twee overkoepelende schalen.

Bij beide vragenlijsten is een goede betrouwbaarheid en validiteit aangetoond en momenteel wordt nog gewerkt aan het ijken van de normen voor de Nederlandse bevolking (Achenbach & Rescorla, 2003).

Psychopathologie

Het hebben van psychopathologie wordt beoordeeld aan de hand van de DSM-IV-TR criteria (APA, 1994). Als een respondent het afgelopen jaar een DSM diagnose heeft gekregen, of had, wordt dit gerapporteerd middels het psychiatrisch interview. Deze bestaat uit de Composite International Diagnostic Interview en de Diagnostic Interview Schedule (CIDI-DIS). Voor beide is er een goede interne- en test-retest betrouwbaarheid en een goede validiteit (Kessler, Andrews, Mroczek & Ustun, 1998; Andrews & Peters, 2001)

Maatschappelijk functioneren

Maatschappelijk functioneren werd gemeten met het Levensgebeurtenissen Interview ontwikkeld door Wielemaker (2009). Dit interview is gebaseerd op de 'Event History Calendar' (Belli, Shay & Stafford, 2001) en op het 'Life Chart Interview' (Lyketsos en collegae, 1994). De betrouwbaarheid en validiteit van deze testen zijn voldoende tot goed (Caspi en collegae, 1996; Belli en collegae, 2001). In het levensloopinterview werd op gestandaardiseerde wijze vragen gesteld over gebeurtenissen, situaties of ervaringen na de

behandelingsperiode in de kinderpsychiatrische kliniek. De uitkomsten werden ondergebracht in verschillende uitkomstvariabelen.

Gunstig en ongunstige uitkomstmaten

De uitkomstvariabelen die in dit onderzoek worden gebruikt om te kijken naar het wel of niet gunstig maatschappelijk functioneren zijn als volgt; het hebben van een verslaving, ontslag of schoolverwijdering door gedrag, een suïcidepoging in het afgelopen jaar, een verwijzing naar het GGZ in het afgelopen jaar, detentie in het afgelopen jaar en het hebben van een DSM diagnose in het afgelopen jaar. Daarnaast wordt binnen de uitkomstmaten ook nog gekeken of een klinische score wordt behaald op de Adult Self Report (ASR) en/of de Adult Behavioural Checklist (ABCL) en naar de GAFscore van de respondenten..

Data verwerking en data-analyse

Ten eerste zal er aan de hand van een χ^2 test worden gekeken of er een verschil is in het rapporteren van kindermishandeling in de klinische groep en de algemene Nederlandse Bevolking. Dit zal worden gedaan met behulp van chikwadraat toetsen en odd's ratio's .

Vervolgens zal worden gekeken of een verklaring ligt voor het mogelijk slechter maatschappelijk functioneren in de aanwezigheid van meer psychische klachten bij de slachtoffers van kindermishandeling uit de klinische groep in vergelijking met de slachtoffers uit de ANB. Daarna zal worden gekeken aan de hand van DSM-IV-TR criteria (APA, 1994) of slachtoffers van kindermishandeling binnen de klinische groep meer psychopathologie hebben in vergelijking met de slachtoffers van de ANB.

Tenslotte wordt de hypothese dat kindermishandeling bij vrouwen uit beide groepen een negatiever effect heeft op het maatschappelijk functioneren op latere leeftijd dan bij mannen onderzocht.

Resultaten

Verschillen tussen de twee onderzoeksgroepen

Een significant verschil bestaat tussen de ANB en de klinische groep als gekeken wordt naar de leeftijd ($t = -8.107$, $df = 1706$, $p = 0.000$). Gemiddeld genomen is de klinische groep (gemiddelde leeftijd 27.86, spreiding 5.595) drie jaar ouder dan de ANB (gemiddelde leeftijd 24.53, spreiding 3.79).

Kindermishandeling

In de ANB rapporteerde 20.1% (325 participanten) het meemaken van kindermishandeling. In de klinische groep is dit 46.9% (45 participanten). Dit is een significant verschil ($OR = 3.502$, $df = 1$, $P = 0.00$), wat inhoudt dat er in de klinische groep significant door meer individuen kindermishandeling wordt gerapporteerd in vergelijking met de ANB. Als wordt gekeken naar de verdeling van geslacht blijkt dat binnen de ANB geen significant verschil wordt gevonden tussen het meemaken van kindermishandeling bij vrouwen en mannen ($OR = 1.246$, $df = 1$, $p = 0.079$). Dit geldt ook voor de klinische populatie, hier wordt ook geen significant verschil in het meemaken van kindermishandeling op grond van sekse gevonden ($OR = 1.633$, $df = 1$, $p = 0.234$). Als er wordt gekeken naar de verschillende soorten mishandeling worden er verschillen gezien tussen de ANB en de klinische groep. In de klinische populatie zijn significant meer individuen die slachtoffer zijn van emotionele mishandeling in vergelijking met de ANB ($OR = 1.463$, $df = 1$, $p = 0.009$). Daarnaast geven ook meer individuen in de klinische populatie aan slachtoffer te zijn van fysieke mishandeling dan slachtoffers uit de ANB ($OR = 2.374$, $df = 1$, $p = 0.000$). Tenslotte wordt er ook meer fysieke verwaarlozing gerapporteerd in de klinische populatie dan in de ANB ($OR = 2.075$, $df = 1$, $p = 0.00$) (zie tabel 3).

Tabel 3.

Kindermishandeling

	OR	95%
Schalen		
Fysieke mishandeling	2.374*K	1.548-3.641
Seksuele mishandeling	1.298	0.843-1.999
Emotionele mishandeling	1.463*K	1.146-1.867
Fysieke verwaarlozing	2.075*K	1.665-2.585
Emotionele verwaarlozing	1.066	0.824-1.378

* $P < 0.05$; OR = odds ratio's; 95% = 95% betrouwbaarheidsinterval
 K = Klinische populatie > Algemeen Nederlandse Bevolking

Kindermishandeling en psychische klachten

De aanwezigheid van psychische klachten werd gemeten aan de hand van de score op de ABCL en de ASR. Als deze score op of boven de cutoff score viel van een klinische categorie werd gesproken van psychische klachten. Als eerst naar de scores op de ABCL wordt gekeken, wordt een significant verschil gezien tussen de slachtoffers van kindermishandeling in de klinische populatie en de slachtoffers van kindermishandeling in de ANB ($\text{CHI}^2 = 42.804$, $df = 1$, $p = 0.000$). In de klinische populatie komen scores binnen het klinische gebied vaker voor wat betekent dat er meer probleemgedrag op verschillende domeinen wordt gezien in de klinische populatie.

Dit geldt ook als gekeken wordt naar de scores op de ASR. Opnieuw is een significant verschil tussen de ANB en de klinische populatie ($\text{CHI}^2 = 30.299$, $df = 1$, $p = 0.000$). Ook hier komen scores in het klinische gebied meer voor bij de slachtoffers uit de klinische populatie in vergelijking met de slachtoffers uit de ANB.

Kindermishandeling en psychopathologie

Aan de hand van DSM-IV-TR criteria (APA, 1994) werd bij zowel de ANB als de klinische populatie vastgesteld of sprake was van psychopathologie in het afgelopen jaar. Uit de CHI^2 test komt naar voren dat er een significant verschil is tussen het voorkomen van een DSM stoornis in de ANB en de klinische populatie ($\text{CHI}^2 = 18.004$, $df = 1$, $p = 0.000$). Bij

slachtoffers van kindermishandeling uit de klinische populatie komt meer psychopathologie voor, zoals gemeten met de CIDI-DIS in vergelijking met de slachtoffers van kindermishandeling in de ANB.

Als vervolgens wordt gekeken naar het voorkomen van de verschillende categorieën, te weten stemmingsstoornissen, angststoornissen en psychotische stoornissen wordt geen significant verschil gevonden. Er is wel een significant verschil tussen de groepen bij antisociaal gedrag, dit komt meer voor bij slachtoffers uit de klinische groep (zie tabel 4) dan uit de ANB.

Tabel 4.

Kindermishandeling en psychopathologie (afgelopen jaar)

	OR	95%
Uitkomstvariabele		
Angststoornis	1.174	0.456-3.022
Depressie	2.246	0.863-5.844
Psychose	4.552	0.557-37.205
Antisociaal gedrag	6.015*K	2.552-14.177

* $P < 0.05$; OR = odds ratio's; 95% = 95% betrouwbaarheidsinterval; K = Klinische populatie > Algemeen Nederlandse Bevolking

Risico van het effect van kindermishandeling op maatschappelijk functioneren

Wanneer wordt gekeken naar het effect van kindermishandeling op het maatschappelijk functioneren van mannen versus vrouwen, worden verschillende significante verschillen gevonden. De verschillen zijn bekeken aan de hand van verschillende uitkomstvariabelen die zijn opgenomen in het Levensgebeurtenissen Interview (Wielemaker, 2009). Als eerst wordt gekeken naar het effect van kindermishandeling bij de mannen in de beide populaties. Als alle verschillende uitkomstvariabelen bij elkaar worden genomen, wordt er gezien dat over het algemeen kindermishandeling meer effect heeft op de mannen in de klinische groep dan op de mannen in de ANB (OR=1.305, $df=1$, $p=0.00$). Als er vervolgens naar de uitkomstvariabelen wordt gekeken, wordt gezien dat op bijna alle variabelen kwantitatief gezien er significant meer mannen uit de klinische populatie de verschillende mogelijke problemen ervaren in vergelijking met de mannen uit de ANB. Significant meer

mannen uit de klinische populatie rapporteren een alcohol/drugsverslaving te hebben in vergelijking met de mannen uit de ANB (OR=4.349, $df=1$, $p=0.00$). Dit significant verschil in voordeel van de ANB is ook te zien op de volgende variabelen; ‘ontslag werk/school door gedrag’, ‘verwijzing naar het GGZ’, ‘Detentie’, ‘DSM stoornis’, ‘klinische score op de ABCL’ en ‘een GAF-score onder de 50 (zie tabel 5). De mannen uit de ANB lijken over het algemeen minder problemen te ervaren dan de mannen in de klinische populatie. Het aantal personen met een suïcidepoging was bij de mannen niet hoog genoeg om hier een odds ratio voor te berekenen.

Als vervolgens naar vrouwen in de beide populaties wordt gekeken, worden er minder grote verschillen gezien. Als alle verschillende uitkomstvariabelen bij elkaar worden genomen, wordt er gezien dat er hierop geen significant verschil is tussen de vrouwen uit de ANB en de klinische populatie. Er wordt echter wel een verschil gezien op de uitkomstvariabele ‘alcohol/drugsverslaving’. Significant meer vrouwen uit de klinische populatie geven aan een alcohol of drugsverslaving te hebben (OR= 4.352, $df=1$, $p=0.003$). Daarnaast zijn meer vrouwen uit de klinische populatie met een klinische score op de ABCL (OR=1.808, $df=1$, $p=0.048$) en met een GAF-score onder de 50 (OR=4.005, $df=1$, $p=0.05$) (zie tabel 5). Het aantal personen in detentie was bij de vrouwen niet hoog genoeg om hier een odds ratio voor te berekenen.

Tabel 5.

Samenhang tussen kindermishandeling en het effect op maatschappelijk functioneren bij mannen en vrouwen op uitkomstvariabelen (van het afgelopen jaar)

Uitkomstvariabele	Mannen		Vrouwen	
	OR	95%	OR	95%
Alcohol/drugsverslaving	4.349*K	2.018-9.372	4.352*K	1.589-11.916
Ontslag school/werk door gedrag	1.794*K	1.106-12.911	1.306	0.560-3.043
Suïcide poging	#	#	1.119	0.144-8.708
Verwijzing GGZ	5.437*K	2.693-10.974	1.607	0.855-3.020
Detentie	26.095*K	3.062-222.379	#	#
DSM stoornis`	1.085*K	1.123-2.903	1.084	0.623-1.885

Klinische ASR score	1.339	0.979-1.832	1.362	0.876-2.119
Klinische ABCL score	1.869*K	1.116-3.130	1.808*K	1.078-3.031
GAF-score < 50	13.810*K	4.773-39.351	4.005*K	1.464-10.956
<i>Overall uitkomst</i>	<i>1.305*K</i>	<i>1.190-1.431</i>	<i>4.352</i>	<i>1.589-11.916</i>

* $P < 0.05$; OR = odds ratio's; 95% = 95% betrouwbaarheidsinterval;

K = Klinische populatie > Algemeen Nederlandse Bevolking # = geen informatie beschikbaar

Discussie en conclusie

In deze scriptie is gekeken naar de relatie tussen kindermishandeling en het maatschappelijk functioneren op latere leeftijd. Om dit te bekijken is er gekeken naar het verschil tussen een klinische populatie en de Algemeen Nederlandse Bevolking op verschillende gebieden. Er is gekeken naar de aanwezigheid van psychische klachten gemeten met vragenlijsten, psychopathologie gemeten met een psychiatrisch interview en het algemeen maatschappelijk en/of psychisch functioneren. Daarnaast is ook gekeken of een verschil bestaat tussen vrouwen en mannen binnen de populaties op het gebied van bepaalde uitkomstvariabelen. Deze uitkomstvariabelen hangen weer samen met het maatschappelijk functioneren van mensen op een volwassen leeftijd.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er in de klinische populatie meer kindermishandeling voorkomt dan in de ANB. In de klinische populatie is namelijk bij ruim zesenvertig procent van de patiënten sprake van kindermishandeling, waar dit in de algemene Nederlandse Bevolking maar om twintig procent van de populatie gaat. Binnen de beide populaties wordt geen verschil gevonden tussen het meemaken van kindermishandeling op grond van sekse. In de literatuur wordt hier verschillend over gesproken. De resultaten van Angenent (2000) wat betreft verschil in sekse bij het meemaken van kindermishandeling komen overeen met de resultaten van dit onderzoek dat het even vaak bij mannen en vrouwen voorkomt. Echter, resultaten van andere onderzoeken (Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996; Dijk, 2001) tonen aan dat er verschillen zijn in sekse wat betreft het meemaken van kindermishandeling. Zij geven aan dat er sekseverschillen zijn op basis van de verschillende soorten kindermishandeling (lichamelijk, geestelijk, verwaarlozing en seksueel). Het Nederlands Jeugd Instituut (NJI), waar vanuit grote Nederlandse onderzoeken naar

kindermishandeling gaan, rapporteert bij kindermishandeling alleen het aantal mishandelde kinderen en kijkt verder niet naar het verschil tussen sekse (NJI, 2005).

Daarnaast is er gekeken naar de soorten kindermishandeling onder de beide populaties. Uit dit onderzoek komt naar voren dat in de klinische populatie meer mensen zijn die slachtoffer zijn van emotionele en fysieke mishandeling in vergelijking met de klinische populatie.

Vervolgens is er gekeken of de slachtoffers van kindermishandeling in de klinische populatie meer psychische klachten rapporteren in klinische mate dan de slachtoffers uit de algemene Nederlandse Bevolking. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de slachtoffers uit de klinische populatie meer psychische klachten ervaren dan de slachtoffers uit de ANB. Dit was zowel op de Adult Self Report (ASR) als op de Adult Behaviour Checklist (ABCL) naar voren. Het feit dat ook de uit de ABCL naar voren komt dat de klachten in klinische mate worden gerapporteerd is relevant, omdat uit onderzoek is gebleken dat zelfrapportage (ASR) minder betrouwbaar is dan rapportage door een derde (ABCL) (More & McCabe, 2008).

Tevens is gekeken of slachtoffers van kindermishandeling in de klinisch populatie meer psychopathologie rapporteerden dan de Algemene Nederlandse Bevolking. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat over het algemeen meer psychopathologie gerapporteerd wordt in de klinische populatie. Als er wordt gekeken naar de verschillende onderzochte psychische stoornissen wordt er slechts op een punt een significant verschil gevonden, namelijk op het punt van anti-sociaal gedrag. Dit komt namelijk in de klinische populatie meer voor dan in de algemeen Nederlandse bevolking. Het ontwikkelen van stemmingsstoornissen, depressies en psychoses is in de beide populaties gelijk, hier is geen significant verschil in gevonden. Uit onderzoek van Thomsen (1990) komt naar voren dat mensen die een klinische behandeling hebben gehad over het algemeen meer geestelijke stoornissen en gedragsproblemen behouden of verder ontwikkelen in vergelijking met mensen die niet klinische behandeld zijn. Ook McDermott, McKelvey, Roberts en Davies (2002) geven aan dat residentieel behandelde kinderen meer psychopathologie blijken te hebben ten tijde van de klinische behandeling dan kinderen die in andere settings worden

Tenslotte is gekeken naar het effect van kindermishandeling op het later maatschappelijk functioneren. Eerst is gekeken of een verschil was tussen de mannen uit beide populaties en vervolgens of er verschil was tussen de vrouwen in de populaties. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de mannen uit de klinische populatie over het algemeen een slechtere uitkomst hebben met betrekking op het maatschappelijk functioneren, gemeten met

de uitkomstvariabelen. Daarnaast wordt een significant slechtere uitkomst gezien op de variabelen ‘alcohol/drugsverslaving’, ‘ontslag door gedrag werk/school’, ‘verwijzing naar het GGZ’, ‘detentie’, ‘DSM-diagnose’, ‘klinische score op de ABCL’ en ‘een GAF-score < 50’. Deze resultaten zijn in lijn met de resultaten van Healy en Fitzgerald (2000). Uit hun follow-up onderzoek kwam naar voren dat de klinische behandelde populatie een slechtere uitkomst heeft in vergelijking met een algemene populatie. Een slechtere uitkomst werd gedefinieerd als overlijden, detentie, psychiatrische stoornis of werkloosheid. Harder, Knorth en Zandberg (2006) concludeerde in hun onderzoek dat residentiële zorg over het algemeen leidt tot een positieve behandelingsuitkomst. Dat wordt eveneens tegengesproken door de resultaten bij de vrouwen uit de beide populaties. Hier wordt gezien dat er geen significant verschil is tussen de beide groepen met het maatschappelijk functioneren in het algemeen. Er worden wel significante verschillen gezien op een paar uitkomstvariabelen. Op de variabelen ‘drugs/alcoholverslaving’, ‘klinische score op de ABCL’ en ‘een GAF-score < 50’ wordt er een significant verschil gezien in het nadeel van de algemene Nederlandse Bevolking.

Concluderend kan worden gezegd dat er een verband is tussen kindermishandeling en het later maatschappelijk functioneren in de twee populaties. De slachtoffers van kindermishandeling die een klinische behandeling hebben gehad, functioneren over het algemeen (mannen en vrouwen) op maatschappelijk gebied slechter in vergelijking met de slachtoffers van de algemene Nederlandse Bevolking. Daarnaast worden er in de klinische populatie significant meer psychische problemen en pathologie gerapporteerd. Het feit dat er psychische problemen en pathologie wordt gerapporteerd is in overeenstemming met de literatuur (Fang & Corso, 2007). Uit dit onderzoek komt naar voren dat het verband tussen een klinische populatie en het maatschappelijk functioneren op latere leeftijd negatief gekleurd is als dit vergeleken wordt met de algemene Nederlandse Bevolking.

Beperkingen van dit onderzoek zijn dat de informatie over kindermishandeling van de beide groepen grotendeels gebaseerd is op zelfrapportage op de volwassen leeftijd. Retrospectieve vragenlijsten baseren zich op herinneringen en de accuratesse van deze herinneringen zijn vaak discutabel. Defensiemechanismen van de hersenen tegen pijnlijke herinneringen zoals kindermishandeling maken de betrouwbaarheid van de herinneringen aan de gebeurtenis minder groot (Paivio, 2001). Daarnaast is het mogelijk dat er sprake was van een aantal vals-negatieve resultaten in de retrospectieve onderzoeken. Dit resulteert eveneens in een afname van de betrouwbaarheid van de vragenlijsten.

Een andere beperking is de relatief kleine klinische groep, wat belemmert om bepaalde

uitspraken te doen. Daarnaast was het nog een beperking dat er in het onderzoek geen rekening is gehouden met het effect van de sociaal economische status van de slachtoffers. Uit onderzoek blijkt namelijk dat er een verband is tussen een sociale economische status en het maatschappelijk functioneren (Verhulst, Donker & Hofstra, 2001; Gunning & Verhulst, 2004).

Mogelijke implicaties voor de praktijk zijn dat het belangrijk is om bij de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen aandacht te besteden aan de mogelijke aanwezigheid van een geschiedenis van kindermishandeling. Dit omdat er uit dit onderzoek blijkt dat er een verband is tussen bepaalde gedragsstoornissen en psychiatrische stoornissen en kindermishandeling. Een behandeling zou dan mogelijk aangepast kunnen worden op de mishandeling die een persoon heeft meegemaakt op jongere leeftijd. Hierdoor kan de kans op het ontwikkelen van (psychische) problemen mogelijk worden verkleind.

Een aanbeveling voor mogelijk vervolgonderzoek is het gebruik maken van grotere klinische groep. Daarnaast zou het aan te raden zijn om een meer recente algemene Nederlandse Bevolkingsgroep te gebruiken, zodat ook andere soorten van mishandeling kunnen worden meegenomen. Tot slot zou het voor vervolg onderzoek interessant zijn om te kijken naar de rol van de sociaal economische status van zowel de slachtoffers als hun ouders. Er kan dan onderzocht worden of hier een verband en een mogelijke verklaring van het (slechter) maatschappelijk functioneren in schuilt.

Literatuurlijst

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for ASEBA adult forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, youth & families.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., & Peters, L. (2001). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 33(2), 80-88.
- Angenent, H. (2000). *Opvoeding en persoonlijkheidsontwikkeling*. Baarn: HB uitgevers
- Baarda, D. B., & Goede, M. P.M. de (2001). *Basisboek methoden en technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Stenfert Kroese; Groningen.
- Belli, R.FI, Shay, W.L., & Stafford, F.P. (2001). Event history calendars and question list surveys: a direct comparison of interviewing methods. *Public Opinion Quarterly*, 65, 45-74.
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., STokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect; Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 38:1490-1495.
- Buckle, S.K., Lancaster, S., Powell, M.B., & Higgins, D.J. (2005). The relationship between child sexual abuse and academic achievement in a sample of adolescent psychiatric inpatients. *Child abuse & neglect*, 29, 1031-1047.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Thornton, A., Freedman, D., AMell, J.W., Harrington, H., Smeijers, J., & Silva, P.A. (1996). The life history calendar: A research and clinical assessment method for collecting retrospective event history data. *International journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 101-114.

- Dijk, T. (2001). *Huiselijk geweld: aard, omvang en hulpverlening*. Onderzoek in opdracht van de dienst preventie, Jeugdbescherming en Reclassering van het ministerie van Justitie. Den Haag: ministerie van Justitie.
- Fang, X., & Corso, P.S. (2007). Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*, 33, 281-290.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- Glaser, D. (2008). Child maltreatment. *Journal of psychiatry*, 7, 295-298.
- Gunning, W.B., Verhulst F.C. (2004). *Aandachts- en gedragsstoornissen*. In: Vandereycken W., Hoogduin C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red.). *Handboek psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu/Van Loghum, 2004.
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP
- Hofstra, M.B. (2000). *Psychopathology from childhood into adulthood: follow-up of an epidemiological sample*. Dissertatie Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850-858.
- Horwitz, A.V., Widom, C.S., McLaughlin, J., & White, H.R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of health and social behavior*, 42, 184-201.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., & Wittchen, H. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *International journal of methods in psychiatric research*, 7(4), 171-185
- Knorth, E.J., Knijff, H.K., & Roggen, T. (2008). De ontwikkeling van adolescenten na intensieve jeugdzorg, wat niet weet wat niet leert. In: E.J. Knorth, H. Nakken, C.E. Oenema-Mostert, A.J.J.M. Ruijsseanars & J. Strijker (red.), *de ontwikkeling van kinderen met problemen: gewoon anders* (pp. 125-136). Apeldoorn: Garant.
- Nederlands Jeugd Instituut, 2005. *Cijfers kindermishandeling*. Verkregen op 17 april 2011, op <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/06/188.html>
- Paivio, S. C., (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 25.1053-1068.

- Silverman, A.B., Reinherz, H.Z., & Giaconia, R.M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20, 709-723.
- Springer, W.K., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child abuse & Neglect*, 21, 517-530.
- Lyketsos, C.G., Nestadt, F., Cwi, J., Heithoff, K., & Eaton, W.W. (1994). The life chart interview: A standardized method to describe the course of psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4, 143-155.
- Verheij, F. (1996). Mogelijkheden van kinder- en jeugdpsychiatrische (dag)klinische behandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 28, 216-227.
- Verheij, F., & van Loon (1989). *Intensieve residentiële behandeling van kinderen; een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W., & Althaus, M. (1985). Mental health in Dutch children: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 323, 72, 1-108.
- Verhulst, F.C., Donker, A.G., Hofstra, M.B. (2001). *De ontwikkeling van antisociaal gedrag*. In: Loeber, R.N., Slot, W., Sergeant, J.A. (red.). Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wielemaker, J. F. (2009). *Langdurig klinisch behandeld in de kinder- en jeugdpsychiatrie; een follow-up onderzoek na 5 tot 25 jaar*. Dissertatie Erasmus Universiteit, Rotterdam.