

ARTIKEL

Seksueel-misbruikslachtoffers: Hoe vergaat het hen in de ggz?

Tevredenheid van cliënten met een misbruikgeschiedenis over hun behandeling in de ggz

Janneke Brederveld, Mark Hommes, Willy van Berlo, Ciel Wijsen, Jacques van Lankveld

Samenvatting

Dit onderzoek peilde de tevredenheid van mensen met een misbruikgeschiedenis over de behandeling die zij na 2007 in de ggz in Nederland hebben gehad. Driekwart van de 216 respondenten gaf een voldoende rapportcijfer of meer. Er bleek een significant verband tussen ernst van de problematiek en tevredenheid over de behandeling; mensen met ernstiger problematiek waardeerden hun behandeling lager. Er werd geen verband gevonden tussen problemen rond automutilatie/suicide en tevredenheid over de behandeling. Mensen bij wie in de behandeling aandacht werd besteed aan verwerken van hun misbruikervaringen waren positiever over hun behandeling dan wanneer dit niet gebeurde. Dit was ook het geval naarmate de hulpverlener vriendelijker was en meer respectvol, de communicatie binnen de behandeling beter verliep en de behandeling meer rust, geruststelling en steun bood.

J. Brederveld, MSc, psycholoog, Open Universiteit, Heerlen.

Dr. M. Hommes, psycholoog, universitair docent, Open Universiteit, faculteit Psychologie en Onderwijswetenschappen, Heerlen.

Drs. W. van Berlo, psycholoog, coördinator nationale programma's, Rutgers, Utrecht.

Dr. C. Wijsen, sociaal psycholoog en demograaf, manager onderzoek/research, Rutgers, Utrecht.

Prof.dr. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog, psychotherapeut, seksuoloog NVVS, hoogleraar Klinische Psychologie, Open Universiteit, faculteit Psychologie en Onderwijswetenschappen, Heerlen. **Email** ■ jacques.vanlankveld@ou.nl

Treatment satisfaction of childhood sexual abuse survivors in mental health care

Abstract

This study aimed to explore the level of treatment satisfaction of adults who experienced sexual abuse in their childhood in The Netherlands. The study focused on treatment received after 2007. Two hundred and sixteen respondents participated in this study. The marks for their treatment varied from 0 to 10. 75% assessed their treatment as adequate. A correlation was found between symptom severity and satisfaction with the treatment. More or more severe symptoms were related to less satisfaction with treatment. No correlation was found between self-injurious/suicidal behavior and satisfaction with treatment. Treatment that worked through the traumatic experiences was perceived as more positive. Furthermore, people were more satisfied when the counsellor was more friendly and respectful, when communication in the treatment was better, and when the treatment provided reassurance and support.

Inleiding

In de wetenschappelijke literatuur van de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw werd geschreven over de onbevredigende opvang binnen de psychiatrische hulpverlening van vrouwen met een geschiedenis van seksueel-misbruik. Die onbevredigende opvang gold met name voor patiënten met ernstige dissociatieve problematiek en patiënten met verstoringen in de affectregulatie, zoals zelfbeschadigend gedrag (Chu, 1988, 1998; Feldman, 1988; Herman, 1993).

De afgelopen decennia is er veel onderzoek gedaan naar de gevolgen van misbruik in de kindertijd en naar de behandeling van volwassenen met een achtergrond van seksueel misbruik (o.a. Bluhm e.a., 2009; Brand e.a., 2009, 2012; Briere, 2002; Cloitre e.a., 2010, 2012; Cohen, 2008; Courtois, 2004, 2010; Dorrepaal e.a., 2010, 2012; Draper e.a., 2008; Jepsen e.a., 2014; Myrick e.a., 2012; Nicolai, 2008; Resick e.a., 2012; Van der Kolk, 2001). De Savornin Lohman en Van Lonkhuijsen (1996) en Höing en anderen (2003) concludeerden dat met name de behandelingsmogelijkheden voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers tekort schoot. In de afgelopen jaren is er bij de Nederlandse overheid en binnen de ggz toenemend aandacht geweest voor het ontwikkelen van beleid, zoals het propageren van evidencebased behandelingen en het standaard vragen naar seksueel geweld bij de intake. Ook werden in 2007 vijf Top Referente Centra voor Chronische Traumatisering in de Kindertijd (TRTC's) opgericht om het behandelaanbod te verbeteren voor mensen die lijden onder de gevolgen van vroegkinderlijke chronische traumatisering. Heeft alle aandacht voor het onderwerp seksueel misbruik geleid tot tevredenheid bij cliënten over

de hulpverlening door de ggz in Nederland? In een samenwerkingsproject van de Open Universiteit en Rutgers, kenniscentrum seksualiteit, is het huidige onderzoek opgezet waarin beoogd werd een antwoord op deze vraag te geven.

Om welke problematiek gaat het?

Een definitie geven van 'seksueel misbruik in de kindertijd' is niet eenvoudig: seksueel misbruik kan variëren van één incident tot jarenlang herhaald misbruik, en van confrontatie met exhibitionisme tot daadwerkelijk onvrijwillig seksueel contact in verschillende gradaties (Alexander, 1992; Fry, 1993; Herman, 1981). In dit onderzoek is aangesloten bij de definitie die in andere onderzoeken het meest gangbaar is: onvrijwillige seksuele gedragingen waaronder zowel diverse vormen van fysiek seksueel contact vallen (zoals betasting van geslachtsorganen, orale seks en gemeenschap) als seksueel gedrag zonder fysiek contact (zoals exhibitionisme), met een slachtoffer jonger dan 18 jaar en een dader die vijf of meer jaar ouder is dan het slachtoffer, of een kleiner leeftijdsverschil dan vijf jaar waarbij fysieke dwang is gebruikt (o.a. Briere, 2004; Briere & Rickards, 2007; Cloitre e.a., 2002, 2004; Cohen, 2008; Ginzburg e.a., 2006; Wright, Collinsworth, & Fitzgerald, 2010).

Gevolgen van seksueel misbruik die in de volwassenheid vaak worden gemeld, zijn posttraumatische-stressstoornis (PTSS), somatisatie, dissociatie, problemen met de affect- of impulsregulatie (waaronder automutilatie en suïcide), problemen in de zelfwaarneming, problemen in de relaties met anderen, verstoringen in zingeving (geen toekomst zien voor zichzelf) en depressie (Alpert, Brown & Courtois, 1998; Briere & Runtz, 1987, 1993; Cogle, e.a., 2009; Courtois, 2004, 2010; Courtois & Ford, 2009; Ford e.a., 2006; Herman, 1993; Maniglio, 2009).

Bij een posttraumatische-stressstoornis na een enkelvoudig trauma in de volwassenheid, zoals verkrachting, is er in de literatuur overeenstemming over de meest effectieve behandeling: leren hanteren van angst, confrontatie met het trauma en cognitieve herstructurering (Cohen, 2008; Courtois, 2004; Foa, Davidson, & Frances, 1999; Foa e.a., 2009). Er is echter nog weinig kennis over wat de beste therapie is bij herhaalde en langdurige trauma's in de kindertijd zoals traumatisering door seksueel misbruik (Chard, 2005; Chu, 1998; Cohen, 2008; Cloitre e.a., 2002; Draijer, 2008; Foa e.a., 2009). Pas de laatste jaren komen er gegevens uit wetenschappelijk onderzoek naar het behandelen hiervan (Cloitre e.a., 2010, 2012; Dorrepaal e.a., 2010, 2012; Jepsen e.a., 2014; Rosenkranz & Muller, 2011). Ondanks het gebrek aan eenduidige onderzoeksuitkomsten is er wel enige klinische consensus over de beste behandeling. Deze bestaat uit een gefaseerde behandeling in drie fasen: (1) een stabilisatiefase, (2) een verwerkingsfase waarin gebruik wordt gemaakt van exposure, EMDR, *cognitive processing therapy* en/of behandeling vanuit Briere's *self-trauma model*, en (3) een reïntegratiefase (Bisson e.a., 2007; Briere, 2002, 2006; Briere & Scott, 2006; Chard, 2005; Dass-Brailsford, 2007; Ehlers e.a., 2005; Foa, Davidson, & Frances, 1999; Harvey, Bryant, & Tarrrier, 2003; Herman, 1993; Marks e.a., 1998; Moreno-Alcázar e.a., 2017; Resick e.a., 2002, 2008; Rogers & Silver, 2002; Shapiro, 2002; Tarrrier e.a., 1999; Van der Kolk, 2001, Van der Kolk e.a., 2007; Wright, Collinsworth & Fitzgerald, 2010; Zoellner e.a., 2011).

Het nut van een stabilisatiefase is in een recent onderzoek overigens ter discussie gesteld (Bicanic, De Jongh & Ten Broeke, 2015; De Jongh e.a., 2016).

Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek

Dit onderzoek had als doel om te weten te komen hoe tevreden mensen met een misbruik-geschiedenis nu zijn over hun behandeling en om aanbevelingen te doen voor verbetering als er knelpunten in de behandeling zouden worden gevonden. De onderzoeksvragen luiden als volgt.

- 1 Hoe tevreden zijn volwassen patiënten in de huidige ggz met psychiatrische proble-matiek ten gevolge van een geschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd over hun behandeling?
- 2 Is er verschil in de tevredenheid over de zorg tussen cliënten met ernstiger problematiek en cliënten met minder ernstige problematiek, en tussen cliënten die automutileren en/of herhaalde suïcidepogingen doen en cliënten die dat niet doen?
- 3 Welke kenmerken van de behandeling hangen samen met de tevredenheid over die behandeling?

Omdat er geen mogelijkheid is voor directe vergelijking van de huidige onderzoeksge-gevens met eerder gepubliceerd onderzoek is niet gekozen voor een hypothesetoetsende, maar voor een exploratieve onderzoeksopzet.

Methode

Respondenten

De onderzoekspopulatie bestond uit volwassenen met een geschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd die in de afgelopen jaren (vanaf 2007 tot 2017) onder behan-deling zijn geweest in de ggz, ambulante of intramuraal. De aard en inhoud van de misbruik-ervaring(en) hoefde bij aanmelding voor de behandeling niet genoemd te zijn.

Procedure

Het onderzoek is opgezet als een cross-sectioneel surveyonderzoek. Participanten zijn geworven op diverse internetfora die zich richten op slachtoffers van seksueel misbruik, op mensen met PTSS en bij cliëntenorganisaties. Voorbeelden hiervan zijn Stichting Revief, Skip, Stichting Lotgenoten Incest Slachtoffers, seksueelgeweld.nl, Stichting Caleidoscoop, stichting Geheim Geweld en Landelijke Stichting Zelfbeschadiging. Ook zijn verscheidene psychotherapeuten en ggz-instellingen benaderd met de vraag of zij via een nieuwsbrief, Facebook of Twitter hun cliënten wilden attenderen op het onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van een vragenlijst die via internet was in te vullen. Deze was opengesteld van november 2015 tot januari 2017, in totaal gedurende 13 maanden.

Meetinstrumenten

Samenstelling van de vragenlijst

De online vragenlijst bestond uit vragen over beginklachten (de Trauma Symptom Checklist-40 en een PTSS-vragenlijst), vragen over het misbruik dat de respondenten hadden meegemaakt (vrijwel gelijk aan de vragenlijst van Höing e.a., 2003), en vragen over de laatste ondergane behandeling. Ook werd een aantal algemene vragen gesteld, zoals vragen naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

Vragen over beginklachten

Er werd gevraagd naar klachten in de situatie voorafgaande aan de behandeling. Hoewel retrospectieve beoordeling vertekening kan geven, had dit toch de voorkeur boven vragen naar het huidige klachtenniveau, omdat zo kon worden voorkomen dat mensen met ernstige problematiek die veel baat hebben gehad bij de behandeling in dezelfde groep terecht zouden komen als mensen met minder ernstige problematiek.

In dit onderzoek werd hiervoor gebruik gemaakt van de *Trauma Symptom Checklist-40* (TSC-40) (Briere & Runtz, 1989; Elliot & Briere, 1992) en van een PTSS-vragenlijst. Voor een index van de ervaren ernst van de problematiek van de respondent zijn de scores van de TSC-40 en van de PTSS-vragenlijst opgeteld.

De TSC-40 is speciaal gericht op de problematiek van mensen met een geschiedenis van seksueel misbruik. Het is geen diagnostisch instrument maar geeft een indicatie van relevante aanwezige symptomen en de ernst ervan. De TSC-40 bestaat uit veertig vragen en bevat de subschalen Dissociatie, Angst/Somatisatie, Depressie, Index voor seksueel misbruik, Slaapproblemen, Seksuele problemen en een totaalscore die de ernst van de problematiek aangeeft. De vragen worden gescoord met '0 = nooit' en '3 = vaak'. Een hogere score geeft ernstiger problematiek aan.

De gebruikte PTSS-vragenlijst is een vertaling van de PTSD CheckList–Civilian Version (PCL-C; Conybear e.a., 2012; National Center for PTSD – Behavioral Science Division, 1994) en is gebaseerd op de 17 criteria voor PTSS volgens DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Bij de items die wellicht niet helemaal duidelijk waren voor de respondent zijn in dit onderzoek voorbeelden gegeven die ook gebruikt zijn in de vragenlijst van Höing en collega's (2003). Het item over slaapproblemen is weggelaten, omdat hiernaar al wordt gevraagd in de TSC-40. In dit onderzoek bestaat de PTSS-vragenlijst daardoor uit 16 vragen. Deze vragen worden gescoord van '0 = niet' tot '4 = erg veel'. Een hogere score geeft ernstiger problematiek aan.

Vragen over zelfbeschadiging en suïcide

Daarnaast is gevraagd of men zichzelf voor of tijdens de behandeling heeft beschadigd of suïcidepogingen heeft gedaan. Aangezien in de TSC-40 alleen wordt gevraagd naar 'de drang om zichzelf te beschadigen', zijn hierover apart vragen gesteld. Bij de items over

dit onderwerp is gescoord volgens $a = 2$, $b = 1$, $c = 0$ ('Hebt u uzelf tijdens deze therapie/opname wel eens beschadigd?' a. Ja, meerdere keren b. Ja, één keer c. Nee, ik heb dat tijdens deze behandeling niet gedaan). De optelsom van deze vier items is gebruikt als index van automutilatie en suïcidepogingen.

Vragen over misbruikervaringen

Voor het uitvragen van het misbruik in de kindertijd van de respondent is een vragenlijst gebruikt die is gebaseerd op de betreffende vragen in het onderzoek van Höing en collega's (2003). Het eerste item in dit onderzoek, de vraag of de respondent te maken heeft gehad met seksueel misbruik dan wel verkrachting als volwassene dan wel mishandeling door een partner, is in het huidige onderzoek vervangen door de vraag: 'Hebt u voor u 18 jaar was, wel eens meegemaakt dat iemand iets seksueels met u deed terwijl u dat niet wilde?' Er zijn twee vragen toegevoegd die niet in de vragenlijst van Höing en anderen voorkomen, namelijk hoe vaak het misbruik heeft plaatsgevonden en met wie men over het misbruik heeft gepraat. Eén item uit de vragenlijst van Höing en anderen dat vraagtekens oproep (een item over de mate van dwang en andere manieren waarop de dader het misbruik kon laten plaatsvinden) is vervangen door een soortgelijke maar duidelijker vraag uit *Seksuele gezondheid in Nederland* (Bakker & Vanwesenbeeck, 2006; Bakker e.a., 2009; Wijzen & De Haas, 2011), een bevolkingsonderzoek onder een representatieve landelijke steekproef onder de volwassen bevolking ('Heeft de dader weleens de volgende dingen gedaan om seks met u te kunnen hebben?' Hierna volgen 12 mogelijke gedragingen waarmee dwang kan worden uitgeoefend).

Beoordelvragen over de behandeling

De vragen over de beoordeling van de behandeling zijn gebaseerd op in de literatuur beschreven behandelingen van de problematiek die voortkomt uit seksueel misbruik. Naast onderdelen van de behandeling (waaronder psycho-educatie, mindfulness, cognitieve therapie, EMDR) werd gevraagd naar uitvoeringsaspecten van de behandeling (zoals wachttijden, frequentie gesprekken, bespreken behandelplan) en behandelrelatie (zoals begrip, geruststelling en steun, respect).

De opgetelde antwoordscores van de beoordelvragen over de behandelrelatie (zie [tabel 1a](#)) vormen samen de variabele 'Evaluatie behandelrelatie'. De interne consistentie hiervan bleek hoog te zijn (Cronbach's $\alpha = 0,91$). De totaalscore van de uitvoeringsvragen is gebruikt als 'Evaluatiescore voor uitvoeringsaspecten' (zie [tabel 1b](#)). De interne consistentie hiervan bleek goed te zijn (Cronbach's $\alpha = 0,77$). Items werden gescoord op een 4-puntsschaal, bijvoorbeeld 'Hebt u het gevoel dat u een compleet beeld hebt kunnen geven van uw geschiedenis?' (a. Ja, zeker; b. Ja, redelijk; c. Een beetje; d. Nee, eigenlijk niet). Een aantal items had een ander antwoordschema, bijvoorbeeld 'Is er een behandelplan met u besproken?' (a. Ja; b. Nee; c. Dat weet ik niet meer). De antwoorden zijn gecodeerd zodat een hogere uitkomst overeenkomt met een positievere evaluatie van de behandeling.

Tabel 1a Samenstellende vragen evaluatiescore behandelrelatie

Kreeg u geruststelling en steun?

Ten u makkelijk bellen met of aankloppen bij uw behandelaar?

Was de therapeut vriendelijk?

Was de therapeut respectvol?

Voelde u zich begrepen?

Tabel 1b Samenstellende vragen evaluatiescore uitvoeringsaspecten behandeling

Moest u lang wachten voor hulp?

Hoe vaak had u gesprekken?

Verliepen de gesprekken ongestoord?

Werd er gesproken over bescherming tegen uzelf?

Was er begrip voor zelfbeschadiging/suicidaal gedrag?

Was er aandacht voor de veiligheid van anderen?

Werd er gevraagd naar seksueel misbruik?

Heeft u een compleet beeld van uw geschiedenis kunnen geven?

Werd u geloofd?

Is er een vragenlijst met symptomen afgenomen?

Werden de belangrijkste symptomen besproken?

Heeft u een diagnose gekregen?

Heeft u een lichamelijk onderzoek gehad?

Werd het behandelplan besproken?

Werd tijdens de behandeling besproken of doelen nog klopten?

Werd u gevraagd wat u zelf nodig vond?

Vond u het een probleem om met meerdere behandelaars te praten?

Daarnaast werd gevraagd hoeveel positieve en hoeveel negatieve ervaringen de respondent had tijdens de therapie en of de behandeling tot vermindering van symptomen had geleid. Ten slotte is de respondenten gevraagd om in een rapportcijfer (1-10) uit te drukken hoe tevreden zij over de behandeling waren. Aan het eind van de vragenlijst werd een aantal open vragen gesteld.

Resultaten

Kenmerken van de respondenten en beschrijvende gegevens

Aan het onderzoek deden 263 respondenten mee die de vragenlijst (vrijwel) volledig invulden. Van hen vielen 216 binnen de doelgroep, waarvan 200 vrouwen, 15 mannen en

één persoon die 'anders' bij geslacht had ingevuld. De belangrijkste exclusieredenen waren behandeling buiten Nederland en behandeling vóór de periode waarop het onderzoek was gericht. De leeftijd van de respondenten varieerde van 18 tot 72 jaar, met een gemiddelde van 40 jaar. De behandeling die het meest voorkwam was ambulante therapie bij een ggz-instelling (45%) gevolgd door ambulante therapie bij een vrijgevestigde therapeut (32%). Dagbehandeling en opname met therapie vormden respectievelijk 6% en 5%, crisisopname 2% en 'andere' 10%. Bij 'andere' noemden verscheidene mensen haptotherapie/ lichaamsgerichte therapie.

De gemiddelde duur van de ambulante behandeling was ongeveer 4,5 jaar (waarbij een deel van deze behandelingen nog niet was afgerond) en varieerde van een halve maand tot 33 jaar. De respondenten waren afkomstig uit alle provincies, met de hoogste aantallen uit Zuid-Holland (21%), Noord-Brabant en Gelderland (beide 16%).

Respondenten die ambulante waren behandeld bij een vrijgevestigde therapeut hadden significant lagere aanvangsklachten dan respondenten die ambulante in een ggz-instelling waren behandeld en dan respondenten in (dag)opname ($F(2,177) = 13,2; p < 0,001$).

Respondenten die ambulante in een ggz-instelling waren behandeld hadden ook een lagere totaalscore op de TSC/PTSS-lijsten dan opgenomen respondenten.

Misbruikervaringen

Wat opviel bij de beschreven misbruikervaringen was de jonge leeftijd waarop het misbruik begon: 54% was jonger dan 7 jaar, 83% was jonger dan 12 jaar. Ook de ernst en de gewelddadigheid van het misbruik dat de respondenten beschreven vielen op. Bij 70% was er sprake van binnendringen in de mond, bij 83% van binnendringen in vagina of anus. Respondenten noemden nog veel andere handelingen die hen zijn overkomen, zoals bekijken in de badkamer, slaan, vastbinden, opsluiten, sm-seks, groepsverkrachting, het maken van beeldmateriaal/kinderporno en moord op een zusje. Bij 68% van de respondenten gebruikte de dader geweld bij het misbruik. Bij 55% van de respondenten waren er meerdere daders. Het misbruik duurde lang, 40% was ouder dan 16 toen het stopte, bij 2% vond het misbruik nog steeds plaats ten tijde van het onderzoek.

Tevredenheid over de behandeling

De tevredenheid van de respondenten liep sterk uiteen: de uitgedeelde rapportcijfers varieerden van 0 tot 10. Driekwart gaf een voldoende, het gemiddelde was een 6,8 met een standaarddeviatie van 2,4. Het meest gegeven cijfer was een 8. Respondenten die behandeld waren door een vrijgevestigde therapeut gaven als rapportcijfer gemiddeld een 7,4, mensen die ambulante behandeld waren bij een ggz-instelling een 6,5 en respondenten met een (dag)opname een 6,3. Mannen gaven de behandeling gemiddeld een lagere beoordeling dan vrouwen, respectievelijk 5,9 en 6,9.

Zeventien procent van de respondenten rapporteerde veel negatieve ervaringen in de therapie, 33% veel positieve ervaringen. Van de respondenten rapporteerde 68% dat hun symptomen verbeterd waren, 32% dat hun symptomen niet verbeterd waren of zelfs

slechter waren geworden. Tweeënveertig procent antwoordde dat zij veel rust, geruststelling en steun hadden ervaren in de behandeling, 23% dat zij dit helemaal niet hadden ervaren. Van de respondenten vond 58% de therapeut erg vriendelijk, 8% helemaal niet. Eenenzestig procent vond de therapeut erg respectvol, 7% vond de therapeut niet respectvol. Twee respondenten meldden seksuele handelingen van de therapeut tijdens de behandeling. Zeven procent van de respondenten werd niet geloofd toen zij over hun misbruikervaringen vertelden in de behandeling, 14% rapporteerde dat ze een beetje werden geloofd, maar het grootste deel van de respondenten, 74%, werd redelijk of zeker geloofd. Er waren mensen die bij de vraag naar het beste van de behandeling 'Niets!' invulden, of 'Dat ik ermee gestopt ben', terwijl anderen schreven dat deze behandeling het beste was wat hen ooit was overkomen.

Zevenenveertig procent van de respondenten rapporteerde dat er in hun behandeling geen aandacht werd besteed aan het verwerken van hun misbruikervaringen, of zelfs dat deze ervaringen niet besproken werden of mochten worden. Iets meer dan de helft van de respondenten had de misbruikervaringen zelf moeten aankaarten omdat de behandelaar er niet naar niet had gevraagd en een kwart meldde dat zij helemaal niet over de ervaringen hadden verteld in de behandeling. Dit had verschillende redenen, zoals niet mogen vertellen over de ervaringen, maar ook vanwege gebrek aan vertrouwen in de therapeut.

Verbanden met tevredenheid over de behandeling

Er bleek een significant, licht negatief verband te zijn tussen ernst van de problematiek en de tevredenheid over de behandeling ($r = -0,17, p < 0,05$). Mensen met ernstiger problematiek gaven een lager rapportcijfer aan hun behandeling. Er bleek geen significant verband te bestaan tussen de ernst van de klachten en de tevredenheid over de behandeling. Ook tussen de aanwezigheid van automutilatie of suïcidepogingen en rapportcijfer was geen significant verband.

Om het verband te onderzoeken tussen kenmerken van de behandeling en tevredenheid over de behandeling werden *point-biserial*-correlaties berekend. Na testen van de assumpties werden acht uitbijters op tevredenheid over de behandeling verwijderd; allen gaven een 1 of 2 als rapportcijfer. Behandelonderdelen (zie [tabel 2](#)) die direct te maken hebben met verwerken van en omgaan met misbruikervaringen bleken het sterkst samen te hangen met het rapportcijfer dat cliënten gaven aan de behandeling. Als deze behandelonderdelen aan bod kwamen was de tevredenheid groter. Dit gold voor psycho-educatie over symptomen als normale reacties na traumatisering ($r_{pb} = 0,56, p < 0,001$), verwerken van nare ervaringen ($r_{pb} = 0,49, p < 0,001$), en het gebruik van EMDR ($r_{pb} = 0,36, p < 0,001$). Behandelonderdelen als medicatie, structuur bieden in het dagelijks leven, PMT/sporten en familiegesprekken bleken niet samen te hangen met tevredenheid over de behandeling.

Het gebruik van EMDR in de behandeling hing samen met een gemiddeld hogere waardering van de behandeling, maar was geen garantie voor succes. Sommige respondenten schreven dat EMDR het beste is wat hen is overkomen, en veel mensen die met EMDR zijn behandeld gaven hun therapie een hoog rapportcijfer ($M_{EMDR} = 8,0, SD = 1,7; M_{geen EMDR} = 6,2, SD = 2,6; t(201) = 6,4, p < 0,001$). Maar er waren ook respondenten die met EMDR

Tabel 2 Significante point-biserial correlaties tussen behandelingselementen en tevredenheid over de behandeling

Interventievormen	r^{pb}
Medicatie	
Ontspanningsoefeningen	0,25*
Mindfulness	
Sociale-vaardigheidstraining	
Psycho-educatie over traumatische ervaringen	0,45*
Psycho-educatie over symptomen als normale reacties	0,56*
Leren herkennen van triggers	0,32*
Anders omgaan met gevoelens bij triggers	0,41*
Verwerking nare ervaringen	0,49*
Cognitieve therapie gericht op herinneringen kindertijd	0,46*
Cognitieve therapie gericht op huidige periode	0,43*
Structuur in dagelijks leven aanbrengen	
Sporten/psychomotorische therapie	
Creatieve expressie	
Familiegesprekken	
Hypnose	
EMDR	0,36*

* = $p < 0,001$

waren behandeld en toch een dikke onvoldoende gaven aan hun behandeling. Behandelingen met EMDR duurden in dit onderzoek niet langer dan behandelingen zonder EMDR. Tevredenheid over de behandeling hing ook sterk samen met de evaluatie van de behandelrelatie door de respondent. Respondenten waren bijvoorbeeld meer tevreden naarmate ze zich meer begrepen voelden ($r_{pb} = 0,81, p < 0,001$), ze de behandelaar vriendelijker vonden ($r_{pb} = 0,70, p < 0,001$), naarmate de behandelaar als meer respectvol werd ervaren ($r_{pb} = 0,71, p < 0,001$) en naarmate de behandeling meer geruststelling en steun bood ($r_{pb} = 0,79, p < 0,001$).

Ook hing de tevredenheid van de respondenten samen met een aantal uitvoeringsaspecten van de behandelpraktijk. Op een begripvolle manier communiceren over de belangrijkste klachten en symptomen ($r_{pb} = 0,46, p < 0,001$), over de noodzaak tot bescherming tegen zichzelf ($r_{pb} = 0,37, p < 0,001$) en tegen anderen ($r_{pb} = 0,29, p < 0,001$) correspondeerden met meer tevredenheid. De duur van de wachttijd had geen verband met de tevredenheid. Verder hing het aantal behandelaars waarmee een cliënt te maken had binnen een behandeling wel negatief samen met de tevredenheid, zij het in beperkte mate ($r = -0,29, p < 0,001$).

Tabel 3 toont de correlatiecoëfficiënten van de samenhang tussen de samengestelde evaluatiescores over de behandelrelatie en de uitvoeringsaspecten van de behandeling enerzijds en de tevredenheid over de behandeling en symptoomvermindering anderzijds. De sterkste samenhang ($r = 0,85, p < 0,001$) werd gevonden tussen positieve evaluatie van de behandelrelatie en tevredenheid over de behandeling.

Tabel 3 Samenhang evaluatie van de behandelrelatie en uitvoeringsaspecten, met tevredenheid over de behandeling en symptoomvermindering

	1	2	3	4
1 Evaluatie behandelrelatie	-			
2 Evaluatie uitvoeringsaspecten	0,70*	-		
3 Tevredenheid over behandeling	0,85*	0,64*	-	
4 Symptoomvermindering	0,70*	0,51*	0,76*	-

* $p < 0,01$ (2-zijdig)

Uit de verhalen bij de open vragen kwam naar voren dat continuïteit wat betreft de persoon van de behandelaar belangrijk werd gevonden. Juist voor deze cliënten, die eerder zo in hun vertrouwen zijn geschaad, kan het moeilijk zijn om van behandelaar te wisselen en opnieuw een vertrouwensband op te bouwen. Verscheidene respondenten vertelden dat het niet lukte om vertrouwen te geven, zeker niet als er meerdere wisselingen waren. Negentien procent van de respondenten vond dat ze erg lang moesten wachten voor het begin van de behandeling ('Voor afdeling Trauma ruim 4 jaar. Poli Persoonlijkheid ruim 6 maanden, daar 3,5 jaar gewacht op ruimte op de afdeling Trauma'; 'na een spoedaanmelding 5 maanden'). Crisisopnames waren hierbij niet meegerekend. Bij een crisisopname vermeldde een respondent als wachttijd: 'bijna de hele dag...' In de antwoorden op de open vragen werd ook de opvang buiten kantooruren geregeld genoemd: die blijkt niet altijd te voldoen, terwijl cliënten wel een vangnet nodig hebben.

Discussie

De cijfers uit ons onderzoek geven een positief beeld van de zorg voor ggz-clieënten met een geschiedenis van seksueel misbruik in de kindertijd. Veel respondenten gaven een voldoende aan hun behandeling, en vaak zelfs een goed of zeer goed cijfer. Er is dus zeker reden tot tevredenheid. Maar er is een minderheid waarbij de behandeling in het geheel niet voldeed en soms ronduit traumatisch was. Dat meerdere respondenten bij de vraag naar het beste van de behandeling 'Niets!' invulden, of 'Dat ik ermee gestopt ben', geeft wel aan dat er nog verbetering mogelijk is.

Meerdere respondenten rapporteerden ook dat ze het moeilijk vonden dat er in hun behandeling geen aandacht werd besteed aan het verwerken van hun misbruikervaringen, of zelfs dat er niet over gesproken mocht worden. Een belangrijke les van dit onderzoek lijkt dan

ook dat het verwerken van de misbruikervaringen een grotere plek zou moeten innemen in de behandeling van mensen met een misbruikgeschiedenis. Respondenten meldden dat er, huns inziens ten onrechte, vanuit werd gegaan dat zij dat niet aankonden. Uit de correlaties met de tevredenheid over de behandeling bleek ook dat een behandelplan gericht op verwerken van de misbruikervaringen belangrijk is. Recente literatuur wijst ook in die richting (Bicanic, De Jongh & Ten Broeke, 2015; De Jongh e.a., 2016).

Dit resultaat komt overeen met het onderzoek van Höing en collega's (2003) waaruit bleek dat cliënten bij wie meer op de herinneringen aan het seksueel misbruik was ingegaan meer tevreden waren over de behandeling. Höing meldde dat in 59% van alle behandelingen dieper ingegaan werd op de traumatische herinneringen. In het huidige onderzoek werd bij 53% van de respondenten in de behandeling aandacht besteed aan het verwerken van herinneringen. Het is niet helemaal zeker of met de enigszins verschillende vraagstellingen in beide onderzoeken exact hetzelfde werd gemeten. Uit de nieuwe cijfers blijkt in ieder geval niet dat de behandelaars in de afgelopen jaren vaker op traumatische herinneringen ingingen dan in het onderzoek van Höing en collega's werd gerapporteerd.

Een goede, begripvolle communicatie blijkt belangrijk: communicatie over symptomen, over zelfbeschadiging en suïcidepogingen of -gedachten, over misbruikervaringen, en over het afronden van de behandeling. Rust, geruststelling en steun bieden, vriendelijk en respectvol zijn en ervoor zorgen dat de cliënt zich begrepen voelt, werden door respondenten belangrijk gevonden bij de evaluatie van hun behandeling. Veel behandelaars blijken dat goed te doen. Wat betreft communicatie over zelfbeschadiging en suïcide was onze verwachting voorafgaand aan het onderzoek dat cliënten met veel problematiek rond zelfbeschadiging en suïcide meer negatieve ervaringen zouden opdoen in de behandeling, maar er werd geen verband gevonden tussen deze problematiek en tevredenheid over de behandeling. Veel therapeuten slagen er dus in begripvol en respectvol met deze moeilijke problematiek om te gaan. Toch zijn er cliënten die, terwijl ze het al moeilijk hebben met deze problemen, ook nog eens geconfronteerd worden met negatieve reacties van hun hulpverlener hierover. Dit onderwerp blijft derhalve een aandachtspunt. Hulpverleners dienen zich ervan bewust te zijn hoe gevoelig dit kan liggen bij hun cliënten. Er werd een licht negatief verband gevonden tussen de ernst van de symptomen en de waardering van de behandeling – mensen met meer problemen gaven een iets lagere waardering. Nogal wat respondenten rapporteren dat ze lang hadden moeten zoeken naar goede hulp en dat ze al veel mislukte therapieën achter de rug hadden. Deze zoektocht naar goede hulp zou aandacht moeten krijgen bij vervolgonderzoek. De gemiddelde duur van de behandelingen was in het onderzoek 4,5 jaar, en veel mensen (8%) bleken tien jaar of langer onder behandeling. Behandelingen met meer en sneller succes zouden daarom ook zeer welkom zijn. EMDR is daar een goed voorbeeld van. Dit blijkt goed te werken bij PTSS, al dan niet als gevolg van seksueel misbruik (Bisson e.a., 2007, Moreno-Alcázar e.a., 2017). Hoewel niet alle respondenten die een behandeling met EMDR kregen positief waren over deze behandelingen, waren de meeste verhalen lovend. EMDR lijkt dan ook een waardevolle techniek in de behandeling van mensen met een misbruikgeschiedenis, gezien de vele positieve reacties, maar er moet zorgvuldig mee worden omgegaan. Respondenten schrijven dat ze het na een sessie met EMDR soms heel moeilijk hadden. Een respondent schreef zelfs: 'EMDR was effectief, maar daarna wist ik niet hoe ik moest leven.'

Een aandachtspunt dat door respondenten naar voren werd gebracht is de financiering van de behandeling: behandeling door een vrijgevestigde therapeut werd vaak hoger gewaardeerd, maar vormt een financiële hindernis bij een groep mensen die door wat hen is overkomen en de gevolgen daarvan vaak al in een lastige financiële situatie zitten. Uit de reacties van de respondenten bij de open vragen kwam naar voren dat er in de ggz nog meer gelet zou mogen worden op continuïteit van behandelaar, opvang buiten kantooruren en het beperken van wachtlijsten.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst is er de beperking van de onbekende representativiteit van de huidige steekproef voor de gehele populatie van ggz-cliënten met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. Ook hebben er maar heel weinig mannen meegedaan, die de behandeling gemiddeld lager beoordeelden dan vrouwen. Het zou wenselijk zijn dat meer mannen aan vervolgonderzoek meedoen, om erachter te komen waar bij hen de knelpunten zitten. Ook hebben weinig mensen meegedaan die voor hun klachten opgenomen zijn of zijn geweest bij crisisopname, behandelopname of dagopname. Opgenomen respondenten gaven hun behandeling eveneens een lagere beoordeling, dus ook ten aanzien van deze groep is meer inzicht in hun ervaringen en opvattingen wenselijk. Verscheidene respondenten schreven dat ze het lastig vonden om de vragen over misbruikervaringen te beantwoorden, omdat ze soms niet wisten wat er precies gebeurd was en wanneer het was gebeurd. Zij gaven aan dat het daarom goed zou zijn als 'dat weet ik niet meer' als antwoordcategorie zou zijn toegevoegd. Enkele mannen schreven in hun commentaar dat de vragen over misbruikervaringen te vaak uitgingen van een mannelijke dader en een vrouw als slachtoffer.

Ten slotte bleek bij het analyseren van de gegevens dat vragen niet altijd goed begrepen werden door respondenten, of niet volledig ingevuld waren. Bij de vraag naar de wachttijd voor de start van de behandeling, werd soms een periode van 10 jaar of meer ingevuld, wat dan overeenkwam met de tijd dat deze respondent al onder behandeling was geweest maar niet waarschijnlijk was als periode van een wachtlijst. Ook werd bij deze vraag geregeld alleen een cijfer ingevuld, zonder te vermelden of dit om weken, maanden of jaren ging. In antwoord op de vraag hoe het slachtoffers van seksueel misbruik vergaat in de hedendaagse ggz kunnen we concluderen dat deze cliënten in het algemeen redelijk tevreden zijn, maar dat er nog steeds belangrijke verbeterpunten overblijven. Gezien de ernst en de omvang van seksueel misbruik verdienen deze verbeteringen alle aandacht.

LITERATUUR

- Alexander, P.C. (1992). Introduction to the special section on adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 165-166.
- Alpert, J.L., Brown, L.S., & Courtois, C.A. (1998). Symptomatic clients and memories of childhood abuse: What the trauma and child sexual abuse literature tells us. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 941-995.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2006). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Delft: Eburon.
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H., & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bicanic, I., Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe?, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 332-339.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bluhm, R.L., Williamson, P.C., Osuch, E.A., Frewen, P.A., Stevens, T.K., Boksman, e.a. (2009). Alterations in default network connectivity in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 34, 187-194.
- Brand, B.L., Classen, C.C., Lanius, R., Loewenstein, R.J., McNary, S.W., Pain, C., e.a. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 153-171.
- Brand, B.L., Loewenstein, R.J., Lanius, R., Pain, C., Myrick, A.C., Classen, C.C., e.a. (2012). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 490-500.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, T. Reid & C. Jenny (Eds.). *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed.), pp. 175-203, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J. (2004). The initial trauma review, revised (ITR-R). Los Angeles. Geraadpleegd 16 januari 2017, van: <http://www.johnbriere.com/ITR-R.htm>
- Briere, J. (2006). Assessing trauma and posttraumatic outcomes. In J.N. Briere & C. Scott (Red), *Principles of trauma therapy. A guide to symptoms, evaluation, and treatment*, pp. 49-75, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Chicago Journal of Nervous & Mental Disease*, 195, 497-503.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Briere, J. & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation and treatment*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Chard, K.M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Chu, J.A. (1988). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Dissociation*, 1, 24-32.

- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1067-1074.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety, 29*, 709-717.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Miranda, R., & Chemtob, C.M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 22*, 411-416.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., e.a. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 167*, 915-924.
- Cohen, J.N. (2008). Using feminist, emotion-focused, and developmental approaches to enhance cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 227-246.
- Conybear, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M.G., & Borkovec, T.D. (2012). The PTSD-Checklist-Civilian Version: Reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 699-713.
- Cogle, J.R., Timpano, K.R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M.E., & Riccardi, C.J. (2009). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research, 177*, 150-155.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 412-425.
- Courtois, C.A. (2010). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy* (2nd ed.). New York: Norton.
- Courtois, C.A., & Ford, J.D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.
- Dass-Brailsford, P. (2007). Models of trauma treatment. In P. Dass-Brailsford, *A practical approach to trauma: Empowering interventions*, pp. 51-70. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications. Geraadpleegd via: https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/14228_Chapter3.pdf.
- Dorrepal, E., Thomaes, P., Smit, J.H., Balkom, A. van, J L.M., Dyck, R. van, Veltman, D.J., e.a. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect, 34*, 284-288.
- Dorrepal, E., Thomaes, P., Smit, J. H., Balkom, R. van, Veltman, D.J., Hoogendoorn, A.W., e.a. (2012). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: A multisite randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*, 217-225.

- Draijer, N. (2008). Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. In: N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (2de, herziene druk, pp. 19-46). Utrecht: De Tijdstroom.
- Draper, B., Pfaff, J.J., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N.T., Wilson, I., e.a. (2008). Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: Results from the depression and early prevention of suicide in general practice project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 262-271.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Elliot, D.M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Feldman, M.D. (1988). The challenge of self-mutilation: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 252-269.
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T., & Frances, A. (Eds.) (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 3-76.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedmann, M.J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Studies* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Ford, J.D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B.L. (2006). Disorders of Extreme Stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1399-1416.
- Fry, R. (1993). Adult physical illness and childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 89-103.
- Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L.D., Palesh, O.G., Kraemer, H.C., Classen, C.C., e.a. (2006). Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 7-27.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 377-407.
- Herman, J.L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel: De gevolgen van geweld - van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Höing, M., Engen, A. van, Ensink, B., Vennix, P., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang in Nederland*. Delft: Eburon.
- Jepsen, E.K.K., Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 142-151.
- Jongh, A. de, Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee, C.W., Monson, C.M. e.a. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33, 359-369.

- Kolk, B.A. van der (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. In: Yehuda, R., (Ed.), *Traumatic stress*, pp. 127–156. Washington, DC: American Psychiatric Press. Geraadpleegd via: www.traumacenter.org/products/pdf_files/Complex_PTSD.pdf
- Kolk, B.A. van der, Spinazolla, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E.K, Korn, D.L., e.a. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37-46.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B.L. e.a. (2017). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 8, 1750.
- Myrick, A.C., Brand, B.L., McNary, S.W., Classen, C.C., Lanius, R., Loewenstein, R.J., e.a. (2012). An exploration of young adults' progress in treatment for dissociative disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 582-595.
- Nicolai, N. (2008). Fasen, beslismomenten en valkuilen bij psychotherapie na seksueel misbruik. In: N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (2de, herziene druk, pp. 315-334). Utrecht: De Tijdstroom.
- Resick, P.A., Galovski, T.E., Uhlmansiek, M.O., Scher, C.D., Clum, G.A., & Young X.Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243-258.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M., & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201-210.
- Rogers, S., & Silver, S. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- Rosenkranz, S.E., & Muller, R.T. (2011). Outcome following inpatient trauma treatment: Differential response based on pre-treatment symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, and Policy*, 3, 453-461.
- Savornin Lohman, P. de, & Lonkhuijsen, M. van (1996). *Evaluatie VWS-beleid bestrijding seksueel geweld (1991-1995)*. Amsterdam: Van Dijk, Van Someren en Partners.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: Past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1-22.

- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., e.a. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- Wijzen, C., & Haas, S. de (2011). Seksuele gezondheid in Nederland 2011: Achtergronden en samenstelling van een representatieve steekproef voor een bevolkingsonderzoek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 83-86.
- Wright, C.V., Collinsworth, L.L., & Fitzgerald, L.F. (2010). Why did this happen to me? Cognitive schema disruption and posttraumatic stress disorder in victims of sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1801-1814.
- Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Bittinger, J.N., Bedard-Gilligan, M.A., Slagle, D.M., Post, L.M., e.a. (2011). Teaching trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 300-308.