

Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld

Prevalentie en behandeling

IVA A.E. BICANIC, IRIS M. ENGELHARD & MARIT SIJBRANDIJ

Samenvatting

Ongeveer één op de drie vrouwen en één op de twintig mannen is ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld (variërend van ongewenste aanraking tot verkrachting). Het meemaken van seksueel geweld vormt een risico voor het ontstaan van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en seksuele problemen. PTSS kan effectief worden behandeld met cognitieve gedragstherapie en EMDR. Deskundigen lijken het eens te zijn dat voor de behandeling van seksuele problemen als gevolg van seksueel geweld een traumagerichte behandelaanpak eveneens de voorkeur heeft. Deze aanbeveling sluit aan bij de bevinding dat de ernst van PTSS-klachten de relatie tussen seksueel geweld en seksuele problemen medieert. Er is echter nog weinig onderzoek uitgevoerd naar de behandeling van trauma-geïnduceerde seksuele problematiek. Ook is onbekend in welke mate seksuele problemen kunnen aanhouden na een effectieve behandeling voor PTSS. Begin 2012 werd een multidisciplinair Centrum Seksueel Geweld in Utrecht opgericht, waar slachtoffers direct na het meemaken van seksueel geweld terecht kunnen voor psychologische hulp en medisch(-forensisch) onderzoek. In de toekomst dient deze vroegtijdige interventie op effectiviteit te worden getoetst.

Trefwoorden: seksueel geweld, posttraumatische stressstoornis, seksuele problemen, cognitieve gedragstherapie, cognitieve therapie, EMDR, sekstherapie.

INLEIDING

.....

257

Onder seksueel geweld wordt verstaan ‘alle situaties waarin iemand seksuele handelingen moet ondergaan of uitvoeren, terwijl hij of zij dat niet wil of niet in staat is daarover te beslissen’ (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Er is vaak sprake van een bekende dader, zoals een partner of een familielid. Seksueel geweld kan eenmalig plaatsvinden, maar kan ook een herhaaldelijk of chronisch karakter hebben. We verwijzen in dit artikel naar mensen die seksueel geweld hebben meegemaakt als slachtoffers, omdat het woord ‘slachtoffer’ aangeeft dat het gaat om een ongewilde ervaring (Van Berlo & Mooren, 2009). We zullen een kort overzicht geven van de prevalentie van seksueel geweld en van problemen die slachtoffers kunnen ontwikkelen. Hoewel binnen de onderzoeksliteratuur wordt gesteld dat de problematiek van trauma meer is dan PTSS en er een grote variabiliteit aan klachten bestaat na trauma, wordt in dit artikel vooral ingegaan op (de relatie tussen) seksuele problemen en posttraumatische stressklachten en de implicaties daarvan voor de (cognitief gedragstherapeutische) behandeling. Ten slotte komen recente ontwikkelingen op het gebied van acute opvang na seksueel geweld aan bod.

PREVALENTIE VAN SEKSUEEL GEWELD

.....

De precieze omvang van seksueel geweld is moeilijk in kaart te brengen, omdat schuld, schaamte, angst voor ongeloof en stigmatisering slachtoffers kunnen belemmeren om hun ervaring(en) te onthullen (Crisma, Bascelli, Paci & Romito, 2004). In Nederlands onderzoek van Bakker en collega’s (2009) onder ruim 6000 mannen en vrouwen tussen 15 en 70 jaar gaf 5% van de mannen en 33% van de vrouwen aan ooit seksueel geweld te hebben meegemaakt (meestal voor het zestiende levensjaar), variërend van ongewenste aanraking tot verkrachting. Ongeveer 3% van de mannen en 12% van de vrouwen meldde ooit een verkrachting te hebben meegemaakt. Dit komt redelijk overeen met internationaal onderzoek. Volgens een meta-analyse van 65 artikelen uit 22 landen geeft ongeveer 8% van de mannen en 20% van de vrouwen aan seksueel geweld te hebben meegemaakt voor het achttiende jaar (Pereda, Guilera, Fornis & Gomez-Benito, 2009).

Belangrijke risicofactoren voor het meemaken van seksueel geweld zijn een eerdere PTSS (zie Elwood et al., 2011) en een fysieke of verstandelijke beperking (Kendall-Tackett, Lyon, Taliaferro & Little, 2005). Adolescenten en vrouwen zijn het vaakst slachtoffer van seksueel geweld (Elwood et al., 2011). Verder blijkt dat alcoholgebruik het risico op een *date-rape* vergroot (Erickson, Gittelman & Dowd, 2010). Ongeveer twee van de drie slachtoffers van seksueel geweld worden later opnieuw slachtoffer van seksueel geweld

(zie Classen, Palesh & Aggerwal, 2005). Hier wordt naar verwezen met de term ‘revictimisering’.

Binnen onderzoek wordt meestal niet gedifferentieerd in typen seksueel trauma maar wordt vaak gekeken naar het ‘index trauma’, dat wil zeggen de gebeurtenis(en) die de aanleiding is (of zijn) geweest om bijvoorbeeld hulp te zoeken. In dit artikel worden verschillende soorten seksueel misbruik besproken, waarbij met ‘eenmalig’ wordt verwezen naar een aanranding of verkrachting, met ‘herhaald’ naar meerdere op zichzelf staande gebeurtenissen, terwijl met ‘chronisch’ wordt bedoeld seksueel misbruik gedurende een langere periode door dezelfde perso(o)n(en).

GEVOLGEN VAN SEKSUEEL GEWELD

.....

Negatieve seksuele ervaringen kunnen leiden tot ernstige en langdurige psychische problemen (zoals PTSS, depressie, borderline persoonlijkheidsstoornis of eetstoornissen), seksuele problemen (bijvoorbeeld minder subjectieve seksuele opwinding) en lichamelijke problemen (zoals chronische bekkenpijn) (Maniglio, 2009; Weaver, 2009; Zinzow et al., 2012). Hieronder wordt verder ingegaan op PTSS en seksuele problemen. Naar de impact van seksueel geweld onder jongens en mannen is minder onderzoek gedaan dan naar seksueel geweld onder vrouwelijke slachtoffers, maar ook bij hen is seksueel geweld gerelateerd aan latere psychische problemen (Holmes & Slap, 1998) en risicovol seksueel gedrag, vergeleken met niet-misbruikte jongens (Homma, Wang, Saewyc & Kishor, 2012). Omdat de meerderheid van de daders een man is, kunnen jongens en mannen conflicten ervaren rondom hun beleving van mannelijkheid en seksuele oriëntatie (Holmes & Slap, 1998), hetgeen onthulling van de negatieve ervaring(en) kan bemoeilijken. Daarbij vermoeden en bespreken hulpverleners (mogelijk) seksueel misbruik eerder bij meisjes of vrouwen dan bij jongens of mannen en lijken ze de gevolgen van seksueel geweld bij jongens en mannen te bagatelliseren (Van Berlo & Mooren, 2009).

Posttraumatische stressstoornis

.....

PTSS is een angststoornis die wordt gekenmerkt door drie symptoomclusters: (A) herbelevingen, (B) vermijding en emotionele afstomping, en (C) prikkelbaarheid. De symptomen uit de DSM-IV-TR zijn weergegeven in tabel 1. Er moet sprake zijn van minstens één herbelevingssymptoom, drie symptomen van vermijding en emotionele afstomping en twee prikkelbaarheidssymptomen, die minstens één maand aanhouden en die lijdensdruk en/of functionele beperkingen veroorzaken. Mensen met PTSS lijden ook vaak aan gevoelens van schuld en schaamte, verlies van eigenwaarde en vertrouwen in anderen of de wereld.

TABEL 1 *PTSS-symptomen uit de DSM-IV-TR (APA, 2000)*

A.	<p>Herbelevingen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen 2. recidiverend akelig dromen over de traumatische gebeurtenis 3. handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt 4. intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne en externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken 5. fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
B.	<p>Vermijding en emotionele afstomping</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pogingen om gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden 2. pogingen om activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden 3. onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren 4. duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten 5. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen 6. beperkt uiten van affect 7. gevoel een beperkte toekomst te hebben
C.	<p>Prikkelbaarheid</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. moeite met inslapen of doorslapen 2. prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen 3. moeite met concentreren 4. overmatige waakzaamheid 5. overdreven schrikreacties

Alhoewel de meeste mensen na een trauma in eerste instantie PTSS-symptomen rapporteren, ontwikkelt in het algemeen slechts een minderheid PTSS. Het risico op PTSS is groter en de prognose slechter als het slachtoffer van het vrouwelijk geslacht is, van jongere leeftijd, lage sociaal-economische status, laag opleidingsniveau en IQ, een eerder trauma of stressvolle gebeurtenissen in de jeugd heeft meegemaakt, de gebeurtenis ernstig was, het slachtoffer gebrek aan sociale steun ervaart en eerdere psychiatrische problemen had (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). De ernst van PTSS verschilt per type gebeurtenis en wordt deels verklaard door de ernst van de gebeurtenis (zie bijvoorbeeld Engelhard, Olatunji & de Jong, 2011b). Epidemiologisch

onderzoek onder de algemene bevolking heeft aangetoond dat het risico op het ontwikkelen van PTSS hoger is onder slachtoffers van een geweldsmisdrijf, met name verkrachting (49%) en ander seksueel geweld zoals aanranding (23.7%), dan onder mensen die er getuige van waren dat iemand doodging of ernstig verwond raakte (7.3%), of die een natuurramp (3.8%) of een ernstig auto-ongeluk (2.3%) meemaakten (Breslau et al., 1998). Het is overigens onduidelijk of slachtoffers van herhaald of langdurig seksueel misbruik meer of minder PTSS-klachten rapporteren dan slachtoffers van een eenmalige verkrachting; beide is gevonden (meer klachten: Messman-Moore, Long & Siegfried, 2000; minder klachten: Kaltman, Krupnick, Stockton, Hooper & Green, 2005).

Hoewel PTSS-symptomen voor veel slachtoffers gedurende de eerste maanden na een verkrachting afnemen (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992), ontwikkelt een aanzienlijk deel van hen chronische PTSS. Er is sprake van chronische PTSS wanneer PTSS langer dan drie maanden aanhoudt. Zo bleek onder vrouwelijke slachtoffers van een verkrachting (N = 94) dat 94% na een week ernstige posttraumatische stresssymptomen had, conform de diagnose PTSS. Aangezien hier niet aan het tijds criterium voor PTSS is voldaan, kan men formeel nog niet van een PTSS spreken. Dit percentage nam af tot 65% na één maand en tot 47% na drie maanden. Bij een subgroep die daarna opnieuw werd getest was het percentage dat aan de diagnose PTSS voldeed 42% na zes maanden en 47% na negen maanden (Rothbaum et al., 1992).

Hoe kan de relatief hoge prevalentie van PTSS na seksueel geweld (vergeleken met andere trauma's, zoals een natuurramp, auto-ongeluk of plotseling verlies van een dierbare) worden verklaard? Volgens het cognitieve model van Ehlers en Clark (2000) zou het meemaken van seksueel geweld de fundamentele veiligheidsschema's ten aanzien van de eigen onkwetsbaarheid, betrouwbaarheid van anderen en rechtvaardigheid van de wereld aantasten, hetgeen de kans op PTSS vergroot. Verder is het aannemelijk dat na seksueel geweld naast angst ook afschuw en schaamte meer op de voorgrond staan. Van deze emoties is aangetoond dat zij het risico op PTSS(-klachten) vergroten (zie Brewin et al., 2000; Engelhard et al., 2011b). Ook kan schaamte een slachtoffer belemmeren om de ervaring te delen met anderen, met weinig sociale steun als gevolg, hetgeen tot meer klachten leidt (Brewin et al., 2000; Engelhard, Van den Hout & Vlaeyen, 2003). Ten slotte is bekend dat na seksueel geweld de sociale omgeving en betrokken professionals een slachtoffer verantwoordelijk kunnen houden voor wat er is gebeurd (*blaming the victim*) (Bieneck & Krahé, 2011), wat vervolgens als nieuwe stressor klachten kan veroorzaken of versterken ('secundaire traumatisering') (Campbell, 2008).

Mensen die in hun jeugd aan herhaald of chronisch seksueel misbruik zijn blootgesteld, ontwikkelen soms een klinisch beeld dat in de literatuur 'complexe PTSS' wordt genoemd. Dit zou niet alleen uit PTSS-symptomen bestaan, maar ook onder andere uit affectdisregulatie, dissociatie, proble-

men met zelfbeeld, en interpersoonlijke problemen (Cloitre et al., 2009). Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar het verschil tussen 'gewone' en 'complexe' PTSS.

Seksuele problemen

Veel slachtoffers van seksueel geweld ontwikkelen problemen met intimiteit en seksualiteit. Uit onderzoek van Kedde (2012) onder een grote groep Nederlanders tussen de 15 en 70 jaar blijkt dat seksuele problemen twee keer zo vaak voorkomen bij vrouwen die in hun jeugd seksueel geweld hebben meegemaakt dan bij vrouwen zonder seksueel geweldservaringen. Voorbeelden van het voorkomen van dergelijke seksuele problemen bij deze groep zijn orgasmeproblemen (15%), weinig subjectieve opwinding (15%) en lubricatieproblemen (14%). Ook bij mannen blijkt dat seksuele disfuncties bijna twee keer zo vaak voorkomen wanneer zij voor hun zestiende jaar seksueel geweld hebben meegemaakt vergeleken met mannen zonder seksuele geweldservaringen. Bij hen betreft het met name erectieproblemen (19%), voortijdig orgasme (19%) en problemen met de subjectieve seksuele opwinding (15%) (Kedde, 2012).

Overigens lopen de bevindingen van internationale studies uiteen wat betreft de vraag *welke* seksuele problemen na seksueel geweld domineren. Vrouwen die in hun jeugd slachtoffer zijn geweest van chronisch seksueel misbruik hebben, vergeleken met niet-getraumatiseerden, vaker problemen met het seksueel verlangen en orgasme (Öberg, Fugl-Meyer & Fugl-Meyer, 2002) en meer pijn bij het vrijen (Lutfey, Link, Litman, Rosen & McKinlay, 2008). Ook lijken ze minder tevreden te zijn over hun seksuele leven (Lutfey et al., 2008; Rellini & Meston, 2007, maar zie: Leonard & Follette, 2002). De meeste vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd rapporteren minstens één seksuele disfunctie (Öberg et al., 2002). In de praktijk kunnen hulpverleners reacties tegenkomen bij slachtoffers die enerzijds te maken hebben met vermindering van seks en daaraan gerelateerde pijnlijke herinneringen (wellicht vooral als er een PTSS aanwezig is met herbelevingen), en anderzijds met proactief seksueel gedrag (risicovol seksueel gedrag en preoccupatie met seksualiteit). Zo is er een verband gevonden tussen chronisch seksueel misbruik op jonge leeftijd en verhoogde seksuele activiteit (en meer seksuele partners) in de volwassenheid (Loeb et al., 2002). Over adolescenten met seksuele geweldservaringen in hun jeugd is verder bekend dat zij vaker onveilig vrijen, met het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en ongeplande zwangerschappen (Green et al., 2005). Recent is aangetoond dat ook adolescente slachtoffers van eenmalig seksueel geweld (verkrachting), vergeleken met niet-getraumatiseerden, vaker seksuele problemen en bekkenbodemp Problemen ervaren op jongvolwassen leeftijd (Postma, Bicanic, Vaart & Laan, 2013).

Er zijn verschillende verklaringen voor de aanwezigheid van seksuele problemen na seksueel trauma (bijvoorbeeld Foa & Rothbaum, 1998). Zo kan er door het geweld sprake zijn van een gebrek aan vertrouwen en van vermijding van intimiteit (zie tabel 1, bijvoorbeeld symptoom B2). Ook kan lichamelijk contact nare herinneringen aan het geweld oproepen (symptoom A1) en gevoelens van angst, aversie of walging (A4 en A5). Uit onderzoek blijkt dat aandachtsafleiding (bijvoorbeeld door nare herinneringen) tot minder lichamelijke seksuele opwinding leidt (Van Lankveld, 2012). Verder kunnen emotionele afstomping en interesseverlies (B4, B5 en B6) ten grondslag liggen aan problemen met intimiteit. Dat geldt ook voor prikkelbaarheid en irritaties (cluster C). Ten slotte is van belang dat bij de meeste mensen met PTSS (zo'n 80%) sprake is van comorbide as I stoornissen. Dit is meestal depressie bij vrouwen en alcoholmisbruik bij mannen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Van depressie en angststoornissen is bekend dat ze gerelateerd zijn aan seksuele problemen (Van Lankveld & Grotjohann, 2000).

Gezien het verband tussen seksueel geweld en seksuele problemen is het van belang dat hulpverleners in het diagnostisch gesprek met een slachtoffer vragen naar eventuele seksuele problemen en dat ze bij mensen met seksuele problemen vragen naar blootstelling aan seksueel geweld. Bij de diagnostiek is het verder van belang om details van het seksueel geweld te bevragen, omdat deze ten grondslag kunnen liggen aan de seksuele problemen (Van Berlo, Van Engen & Mooren, 2004). Hierbij dient er rekening mee te worden gehouden dat tijdens de diagnostiek traumatische herinneringen kunnen worden geactiveerd, wat ervoor kan zorgen dat een slachtoffer (tijdelijk) meer herbelevingen en spanningen ervaart.

DE BEHANDELING VAN SEKSUELE PROBLEMEN EN (COMPLEXE) PTSS NA SEKSUEEL GEWELD

.....

Seksuele problemen

.....

Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van seksuele problemen bij slachtoffers van seksueel geweld. Onder deskundigen lijkt er consensus te zijn dat een traumagerichte behandeling prioriteit heeft wanneer seksuele problemen zijn gerelateerd aan seksueel trauma (Basson, Wierman, Van Lankveld & Brotto, 2010). Dit sluit aan bij de bevinding dat PTSS-klachten de relatie tussen seksueel geweld en seksuele problemen medieert (Letourneau, Resnick, Kilpatrick, Saunders & Best, 1996). Dat wil zeggen dat seksuele problemen na seksueel geweld vooral optreden wanneer het slachtoffer ook PTSS-klachten heeft.

In het algemeen wordt verondersteld dat als PTSS effectief wordt behandeld, de seksuele problemen zullen verminderen of verdwijnen. Schnurr

en collega's (2009) vonden hier inderdaad bewijs voor, maar er is meer onderzoek nodig. Twee recente casestudies hebben overigens een succesvolle behandeling van vaginisme na seksueel trauma middels Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) beschreven (De Groot & De Jongh, 2012; Torun, 2010). In de volgende paragraaf zal verder worden ingegaan op de (cognitief gedragstherapeutische) behandeling van PTSS, voorafgegaan door een bespreking van cognitieve modellen van PTSS.

Iemand kan hersteld zijn van PTSS, maar last houden van seksuele problemen. Wanneer seksuele problemen aanhouden, kunnen cognitief gedragstherapeutische technieken (onder begeleiding van een seksuoloog NVVS) en/of aan seksualiteit gerelateerde interventies worden toegepast. Er zijn effectieve cognitieve gedragstherapieën voor de behandeling van de verschillende seksuele disfuncties (zie Van Lankveld, Both & Ter Kuile, 2012), alhoewel niet alle effectstudies methodologisch voldoen aan de daaraan te stellen eisen en de werkzame elementen nog niet bekend zijn (Ter Kuile, Both & van Lankveld, 2010). Het doel van deze interventies is onder andere om het gebruik van adequate seksuele prikkels te stimuleren en intimiteit, lust en de seksuele partnerrelatie te herstellen (zie ook www.seksueledisfuncties.nl). Brown (1995) biedt een overzicht van procedures en technieken die vaak worden toegepast in de behandeling van seksuele problemen bij slachtoffers van seksueel geweld, zoals ontspanningsoefeningen, *guided self-dialogue*, *imagery rehearsal* en *sensate focus*-oefeningen (dat wil zeggen aandacht richten op de lichamelijke beleving). Ook kan bijvoorbeeld worden voorgesteld dat het slachtoffer tijdens het seksueel contact met de partner de ogen openhoudt of de partner laat spreken om daarmee het contact met het hier en nu te behouden.

PTSS

Invloedrijke cognitieve theorieën (bijvoorbeeld Ehlers & Clark, 2000) gaan er net als de hedendaagse conditioneringstheorie (bijvoorbeeld Engelhard, De Jong, Van den Hout & Van Overveld, 2009) van uit dat PTSS geen rechtstreeks gevolg is van de traumatische ervaring, maar van negatieve gedachten en overtuigingen (associaties) die in verband staan met de gebeurtenis en de nasleep daarvan (bijvoorbeeld 'Als ik alleen ben, word ik weer aangerand'; 'Mijn reacties op de gebeurtenis betekenen dat ik gek word'). Dergelijke overtuigingen leiden tot meer angst en vermijdingstrategieën, die het onmogelijk maken die overtuigingen te disconfirmeren en die het gevoel van huidige dreiging in stand houden dat kenmerkend is voor PTSS. Ook wordt verondersteld dat bij cliënten met PTSS de traumatische herinneringen niet goed zijn opgeslagen in het langetermijngeheugen. Nieuwe informatie komt binnen via de zintuigen en kan op twee manieren worden verwerkt: via *data-driven processing* of via *conceptually-driven processing* (zie Engelhard, Kindt & Arntz, 2011a, p. 291). Wanneer een trauma data-driven wordt ver-

werkt, worden met name de fysieke kenmerken opgeslagen (bijvoorbeeld visuele en somatosensorische indrukken). Wanneer een trauma conceptueel-driven wordt verwerkt, wordt er betekenis gegeven aan de in oorsprong zintuiglijke informatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van kennis die al is opgeslagen in het langetermijngeheugen. De oorspronkelijk zintuiglijke informatie kan dan in abstracte vorm worden opgeslagen in het geheugen. Bij mensen met PTSS zou volgens de cognitieve visie (Ehlers & Clark, 2000) te weinig betekenis zijn gegeven aan de oorspronkelijke sensorische informatie, waardoor het traumatisch geheugen actief blijft en zich opdringt in de vorm van herbelevingen ('intrusies'). Het doel van cognitieve gedragstherapie bij PTSS is om deze factoren, indien aanwezig, op te heffen en de cliënt te helpen de traumatische gebeurtenis alsnog te verwerken (Engelhard et al., 2011a; Van Minnen & Arntz, 2011).

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) en EMDR zijn op grond van overtuigende onderzoeksresultaten de voorkeursbehandelingen voor PTSS. Cognitieve therapie is een variant van cognitieve gedragstherapie die minder is onderzocht, maar ook als effectieve behandelmethode wordt aanbevolen (Trimbos, 2011). Deze behandelingen zijn ook effectief met betrekking tot PTSS na verschillende typen seksueel trauma (Leiner, Kearns, Jackson, Astin & Rothbaum, 2012; Resick, Williams, Suvak, Monson & Gradus, 2012; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005). Dat neemt niet weg dat ongeveer een derde van de cliënten onvoldoende baat heeft bij CGT en EMDR (Vickerman & Margolin, 2009). Alhoewel de veronderstelling bestaat dat de slachtoffers van vroeg en chronisch seksueel misbruik minder profiteren van de traumagerichte of directieve behandelingen (Cloitre et al., 2009), is hier geen duidelijk bewijs voor. Er bestaat een protocol van CGT voor adolescenten en jongvolwassenen met PTSS na eenmalig seksueel geweld bestaande uit schrijven en spreken over het trauma en gedragsoefeningen (STEPS-methode; Bicanic & Kremers, 2007). Bij deze behandeling worden de ouders of partner, een arts en een zedenrechercheur betrokken bij de psycho-educatie (zie hieronder). De methode kan groepsgericht of individueel worden toegepast. Een ongecontroleerde studie toonde aan dat PTSS-symptomen sterk afnemen na de groepsbehandeling en dat deze afname na één jaar follow-up stabiel is (Bicanic, De Roos, Van Wesel, Sinnema & Van de Putte, 2014a). Voor deze doelgroep bestaat er ook een online behandelprotocol dat is gebaseerd op 'Interapy' (een effectieve online CGT voor PTSS) (Lange et al., 2003). Een ongecontroleerde studie vond een sterke afname van symptomen na deze behandeling bij adolescente slachtoffers van seksueel geweld (Lange et al., 2011). Er is echter gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek nodig naar de effectiviteit van deze twee laatstgenoemde behandelingen.

Hieronder wordt kort ingegaan op traumagerichte CGT (inclusief exposuretherapie en cognitieve therapie) en EMDR. We zullen de behandelingen toelichten aan de hand van specifieke problematiek als gevolg van seksueel trauma. In een aparte alinea wordt aandacht besteed aan 'complexe PTSS'.

Traumagerichte CGT bij PTSS bestaat in het algemeen uit psycho-educatie, (herhaalde) blootstelling (*exposure*) en herstructurering van disfunctionele cognities ('cognitieve herstructurering').

- 1 *Psycho-educatie*. Als onderdeel van psycho-educatie wordt aan het slachtoffer en, indien gewenst, aan familie en/of partner algemene informatie gegeven over seksueel geweld ('Hoe vaak komt het voor?', 'Wie maken het mee?'). Tevens wordt informatie gegeven over mogelijke reacties van slachtoffers, zoals schuldgevoelens (bijvoorbeeld over het uitblijven van fysiek verzet tegen de dader), schaamte en walging over de eigen lichamelijke reacties tijdens het geweld (zoals lubricatie bij vrouwen of erectie en ejaculatie bij mannen), onzekerheid over de eigen seksuele identiteit, woede richting de dader en/of justitie en ten slotte over angst voor sociale stigmatisering, lichamelijke schade door het geweld of voor herhaling. Daarnaast wordt informatie gegeven over de diagnose en de behandeling. Verder zal de therapeut met de cliënt strategieën bespreken om actuele klachten aan te pakken en informatie geven over lichaamsbeleving, normale seksualiteit en risicovolle situaties. In de psycho-educatie wordt een respectvolle en ontschuldigende bejegening gehanteerd, waarmee beoogd wordt 'blaming the victim' te voorkomen.
- 2 Bij *exposure* wordt de patiënt imaginair of in vivo blootgesteld aan stimuli die gerelateerd zijn aan het trauma en angst oproepen. De werking van exposure wordt voornamelijk verklaard vanuit de '*emotional processing* theorie' (Foa & Kozak, 1986), die ervan uitgaat dat tijdens het trauma een angstnetwerk wordt gevormd in het geheugen, dat bij activatie ontsnapings- en vermijdingsgedrag stimuleert. Door exposure wordt het angstnetwerk geactiveerd zonder dat daarbij vermijdingsgedrag optreedt. Bijvoorbeeld, imaginaire exposure vindt plaats door de traumatische herinnering(en) herhaaldelijk hardop en gedetailleerd in de tegenwoordige tijd te vertellen gedurende 30 tot 60 minuten. Dit verhaal wordt opgenomen op audiotape en het is de bedoeling dat de cliënt er thuis meerdere keren per dag naar luistert (Nederlands protocol: Van Minnen & Arntz, 2011). Door exposure kan extinctie van de angst plaatsvinden en wordt tevens nieuwe, corrigerende informatie opgeslagen. In overeenstemming met de emotional processing theorie is aangetoond dat angstactivatie een belangrijke rol speelt bij de effecten van exposuretherapie (Van Minnen & Hagenaars, 2002).
- 3 *Cognitieve herstructurering*. Cognitieve herstructurering in de behandeling van PTSS na seksueel geweld houdt in dat bepaalde disfunctionele of irreële cognities worden besproken en beïnvloed. Voorbeelden van dergelijke disfunctionele cognities zijn: 'niemand is te vertrouwen', 'ik ben de enige persoon die zoiets vreselijks heeft meegemaakt' of 'ik zal nooit meer een normaal leven hebben'. Bij PTSS kan ook een uitsluitend cognitieve therapie worden aangeboden, die is gericht op de identificatie en aanpassing van disfunctionele opvattingen over zichzelf (bijvoor-

beeld ‘ik ben kwetsbaar’), anderen (‘anderen zijn niet te vertrouwen’) en het trauma (‘het is mijn schuld’) en het integreren van traumatische herinneringen in reeds bestaande schema’s (Ehlers & Clark, 2000). Hierbij worden onder andere de socratische dialoog en gedragsexperimenten gebruikt. Er is een Nederlands protocol voor cognitieve therapie beschikbaar (zie Engelhard et al., 2011a).

Bij de cognitief gedragstherapeutische behandeling van complexe PTSS zou in aanvulling op exposure ook stabilisatie en het aanleren van vaardigheden belangrijk zijn (Dorrepaal et al., 2010). Door Cloitre en collega’s (2010) is een gefaseerde individuele therapie ontwikkeld, die bestaat uit een stabilisatiefase van acht sessies (STAIR) en een opvolgende exposurefase van acht sessies. In de stabilisatiefase worden vaardigheden aangeleerd ter verbetering van de affectregulatie en het interpersoonlijk functioneren. Bij vrouwen met PTSS als gevolg van vroege traumatisering blijkt de combinatie van deze opeenvolgende fases effectiever dan de combinatie van exposure voorafgegaan door *supportive counseling* of de combinatie van een stabilisatiefase met daaropvolgend *supportive counseling* (Cloitre et al., 2010). Echter, in deze studie is geen controlegroep opgenomen die uitsluitend exposure kreeg. Een recente Nederlandse studie (Dorrepaal et al., 2012) bij vrouwen met complexe PTSS vond geen bewijs dat een individueel steunend contact zonder exposure effectiever is wanneer dit wordt aangevuld met een twintig weken durende stabiliserende groepstherapie.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een traumabehandelingmethode die erop gericht is herinneringen aan nare of cruciale gebeurtenissen te laten vervagen (Shapiro, 1995; voor protocol, zie De Jongh & Ten Broeke, 2003). Een centrale component van EMDR is dat de cliënt tijdens het ophalen van een traumatische herinnering (of een mentale representatie waarvan wordt aangenomen dat deze de klachten van de cliënt doen ontstaan of instandhouden) een duale taak doet, zoals oogbewegingen van links naar rechts en terug. Een recente meta-analyse suggereert dat oogbewegingen effectief zijn (Lee & Cuijpers, 2012) en een verklaring hiervoor is dat oogbewegingen het werkgeheugen belasten; wanneer een traumatische herinnering wordt geactiveerd en tegelijkertijd een taak wordt verricht zoals het heen en weer bewegen van de ogen, blijft er minder werkgeheugencapaciteit over voor de herinnering, waardoor deze minder levendig en minder emotioneel beladen wordt (Van den Hout & Engelhard, 2012). Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om een andere betekenis aan de gebeurtenis te geven.

OPVANG EN VROEGTIJDIGE INTERVENTIES

Ten slotte zullen we aandacht besteden aan opvang en vroegtijdige interventies. Inmiddels is bekend dat de ontwikkeling van PTSS niet kan worden voorkomen door korte interventies (zoals 'debriefing'), die onmiddellijk na een trauma gericht zijn op *alle* slachtoffers (Rose, Bisson, Churchill & Wesely, 2002). Zulke algemene interventies kunnen de kans op PTSS zelfs vergroten, vooral bij mensen die veel stressklachten hebben in de eerste weken na de gebeurtenis (Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier & Gersons, 2006). (Inter)nationale richtlijnen bevelen dan ook aan om geen debriefingsgesprekken aan te bieden aan slachtoffers van traumatische ervaringen (Impact, 2007; National Institute of Clinical Excellence (NICE), 2005). In recent onderzoek waarin een online interventie werd getest ter preventie van PTSS, bestaande uit onder andere psycho-educatie en ontspanningsoefeningen, bleven positieve effecten helaas ook uit (Mouthaan et al., 2013). Vroegtijdige behandeling van een acute stressstoornis of acute PTSS met vier tot vijf sessies traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) geeft wel goede resultaten, vergeleken met niets doen of ondersteunende gesprekken (Roberts, Kitchiner, Kenardy & Bisson, 2009).

Aangezien ten aanzien van de preventie van PTSS de aandacht is verschoven van opvang naar (vroegtijdige) behandeling van PTSS, is er toenemende aandacht voor screeningsmethoden om slachtoffers met een verhoogd risico op PTSS vroegtijdig te identificeren. Er zijn hoopvolle resultaten gevonden met de Nederlandse versies van de 22 items tellende Impact of Events Scale-Revised (Mouthaan et al., 2014), de 10 items tellende Trauma Screening Questionnaire (Dekkers, Olf & Näring, 2010) en de 4 item-SPAN (Startle/Physiological arousal/Anger/Numbing; Sijbrandij, Olf, Opmeer, Carlier & Gersons, 2008). Wanneer deze lijsten binnen de eerste maand na de gebeurtenis werden afgenomen bij traumaslachtoffers met ongevalletsel, bleek 80% van de mensen met een verhoogde score zes maanden later inderdaad gediagnosticeerd te kunnen worden met PTSS (sensitiviteit), terwijl 59-72% van de slachtoffers met een verlaagde score geen PTSS had ontwikkeld (specificiteit) (Mouthaan et al., 2014). Wellicht kan screening op PTSS op termijn een onderdeel zijn van PTSS-preventie, met name na gebeurtenissen waarbij het risico op PTSS relatief groot is, zoals seksueel geweld.

Centrum Seksueel Geweld

.....

Slachtoffers van seksueel geweld weten vaak niet waar ze terecht kunnen voor psychologische en medische hulp. De hulp is versnipperd en veel hulpverleners hebben onvoldoende specifieke kennis en ervaring om slachtoffers adequaat te behandelen (Ensink & Van Berlo, 1999; Hoïng, Van Engen, Ensink, Vennix & Vanwesenbeeck, 2003). Gecontroleerd onderzoek naar

het vermoedelijk negatieve gevolg hiervan is niet voorhanden. Om hiaten in de zorg te dichten, werd begin 2012 op initiatief van het Landelijk Psycho-traumacentrum in het UMC Utrecht het Centrum Seksueel Geweld (www.centrumseksueelgeweld.nl) opgericht voor acute slachtoffers van seksueel geweld. In dit centrum werken politie, (forensisch) artsen, verpleegkundigen en psychologen met elkaar samen in de acute fase (korter dan één week na het geweld). Zo heeft het slachtoffer toegang tot een integraal zorgsysteem op één locatie.

Slachtoffers en hun omgeving krijgen in het centrum geen *psychological debriefing*, een gestructureerd opvanggesprek dat wordt gekenmerkt door de expressie van traumagerelateerde emoties. Wel kunnen slachtoffers advies krijgen over (coping met) stressreacties en het mobiliseren van sociale steun. In de eerste vier weken wordt gescreend op acute stressstoornis en PTSS, zodat behandeling snel kan worden ingezet indien nodig. In de eerste twee jaar dat het centrum bestaat, belden 800 slachtoffers de 24-uurslijn, voornamelijk over hulp bij verwerking. Bijna de helft kreeg medische en psychische hulp in het UMC Utrecht (Bicanic, Snetselaar, De Jongh & Van de Putte, 2014b). Wekelijks meldden zich twee slachtoffers van een verkrachting korter dan 72 uur geleden. Onderzoek in de Verenigde Staten van Amerika heeft aangetoond dat gecoördineerde en geïntegreerde zorg de kans op het ontstaan van psychische en medische problemen verkleint en de kans op het veroordelen van de dader verhoogt (Campbell, Patterson & Bybee, 2012). In 2015 zal een landelijk netwerk van dertien Centra Seksueel Geweld operationeel worden. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of ook Nederlandse slachtoffers gebaat zijn met de nieuwe multidisciplinaire samenwerking direct na een verkrachting, en of het ontstaan van psychische en seksuele problemen hierdoor kan worden voorkomen.

DANKWOORD

.....

De auteurs danken Astrid Kremers en Ellen Laan voor hun nuttige commentaar op de paragraaf over (de behandeling van) seksuele problemen.

IVA BICANIC is verbonden aan het Landelijk Psychotraumacentrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

IRIS ENGELHARD is verbonden aan de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht.

MARIT SIJBRANDIJ is verbonden aan de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentieadres: Iva Bicanic, Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht, Huispostnummer KA.00.004.0, Postbus 85090, 3508 EA Utrecht, tel. 088-7554113, e-mail i.a.e.bicanic@umcutrecht.nl

Summary Research suggests that about one out of three women and one out of twenty men have been the victim of sexual assault (varying from unwanted touching to rape). Sexual assault increases the risk of (complex) posttraumatic stress disorder (PTSD) and sexual problems. PTSD can be treated effectively by cognitive behavioural therapy and EMDR. Experts seem to agree that a trauma-focused approach should also be given priority in the treatment of sexual problems as a result of sexual violence. This recommendation is in line with findings showing that the severity of PTSD symptoms mediates the relationship between sexual assault and sexual problems. Only a few published studies so far have focused on the trauma-focused treatment of sexual problems. Early in 2012, a multidisciplinary Sexual Assault Center was founded to provide psychological support and medical (-forensic) exam to victims directly after sexual assault. Future studies should examine the effectiveness of these early interventions.

Keywords: *sexual violence, post traumatic stress disorder, sexual problems, cognitive behavioral therapy, cognitive therapy, EMDR, sex therapy.*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H. & Wijssen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Basson, R., Wierman, M.E., Lankveld, J. van & Brotto, L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunction in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1pt2), 314-326.
- Berlo, W. van, Engen, A. van & Mooren, T. (2004). Behandeling van slachtoffers van seksueel geweld. In: L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (red.), *Seksuologie* (pp. 461-480). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berlo, W. van & Mooren, T. (2009). Seksueel geweld: Gevolgen en behandeling. In: L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (red.), *Seksuologie* (pp. 419-436). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bicanic, I. & Kremers, A. (red.). (2007). *STEPS: Cognitieve gedragstherapie bij post traumatische stress stoornis na eenmalig seksueel geweld*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bicanic, I., Roos, C. de, Wesel, F. van, Sinnema, G. & Putte, E. van de (2014a). Cognitive Behavior Group Therapy (STEPS) for adolescent girls with rape-related PTSD and their parents. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 22969. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.22969>
- Bicanic, I. Snetselaar, Jongh, A. de & Putte, E. van de (2014b). Victim's use of professional services in a Dutch Sexual Assault Center. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 23645. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23645>
- Bieneck, S. & Krahe, B. (2011). Blaming the victim and exonerating the perpetrator in cases of rape and robbery: Is there a double standard? *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1785-1797.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.

- J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Brown, J. (1995). Treating sexual dysfunction in survivors of sexual abuse and assault. In: M. Hunter (Ed.), *Adult survivors of sexual abuse: Treatment innovations* (pp. 21-42). London: Sage.
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims. *American Psychologist, 63*(8), 702-717.
- Campbell, R., Patterson, D. & Bybee, D. (2012). Prosecution of adult sexual assault cases: A longitudinal analysis of the impact of a sexual assault nurse examiner program. *Violence Against Women, 18*(2), 223-244.
- Classen, C.C., Palesh, O.G. & Aggerwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse, 6*(2), 103-129.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., Kolk, B. van der, 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*(5), 399-408.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., ... Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-924.
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D. & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: Fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse and Neglect, 28*(10), 1035-1048.
- Dekkers, A.M.M., Olf, M. & Näring, G.W.B. (2010). Identifying persons at risk for PTSD after trauma with TSQ in the Netherlands. *Community Mental Health Journal, 46*(1), 20-25.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., Balkom, A.J. van, Dyck, R. van, Veltman, D.J. & Draaijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex post traumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse and Neglect, 34*(4), 284-288.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., Balkom, A.J. van, Veltman, D.J., Hoo-gendoorn, A.W. & Draaijer, N. (2012). Stabilizing group treatment for complex post traumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(4), 217-225.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- Elwood, L.S., Smith, D.W., Resnick, H.S., Gudmundsdottir, B., Amstadter, A.B., Hanson, R.F., ... Kilpatrick, D.G. (2011). Predictors of rape: Findings from the National Survey of Adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 24*(2), 166-173.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den & Vlaeyen, J.W.S. (2003). The sense of coherence, crisis support, and post-traumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behavioral Medicine, 29*(2), 80-84.
- Engelhard, I.M., Jong, P.J. de, Hout, M.A. van den & Overveld, M. van (2009). Expectancy bias and the persistence of posttraumatic stress. *Behaviour Research and Therapy, 47*(10), 887-892.
- Engelhard, I.M., Kindt, M. & Arntz, A. (2011a). Behandeling van posttraumatische stress-stoornis. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk* (pp. 289-319). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Engelhard, I.M., Olatunji, B.O. & Jong,

- P.J. de (2011b). Disgust and the development of posttraumatic stress among soldiers deployed to Afghanistan. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 58-63.
- Ensink, B. & Berlo, W. van (1999). *Indringende herinneringen: De ontwikkeling van klachten na een verkrachting*. Delft: Eburon.
- Erickson, M.J., Gittelman, M.A. & Dowd, D. (2010). Risk factors for dating violence among adolescent females presenting to the pediatric emergency department. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 69(4), 227-232.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.A. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Green, B.L., Krupnick, J.L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C. & Petty, R. (2005). Effects of adolescent trauma exposure on risky behaviour in college women. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68(4), 363-378.
- Groot, J. de & Jongh, A. de (2012). EMDR behandeling van PTSS na seksueel misbruik bij een vaginistische vrouw: Een casus. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 197-199.
- Hoïng, M., Engen, A. van, Ensink, B., Vennix, P. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld*. Delft: Eburon.
- Holmes, W.C. & Slap, G.B. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280(21), 1855-1862.
- Homma, T., Wang, N. Saewyc, E. & Kishor, N. (2012). The relationship between sexual abuse and risky sexual behaviour among adolescent boys: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 18-24.
- Hout, M.A. van den & Engelhard, I.M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724-738.
- Impact (2007). *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen*. Utrecht: Uitgeverij Trimbos-instituut.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kaltman, S., Krupnick, J., Stockton, P., Hooper, L. & Green, B.L. (2005). Psychological impact of types of sexual trauma among college women. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 547-555.
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: Prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Kendall-Tackett, K., Lyon, T., Taliaferro, G. & Little, L. (2005). Why child maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies. *Child Abuse and Neglect*, 29(2), 147-151.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L. & Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Kuile, M.M. ter, Both, S. & Lankveld, J.J. van (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595-610.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.P. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M., (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the

- standardized treatment of post-traumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Lange, A., Ruwaard, J., Schrieken, B., Haas, S. de, Broeksteeg, J., Renteria Agirre, A. & Kuyper, A. (2011). Online behandeling van seksueel misbruikte adolescenten: Ethische dilemma's en resultaten van een geprotocolleerde trial. *Directieve Therapie*, 31(3), 259-279.
- Lankveld, J.J.D.M. van (2012). *Het onbewuste in de klinische psychologie opnieuw beschouwd: Onbewust onbekwaam?* Heerlen: Open Universiteit.
- Lankveld, J.J. van, Both, S. & Kuile, M. ter (2012). Cognitieve gedragstherapie bij seksuele disfuncties van vrouwen en mannen: Een overzicht. *Gedragstherapie*, 45(2), 155-184.
- Lankveld, J.J. van & Grotjohann, Y. (2000). Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the Composite International Diagnostic Interview. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 479-498.
- Lee, C.W. & Cuijpers, P. (2012). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001
- Leiner, A.S., Kearns, M.C., Jackson, J.L., Astin, M.C. & Rothbaum, B.O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 317-321.
- Leonard, L.M. & Follette, V.M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 346-388.
- Letourneau, E.J., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. & Best, C.L. (1996). Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Behavior Therapy*, 27(3), 321-336.
- Loeb, T.B., Williams, J.K., Carmona, J.V., Rivkin, I., Wyatt, G.E., Chin, D. & Asuan-O'Brien, A. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 307-345.
- Lutfey, K.E., Link, C.L., Litman, H.J., Rosen, R.C. & McKinlay, J.B. (2008). An examination of the association of abuse (physical, sexual or emotional) and female sexual dysfunction: Results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertility and Sterility*, 90(4), 957-964.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Messman-Moore, T.L., Long, P.J. & Siegfried, N.J. (2000). The revictimization of child sexual abuse survivors: An examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreatment*, 15(5), 18-27.
- Minnen, A. van & Arntz, A. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis: (Imaginaire) exposure. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten I*. Amsterdam: Boom Cure and Care.
- Minnen, A. van & Hagenaars, M.A. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 359-367.
- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Reitsma, J.B., Gersons, B.P. & Olff, M. (2014). Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. *PloS one*, 9(5), e97183.

- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Vries, G.J. de, Reitsma, J.B., Schoot, A.G.J. van de, Goslings, J.C., ... Olff, M. (2013). Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8): e165.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: NICE. Retrieved from www.nice.org.uk/CG026NICEguideline
- Öberg, K., Fugl-Meyer, A.R. & Fugl-Meyer, K.S. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 329-341.
- Pereda, N., Guilera, G., Fornis, M. & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- 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*. doi: 10.1111/jsm.12196
- Rellini, A. & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1312-1321.
- Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M. & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for post traumatic stress disorder among female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210.
- Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J. & Bisson, J. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 293-301.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000560.
- Rothbaum, B., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616.
- Rothbaum, B., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455-475.
- Schnurr, P.P., Lunney, C.A., Forshay, E., Thurston, V.L., Chow, B.K., Resick, P.A. & Foa, E.B. (2009). Sexual function outcomes in women treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Women's Health*, 18(10), 1549-1558.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocol and procedures*. New York: Guilford Press.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Opmeer, B.C., Carlier, I.V. & Gersons, B.P. (2008). Early prognostic screening for post-traumatic stress disorder with the Davidson Trauma Scale and the SPAN. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1038-1045.
- Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V. & Gersons, B.P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189(2), 150-155.
- Torun, F. (2010). Treatment of vaginismus with EMDR: A report of two cases. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 243-248.
- Trimbos (2011). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (tweede revisie). Behandeling - Posttraumatische stressstoornis (PTSS) (versie 2009)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vickerman, K.A. & Margolin, G. (2009).

- Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 431-448.
- Weaver, T.L. (2009). Impact of rape on female sexuality: Review of selected literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(4), 702-711.
- Zinzow, H.M., Resnick, H.S., McCauley, J.L., Amstadter, A.B., Ruggiero, K.J. & Kilpatrick, D.G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 893-902.