

DOSSIER

WAT WERKT BIJ

Hulp aan vrouwen die seksueel misbruik hebben meegemaakt



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Colofon

Auteurs: Nico van Oosten, Sanneke Verweij, Sanne van den Heuvel, Nicole Doornink. Met medewerking van: Marja van Middelaar, Wilma Schakenraad en Ina van Beek

Eindredactie: Esther den Breejen, Jeske van der Waerden

Redactie: Esther den Breejen

Vormgeving: De Boer & Van Dorst (Typetank)

Infographics: De Boer & Van Dorst (Typetank)

Bestellen: www.movisie.nl

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van bronvermelding:
© Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken

De inhoud van deze publicatie is met grote zorg samengesteld.
Desondanks is Movisie niet aansprakelijk voor de eventuele schade die ontstaat door het gebruik van deze informatie.

juni 2017



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inhoud

Samenvatting	4
1 Inleiding	8
1.1 Beschrijving van de problematiek	8
1.2 Selectie van literatuur	9
1.3 Definities	9
1.3.1 Seksueel grensoverschrijdend gedrag	9
1.3.2 Seksueel geweld	10
1.3.3 Seksueel misbruik	10
1.4 Gevolgen	10
2 Wat werkt	12
2.1 Welke behandel-effecten zijn onderzocht?	12
2.2 Wat zijn werkzame elementen in de aanpak?	13
2.2.1 Werkzame elementen gekoppeld aan werkwijze therapeut	13
2.2.2 Soort therapie/behandeling	16
2.2.3 Therapeutische modellen	17
2.2.4 Werkzame factoren gekoppeld aan kenmerken cliënten	17
2.3 Conclusies	18
3 Competenties van uitvoerders	20
Bronnenlijst	22
Bijlage 1 Omvang	27
Bijlage 2 Context van het onderwerp	29
Bijlage 3 Wet- en regelgeving	30

Samenvatting

Vrouwen die in hun jeugd misbruikt zijn, vinden het moeilijk om dat te bespreken. Onderzoek laat zien dat vrouwen gemiddeld zestien jaar wachten voordat ze, uit eigen beweging, met iemand over hun ervaring praten. Ze voelen zich schuldig, schamen zich ervoor, zijn bang om niet geloofd te worden, of leggen zelf geen verband tussen hun problemen en het vroegere misbruik. Het eerder signaleren van de (late) gevolgen, en daar adequaat op reageren vanuit de gezondheidszorg en hulpverlening, kan voorkomen dat problemen escaleren. Zo kan het remmen van de wens, van mensen met misbruikervaringen, om hier over te praten, contraproductief werken en de klachten juist versterken.

Begrippen

Seksueel grensoverschrijdend gedrag: elk seksueel getint gedrag dat in de beleving van degene die het ondergaat niet gewenst is.

Seksueel geweld: Seksueel grensoverschrijdend gedrag waarbij er sprake is van (lichamelijke of geestelijke) dwang.

Seksueel misbruik: elke vorm van seksuele grensoverschrijding waarbij sprake is van seks tussen een volwassene met een kind (Van Berlo & Van Beek, 2015).

PTSS: afkorting voor Post Traumatische Stress Stoornis. Het is een van de meest op de voorgrond tredende psychische problemen bij ernstig seksueel misbruik. Symptomen ervan zijn: nachtmerries, herbelevingen, vermijding, dissociatie, sterke prikkelgevoeligheid en gevoelsvervlakking. Bij PTSS kunnen daarnaast ook agressieve uitbarstingen, zelfdestructief gedrag, relationele problemen of problemen met het zelfbeeld optreden. Duren traumasymptomen langer dan een half jaar, dan wordt gesproken van een chronische PTSS.

Triggers: Stimuli in de omgeving van een slachtoffer van seksueel misbruik die herinneringen aan het misbruik kunnen oproepen. De triggers kunnen geluiden, geuren, smaken, situaties en bewegingen of handelingen van anderen in de omgeving zijn.

Flashbacks: psychologisch verschijnsel waarbij eerdere belevissen uit het langetermijngeheugen terugkomen in de menselijke geest. Een flashback kan zich bijvoorbeeld voordoen door zich bewust bepaalde dingen in herinnering te roepen. Meestal ontstaat een flashback als iemand een ervaring heeft die een andere ervaring in het onbewuste oproept, een associatie van gedachten. Iemand kan zich dan bijvoorbeeld plotseling herinneren wat hij in een vergelijkbare situatie heeft gedaan of opnieuw de emotie beleven die hij in het verleden had.

Herbeleving: Soms is de ervaring zo sterk, dat de persoon die de herinnering heeft, deze korte tijd als realiteit ervaart in plaats van herinnering. Men spreekt dan van herbeleving, met name op het emotionele vlak.

Dissociatie: Als een persoon in een ernstig bedreigende situatie komt, niet kan vluchten en niet kan vechten, dan kan de menselijke geest zich tijdelijk onttrekken aan (dissociëren van) de realiteit die onacceptabel is. Bij herinneringen aan ernstige gebeurtenissen, kan ook jaren later dissociatie optreden, het even 'weg' zijn om te voorkomen dat men zich herinnert. Dissociatie komt onder meer voor als symptoom van posttraumatische stress stoornis (PTSS).¹ Dissociatie kent verschillende gradaties van ernst. Van 'even weg zijn' tot een meervoudige persoonlijkheidsstoornis. Bij dit laatste neemt een van de andere persoonlijkheden de regie over het leven (tijdelijk) over.

Signaleren

Er bestaan veel algemene signalen die kunnen wijzen op seksueel misbruik in de jeugd. Deze kunnen onderverdeeld worden in 1. de gevolgen van seksueel misbruik, 2. verhoogd zorggebruik en consumptie van medicatie en 3. de communicatie tussen professional en cliënt.

1. Gevolgen van seksueel misbruik

- (chronische) posttraumatische stressstoornissen (PTSS), angststoornissen en depressie,
- vermijdingsgedrag,
- zelfbeschadigend gedrag,
- seksuele problemen,
- een negatief zelfbeeld,
- relatie- en interpersoonlijke problemen,
- herhaald slachtofferschap,
- medische onverklaarbare klachten.

In het algemeen geldt dat hoe jonger het slachtoffer is, hoe dichterbij de pleger staat en hoe langer het geweld duurt, des te ernstiger de gevolgen zijn. Als een kind seksueel misbruikt wordt door een bekende pleger, zoals de eigen (stief)vader, dan beïnvloedt dat de hele verdere ontwikkeling. Het gebrek aan veiligheid en stabiliteit zorgt voor tal van problemen in de ontwikkeling van kind tot volwassene, met name op het terrein van de hechting. Wanneer het gaat om herhaaldelijk en/of langdurig meemaken van seksueel misbruik dan kan dit chronisch (ook wel type-II) trauma tot gevolg hebben, waarbij PTSS op de voorgrond staat.

2. Zorggebruik

- Een deel van de slachtoffers maakt beduidend vaker gebruik van de zorg. Zij melden zich tweemaal zo vaak met zogenaamde 'vage klachten' bij de huisarts.
- Er is een grote groep die allerlei vormen van zorg mijdt of onnodig uitstelt, vooral die medische zorg waarbij lichamelijk contact nodig is. De triggers, flashbacks en herbelevingen (zie begrippenlijst) zijn zeer waarschijnlijk de oorzaak van het zorg-mijdende gedrag dat cliënten vertonen.
- Verder is er een hoger gebruik van medicatie, zoals pijnstillers, antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen.

3. Communicatie tussen professional en cliënt:

- In het contact met professionals kunnen 'triggers' spelen die vrouwen angstig maken, ook voor herhaling van het misbruik. De gevoeligheid van cliënten voor dit soort zaken kan sterk wisselen. Dit speelt vooral in het contact met professionals die zorg verlenen 'aan het lichaam', zoals bij het uitkleden, lichamelijk contact en lichamelijk onderzoek, het innemen van ondergeschikte

¹ Bron: www.wikipedia.nl

lichaamshoudingen en het gebruik van latex handschoenen. De triggers spelen dus vooral in het contact met artsen en paramedici (tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen), maar kunnen ook veroorzaakt worden door uiterlijk, geuren, bewegingen en beroepshouding.

- Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de uitleg over de noodzaak van het onderzoek of procedures. Ook helpt het wanneer er tijdens het onderzoek doorlopend wordt gecommuniceerd en de cliënt wordt gerustgesteld en geïnformeerd over wat er gaat gebeuren en de cliënt zelf het onderzoek te allen tijde af kan breken of onderbreken.
- Het helpt als de professional zelf de rust kan bewaren, ook bij onthulling van ernstige vormen van misbruik.
- Het geslacht van de professional kan een rol spelen als trigger. Het helpt als cliënten kunnen kiezen tussen een vrouwelijke of een mannelijke hulpverlener.
- Het helpt als cliënten zelf de keuze hebben om al dan niet een lichamelijk onderzoek te ondergaan of een vertrouwenspersoon mee kunnen nemen.

Hulpverlening

Sensitive Care is zeer waarschijnlijk de belangrijkste werkzame factor in de hulpverlening aan slachtoffers die kampen met de gevolgen van seksueel misbruik dat in het verleden plaats vond. De essentie van deze aanpak is respectvol en gevoelig (sensitief) om de juiste sfeer te creëren waarin de professional kan vragen naar eventuele negatieve seksuele ervaringen in het leven van de cliënt.

Werkzame elementen van deze aanpak zijn (in combinatie mogelijk):

- 1 Kennis van seksueel misbruik en de gevolgen ervan.
- 2 Begrip voor wat de cliënt heeft doorgemaakt - ook voor eventuele negatieve reacties van eerdere professionals op onthullingen.
- 3 Een open houding voor wat de cliënt nu nodig heeft.
- 4 Gevoeligheid voor non-verbaal gedrag van de cliënt, regelmatig checken hoe de cliënt zich voelt.
- 5 Geduld en voldoende tijd voor gesprekken.
- 6 Psycho-educatie over klachten die mogelijk te maken hebben met seksueel misbruikervaringen, waaronder triggers.

Sociale wijkteams

Voor professionals, werkzaam in een sociaal wijkteam, is het van groot belang om cliënten, die worstelen met de late gevolgen van seksueel misbruik, te signaleren en dit met hen te bespreken.

Werkzame elementen in de begeleiding en hulpverlening zijn:

- Huiswerkopdrachten, bespreken van schaamtegevoelens en het plaatsen van de ervaringen in de context van het misbruik (ontschuldigen en begrijpelijk, menselijk, maken).
- Diverse vormen van lichaamsgerichte therapie en oefeningen
- Motiverende gespreksvoering, huiswerk, ondersteuning bij doorgaan met het dagelijks leven en aandacht voor lichamelijke gevoelens, die de herinneringen oproepen, praten over de ervaringen, reflecteren op wat er gebeurd is en geven van nieuwe betekenissen aan deze gebeurtenissen.

Omgang met cliënt

Praten over de ervaringen helpt alleen als de cliënt het zelf wil en de hulpverlener er op een professionele én menselijke manier op reageert. De professional kan gebruikmaken van motiverende gespreksvoering om de zelfregie van de cliënt te versterken. Dit werkt bevorderend op het herstelproces, omdat het de cliënt die misbruik heeft ondergaan, de 'macht' over wat er gebeurt teruggeeft. Tegelijkertijd moet de professional ook bescherming bieden wanneer een cliënt de neiging heeft over haar eigen grenzen te gaan. Bij ernstige problematiek kan verwijzing naar een psychotherapeut nodig zijn. Hierbij is goede voorlichting belangrijk om de cliënt te helpen bij het kiezen van verdere behandeling.



Psychotherapie

Bij de keuze voor psychotherapie is het onderscheid tussen type I en type II trauma van belang.

Type I trauma

Hierbij geldt de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, waar PTSS onder valt, als uitgangspunt. Het is een stepped care model. Dat wil zeggen dat er naast psycho-educatie gewerkt wordt met individuele adviezen, activering en verminderen van vermijding, eventueel aangevuld met farmacotherapie. Indien onvoldoende herstel optreedt, wordt gewerkt met exposure, cognitieve gedragstherapie of EMDR. Bij voldoende herstel wordt er gewerkt aan terugvalpreventie. Bij onvoldoende herstel wordt aanbevolen de psychotherapie voort te zetten, aangevuld met farmacotherapie. Als dit ook niet tot voldoende resultaat leidt valt een poliklinische of klinische behandeling te overwegen. Bij al deze stappen is het belangrijk dat de patiënt op basis van goede informatie kan kiezen welke aanpak er vervolgens wordt ingezet.

Nieuwe therapievormen die imaginaire exposure als onderdeel in zich hebben zijn schrijftherapie, Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) en Narratieve Exposure Therapie (NET). Deze vormen zijn onderzocht en bewezen effectief.

Type II trauma (complexe PTSS):

Hierbij werken EMDR, Cognitieve Gedragstherapie en Exposuretherapie minder goed. De beperkte emotieregulatie-vaardigheden van mensen met complexe PTSS kunnen op exposure gebaseerde behandelingen namelijk bemoeilijken. Een fasegerichte behandeling wordt dan aanbevolen. De eerste fase is gericht op veiligheid en vaardigheden (emotieregulatie, stressmanagement, interpersoonlijke competenties en zelfbeeld). De tweede fase is gericht op het verwerken van de traumatische ervaringen m.b.v. CGT of EMDR. De derde fase is gericht op behoud van de resultaten en resocialisatie.

'Vroeger en verder' (een combinatie van individuele therapie en de groepshulpverlening) blijkt bij type II trauma ook effectief. Er is sprake van minder uitval en ook de hersenfuncties verbeteren. Ook dit is een methode die uitgaat van fasen. De eerste fase is gericht op stabilisering en oppakken van het dagelijks leven. De tweede fase is gericht op zelfbeeld, wereldbeeld en de toekomst.



1 Inleiding

Seksueel misbruik van meisjes kan tot ernstige problemen leiden op volwassen leeftijd. Dat niet alleen, maar ook blijkt dat zij lang aarzelen voordat ze hun ervaringen bespreken, zowel met mensen in hun directe omgeving als met professionals. Intussen kloppen zij aan met een scala aan klachten. Vaak zijn dit klachten waarbij hulpverleners niet direct denken aan vroeger seksueel misbruik.

Met dit Wat Werkt dossier willen we professionals in het sociale domein, maar ook in de traumahulpverlening, een handreiking bieden voor hun handelen bij (vermoedens van) de late gevolgen van vroeg seksueel misbruik van volwassen vrouwen. Professionals moeten daarbij beschikken over de best beschikbare kennis en op basis van de eigen ervaringen, competenties, opleiding, expertise en van motivatie en behoeften van de cliënt een afweging maken welke aanpak te gebruiken. Om te weten wat werkt, voor wie en in welke context, is dit Wat Werkt Dossier samengesteld.

Het dossier is als volgt opgebouwd: het eerste hoofdstuk start met een korte beschrijving van het thema en doelgroep. Daarna komen de verschillende definities van seksueel geweld die in ons land gangbaar zijn aan de orde. Vervolgens gaan we in op de late gevolgen van seksueel misbruik in de jeugd. Dit zijn vaak ernstige gevolgen, die een grote wissel trekken op de kwaliteit van leven en de mogelijkheden tot participatie in de samenleving. Bovendien zoeken veel slachtoffers niet uit zichzelf hulp bij de verwerking van hun trauma, maar blijken ze wel veel vaker een beroep te doen op allerlei vormen van zorg.

Het tweede hoofdstuk begint met een overzicht van de symptomen en gevolgen die zijn onderzocht, zodat duidelijk is wat de beperkingen zijn van de verrichte onderzoeken – en bij gevolg van dit dossier. Daarna bespreken we de werkzame elementen die we hebben gevonden in de beschikbare onderzoeken. Dit doen we vanuit twee perspectieven: vanuit effectiviteitsstudies (Evidence Based Practice) én vanuit kwalitatief onderzoek onder cliënten naar wat zij waarderen en belangrijk vinden in de behandeling.

Het derde en laatste hoofdstuk gaat in op de benodigde competenties van professionals.

1.1 Beschrijving van de problematiek

Dit eerste Wat Werkt Dossier over seksueel geweld gaat over de hulpverlening aan volwassen vrouwen van achttien jaar en ouder (zonder lichamelijke, verstandelijke of andere beperking) die seksueel misbruik hebben meegemaakt als kind (< 18 jaar) waarbij de pleger een volwassene was. We maken daarbij geen onderscheid tussen éénmalig of herhaald seksueel misbruik, noch of het met dezelfde of met verschillende plegers was. In de wetenschappelijke literatuur wordt dit onderscheid namelijk lang niet altijd gemaakt.

1.2 Selectie van literatuur

In de literatuur bleek vrijwel geen onderzoek te zijn verricht naar de effecten van behandelingen van de late gevolgen van seksueel misbruik bij mannen. Het Wat Werkt Dossier beperkt zich tot vrouwen, omdat daarover voldoende overzichtsliteratuur² beschikbaar was.

We hebben in eerste instantie de aandacht gericht op reviews, meta-analyses en kwalitatieve studies van hoge kwaliteit (minimale omvang 50 proefpersonen, goede aanpak van het onderzoek). Pas als dat te weinig informatie op zou leveren, zouden we kijken naar effectstudies met een experimentele en een controlegroep van voldoende omvang (zgn. Randomised Control Trial of RCT). Uiteindelijk waren er voldoende meta-analyses en reviews te vinden. Deze verzameling hebben we aangevuld met enkele kwalitatieve studies onder cliënten en een enkele RCT voldoende, om dit dossier samen te stellen.

Omdat Nederlands onderzoek naar effectieve interventies schaars bleek, hebben we ons in dit Wat Werkt Dossier vooral internationaal georiënteerd op wat er bekend is over werkzame elementen in de hulp aan vrouwen bij de late gevolgen van seksueel misbruik in hun jeugd. Verder wordt er in de, door ons bestudeerde, onderzoeksliteratuur onderscheid gemaakt tussen de effecten van individuele therapie, groepstherapie en een combinatie van beide.

1.3 Definities

We zijn voor dit Wat Werkt Dossier uitgegaan van de definities van seksueel misbruik en seksueel geweld die in ons land gebruikelijk zijn. In de factsheet 'Whitepaper seksuele grensoverschrijding en seksueel grensoverschrijdend gedrag' (Van Berlo & Van Beek, 2015) worden de volgende definities van seksueel grensoverschrijdend gedrag, seksueel misbruik en seksueel geweld gehanteerd.

1.3.1 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Bij een positieve seksuele interactie is sprake van wederzijdse instemming, vrijwilligheid en gelijkwaardigheid. De partners laten elkaar blijken en zijn ook in staat om de ander te laten weten dat ze het seksuele contact willen. Er wordt geen (lichamelijke, psychische of andere vormen van) druk of manipulatie uitgeoefend, en geen van de partners heeft een groot overwicht door macht of leeftijd, waarbij de ander afhankelijk is.³ Voor kinderen en jongeren komt daarbij dat het seksuele gedrag bij de leeftijd en ontwikkeling past en dat er een niet al te groot leeftijdsverschil is. Meestal wordt een maximaal verschil van vijf jaar aangehouden. We vinden het ook wenselijk om jongeren bij te brengen dat ze respect moeten hebben voor zichzelf en de ander en geen seks hebben op een plek of in een situatie die een ander kan storen.⁴ Bij seksuele grensoverschrijding wordt aan een of meer van deze voorwaarden niet voldaan.

² Met overzichtsliteratuur wordt bedoeld reviews en meta-analyses.

³ Een groot leeftijdsverschil hoeft bij volwassenen geen bezwaar te zijn, net zomin als een verschil in status of sociale klasse.

⁴ De zes criteria van het Vlaggensysteem om seksueel gedrag van kinderen en jongeren te duiden: instemming, vrijwilligheid, gelijkwaardigheid, respect, leeftijdsadequaat en context adequaat. Gradaties in de beoordeling van de criteria gebeurt aan de hand van richtlijnen m.b.t. ernst en herhaling van het gedrag.

1.3.2 Seksueel geweld

Seksueel geweld is wat in de wet als aanranding en verkrachting is gedefinieerd. Dat wil zeggen penetratie (verkrachting) of andere seksuele handelingen (aanranding) waarbij geweld is gebruikt, gedreigd met geweld of gebruik is gemaakt van een situatie of toestand waardoor iemand niet in staat was te weigeren, bijvoorbeeld door middelengebruik (Van Berlo & Van Beek, 2015).

1.3.3 Seksueel misbruik

Seksueel misbruik is elke vorm van seksuele grensoverschrijding waarbij sprake is van seks tussen een volwassene met een kind omdat hier per definitie sprake is van ongelijkwaardigheid, of andere situaties waarbij misbruik wordt gemaakt van een leeftijds- of machtsverschil, bijvoorbeeld wanneer een leerkracht seks heeft met een leerling of een hulpverlener met een cliënt. Seksueel misbruik van kinderen wordt ook wel seksuele kindermishandeling genoemd (Van Berlo & Van Beek, 2015).

Seksueel misbruik is een vorm van seksueel geweld.

In dit dossier staat hulp voor vrouwen bij de late gevolgen van seksueel misbruik centraal.

1.4 Gevolgen

Voor dit Wat Werkt Dossier is geen uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar de late gevolgen van seksueel misbruik op jonge leeftijd. De beschrijving die volgt, is dan ook vooral een samenvatting van de belangrijkste en meest ernstige gevolgen.

Klachten en problemen

Slachtoffers van seksueel misbruik in hun jeugd hebben een grotere kans op het ontwikkelen van problemen als (chronische) posttraumatische stressstoornissen (PTSS), angststoornissen, depressie, verslavingen, sociale fobieën, eetproblemen en persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder borderline-persoonlijkheidsstoornis. Verder zien we vaak vermijdingsgedrag, woede, zelfbeschadiging (ook anorexia, zelfverwaarlozing, suïcidaal gedrag), seksuele problemen (waaronder riskant seksueel gedrag), negatief zelfbeeld, relatie- en interpersoonlijke problemen, waaronder problematisch ouderschap en psychosomatische klachten. Daarnaast is de kans op revictimisering groter (Brodsky, Cloitre & Dullit (1995), Kendler, Bulik, Silberg, Hetteema, Myers & Prescott (2000), Molnar, Buka & Kessler (2001), Boon & Draijer (1995), in: Höing, 2003; Draijer, 2003 en in Janssen, Wentzel & Vissers, 2015; Nagtegaal, 2012; Naezer, 2011).

Slachtoffers van seksueel en huiselijk geweld hebben vaker medische onverklaarbare klachten en maken beduidend vaker gebruik van de zorg. Prosman, Lo Fo Wong, & Lagro-Janssen (2013) vonden dat zij zich tweemaal zo vaak met zogenaamde 'vage klachten' bij de huisarts melden.

Zorggebruik

Havig (2008) wijst er in haar review op dat volwassenen die seksueel misbruik hebben meegemaakt in hun jeugd, ook allerlei vormen van zorg mijden of onnodig uitstellen en dan vooral medische zorg waarbij lichamelijk contact nodig is.

McGregor et al. (2010) vonden dat mensen die in hun jeugd slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik, aangeven het moeilijk te vinden om dit te onthullen, vanuit schaamte en de angst om niet geloofd te worden, maar ook omdat zij zelf geen verband leggen tussen hun problemen en het vroegere misbruik.

Factoren die van invloed zijn op de aard en ernst van de gevolgen

Welke impact seksueel geweld heeft en hoe de verwerking verloopt, hangt af van verschillende factoren. In het algemeen geldt dat hoe jonger het slachtoffer is, hoe dichterbij de pleger staat en hoe langer het geweld duurt, des te ernstiger de gevolgen zijn. Als een slachtoffer seksueel misbruikt wordt als kind door een bekende pleger, zoals de eigen (stief)vader, dan beïnvloedt dit zijn of haar hele verdere ontwikkeling. Het gebrek aan veiligheid en stabiliteit zorgt voor tal van problemen in de ontwikkeling van kind tot volwassene, met name op het terrein van de hechting. Het wordt dan ook wel een hechtingstrauma genoemd. Als het geweld plaatsvindt voor het 8ste levensjaar spreekt men van vroegkinderlijke traumatisering. Het is vrijwel niet mogelijk om als kind seksueel geweld mee te maken en daar geen problemen van te ondervinden. Opgetekende getuigenissen van slachtoffers van seksueel geweld over het meegemaakte geweld en hun levensloop laten het desastreuze effect van deze ervaringen op hun verdere ontwikkeling zien (Hilbrand, 2013; Meeuwssen, 2013; Naezer, 2012).

Wanneer het gaat om herhaaldelijk en/of langdurig meemaken van schokkende gebeurtenissen – zoals het geval kan zijn bij seksueel misbruik – dan wordt gesproken van type-II trauma (Nicolai, 2011; Draijer, 2003). Eén van de meest op de voorgrond tredende symptomen van herhaald seksueel misbruik in de jeugd is een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Symptomen hiervan zijn: nachtmerries, herbelevingen, vermijding, dissociatie, sterke prikkelgevoeligheid en gevoelsvervlakking (Nicolai, 2011; Draijer, 2003, p. 30). Bij PTSS kunnen daarnaast ook agressieve uitbarstingen, zelfdestructief gedrag, relationele problemen of problemen met het zelfbeeld optreden. Duren traumasymptomen langer dan een half jaar, dan wordt gesproken van een chronische PTSS.

Samenvattend zijn de factoren die kunnen zorgen voor grote gevolgen (Lewis en Herman, 1993, in: Van Beek, Tiemessen & Schakenraad, 2014, p. 196):

- een sterke afhankelijkheidsrelatie tot de pleger (ouder, leerkracht)
- geweld en/of dwang
- langdurig en frequent misbruik
- ingrijpende seksuele handelingen
- misbruik op jonge leeftijd (< 8 jaar).
de ernst van de traumatisering (en de cumulatie daarvan) en de ernst van de affectieve verwaarlozing

Conclusie

De conclusie ten aanzien van de late gevolgen van misbruik voor het 18e, is dat deze afhankelijk zijn van de aard en ernst en omstandigheden van het misbruik. Volwassenen kunnen geen of weinig klachten hebben tot zeer ernstige problematiek (zie ook Lynch, 2015).

Hoeveel vrouwen van 18 jaar en ouder kampen met problemen als gevolg van seksueel misbruik in hun jeugd is onbekend. In ons land is er schaars retrospectief onderzoek naar verricht. Nicolai (1990) vond dat 43% van de vrouwen uit haar onderzoek in de psychiatrische kliniek Bloemendaal te maken had gehad met seksueel misbruik, terwijl Langeland et al. (2004) 29% vrouwen met vroege seksuele traumatisering vond in een klinische setting van een instelling voor verslavingszorg.

2 Wat werkt

In dit hoofdstuk zetten we werkzame elementen in de hulpverlening aan vrouwen bij de late gevolgen van seksueel misbruik op een rij.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. We beginnen met een overzicht van de symptomen en gevolgen die zijn onderzocht, zodat duidelijk is wat de beperkingen zijn van de verrichte onderzoeken. Daarna bespreken we de werkzame elementen die uit de beschikbare onderzoeken naar voren komen. In het volgende hoofdstuk komen de benodigde competenties van professionals aan de orde.

2.1 Welke behandel-effecten zijn onderzocht?

De meeste onderzoeken bestuderen de effecten van behandelingen op de belangrijkste gevolgen en symptomen waarmee vrouwen kampen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Dit betekent dat niet alle effecten van behandelingen op symptomen en gevolgen zijn onderzocht.

De gevolgen waarvoor behandel-effecten het meest werden onderzocht zijn:

- **traumasymptomen** (Bisson et al., 2013; Jonas et al., 2013; Classen et al., 2011; Taylor & Harvey, 2010; Martsolf & Draucker, 2005; Centre for Reviews, 2005; McDonagh et al., 2005; Edmond & Rubin, 2004; Centre for Reviews, 2003; Centre for Reviews, 2001);
- **depressie** (Bisson et al., 2013; Jonas et al., 2013; Smith et al., 2012; Ruwaard et al., 2011; Centre for Reviews, 2005; Martsolf & Draucker, 2005; Edmond & Rubin, 2004; Centre for Reviews, 2003; Van Engen, Ensink, Höing & Vanwesenbeeck, 2003; Gorey, Richter & Snider, 2001; Centre for Reviews, 2001).

De volgende klachten zijn regelmatig onderwerp van effectstudies:

- **algemeen functioneren** (Bisson et al., 2013; Gamble et al., 2011; Taylor & Harvey, 2010; Martsolf & Draucker, 2005; Gorey et al., 2001; Centre for Reviews, 2001; Stalker & Fry, 1999);
- **angst** (Bisson et al., 2013; Jonas et al., 2013; Classen et al., 2011; Ruwaard et al., 2011; Centre for Reviews, 2005; Edmond & Rubin, 2004; Centre for Reviews, 2001);
- **vervormde gedachten** (Centre for Reviews, 2001; Martsolf & Draucker, 2005; Edmond & Rubin, 2004).

In verschillende studies worden uitsluitingscriteria gehanteerd, die ook gevolg kunnen zijn van seksueel misbruik of een factor die van invloed is op de ernst van de gevolgen.

De contra-indicaties voor deelname aan diverse studies en dus ook behandeling zijn:

- zelfbeschadiging (Centre for Reviews, 2005)
- suïcidepogingen (Centre for Reviews, 2003; Edmond & Rubin, 2004)
- schizofrenie (Smith et al., 2012)
- bipolaire stoornissen (Smith et al., 2012)
- ernstig middelengebruik (Centre for Reviews, 2003; Edmond & Rubin, 2004; Smith et al., 2012)

- psychotrope medicatie (Centre for Reviews, 2003; Edmond & Rubin, 2004)
- psychoses (Centre for Reviews, 2005; Smith et al., 2012)
- zwangerschap (Edmond & Rubin, 2004)
- cardiovasculaire symptomen (Edmond & Rubin, 2004)
- hypertensie (Edmond & Rubin, 2004)
- niet willen praten over het seksuele misbruik met mensen in de directe omgeving (Centre for Reviews, 2003).
- verstandelijke beperking (Smith et al., 2012)

In paragraaf 1.3 hebben we al gezien dat een groot deel van deze contra-indicaties ook het gevolg kunnen zijn van seksueel misbruik. Het hebben van een verstandelijke beperking vormt een sterke risicofactor voor seksueel misbruik in de jeugd (Van Berlo et al, 2011). Deze uitsluitingen beperken de reikwijdte van de onderzoeken aanzienlijk!

2.2 Wat zijn werkzame elementen in de aanpak?

Analyse van de reviews op **werkzame elementen** leverde de volgende indeling op:

1. Specifieke werkzame elementen die gekoppeld zijn aan de therapeut c.q. haar/zijn werkwijze. Hierbij gaat het om de relatie tussen therapeut en cliënt en de werkwijze van de therapeut, los van het therapeutische model of de soort therapie die zij hanteert.
2. Soort therapie/behandeling. Hierbij gaat het om concrete vormen van therapie, zoals EMDR, cognitieve gedragstherapie etc.
3. Therapeutische modellen. Hierbij gaat het om individuele, groepstherapie of een combinatie van beiden.
4. Werkzame elementen die gekoppeld zijn aan kenmerken van cliënten.

Onderzoek onder cliënten naar wat zij belangrijk vinden hebben we geïntegreerd in de vier bovenstaande thema's.

2.2.1 Werkzame elementen gekoppeld aan werkwijze therapeut

a. Relatie tussen therapeut en cliënt

De relatie tussen therapeut en cliënt is mogelijk de belangrijkste werkzame factor (Moll en Tan, 2014; Smith et al., 2012; Höing, 2003; Centre for Reviews, 2001). Bevorderend voor deze relatie is (1) een combinatie van de kennis die de therapeut heeft over seksueel misbruik en de gevolgen ervan (McGregor, et al., 2010; Havig, 2008), (2) begrip voor wat de cliënt heeft doorgemaakt - ook voor eventuele negatieve reacties van eerdere professionals op onthullingen - en (3) een open houding voor wat de cliënt nu nodig heeft.

In de dynamiek van het contact tussen professional en cliënt met seksueel misbruikervaringen is sprake van een soort van 'dans' tussen voorzichtig aftasten en handelingsverlegenheid (zie ook Schouten (2016)), waardoor misbruikervaringen niet aan de orde komen. Onderzoek van Read et al. (2006) laat zien dat vrouwen gemiddeld 16 jaar wachten voordat ze, uit eigen beweging, met iemand over hun ervaring praten. In eerste instantie vaak omdat de schaamte en schuldgevoelens te groot zijn. Later onder andere omdat ze zelf geen verband (meer) leggen met hun klachten. Hulpverleners op hun beurt zijn te weinig alert op signalen en ook terughoudend om deze te bespreken als ze deze wel waarnemen. De problemen als gevolg van seksueel geweld zijn zo divers dat dit het voor professionals lastig maakt seksueel geweld als onderliggend probleem te detecteren.



Cliënten/patiënten rapporteren tal van problemen van verschillende aard aan hulpverleners, maar omdat hulpverleners seksueel geweld onvoldoende onderkennen als onderliggende oorzaak, worden veel slachtoffers behandeld voor hun symptomen en niet voor de onderliggende problematiek. Havig's review van cliëntonderzoeken (2008) laat bijvoorbeeld zien dat in de tien onderzoeken die zij bespreekt, gemiddeld 17% van de cliënten seksueel misbruik heeft meegemaakt, terwijl maar 6% van alle cliënten ooit gevraagd is naar misbruikervaringen. Van alle onderzochte cliënten vindt 68% dat een routinevraag naar seksueel misbruikervaringen de voorkeur verdient en 89% vindt dat de arts hen kan helpen als zij/hij weet van het misbruik. Ook geeft 89% aan een eerlijk antwoord te geven, als er gevraagd wordt naar seksueel misbruik.

Havig stelt dat voor het bespreekbaar maken van seksueel misbruikervaringen professionals een sfeer moeten scheppen waarin dat mogelijk is: openheid, professionaliteit, gevoeligheid, betrokkenheid en de bereidheid om te luisteren naar de ervaringen, zonder (voor)oordelen. Hiervoor zijn de beschikbaarheid van voldoende tijd, meer gelijkwaardigheid in het contact en geloof in wat mensen vertellen belangrijke voorwaarden.

Een onderzoek onder vrouwen die slachtoffer waren van seksueel misbruik in hun jeugd (McGregor et al., 2010) voegt daaraan toe dat professionals kennis moeten hebben van de gevolgen en contact moeten kunnen maken met een cliënt die seksueel misbruik heeft meegemaakt, voordat de professional naar het seksuele misbruik vraagt. Deze aanpak noemen McGregor et al (2010) ook wel Sensitive care. De essentie van deze aanpak is sensitief (respectvol en gevoelig) een sfeer creëren waarin de professional kan vragen naar eventuele negatieve seksuele ervaringen in het leven van de cliënt (McGregor et al., 2010; Schachter et al., 1999). McGregor et al. (2010) hebben een model opgesteld dat bestaat uit vijf stappen. De onderdelen zijn:

- 1 Contact maken en vertrouwensrelatie opbouwen.
- 2 Screenen op seksueel misbruik als kind.
- 3 Reageren op eventuele onthullingen.
- 4 Sensitieve hulp.
- 5 Eventuele follow-up.

Het is een manier om een veilige sfeer te creëren (Schachter et al., 1999), waarin het seksueel misbruik bespreekbaar kan zijn. Vertrouwelijke behandeling van hetgeen de cliënt vertelt speelt daarbij een belangrijke rol. Door standaardvragen te stellen over negatieve ervaringen met seks (bijvoorbeeld bij nieuwe cliënten), haalt men het onderwerp uit de taboesfeer. Volgens cliënten kan een hulpverlener vertrouwen wekken door dat wat zij/hij doet en zegt. In de eerste plaats betekent dat dat zij/hij toont beschikbaar te zijn en in staat is om hulp te bieden. Dit kan ook via posters, folders of een zekere naamsbekendheid. In de werkwijze is een open professionele houding gewenst (McGregor et al., 2010; zie ook paragraaf 2.2.2.). Een gebrek aan relevante kennis en vaardigheden van (zorg)professionals kan leiden tot 'onderdiagnose' en meer schadelijke gevolgen voor cliënten (Savell, 2005).

Triggers

Cliënten brengen onder andere naar voren dat er in het contact tussen hen en professionals veel 'triggers' kunnen zijn die hen angstig maken; ook voor herhaling van het misbruik. De gevoeligheid van cliënten voor dit soort zaken kan sterk wisselen (Schachter, Stalker & Teram, 1999).

In de eerste plaats speelt dit natuurlijk in het contact met professionals die zorg verlenen 'aan het lichaam', zoals bij uitkleden, lichamelijk contact en lichamelijk onderzoek, het innemen van ondergeschikte lichaamshoudingen en het gebruik van latex handschoenen (Havig, 2008).

Volgens cliënten helpt het daarbij als zij zelf de keuze hebben om al of niet een lichamelijk onderzoek te ondergaan, om een vertrouwenspersoon mee te nemen en om uitleg te krijgen over de noodzaak van het onderzoek of procedures. Ook helpt het wanneer er tijdens het onderzoek doorlopend wordt gecommuniceerd en zij worden gerustgesteld en geïnformeerd over wat er gaat gebeuren en het onderzoek af kunnen breken.

In alle zorgsectoren spelen daarnaast ook andere zaken. Het geslacht van de professional kan bijvoorbeeld een rol spelen (McGregor et al., 2010). Gevoeligheid voor non-verbaal gedrag van de cliënt en het regelmatig checken of de cliënt zich nog op haar gemak voelt (vanwege de machtsverhouding), is volgens cliënten een werkzaam element (McGregor et al., 2010; Schachter et al., 1999). De professional zou zich geduldig moeten tonen en voldoende tijd nemen, psycho-educatie geven over klachten die mogelijk te maken hebben met seksueel misbruikervaringen en regelmatig checken hoe de cliënt zich voelt (McGregor et al., 2010).

b. Werkwijze van de therapeut

Het tweede werkzame element, verbonden met de therapeut, is diens werkwijze. De werkwijze is niet hetzelfde als het soort therapie of het model van waaruit de therapeut werkt. Het gaat hier meer om de technieken die de therapeut gebruikt binnen de behandeling. Wat uit de literatuur naar voren komt als werkzaam zijn:

- motiverende technieken (Ruwaard et al., 2011).
- huiswerk (Taylor & Harvey, 2010)
- leren doorgaan met het dagelijks leven (Centre for Reviews, 2005)
- exposure technieken⁵ en aandacht voor lichamelijke gevoelens die de herinneringen oproepen.
- wegnemen van schaamte (Gorey et al., 2001).
- praten over de ervaringen, reflecteren op wat er gebeurd is en geven van nieuwe betekenissen aan deze gebeurtenissen (Centre for Reviews, 2005; Van Engen et al., 2003). Deze onderzoeken laten ook zien dat praten over de ervaringen niet van invloed is op de effectiviteit van het aanbod (Centre for Reviews, 2005; Van Engen et al., 2003). Ander onderzoek laat daarentegen zien dat slachtoffers meer PTSS- en traumaklachten hebben, wanneer ze wel willen vertellen over een misbruikverleden, maar dit niet wordt toegestaan, ze dit toch niet doen of het pas veel later doen (Ullman, 2003; Sinclair & Gold, 1997). Praten over de ervaringen helpt als de cliënt het zelf wil en de hulpverlener er op een professionele én menselijke manier op reageert. Over het ingaan op herinneringen zijn de meningen onder de cliënten uit het onderzoek van McGregor et al. (2010) sterk verdeeld. Er is dan ook geen juiste aanpak aan te geven op welk moment en hoe je als professional ervaringen en herinneringen bespreekbaar kunt maken (zie ook Havig, 2008; Schachter et al., 1999). De conclusie is dat het belangrijk is dat de professional ruimte creëert voor de cliënt om over haar ervaringen te praten, of dat nu op een directe of indirecte manier gebeurt, en de keuze om er al of niet op in te gaan bij de cliënt laat.

⁵ Exposure is een gedragstherapeutische techniek, waarbij de cliënt stukje bij beetje wordt blootgesteld aan alledaagse stimuli die ongewenste herinneringen oproepen aan het misbruik.

- Uit het onderzoek onder cliënten van McGregor et al. 2010 komt ook naar voren dat ingaan op emoties die samenhangen met het seksuele geweld, het bespreken van man-vrouw patronen in relaties en transparantie,⁶ werkzame elementen zijn.
- McGregor's onderzoek (2010) laat zien dat begrip voor cliënten voor de stap naar hulp en de professional in vertrouwen nemen belangrijk is.
- Cliënten geven aan dat hun gevraagd moet worden waar behoefte aan is: met deze professional, nu of op een ander moment verder praten, met een ander erover praten, schriftelijke informatie, et cetera. (McGregor et al., 2010). Wat ook naar voren komt is dat cliënten, indien nodig, 'ontschuldigd' moeten worden en dat de vertrouwelijkheid van de informatie wordt benadrukt.

Opvallende afwezigheid in de meta-analyses en reviews die wij hebben bestudeerd is het effect van psycho-educatie over de ervaringen met misbruik in relatie tot de huidige reacties op triggers en in het bijzonder die triggers die te maken hebben met seksualiteit en intimiteit. Door de koppeling tussen triggers in het algemeen en het misbruik voor cliënten te verhelderen, krijgen zij meer inzicht in hun huidige gedrag en gaan ze dit ook als 'normaler' ervaren (zie bijvoorbeeld Moll en Tan, 2014). Daarnaast heeft misbruik veel invloed op de beleving van de seksualiteit. Tijdens de seks kunnen triggers een rol spelen en er kan zelfs een algehele afkeer ontstaan van seks, waardoor langdurige relaties belemmerd kunnen worden (zie bijvoorbeeld Meeuwissen, 2015). In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn angststoornissen is psycho-educatie wel opgenomen als eerste interventie (De la Rie en Jongedijk, 2014; in Jongedijk, R. (red), 2014).

2.2.2 Soort therapie/behandeling

Bij de werkzaamheid van therapievormen speelt het onderscheid tussen type I en type II trauma (chronische PTSS) een belangrijke rol. De multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, waar PTSS onder valt, gaat uit van een stepped care model. Naast psycho-educatie wordt er gewerkt met individuele adviezen, activering en verminderen van vermijding, eventueel aangevuld met farmacotherapie. Indien onvoldoende herstel optreedt, wordt gewerkt met Cognitieve Gedragstherapie en exposure of EMDR (Bisson et al., 2013; Jonas et al., 2013). Exposuretherapie geeft van deze drie de beste resultaten. Jonas et al (2013) geven aan dat in de studies die zij onder de loep namen deze vormen van hulp individueel werden gegeven. Bisson et al. (2013) zetten kanttekeningen bij de kwaliteit van het bewijs van de studies (laag), Jonas et al. (2013) doen dat niet. Bij voldoende herstel wordt er dan gewerkt aan terugvalpreventie. Bij onvoldoende herstel wordt aanbevolen de psychotherapie voort te zetten, aangevuld met farmacotherapie. Als dit ook niet tot voldoende resultaat leidt valt een poliklinische of klinische behandeling te overwegen. Patiënten moeten op basis van goede informatie kunnen kiezen.

Nieuwe therapievormen

Nieuwe therapievormen die imaginaire exposure als onderdeel in zich hebben zijn schrijftherapie, Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) en Narratieve Exposure Therapie (NET). Ze zijn goed onderzocht en bewezen effectief (De La Rie en Jongedijk, 2014).

Bij chronische PTSS (type II) werken bovenstaande therapievormen minder goed (Thomaes et al., 2015). De studies waarop de oude richtlijn is gebaseerd hebben vaak patiënten met complexe PTSS uitgesloten van deelname door exclusie van bijvoorbeeld suïcidaliteit. De beperkte emotieregulatievaardigheden van mensen met complexe PTSS kunnen op exposure gebaseerde behandelingen bemoeilijken. De la Rie en Jongedijk (2014) onderschrijven dit. Zij beschrijven een fasegerichte behandeling, waarbij de eerste fase is gericht op veiligheid en vaardigheden (emotieregulatie,

⁶ Met transparantie wordt in de regel bedoeld dat de hulpverlener volledige openheid biedt over procedures en de volgende stappen in het therapeutische proces en daar ook toestemming voor vraagt aan de cliënt.

stressmanagement, interpersoonlijke competenties en zelfbeeld), de tweede fase op het verwerken van de traumatische ervaringen m.b.v. CGT of EMDR en de derde fase op behoud van de resultaten en resocialisatie.

Een andere behandelvorm die theoretisch onderbouwd is, wordt gevormd door psychomotorische therapie (PMT). Deze vorm van therapie kan met name een rol spelen in de stabilisatiefase van complex trauma (Scheffers et al., 2016). De PMT levert een bijdrage aan de verbetering van de waarneming, expressie, toe-eigenen van het lichaam en zelfregie en plezier/positieve interacties en sociale emoties. Scheffers et al. (2016) beschrijven in hun publicatie een groepsprogramma met 12 bijeenkomsten.

2.2.3 Therapeutische modellen

In een grote hoeveelheid publicaties komt naar voren dat zowel groepshulpverlening als individuele hulpverlening, opgezet vanuit verschillende theoretische modellen, effectief is binnen de hulpverlening. Er is echter verdeeldheid over de vraag of groepshulpverlening en individuele hulpverlening even effectief zijn of niet. Sommige studies vonden verschillen (Thomaes et al., 2015; Taylor & Harvey, 2010), andere niet (Centre for Reviews, 2005; Martsof & Draucker, 2005; Van Engen et al., 2003). Ook individuele online hulpverlening blijkt effectief (Ruwaard et al., 2011).

Thomaes et al. (2015) onderzochten in een RCT de combinatie van individuele en groepstherapie. In de individuele therapie leren cliënten emotieregulatievaardigheden bij de verwerking van complexe PTSS; de groepstherapie heet Vroeger en verder. In een RCT vergeleken ze de gebruikelijke individuele behandeling met dezelfde individuele behandeling, aangevuld met Vroeger en Verder (emotieregulatietraining en cognitieve groepstherapie). Hun conclusie luidt: 'De resultaten van de RCT duiden erop dat 'Vroeger en verder' een klinisch betekenisvolle behandeling is, met weinig uitval, voor patiënten met complexe PTSS en een diversiteit aan persoonlijkheidsproblematiek. De verbetering in de groepsbehandeling ging bovendien samen met normalisatie van hersenfunctie.' (Thomaes et al., 2015, p. 1). Hun aanpak bestaat uit een aantal fasen. De eerste fase is gericht op stabilisering en oppakken van het dagelijks leven (voor een wat uitgebreidere beschrijving zie Thomaes et al., 2015, p. 3). De tweede fase is gericht op zelfbeeld, wereldbeeld en de toekomst (voor een wat uitgebreidere beschrijving zie Dorrepaal et al., 2008). De la Rie en Jongedijk benadrukken hoe belangrijk de context is waarin de traumatisering heeft plaatsgevonden en dat behandeling in specifieke patiëntgroepen veel voordelen kan bieden (zie ook Thomaes et al, 2015).

2.2.4 Werkzame factoren gekoppeld aan kenmerken cliënten

Uit verschillende vroegere studies komen diverse werkzame elementen naar voren die gekoppeld zijn aan kenmerken van cliënten. Zo is behandeling effectiever bij cliënten:

- die minder ernstige vormen van seksueel misbruik hebben meegemaakt (Centre for Reviews, 2005; *ibid.*, 2003).
- getrouwd zijn (Centre for Reviews, 2005).
- een betaalde baan hebben (Centre for Reviews, 2003).

De verbindende factor bij de laatste twee is dat mensen die meer structuur in hun leven hebben, meer gebaat zijn bij therapie; maar dat kan ook weer komen doordat ze minder ernstig misbruik hebben meegemaakt.



Hulpverlening is minder effectief bij cliënten:

- die seksueel misbruik in het gezin hebben meegemaakt; dus ernstiger/ingrijpender misbruik (Centre for Reviews, 2005).
- eerdere opnamen achter de rug hebben (Centre for Reviews, 2005).
- borderline problematiek vertonen (Centre for Reviews, 2005).

Hieruit zou je kunnen concluderen dat therapie lastiger is naarmate het misbruik bij mensen ernstiger gevolgen heeft gehad. Borderline problematiek bijvoorbeeld kan ook ontstaan ten gevolge van vroeg seksueel misbruik.

Er is wisselend of onduidelijk bewijs gevonden voor de relatie tussen effectiviteit van de behandeling en:

- opleidingsniveau (Taylor & Harvey, 2010; Centre for Reviews, 2005).
- de mate waarin vrouwen het seksuele misbruik onder ogen (willen) zien (Centre for Reviews, 2005).
- drop-out door wrijvingen in de groep of om andere redenen (Centre for Reviews, 2003).

2.3 Conclusies

Samenvattend hebben vrouwen die seksueel misbruik hebben meegemaakt als kind behoefte aan een respectvolle bejegening met aandacht voor situaties die herinneringen kunnen losmaken. Dit vraagt van professionals een sensitieve beroepshouding. Ze moeten in staat zijn om een gespreksklimaat te creëren waarin cliënten zich uitgenodigd voelen en worden om te praten over hun misbruikervaringen, zonder dat dit leidt tot extra schaamte. Het is vooral van belang dat professionals niet tegenwerken als cliënten zelf willen praten over wat ze hebben meegemaakt; dit kan hun klachten verergeren.

Nadat het misbruik bespreekbaar is gemaakt, moet er ruimte zijn om te praten over ervaringen en herinneringen die daaraan verbonden zijn, maar is het belangrijk de cliënt daarin veel ruimte en (keuze)vrijheid te laten.

Andere werkzame elementen die uit de literatuur naar voren komen zijn:

- Triggers die lichamelijk onderzoek en het gesprek zelf op kunnen roepen bespreken door psycho-educatie;
- Goed reageren op getriggerd worden/zijn van cliënten door rust te bewaren en het gesprek even te stoppen;
- De regie zoveel mogelijk in handen te geven van de cliënt, maar tegelijkertijd bescherming bieden;
- Gebruikmaken van technieken die werkzaam blijken, zoals huiswerkopdrachten, lichaamswerk, bespreken van schaamtegevoelens en de ervaringen plaatsen in de context van het misbruik (ontschuldigen⁷ en begrijpelijk (menselijk) maken);
- De voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijke hulpverlener bespreken en honoreren.

In de behandeling zelf wordt aangeraden een stepped care model te volgen. Psycho-educatie en adviezen kunnen voldoende zijn, maar bij seksueel misbruik in de jeugd is vaak specifieke therapie nodig om de lange termijn gevolgen effectief te behandelen. Het meest onderzocht en werkzaam zijn

⁷ Een van de strategieën van plegers van seksueel misbruik om het slachtoffer te laten zwijgen is haar (hem) medeplichtig te maken. Het kind neemt op die wijze (een deel van) de schuld van het misbruik op zich. Zelfs op volwassen leeftijd werkt dit nog steeds door en kan het belangrijk zijn om de cliënt psycho-educatie te geven over dit fenomeen en haar te 'ontschuldigen' voor het misbruik.

volgens de literatuur Exposuretherapie (waaronder schrijftherapie, Narratieve Exposure Therapie en Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)), EMDR en Cognitieve Gedragstherapie. Voor complexe PTSS (type II) is een combinatie van therapievormen het meest aangewezen. In de Nederlandse richtlijn voor angststoornissen, waar PTSS onder valt, wordt hier ook van uitgegaan.



3 Competenties van uitvoerders

Wat betekenen de voorgaande hoofdstukken voor professionals en hun competenties? Leidend voor wat we hieronder bespreken zijn de stappen uit de Wet Meldcode: signaleren, bespreekbaar maken, raadplegen van een deskundige, eerste hulp verlenen en verwijzen naar meer gespecialiseerde hulp.

Om de drempel voor cliënten te slechten, is het belangrijk dat professionals in de sociale wijkteams en de eerste lijn laten zien dat ze beschikbaar en in staat zijn om (eerste) hulp te bieden. Dit kan bijvoorbeeld via goed psycho-educatiemateriaal in de wachtkamer en/of de opbouw van een zekere naamsbekendheid.

Competenties gericht op signaleren

In hoofdstuk 2 hebben we kunnen lezen dat veel slachtoffers van vroeg misbruik dit niet zelf melden. Daarom is het dus belangrijk om als professional in sociale wijkteams en de eerste lijn alert te zijn op verbale en non-verbale signalen en een gedegen kennis te hebben van de gevolgen.

In de paragrafen 1.3 en 2.1 is uitgebreid ingegaan op de gevolgen van seksueel misbruik in de jeugd. Tot deze gevolgen horen niet alleen de klachten, maar ook non-verbale reacties op 'triggers', zoals die beschreven werden in paragraaf 2.2.1.

De signalen moeten worden waargenomen. Dit vraagt om een doorlopende alertheid op afwijkende verbale en non-verbale reacties en de vaardigheid om een relatie te leggen tussen klachten en seksueel misbruik als een van de mogelijke oorzaken (Havig, 2008).

Competenties gericht op bespreekbaar maken

Nadat mogelijk seksueel misbruik is gesignaleerd, staat de professional voor de opgave om in een gesprek vermoedens na te gaan. Welke competenties zijn hiervoor nodig?

- 1 In de eerste plaats het hebben en tonen van 'professionele lef' om het bespreekbaar te maken (Van den Heuvel, 2015; Slump, 2011, in: Van den Heuvel, 2015; McGregor et al., 2010)
- 2 Tijdens de contacten geduldig zijn en blijven en voldoende tijd nemen.
- 3 De vaardigheden om ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag bespreekbaar te maken. In paragraaf 2.2.1 is in dit verband de term Sensitive Care genoemd (McGregor, 2010): een sfeer creëren waarin de professional kan vragen naar eventuele negatieve seksuele ervaringen in het leven van de cliënt. Als de cliënt over haar ervaringen wil praten is het van belang om haar daarin niet af te remmen: praten over de ervaringen helpt als de cliënt het zelf wil en de hulpverlener er op een professionele én menselijke manier op reageert. Terwijl de klachten langer duren als de cliënt erin wordt afgeremd.
- 4 Afhankelijk van de positie en ervaring van de hulpverlener kan hier nog aan toegevoegd worden de vaardigheid om het misbruik verder te exploreren en ook op herinneringen in te gaan, maar de wensen van de cliënt daarin staan voorop. In paragraaf 2.3 is gezegd dat het voor veel cliënten belangrijk is dat professionals begrijpen dat het cliënten vaak veel moeite heeft gekost om de professional in vertrouwen te nemen. Wanneer cliënten aangeven dat ze seksueel misbruikt zijn als kind dan moet de professional er niet direct vanuit gaan dat de cliënten er verder over willen praten. Daarom is het van belang dat professionals cliënten vragen waar ze behoefte aan hebben: met deze professional, nu of op een ander moment verder praten, met een ander erover praten, schriftelijke informatie, et cetera. (McGregor et al., 2010). In dit verband is de keuze voor een mannelijke of vrouwelijk therapeut eveneens relevant.

- 5 Cliënten, indien nodig, 'ontschuldigen' en de schaamte die vaak gepaard gaat met seksueel misbruik bespreekbaar maken (Gorey et al., 2001). Veel volwassenen die seksueel misbruik hebben meegemaakt, lopen rond met onjuiste opvattingen over hun aandeel in hetgeen hen overkomen is. Hulpverleners dienen, indien nodig, te benadrukken dat de cliënt een kind was en dus geen schuld heeft gehad aan hetgeen overkwam.
- 6 Kunnen ingaan op emoties die samenhangen met het seksuele geweld, het bespreken van man-vrouw patronen in relaties.
- 7 Psycho-educatie geven over klachten die mogelijk te maken hebben met seksueel misbruikervaringen en regelmatig checken hoe de cliënt zich voelt (McGregor et al., 2010).
- 8 Transparantie kunnen bieden. Hiermee wordt bedoeld dat de hulpverlener volledige openheid biedt over procedures en de volgende stappen in het therapeutische proces en daar ook toestemming voor vraagt aan de cliënt. Tevens kan de cliënt haar toestemming elk moment intrekken.
- 9 Benadrukken dat de informatie die cliënten geven vertrouwelijkheid is.

Vervolghulp organiseren

- 1 Als seksueel misbruik bespreekbaar is gemaakt, moet de professional in het sociale wijkteam of de eerste lijn samen met de cliënt eventuele vervolghulp kunnen organiseren. Dit kan in overleg met Veilig Thuis of met een aandachts-functionaris of andere collega. Zo kan de professional samen met de cliënt zoeken naar een behandelaanbod zo dicht mogelijk in de buurt dat past bij de wensen en behoeften van de cliënt.
- 2 Daarvoor is kennis nodig van de sociale kaart met daarop de beschikbare gespecialiseerde hulp en weten dat er daarnaast een website is over gespecialiseerde hulp (www.seksueelgeweld.info), die door Movisie wordt beheerd. Daarnaast is er een hulplijn van Slachtofferhulp, genaamd Verbreek de Stilte. De Hulplijn is telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 09.00-17.00 uur via telefoonnummer 0900-9999 001. Het is mogelijk om anoniem te bellen. Je kunt je vraag ook per e-mail stellen via het contactformulier op de website van de Hulplijn (www.verbreekdestilte.nl).

Vervolghulp/gespecialiseerde behandeling

- 1 Voor therapeuten die cliënten behandelen is van belang dat zij de Nederlandse richtlijn voor angststoornissen kennen en leren toepassen c.q. implementeren in hun praktijk.
- 2 Zij zouden daarnaast natuurlijk grondige kennis moeten hebben over (vroeg)kinderlijk seksueel trauma, de gevolgen daarvan en de signalen.
- 3 Ook zouden zij motiverende technieken moeten beheersen (Ruwaard et al., 2011), huiswerkopdrachten moeten meegeven (Taylor & Harvey, 2010), en hulp moeten bieden bij het leren doorgaan met het dagelijks leven (Centre for Reviews, 2005).

Bronnenlijst

Alink, F., Ijzendoorn, R. van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, A.C.G. en Euser, S. (2011). *De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen* (NPM, 2010).

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

Beek, I., van, Tiemessen, P. & Schakenraad, W. (2014). Over de grens. In: Leusink, P. & Ramakers, M. (red). (2014). *Handboek seksuele gezondheid. Probleemgeoriënteerd denken en handelen*. Assen: Van Gorcum.

Berger, M.A., Berge, I.J., ten & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp. Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.

Berlo, W. van, Haas, S. de, Oosten, N. van, Dijk, L. van, Brants, L., Tonnon, S. & Storms, O. (2011). *Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.

Berlo, W. van & Beek, I. van. (2015). *Whitepaper seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld. Feiten en cijfers*. Utrecht: Rutgers WPF/Movisie.

Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrews, M, Cooper, R. en Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Systematic Review*. Doi. 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

Centre for Reviews, (2001). A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse (Structured abstract). *Clinical Psychology Review, 21*(7), 1095-1121.

Centre for Reviews, (2003). Group treatments for women sexually abused as children: a review of the literature and recommendations for future outcome research (Provisional abstract). *Child Abuse and Neglect, 27*(9), 1045-1061.

Centre for Reviews, (2005). A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children (Structured abstract). *Psychotherapy Research, 15*(3), 304-315.

Classen, C.C., Palesh, O.G., Cavanaugh, C.E., Koopman, C., Kaupp, J.W., Kraemer, H.C., Aggarwal, R. & Spiegel, D. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: a randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(1), 84-93.

Dorrepaal E, Thomaes K, Draijer N. (2008) *Vroeger en verder, stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Handboek en werkboek*. Amsterdam, Pearson.

Draijer, N. (2003). Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. In: Nicolai, N. (red). (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.

Edmond, T. & Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(1), 69-86.

- Engen, A. van, Ensink, B., Höing, M. & Vanwesenbeeck, I. (2003). Effectstudies. In: Nicolai, N. (red). (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Gamble, S.A., Smith, P.N., Poleshuck, E.L., He, H. & Talbot, N.L. (2011). Domain-specific social functioning improvements during treatment of depressed women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 478-482.
- Gorey, K.M., Richter, N.L. & Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: Effectiveness of group work intervention. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 347-355.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Kruijjer, H., Acker, J. van & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012*. Delft: Eburon.
- Haas, S. de, (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, p. 136-145
- Hart, O. van der & Gerven, M. van. (2003). Therapeutische mogelijkheden. Na vroeger seksueel misbruik: fasegerichte behandeling. In: Nicolai, N. (red). (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Havig, K. (2008). The health care experiences of adult survivors of child sexual abuse: a systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma, violence & abuse*, 9(1), 19-33.
- Heuvel, S. van den (2015). *Let's talk about sex. Een onderzoek naar het bespreekbaar maken van vermoedens van seksueel grensoverschrijdend gedrag en professionals in sociale wijkteams*. Utrecht: niet gepubliceerd (afstudeerscriptie, Universiteit Utrecht, studie sociologie).
- Hilbrand, H. (2013). *Luchtwortels*. Gigaboek.
- Höing, M. (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*. Delft: Eburon.
- Janssen, H., Wentzel, W. & Vissers, B. (2015). *Basisboek huiselijk geweld. Signaleren, melden aanpakken*. (Derde, herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Jonas, D.E., Cusack, K., Forneris, C.A., Wilkins, T.M., Sonis, J., Middleton, J.C., Gaynes, B.N. (2013) *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Comparative Effectiveness Review, No. 92, MD*, Agency for Healthcare Research and Quality.
- Jongedijk, R.A., red. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam, Boom.
- Kessler, M.R.H., White, M.B. & Nelson, B.S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 1045-1061.

- Kuyper, L., Wit, J. de, Adam, P., Woertman, L. & Berlo, W. van (2009). *Laat je nu horen! Een onderzoek naar grensoverschrijdende seksuele ervaringen en gedragingen onder jongeren*. Utrecht: Universiteit Utrecht / Rutgers Nisso Groep.
- Kuyper, L., Wit, J. de, Adam, P., Woertman, L. & Berlo, W. van. (2011). *Het vervolg op 'Laat je nu horen'*. Utrecht: Rutgers WPF.
- Langeland, W., Brink, W. van den en Draijer, N. (2004). Fysieke en seksuele traumatisering in de kindertijd en het ontstaan van alcoholproblemen. In: *Handboek Verslavingszorg, aanvulling 37*, Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum.
- Lynch, H. (2015). *De stem van het kind: verhalen van kinderen van wie de ouder misbruikt is*. Leeuwarden: Elikser.
- Martsof, D.S. & Draucker, C.B. (2005). Psychotherapy Approaches For Adult Survivors Of Childhood Sexual Abuse: An Integrative Review Of Outcome Research. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(8), 801-825.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C.C., Fournier, D., Schnurr, P.P. & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515.
- McGregor, K., Glover, M., Gautam, J. & Jülich, S. (2010). Working sensitively with child sexual abuse survivors: what female child sexual abuse survivors want from health professionals. *Women & Health*, 50, 737-755.
- Meeuwssen, I. (2013). *Helen van seksueel misbruik. Het trauma voorbij*. Droomvallei Uitgeverij.
- Moll, M. en Tan, S. (2014). *In plaats van overleven: een onderzoek naar de toegevoegde waarde van de praktijk Tebéyo in het aanbod van psychologische hulp voor slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld in de regio Haaglanden*. Utrecht: Molis Focus/Bureau Tangram
- Naezer, M. (2011). *Ouders aan het woord. Over vader- en moederschap na seksuele kindermishandeling in het verleden*. Utrecht: Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling (VSK).
- Nagtegaal, M.H. (2012). Gerapporteerde problemen van slachtoffers van seksueel misbruik in de kindertijd. Een meta review. *Ministerie van Veiligheid en Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Cahier 2012-6*.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2014). *Op goede grond. De aanpak van seksueel geweld tegen kinderen*. Den Haag: Nationaal Rapporteur.
- Nicolai, N.J. (1990). Seksueel misbruik en psychiatrische stoornissen: Een oriënterend onderzoek op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, MGv*, 9, p. 908-923
- Nicolai, N.J. (2003). Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandelingen. In: *Aarts, P.G.H. en Visser, W.D. Trauma: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, p. 345-370.
- Nicolai, N. (2011). Overleeft de psychoanalyse zelfdestructie? *Tijdschrift voor psychoanalyse*, 17, p. 3-16.

- Programma Regio Aanpak Veilig Thuis (2013). *Regiovisie huiselijk geweld en kindermishandeling*. Maarssen: Creatie O2 Communicatie.
- Prosman, GJ., Jansen, SJ., Lo Fo Wong, SH., Lagro-Janssen, AL. (2011). Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Family Practice*; 28:267-71.
- Read, J., McGregor, K., Coggan, C. en Thomas, D.R. (2006). Mental Health Services and sexual abuse: the need for staff training. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(1), 33-50
- Rie, S. de la en Jongedijk, R.A. (2014). Richtlijnen voor traumagerichte behandeling. In Jongedijk, R.A., red. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve Exposure Therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam, Boom.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. (2011). Efficacy and effectiveness of online CBT. A decade of Interapy research. Gevonden via www.interapy.nl.
- Schouten, P.J. (2016). *Traumaseksualiteit: als jongen seksueel misbruikt; mannen tussen slachtoffer- en ouderschap*. Delft: Eburon.
- Savell, S. (2005). Child sexual abuse: are health care providers looking the other way? *Journal of forensic nursing*, 1(2), 78-81, 85.
- Schachter, C.L., Stalker, C.A. & Teram, E. (1999). Toward sensitive practice: issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. *Physical Therapy*, 79(3), 248-261.
- Scheffers, M., Nissen, I., Verveld, S., Berkel, K. van, Hatzmann, J., Busschbach, J. van (2016). *Beweging in trauma: psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Schrijvers, C.T.M. en Schuit A.J. (redactie) (2010). *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau: Aangrijpingspunten voor preventie*. Bilthoven: RIVM
- Sinclair, B.B. & Gold, S.R. (1997). The psychological impact of withholding disclosure of child sexual abuse. *Violence and victims*, 12(2), 137-145.
- Smith, P.N., Gamble, S.A., Cort, N.A., Ward, E.A., He, H. & Talbot, N.L. (2012). Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women. *Depression and Anxiety*, 29(2), 123-130.
- Stalker, C.A. & Fry, R. (1999). A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 44(2), 168-174.
- Taylor, J.E. & Harvey, S.T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749-767.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Balkom, A.J.L.M. van, Veltman, D.J., Smit, J.H., Hoogendoorn, A.W. & Draijer, N. (2015). Complexe PTSS na vroegkinderlijk trauma: emotieregulatietraining als aanvulling op de PTSS-richtlijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57 (3), 171-182.
- Ullman, S.E. (2003). [Social reactions to child sexual abuse disclosures: a critical review](#), *Journal of Child Sexual Abuse* 12(1), 89-121.

Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling (2002). *Je leven weer in eigen hand. Informatiebrochure over het verwerken van seksuele kindermishandeling*. Utrecht: VSK.

Woertman, L. & Zessen, G. van (1997). *Dagbehandeling na seksueel misbruik: effecten van dagbehandeling op PC Joris voor vrouwen met een geschiedenis van seksueel misbruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Geraadpleegde websites

www.eerstekamer.nl

www.interapy.nl

www.meldcode.nl

www.movisie.nl

www.nationaalrapporteur.nl

www.signalerenkanjeleren.nl

www.taskforcekinderenveilig.nl

www.vng.nl

<http://wetten.overheid.nl>



Bijlage 1 Omvang

In deze bijlagen beschrijven we wat bekend is over de omvang van seksueel misbruik van minderjarige meisjes (jonger dan 18 jaar). We hebben ons voor de omvang zoveel mogelijk gebaseerd op Nederlandse cijfers. Gezien de inhoud van het Wat Werkt dossier beperken we ons tot de cijfers voor meisjes. Het is moeilijk om exacte cijfers te presenteren over de groep meisjes jonger dan 18 jaar omdat er in verschillende onderzoeken wisselende leeftijdsgrenzen worden aangehouden. Ook zijn de definities in deze onderzoeken niet altijd gelijk aan die in de 'Whitepaper'. De enige conclusie die gerechtvaardigd is, is dat we eigenlijk bitter weinig weten over de werkelijke omvang van seksueel misbruik van meisjes door volwassenen.

1. Seksueel misbruik van minderjarige meisjes (< 18 jaar)

De Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen heeft in mei 2014 het rapport 'Op goede grond' gepubliceerd. Voor dit onderzoek zijn drie bronnen gebruikt: de scholierenstudie van de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen uit 2010 (Alink et al., 2011); Seksuele gezondheid in Nederland (De Haas et al 2012) en Seks onder je 25e (De Graaff et al, 2012; zie paragraaf 1.3.1) (in: Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, 2014). De term 'seksueel geweld' wordt door de Nationaal Rapporteur als overkoepelend begrip gebruikt. In het rapport staat hoe vaak seksueel misbruik voorkomt bij minderjarigen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen hands-on en hands-off gedrag. Bij hands-on is sprake van fysiek contact tegen de wil, variërend van zoenen tot verkrachting. Hands-off betreft niet-fysieke grensoverschrijding, zoals ongewild geconfronteerd worden met porno, schennis of seks via de webcam. Er zijn nieuwe berekeningen gemaakt, waarbij de leeftijdsgrens 18 jaar is, de leeftijd waarop iemand meerderjarig wordt. Op 18-jarige leeftijd heeft 40,9% van de meisjes in haar leven een vorm van seksuele grensoverschrijding meegemaakt (conform de bovenstaande definitie van de Nationaal Rapporteur). Het betreft vooral minder vergaande vormen van seksuele grensoverschrijding, zoals het, tegen hun wil in, seksueel aangeraakt of gezoend worden. Eén op de tien meisjes heeft ervaring met ongewilde manuele seks (aftrekken of vingeren). Tussen de 5 en 10% van de meisjes heeft, tegen hun wil in, ervaringen met orale seks of geslachtsgemeenschap. Onduidelijk is of de plegers van al deze vormen van seksueel geweld minderjarig of meerderjarig waren.

2. Kinderen onder de 18 jaar en jongeren vanaf 18 jaar

In de onderzoeken van Rutgers WPF (Kuyper et al., 2009; ibid. 2011) naar seksuele grensoverschrijding is, vooralsnog, geen onderscheid gemaakt tussen kinderen en jongeren onder en boven de 18 jaar. Dit onderscheid is wel van belang. Ten eerste hanteert de wet deze scheiding (artikel 240a, Wetboek van Strafrecht, zie ook paragraaf 1.6, verwijzing naar de website van de Nationaal Rapporteur Mensenrechten). Ten tweede beginnen jongeren vanaf een jaar of twaalf te experimenteren met seksualiteit. Onderzoeken (Schrijvers & Schuit, 2010; Bakker et al., 2009) laten zien dat het percentage jongeren dat al seks heeft gehad, hoger is naarmate hun opleidingsniveau lager is. Op vmbo-b niveau is het percentage van jongeren dat op 12 en 13-jarige leeftijd seks heeft respectievelijk 4% en 6%. Op 14-jarige leeftijd stijgt dit percentage snel naar 25% en op 15-jarige leeftijd naar 37%. Op 16-jarige leeftijd heeft een meerderheid van de meisjes al ervaring met volwassen seks, veelal met een leeftijdsgenoot. Uit nadere analyses van de monitordata uit 2009 en 2011 zien we dat het meeste seksueel grensoverschrijdende gedrag bij kinderen onder de 18 jaar plaatsvindt in de leeftijdsgroep van 12 tot 18 jaar. Bij de eerste keer geslachtsgemeenschap wordt 3,3% van de meisjes gedwongen en 13,5% van de meisjes overgehaald. ***Dit is vaker het geval wanneer de sekspartner meer dan vijf jaar ouder is, wanneer zij elkaar nog maar kort kennen en/of geen relatie hebben.*** Bovendien geldt: hoe jonger de jongeren zijn bij de eerste keer, hoe hoger deze

percentages. Van de meisjes die tijdens de eerste keer seks 13 jaar of jonger zijn, wordt 33% hiertoe overgehaald of gedwongen. Na die leeftijd neemt dit percentage af (Kuyper et al., 2011). Eén op de vijf à zes meisjes (17,8%) is voor het zestiende jaar weleens gedwongen tot seksuele handelingen met iemand van ongeveer dezelfde leeftijd (Bakker et al., 2009). Uit de onderzoeken is niet af te leiden hoe het zit met seksuele dwang en misbruik door een volwassene.

3. Jongeren met een andere culturele achtergrond

Bij Nederlandse en Marokkaans-, Turks-, Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren van 18 tot 25 jaar is er slechts één onderzoek bekend naar het ervaren van seksueel misbruik in de kindertijd. In dit onderzoek is dat voor het 18e jaar (Okur, 2015, in: Van Berlo & Van Beek, 2015). Daaruit blijkt dat Surinaams-Nederlandse en Turks-Nederlandse jongeren even vaak misbruik rapporteren als Nederlandse jongeren. Terwijl Marokkaanse jongeren juist minder vaak seksueel misbruik meemaken in hun jeugd. Marokkaanse en Turkse meisjes maken minder misbruik mee dan autochtone Nederlandse meisjes.

4. Misbruik in (religieuze) instellingen

De Commissie Deetman (2011, in: Van Berlo & Van Beek, 2015) deed een kwalitatief onderzoek naar seksueel misbruik van, en fysiek en psychisch geweld jegens, minderjarige vrouwen in de Rooms-Katholieke Kerk (RKK) van 1945 tot 2010. De bevindingen van dit onderzoek wijken in hoofdzaak niet af van het eerdere commissieonderzoek naar seksueel misbruik van minderjarigen (jongens en meisjes) in de RKK. Volgens de commissie ging het om tien- tot twintigduizend slachtoffers in internaten en instellingen en in totaal om enkele tienduizenden slachtoffers in de periode 1945 tot 2010. Bij ruim 40% van de onderzochte meldingen van seksueel misbruik van minderjarige vrouwen is er sprake van ernstig seksueel misbruik. Het seksueel misbruik ging in de helft van de gevallen gepaard met fysiek en/of psychisch geweld.

5. Misbruik in de jeugdzorg

De Commissie Samson (2012, in: Van Berlo & Van Beek, 2015) deed onderzoek naar seksueel misbruik in de jeugdzorg. In 2010 waren er, onder de kinderen van 12 tot 18 jaar, van elke 1000 kinderen, in de jeugdzorg, 143 het slachtoffer. Onder de Nederlandse bevolking zijn per 1000 kinderen 74 het slachtoffer. Bij de 143 slachtoffers gaat het vooral om kinderen in de residentiële jeugdzorg en niet zozeer in de pleegzorg. Meisjes zijn vaker slachtoffer dan jongens, en kinderen met een verstandelijke beperking vaker dan normaalbegaafde kinderen. In het onderzoek van Samson zijn aanvullende analyses uitgevoerd naar meldingen van slachtoffers die jonger dan 12 jaar waren ten tijde van het misbruik. Een citaat uit het onderzoeksrapport: 'In 55 procent van de meldingen betreft het misbruik van kinderen die destijds jonger dan 12 jaar waren. Ook hier zijn de aard en gevolgen van het misbruik ernstig te noemen. Binnen de groep melders bij de commissie rapporteren de '12-minners' in vergelijking met de '12-plussers' minder genitale penetratie en meer aanraken van de genitaliën. Er is echter ook gerapporteerd dat de frequentie van het misbruik hoger is en langer duurt. Hoewel we – omdat de groep melders niet representatief is voor alle slachtoffers – daaruit niet mogen concluderen dat meer dan de helft van de gevallen kinderen onder de 12 jaar betreft, lijkt misbruik van dergelijk jonge kinderen frequent voor te komen.'

Bijlage 2 Context van het onderwerp

In deze bijlage schetsen we enkele beleidsontwikkelingen die relevant zijn voor dit dossier.

Recente relevante ontwikkelingen

In 2013 is de Wet Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling in werking getreden. Verschillende sectoren zijn daardoor verplicht om een stappenplan te hebben en te hanteren bij vermoedens van onder andere seksueel geweld in huiselijke kring (Van Beek et al., 2014), zie ook: www.meldcode.nl.

Gemeenten zijn, in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, verantwoordelijk voor de preventie en aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling (zie 1.6), waaronder seksueel geweld.

Gemeenten moeten een zogenaamde 'regiovisie' hebben voor de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarvoor is een format ontwikkeld, waarin wordt vermeld dat seksueel misbruik om een specifieke aanpak vraagt. Dit onder meer door het grote taboe rondom dit onderwerp. Er wordt geadviseerd om professionals te trainen op het interpreteren van signalen en het bespreekbaar maken van het onderwerp (Programma Regio Aanpak Veilig Thuis, 2013).

In oktober 2015 is de campagne 'Signaleren kan je leren' gestart. Daarin wordt aandacht gevraagd voor het opnemen van het onderwerp 'leren signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld' in de lessen van relevante beroepsopleidingen. De campagne is ondersteund door een website (www.signalerenkanjeleren.nl), waarop o.a. lesprogramma's en -materialen te vinden zijn.

In mei 2015 is een project gestart dat streeft naar een landelijke infrastructuur voor multidisciplinaire aanpak van slachtoffers van kindermishandeling, huiselijk en seksueel geweld (vng.nl, geraadpleegd op 15 december 2015). In oktober 2015 is een eerste voorstel besproken met de wethouders van de centrumgemeenten.

Er is een Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen, (www.nationaalrapporteur.nl), een Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik (www.taskforcekinderenveilig.nl) en een Collectief tegen Kindermishandeling (zie www.vng.nl).



Bijlage 3 Wet- en regelgeving

Het onderwerp raakt aan uiteenlopende wet- en regelgeving. De Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen heeft een overzicht gemaakt (www.nationaalrapporteur.nl, geraadpleegd op 7 oktober 2015). In dat overzicht staat onder meer informatie over het Wetboek van Strafrecht, wet- en regelgeving op het gebied van rechten van slachtoffers, de Wet tijdelijk huisverbod, Europese en internationale wetgeving. Daarnaast zijn o.a. de volgende wetten van belang:

- in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) wordt veiligheid gezien als een voorwaarde om te kunnen participeren. Gemeenten zijn door deze wet verantwoordelijk voor de preventie en aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling, waaronder ook seksueel misbruik en seksueel geweld. Zie o.a. dit artikel over de Wmo 2015 (www.movisie.nl, geraadpleegd op 17 juni 2015) of deze ledenbrief van 17 juni 2014 van de VNG over geweld in huiselijke kring en kindermishandeling.
- de Jeugdwet, regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de 'preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen' (<http://wetten.overheid.nl>, geraadpleegd op 17 juni 2015).
- de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (zie: www.meldcode.nl) regelt dat professionals in de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en justitie verplicht zijn de meldcode te gebruiken bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is in november 2015 aangenomen door de Eerste Kamer. In de wet zijn artikelen opgenomen over de bovengenoemde Wet Meldcode en het melden van calamiteiten bij de zorgverlening of bij geweld in de zorgrelatie. Onder 'geweld in de zorgrelatie' wordt o.a. verstaan: het seksueel binnendringen van het lichaam van, of ontucht met, een cliënt (www.eerstekamer.nl, geraadpleegd op 13 november 2015). Hiervoor geldt een meldplicht.

