

## Beschouwing

# Het psychologisch, neurobiologisch en seksueel functioneren van adolescente slachtoffers van een eerste verkrachting

Iva Bicanic<sup>1</sup>, Ad de Jongh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht

<sup>2</sup>Academisch Centrum Tandheelkunde van de UvA en VUmc, Amsterdam. Psychotrauma Expertise Centrum (Psytrex), Bilthoven

### Samenvatting

Dit artikel biedt een overzicht van een aantal reeds gepubliceerde deelstudies over het psychologisch, neurobiologisch en seksueel functioneren van slachtoffers van een eerste verkrachting. Deze groep bestond uit 323 vrouwelijke verkrachtingslachtoffers in de leeftijd van 12 tot 25 jaar, die tussen 2005 en 2011 psychische hulp zochten bij het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Van hen had 79,6% een verkrachting meegemaakt en 20,4% een poging daartoe. Slachtoffers van chronisch seksueel misbruik werden uitgesloten van deelname. De resultaten van de verschillende deelstudies laten zien dat hulpzoekende adolescente slachtoffers van een eerste verkrachting een behoorlijke psychische lijdensdruk ervaren. Daarnaast was er bij de slachtoffers met een posttraumatische-stressstoornis, in vergelijking tot leeftijdsgenoten die rapporteerden niet getraumatiseerd te zijn, sprake van lagere waarden van de stresshormonen cortisol en dehydro-epiandrosteron-sulfaat (DHEAS) in het speeksel, hetgeen een disregulatie van het biologische stresssysteem suggereert. Bovendien bleek deze groep ruim drie jaar na afronding van een *evidence based* traumabehandeling in het algemeen nog steeds significant slechter te functioneren op seksueel gebied dan hun niet-getraumatiseerde leeftijdsgenoten.

De resultaten geven aanleiding tot de veronderstelling dat het meemaken van een eerste verkrachting een grote impact heeft, wat zich uit in klachten op verschillende levensgebieden. De auteurs betogen, op grond van ander onderzoek, dat door adequate hulp direct na het meemaken van een verkrachting, zoals wordt aangeboden in het multidisciplinaire Centrum Seksueel Geweld, een groot deel van de negatieve gevolgen van een dergelijke ervaring kan worden voorkomen en dat dit de kans op herhaling van seksueel geweld ('revictimisering') verkleint.

Een fors deel van de Nederlandse jeugd en jongvolwassenen – 20% van de meisjes en 5% van de jongens – geeft aan weleens tegen hun zin oraal of anaal seksueel contact of geslachtsgemeenschap te hebben gehad (Dukers-Muijers, Sommers, De Graaf, Meijer, & Hoebe, 2015). Bij toepassing van een ruimere definitie van seksueel geweld – waarin, naast verkrachting, ook seksueel contact zonder penetratie is opgenomen, maar ook *hands-off* activiteiten zoals het moeten kijken naar pornografie of het via de webcam gedwongen worden tot ontkleding of zelfbevrediging –, geven zelfs 1 op de 3 minderjarigen aan ooit seksueel

geweld te hebben meegemaakt (Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2014). Voor de helft van deze groep betrof het een *eerste* ervaring met seksueel geweld.

Helaas zal het voor een deel van hen niet bij deze ene ervaring blijven. Onderzoek wijst namelijk uit dat het meemaken van seksueel misbruik in de jeugd de meest robuuste risicofactor is om opnieuw misbruikt te worden; ongeveer twee van de drie slachtoffers van seksueel geweld worden later in hun leven opnieuw slachtoffer van een dergelijke gebeurtenis (Classen, Palesh, & Aggerwal, 2005), ook wel 'revictimisatie' of 'revictimisering' genoemd. Er is onderzoek dat suggereert dat onverwerkte traumatische gebeurtenissen een mediërende rol vervullen tussen seksueel geweld en revictimisering (Risser, Hetzell-Riggin, Thomsen, & McCanne, 2006). Zo wordt verondersteld dat misbruik leidt tot symptomen zoals *'emotional numbing'* of hyperaltheid, waardoor men signalen van gevaar minder snel opmerkt of kan inschatten. Dit is de re-

Dr. I. Bicanic, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog  
 Prof. dr. A. de Jongh, GZ-psycholoog, bijzonder hoogleraar Angst- en gedragsstoornissen  
 Correspondentie: Dr. I. Bicanic, coördinator Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht, Postbus 85090, 3508 AB Utrecht. E: I.A.E.Bicanic@umcutrecht.nl

den dat een adequate verwerking van herinneringen aan eerdere negatieve seksuele ervaringen belangrijk wordt geacht (Ullman & Vasquez, 2015). Niet alleen om traumasymptomen te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren, maar ook om seksuele revictimisering te voorkomen.

Kennis over slachtoffers van een eerste verkrachting of poging daartoe is essentieel, omdat deze gebeurtenis vaak het startpunt is van een zich herhalende geweldscyclus. Het is echter, vanwege het verband tussen seksueel geweld en revictimisering, niet eenvoudig om voor onderzoeksdoeleinden mensen te includeren die *uitsluitend* eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt. Nagenoeg alle studies op dit terrein onderzochten namelijk slachtoffers van meervoudig of chronisch seksueel trauma, waardoor het onmogelijk is de geïsoleerde impact van eenmalig seksueel trauma vast te stellen. De enige studie onder 40 vrouwen die een eerste verkrachting hadden meegemaakt in de negen maanden voorafgaande aan studiedeelname, vond een significant hogere incidentie van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), en significant meer stemmingsklachten, seksuele problemen en eetproblemen in vergelijking tot 32 slachtoffers van niet-seksueel trauma (Faravelli, Giugni, Salvatori, & Ricca, 2004).

Kortom, gegevens over het specifieke effect van een eerste verkrachting op adolescenten en jongvolwassenen, de leeftijdsgroep die het meeste risico loopt op seksueel geweld (De Haas, Van Berlo, Bakker, & Vanwesenbeeck, 2012), ontbreken. Daarom werd bij deze leeftijdsgroep binnen het Landelijk Psychotraumacentrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) een aantal studies uitgevoerd met als doel de huidige kennis over adolescente slachtoffers van een eerste verkrachting te vergroten en meer te weten te komen over de omstandigheden die nodig zijn om hun herstel te bevorderen en revictimisering te voorkomen. Daartoe werd, naast het verzamelen van een aantal algemene kenmerken van het seksueel geweld, het psychologisch, neurobiologisch en seksueel functioneren na deze eenmalige gebeurtenis onderzocht. De resultaten uit deze deelstudies zijn inmiddels gepubliceerd (Bicanic, Hehenkamp, Van de Putte, Van Wijk, & De Jongh, 2015; Bicanic et al., 2013; Postma, Bicanic, Van der Vaart, & Laan, 2013). In de volgende paragrafen wordt een overzicht van de belangrijkste resultaten van deze publicaties gegeven.

### Opzet van het onderzoek

Voor het descriptieve hoofdonderzoek waarin onder andere kenmerken van trauma, slachtoffer en dader zijn geanalyseerd, werd tussen 2005 en 2011 geworven onder patiënten van het Landelijk Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren in het UMC Utrecht met toestemming van de Medisch Ethische Toetsingscommissie. Voor de studie golden als inclusiecriteria dat deelnemers vrouwelijke adolescenten tussen 12 en 25 jaar moesten zijn en dat zij een (poging tot een)

eerste verkrachting moesten hebben meegemaakt, gedefinieerd als een penetratie van een lichaamsopening zonder toestemming en/of onder dwang. Personen die eerder in hun leven chronisch seksueel misbruik hadden meegemaakt werden van studiedeelname uitgesloten. Alle patiënten doorliepen een diagnostiekfase bestaande uit zowel een gestructureerd interview om demografische en traumagerelateerde informatie te verzamelen als verschillende zelf-rapportage vragenlijsten om een beeld te verkrijgen van het psychisch functioneren.

Tabel 1. *Demografische gegevens van slachtoffers (N=323) in valide percentages*

	N	%
Nederlandse oorsprong <sup>1</sup>	274	84,8
Opleidingsniveau		
VMBO	182	58,0
HAVO	76	24,2
VWO	56	17,8
Thuiswonend	273	85,3
Heeft een seksuele relatie	81	26,5

<sup>1</sup> Nederlandse oorsprong is gedefinieerd als zijnde een kind waarvan de ouders in Nederland zijn geboren

De demografische kenmerken van de geïncludeerde studiepopulatie ( $N = 323$ ) zijn weergegeven in Tabel 1 (zie ook Bicanic et al., 2015). De gemiddelde leeftijd van de onderzochte steekproef was 16,7 jaar ( $SD = 2,7$ ). Van hen gaf 79,6% aan een orale, vaginale of anale verkrachting, of een combinatie ervan, te hebben meegemaakt en 20,4% een poging daartoe. Ten tijde van de gebeurtenis waren de slachtoffers gemiddeld 14,3 jaar oud ( $SD=2,7$ ) met een mediaan leeftijd van 13,9 jaar. De adolescenten werden gemiddeld 59,8 weken ( $SD = ,94$ , range 1–676) na de gebeurtenis in de studie geïncludeerd. De eerste onthulling van de gebeurtenis vond plaats na gemiddeld 20,8 weken ( $SD = 57$ , range 1–624 weken). In 55,2% van de gevallen werd onthuld aan een (ex-)vriend(in) en bij 17,1% aan één of beide ouders.

Wat betreft de informatie over daderkenmerken – verkregen via slachtoffers – bleek de dader in de meeste gevallen een (ex-)vriend, date of kennis in dezelfde leeftijdscategorie te zijn. De exacte gegevens over de relatie tussen slachtoffer en dader in de studiepopulatie ( $N = 323$ ) zijn weergegeven in Tabel 2 (zie ook Bicanic et al., 2015).

### Psychologisch functioneren

De belangrijkste reden van de slachtoffers om professionele hulp te zoeken waren symptomen van post-traumatische stress, in het bijzonder slaapproblemen. Ondanks het gegeven dat slachtoffers zich gemiddeld ongeveer een jaar na de verkrachting (of poging daar-

Tabel 2. Relatie slachtoffer-dader (N=323) in valide percentages

	N	%
Onbekende	94	29.5
(Ex-)Vriend	32	10.0
Vriend (niet romantisch)	33	10.3
Kennis	61	19.1
Ontmoet in uitgaansleven	30	9.4
Familie	15	4.7
Oogcontact	15	4.7
Schoolgenoot	14	4.4
Ontmoet via Internet	12	3.8
Collega	10	3.1
Mentor	3	1.0

toe) aanmeldde, en het een *eenmalige* gebeurtenis betrof, was hun klachtenniveau op de *Symptom Checklist* (SCL-90, Arrindell & Ettema, 1986) vergelijkbaar met die van een normgroep van psychiatrische patiënten. De gemiddelde waarden van scores op zowel de SCL-90 als de *Children's Depression Inventory* (CDI, Timbremont, Braet & Roelofs, 2008), vergeleken met normscores van de algemene bevolking zijn weergegeven in Tabel 3 (zie ook Bicanic et al., 2015).

Tabel 3. Scores op zelf-rapportage vragenlijsten van slachtoffers van een eerste verkrachting vergeleken met scores van de algemene bevolking

Vragenlijst	Slachtoffers M (SD)	Algemene bevolking M (SD)	t, p
SCL-90	209.7 (61.8)	118.3, (32.4)	t(269)=24.297 p<0.001
CDI	17.2 (4.6)	9.0 (6.5)	t(230)=15.923 p<0.001

SCL-90 = Symptom Checklist; CDI = Children's Depression Inventory; M=gemiddelde; SD=standaard deviatie

De gebruikte toets betrof een MANCOVA met 'tijd sinds trauma' als covariaat

### Neurobiologisch functioneren

Uit de oorspronkelijke studiepoppulatie werd tussen 2008 en 2009 in een deelstudie het neurobiologisch functioneren onderzocht van 52 respondenten, die voldeden aan de diagnose PTSS en, in geval van minderjarigen, verplicht waren om met beide ouders toestemming te geven voor het analyseren van hun speeksel. De onderzoeksvraag was of het stress-responsysteem (ook wel de Hypothalamus-Hypofyse-Bijnier (HHB)-as genoemd) van adolescente slachtoffers met PTSS als gevolg van een verkrachting gevoeliger is dan dat van leeftijdsgenoten die nooit een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt (controlegroep, n = 37), zich uitend in lagere waarden van cortisol en dehydro-epi-

androsteronsulfaat (DHEAS) in het speeksel. Speeksel werd op verschillende momenten in de thuissituatie door de proefpersonen zelf verzameld. Dit gebeurde 0, 15, 30, 45 en 60 minuten na het ontwaken en onder strikte voorwaarden (geen inname van voedsel, geen drank en geen tandenpoetsen). Met persoonlijke *monitoring* via SMS werd toegezien op het betrouwbaar verzamelen van elk monster. Bij personen die het speeksel niet op de afgesproken tijdstippen verzamelden was geen typische '*cortisol awakening curve*' - waarbij waardes eerst stijgen en na 30 minuten dalen - te zien. Hun hormoonwaardes werden niet meegenomen in de analyses.

De resultaten van het onderzoek lieten zien dat adolescente slachtoffers met PTSS na een eerste verkrachting significant lagere niveaus van cortisol en DHEAS hadden dan niet-getraumatiseerde controlepersonen. Dit veronderstelt een dysregulatie van het functioneren van het stress-respons systeem (Bicanic, et al., 2013).

### Seksueel functioneren

In een *follow-up* studie werden 210 slachtoffers uit de oorspronkelijke steekproef benaderd, die inmiddels de volwassen leeftijd hadden bereikt. Het doel hiervan was om hun huidig seksueel functioneren en bekkenbodempunctie te onderzoeken. Uiteindelijk gaven 89 slachtoffers toestemming voor deelname; het was niet mogelijk te meten in hoeverre de niet-respondenten van deze groep verschilden. Deelnemers waren jongvolwassenen (gemiddeld 20.9 jaar, SD = 1.9) die eerder in het Landelijk Psychotraumacentrum voor hun PTSS waren behandeld met Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of *Eye Movement Desensitisation Reprocessing* (EMDR) therapie. De gemiddelde tijdsduur vanaf respectievelijk de gebeurtenis en de traumabehandeling tot aan deelname aan deze *follow-up* studie was 4.7 jaar (SD = 2.9) en 3.3 jaar (SD = 1.8). Respondenten werden verzocht om de *Amsterdam Hyperactive Pelvic Floor Scale - Women* (AHPFS-W; Laan, Lakeman, Roovers, Mutsaers, & van Lunsen, manuscript in voorbereiding) en de *Female Sexual Function Index* (FSFI; Rosen et al., 2000) in te vullen. De uitkomsten werden vergeleken met die van leeftijdsgenoten, geworven binnen verschillende scholen en opleidingen, die aangaven geen verkrachting te hebben meegemaakt (controlegroep, n = 114). Ondanks de psychotherapeutische behandeling van hun traumagerelateerde klachten als gevolg van de verkrachting, bleken de nu jongvolwassen slachtoffers nog steeds 2,4 keer zo vaak een seksuele disfunctie te hebben (met name lubricatieproblemen en pijn) en 2,7 zo vaak bekkenbodempunctie te rapporteren als de niet-verkrachte, of anderszins getraumatiseerde, controlepersonen (Postma et al., 2013). Verder bleek de relatie tussen het hebben meegemaakt van een verkrachting en daaropvolgende seksuele problemen gedeeltelijk te worden gemedieerd door de aanwezigheid van bekkenbodempunctie (Postma et al.,

2013). Anders gezegd, de resultaten suggereren dat de kans op seksuele problemen bij getraumatiseerde patiënten wordt verhoogd door de aanwezigheid van bekkenbodemp Problemen als gevolg van de verkrachting.

### Discussie

De resultaten uit de verschillende, hier besproken, deelstudies laten zien dat vrouwelijke adolescenten die professionele hulp zochten voor de verwerking van een eerste verkrachting (of poging daartoe), en niet eerder waren misbruikt, behoorlijke psychische lijdensdruk rapporteerden. Dat betrof vooral PTSS-klachten. Dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek dat laat zien dat de hulpvraag van verkrachttingslachtoffers meestal verband houdt met PTSS-klachten (Amstadter et al., 2010).

Ondanks het feit dat het al drie jaar geleden was dat zij een *evidence based* traumabehandeling voor de gevolgen van de verkrachting hadden afgerond, rapporteerden de respondenten in de jongvolwassenheid respectievelijk nog steeds significant meer bekkenbodemp Problemen en klachten met betrekking tot het seksueel functioneren dan de controlegroep die bestond uit niet-getraumatiseerde leeftijdsgenoten. Het is denkbaar dat, rekening houdend met het beloop van de normale seksuele ontwikkeling, seksuele problemen afwezig waren ten tijde van de aanmelding, simpelweg vanwege het feit dat de meeste slachtoffers (73.5%) toen nog geen seksuele relatie hadden. Dat is overigens niet met zekerheid vast te stellen, omdat – en dit is tevens de beperking van deze deelstudie – patiënten niet zijn bevraagd over het seksueel functioneren en de bekkenbodemp functie op het moment van de eerste aanmelding in het Psychotraumacentrum. Een andere verklaring kan zijn dat er binnen de toenmalige traumabehandeling onvoldoende aandacht is geweest voor de aanwezigheid van seksuele problemen en voor de meer lichamelijke manifestaties van PTSS en dat die symptomen daardoor onbehandeld zijn gebleven. Voor de aanpak van seksuele problemen zijn deskundigen het erover eens dat een traumagerichte behandeling prioriteit heeft wanneer deze problemen gerelateerd zijn aan seksueel trauma (Basson, Wierman, Van Lankveld, & Brotto, 2010; De Groot, De Jongh, & Leusink, 2013). Echter, de uitkomsten van een recente meta-analyse suggereren dat het effect van een PTSS-behandeling *sec* op seksuele problemen nog onvoldoende is vastgesteld (O’Driscoll & Flanagan, 2015). Het succes van de behandeling zou vooral afhangen van het feit of de behandeling actief gericht is geweest op het verminderen van seksuele problemen. Dat bij de door ons onderzochte slachtoffers van een eerste verkrachting twee tot drie keer vaker seksuele disfuncties en bekkenbodemp Problemen voorkwamen ten opzichte van gezonde controles komt overeen met cijfers afkomstig van een studie bij volwassen vrouwen die als kind chronisch seksueel misbruik hadden meegemaakt (Kedde, 2012).

De gevonden overeenkomsten tussen slachtoffers van eenmalig en chronisch seksueel trauma gelden ook ten aanzien van de neurobiologische bevindingen. Bij onze groep slachtoffers van een eerste verkrachting werd, gemiddeld gezien, een significant lager niveau van stresshormonen in hun speeksel gemeten dan de adolescenten van een controlegroep die nog nooit een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Dit profiel komt wat cortisol betreft overeen met die van posthoc-analyses onder vrouwen met PTSS als gevolg van chronisch seksueel misbruik, waarbij ook aanwijzingen voor verlaagde basale cortisolwaarden (ook wel hypocortisolisme genoemd) werden gevonden (Meewisse, Rietsma, De Vries, Gersons, & Olff, 2007). De resultaten suggereren dat de biologische dysregulatie niet *per se* hoeft te verwijzen naar de werkelijke en langdurige aanwezigheid van een stressor, bijvoorbeeld de dader of (seksueel) geweld, maar dat dit ook kan ontstaan na langdurig beleefde stress als gevolg van een eenmalige seksueel geweldservaring. Onze bevindingen zetten tevens vraagtekens bij de algemene veronderstelling dat chronisch seksueel trauma meer impact heeft op een persoon dan een eenmalig incident (Cloitre et al., 2009). Het is niet ondenkbaar dat er sprake is van vergelijkbare onderliggende mechanismen ten aanzien van het ontstaan van psychopathologie na eenmalig, meermalig of chronisch doorgemaakt seksueel trauma en dat het voor het menselijk stress-respons systeem niet veel uitmaakt hoe vaak iemand potentieel traumatische gebeurtenissen op seksueel gebied meemaakt. Omdat in ons onderzoek geen directe vergelijking werd gemaakt tussen de stresshormoonspiegels van slachtoffers van een eenmalige verkrachting en die van personen die chronisch seksueel trauma hadden meegemaakt is een vervolgstudie op dit gebied noodzakelijk om omtrent dit vraagstuk definitieve conclusie te kunnen trekken.

Het is belangrijk om te benadrukken dat de deelnemers aan de huidige deelonderzoeken in staat zijn gebleken om, doorgaans met de hulp van hun ouders of verzorgers, professionele hulp te vinden. Al was dat bijna een jaar na de verkrachting, toch onderscheidde zij zich daarmee van de meeste slachtoffers, die in het algemeen een dergelijke gebeurtenis liever blijken te verzwijgen uit angst voor de gevolgen van onthulling (Crisma, Bascelli, Paci, & Romito, 2004). De verklaring voor de relatief snelle onthulling van de deelnemers aan onze studie is mogelijk gelegen in de bevinding dat bijna 30 procent van de slachtoffers aangaf door een onbekende te zijn verkracht, hetgeen in lijn is met resultaten van een Nederlandse prevalentiestudie naar seksueel geweld (De Haas, Van Berlo, Bakker, & Vanwesenbeeck, 2012). Van slachtoffers van een onbekende dader is bekend dat zij er meer toe neigen de gebeurtenis als grensoverschrijdend en als strafbaar feit te beschouwen en daarom waarschijnlijk vaker en eerder professionele hulp zoeken en aangifte doen dan slachtoffers van een bekende dader (Resnick et al., 2000).

Gezien de grote impact die het meemaken van een eerste verkrachting kan hebben op verschillende terreinen van het leven van adolescenten, is het van het grootste belang dat deze klachten snel behandeld worden. Al is het alleen maar omdat er aanwijzingen zijn dat ongeveer twee van de drie slachtoffers van seksueel geweld later in hun leven opnieuw slachtoffer van seksueel geweld worden, en dat de aanwezigheid van PTSS-symptomen het risico op deze revictimisering via verschillende mechanismen verder verhoogt (Risser et al., 2006). Er zijn tevens aanwijzingen dat goed uitgevoerde, *evidence based*-therapie bescherming biedt tegen het ontstaan van psychopathologie, en daardoor een duurzame oplossing is voor onder meer revictimisering (Humphrey & White, 2000; Van den Berg et al., 2015).

Omdat adolescenten significant meer risico lopen om seksueel geweld mee te maken dan andere leeftijdsgroepen (De Haas et al., 2012), zijn we genooddaakt te blijven zoeken naar manieren om seksueel geweld te voorkomen, en de (toegang tot) hulp aan slachtoffers te verbeteren en te versnellen. Een geconstateerd probleem is echter dat Nederlandse slachtoffers van seksueel misbruik de gespecialiseerde hulp vaak niet zelfstandig weten te vinden (Höing, Van Engen, Ensink, Vennix, & Vanwesenbeeck, 2003); voor adolescenten blijkt het veld zelfs nog minder toegankelijk (Melief et al., 2013). Hopelijk gaat het multidisciplinaire Centrum Seksueel Geweld (CSG; [www.centrumseksueelgeweld.nl](http://www.centrumseksueelgeweld.nl)) hierin uitkomst bieden. In dit centrum werken politie, (forensisch) artsen, verpleegkundigen en psychologen samen in het belang van slachtoffers die korter dan een week geleden seksueel geweld hebben meegemaakt. Studies in landen waar zogenaamde *Rape Centers* bestaan, hebben kunnen aantonen dat slachtoffers door een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak sneller herstellen en eerder aangifte doen. Het CSG is inmiddels op tien plaatsen in Nederland operationeel, en 24/7 bereikbaar via het gratis nummer 0800-0188. De veronderstelde voordelen van een landelijk CSG-netwerk bestaan uit duidelijkheid voor slachtoffers waar zij terecht kunnen in de acute fase, en toegenomen kwaliteit van zorg door bundeling van expertise op een tiental locaties. In de loop van 2016 zal een landelijke campagne burgers en verwijzers gaan informeren over de voordelen van direct onthullen na seksueel geweld. Als meer mensen zich in de acute fase melden, wordt verondersteld dat eerder kan worden ingegrepen - niet alleen medisch en forensisch, maar ook psychologisch -, zodat het risico op het ontstaan van PTSS en daarmee revictimisering wordt geminimaliseerd (Moller, Backstrom, Sondergaard, & Helstrom, 2014). Op lange termijn wordt beoogd om in het CSG tevens een breed en snel beschikbaar *evidence based*-behandelaanbod voor slachtoffers te realiseren, die hulp zoeken bij de verwerking van seksueel misbruik dat langer geleden heeft plaats gevonden.

## Literatuur

- Amstadter, A. B., Zinzow, H. M., McCauley, J. L., Strachan, M., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 900-902.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Basson, R., Wierman, M. E., Van Lankveld, J., & Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine, 7*(1 Pt 2), 314-326.
- Bicanic, I., Hehenkamp, L., Van de Putte, E., Van Wijk, A., & De Jongh, A. (2015). Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. *European Journal of Psychotraumatology, 6*, 258-8. doi:<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.25883>
- Bicanic, I. A. E., Postma, R. M., Sinnema, G., De Roos, C., Olf, M., Van Wesel, F., & Van de Putte, E. M. (2013). Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone sulfate in adolescent rape victims with post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology, 38*, 408-415.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization a review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse, 6*, 103-129.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect, 28*, 1035-1048.
- De Haas, S., van Berlo, W., Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2012). Prevalence and characteristics of sexual violence in the Netherlands, the risk of revictimization and pregnancy: Results from a national population survey. *Violence and Victims, 27*, 592-608.
- De Groot, J., De Jongh, A., & Leusink, P. (2013). Geen zin meer in seks? Denk aan psychisch trauma. *Huisarts & Wetenschap, 56*, 134-137.
- Dukers-Muijers, N., Sommers, C., De Graaf, H., Meijer, S., & Hoebe, C. (2015). Prevalence of Non-Volitional Sex Types and Associated Factors: A National Sample of Young People. *PLOS One*, doi:10.1371/journal.pone.0132847
- Faravelli, C., Giugni, A., Salvatori, S., & Ricca, V. (2004). Psychopathology after rape. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1483-1485.
- Hoing, M., Engen van, A., Ensink, B., Vennix, P., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld: een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang in Nederland* (No. 3). Delft: Eburon.
- Humphrey, J. A., & White, J. W. (2000). Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health, 27*, 419-424.
- Kedde, H. (2012). Sexual dysfunction in The Netherlands: prevalence and associated factors. *Tijdschrift voor Seksuologie, 36*, 98-108.
- Laan, E., Lakeman, M.B.M., Roovers, J.P.W.R., Mutsaers, S., & van Lunsen, R.H.W. (in voorbereiding). *Validation of the Amsterdam Overactive Pelvic Floor Scale for women: A new instrument to diagnose pelvic floor overactivity*.
- Meewisse, M. L., Reitsma, J. B., De Vries, G. J., Gersons, B. P., & Olf, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 191*, 387-392.
- Moller, A.T., Backstrom, T., Sondergaard, H., & Helstrom, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS ONE 9*(10): e1111136, doi:10.1371/journal.pone.0111136

Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014). *Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.

O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2015). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: a meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, doi:10.1111/papt.12077.

Postma, R., Bicanic, I., Vaart, H., & Laan, E. (2013). Pelvic Floor Muscle Problems Mediate Sexual Problems in Young Adult Rape Victims. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1978-1987.

Resnick, H. S., Holmes, M. M., Kilpatrick, D. G., Clum, G., Acierno, R., Best, C. L., & Saunders, B. E. (2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 214-219.

Risser, H. J., Hetzell-Riggan, M. D., Thomsen, C. J., & McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: the role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 687-698.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... D'Agostino, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.

Ullman, S.E., & Vasquez, A.L. (2015). Mediators of Sexual Revictimization Risk in Adult Sexual Assault Victims. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 300-314.

Van den Berg D.P.G., de Bont P.A.J.M., van der Vleugel B.M., De Roos C., De Jongh A., van Minnen, A., & van der Gaag M. (2015). Trauma-Focused Treatment in PTSD-Patients with Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophrenia Bulletin*. doi: 10.1093/schbul/sbv172

## Summary

### The psychological, neurobiological and sexual functioning in adolescent victims of first time rape

This article provides an overview of previously published substudies on the psychological, neurobiological and sexual functioning, in victims of first time rape. The patient group consisted of 323 female adolescents aged 12–25 years who were admitted at the Psychotrauma Center for Children and Youth in the University Medical Center Utrecht (UMCU) for mental health treatment between 2005-2011. In this group, 79.6% and 20.4% reported rape and attempted rape respectively. Victims of chronic sexual abuse were excluded from the study. Results of the various substudies show that help-seeking victims of first rape reported high levels of psychological distress. Next, results show that adolescents with rape-related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) have lower cortisol and dehydro-epiandrosteron sulfate (DHEAS) levels compared to non-victimised controls, suggesting dysregulated functioning of the biological stress system. Finally, it appeared that three years after receiving evidence-based treatment for PTSD, victims were still significantly more likely to have a sexual dysfunction and a pelvic floor dysfunction compared to non-victimised controls. Summarized, the results lead to the suggestion that the experience of a first time rape has a significant negative impact on various life domains. Based on prior research, the authors argue that immediate professional help as provided to victims in the multidisciplinary Center for Sexual Assault can partly prevent the onset of problems as well as sexual revictimization.

**Keywords:** sexual violence, rape, PTSD, sexual problems, trauma-focused treatment

**Trefwoorden:** seksueel geweld, verkrachting, PTSS, seksuele problemen, traumagerichte behandeling