

Seksueel misbruik en psychiatrische stoornissen

***Een oriënterend onderzoek op een
gesloten afdeling van een psychiatrisch
ziekenhuis***

N.J. NICOLAI

Inleiding

De laatste jaren is de aandacht voor seksueel misbruik en de gevolgen die dit heeft groeiende, getuige ook de publikaties in dit blad. Sinds het onderzoek van Draijer (1988) is duidelijk dat seksueel misbruik op veel grotere schaal voorkomt dan men altijd vermoedde. Door het onderzoek van Frenken en Van Stolk (1987) is meer bekend geworden met welke consequenties van seksueel misbruik volwassen geworden vrouwen dagelijks te kampen hebben. Vanuit de vrouwenhulpverlening is een gedifferentieerd aanbod van hulpverlening ontstaan. Ook blijkt dat seksueel misbruik niet voorbehouden is aan meisjes, maar dat jongens - zeker op jonge leeftijd - even vaak misbruikt worden (Gianotten, 1988).

Op het gebied van de diagnostiek heeft de post-traumatische stressstoornis (PTSS) als gevolg van seksuele kindermishandeling, veel aandacht gekregen. Uit recent onderzoek van Wolfe, Gentile en Wolfe (1989) blijkt dat misbruikte kinderen inderdaad alle symptomen van de PTSS vertonen. Van volwassen vrouwen was dat al eerder bekend (Lindberg en Distad, 1985; Ulman en Brothers, 1988). De laatste tijd wordt echter steeds meer duidelijk dat de PTSS niet de enige diagnostische categorie is, waaronder de gevolgen van seksuele trauma's te vangen zijn. Afhankelijk van de duur, het tijdstip van aanvang, de reactie van de omgeving, andere beïnvloedende variabelen als verwaarlozing, fysieke mishandeling en vroege separaties en - last but not least - eigenschappen van het kind zelf, kan seksuele traumatisering ook aanleiding geven tot ernstige andere stoornissen. Dissociatieve stoornissen en onder deze de meervoudige persoonlijkheidsstoornis vormen hiervan een voorbeeld (zie Boon en Van der Hart, 1988, 1989).

Ook bij andere psychiatrische stoornissen wordt de rol van sequentiële traumatisering steeds vaker genoemd (Bryer e.a., 1987; Carmen e.a., 1984; Browne en Finkelhor, 1986; Zanarini e.a., 1989; Herman e.a., 1989; Beck en Van der Kolk, 1987; Briere, 1984; Van Egmond en Jonker, 1988). Respectievelijk betreft het dysthyme stoornissen, antisociale persoonlijkheidstrekken en de borderline persoonlijkheidsstoornis, middelenmisbruik, automutilatie, suïcidaliteit en chronische psychotische beelden. Sommige auteurs spreken van een traumaspectrum, waarbij aan de ene kant de dissociatieve stoornissen en de PTSS figureren en aan de andere kant de persoonlijkheidsstoornissen die gekenmerkt worden door heftig, impulsief gedrag (Herman, Perry en Van der Kolk, 1989).

Het meeste onderzoek naar de relatie tussen seksueel misbruik en psychiatrische stoornissen heeft twee nadelen. Het gaat om een kleine populatie of het gaat om een op diagnose geselecteerde groep, waarbij vervolgens gekeken wordt hoe vaak bij deze groep een geschiedenis van seksueel misbruik aanwezig is. Hoe waardevol deze onderzoeken ook zijn bij de analyse van de relatie tussen seksueel misbruik en diagnostische categorieën, in de huidige stand van zaken zou het best zo kunnen zijn dat de gevolgen van seksueel misbruik ook schuilgaan onder andere, doch niet onderzochte groepen van diagnosen.

Om zicht te krijgen hoe vaak een geschiedenis van seksueel misbruik nu voorkomt en hoe de relatie met diagnosen nu ligt, heb ik een oriënterend en inventariserend onderzoek gedaan op een gesloten opnameafdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De vragen die hierbij gesteld waren, zijn: Hoe vaak komt een geschiedenis van seksueel misbruik nu voor in een ongeselecteerde populatie van psychiatrische patiënten? Is er een relatie tussen een dergelijke voorgeschiedenis en de psychiatrische diagnose en zo ja, welke? Is het mogelijk een dergelijke populatie te confronteren met vragen naar deze voorgeschiedenis?

Onder seksueel misbruik versta ik seksuele contacten, variërend van aanrakingen van borsten en geslachtsorganen tot coïtus, tegen de zin van de betrokkene of zonder dat deze het gevoel heeft de seksuele contacten te kunnen weigeren of zich er aan te onttrekken. Omdat het in de eerste plaats ging om seksueel misbruik van kinderen heb ik een leeftijdsgrens van 18 jaar gehandhaafd. De psychiatrische diagnosen die ik hanteer zijn gebaseerd op de classificatieschema's van de gereviseerde versie van het Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III-R) in de Nederlandse vertaling van Koster van Groos (1988). Ondanks het feit dat er op ideologische en methodologische gronden bezwaren kunnen bestaan tegen een dergelijke categorisering van klachten

en symptomen is de DSM-III-R inmiddels een geaccepteerd classificatiesysteem geworden. Door de helderheid en duidelijkheid over de gehanteerde begrippen worden diagnostische misverstanden verkleind en de internationale vergelijkbaarheid verhoogd. De diagnoses die in deze inventarisatie gesteld zijn, zijn het produkt van teambesprekingen en -overleg.

Populatie en context van het onderzoek

Tussen maart 1988 en eind januari 1989 werden op de afdeling acute psychiatrie van het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal (Hoofd: dr. A. Wunderink, psychiater) 388 personen opgenomen. Van deze 388 zijn 119 door de auteur onderzocht of behandeld. De verdeling van de patiënten gebeurde aselekt: in volgorde van binnenkomst werden de patiënten toegewezen aan een psychiater en twee assistent-geneeskundigen in opleiding. Bij de 121 opnamegesprekken zijn heropnamen binnen de tien maanden niet betrokken. Het onderzoek bestond als te doen gebruikelijk uit een opnamegesprek, een lichamelijk en psychiatrisch onderzoek en later uit de afname van een (korte) biografische anamnese. Meestal kon dat pas na enkele dagen gebeuren, als de opwinding en heftigheid van de symptomen enigszins geluwd was. Soms lukte een dergelijk gesprek door de aard van de psychiatrische problematiek in het geheel niet. Bij een aantal van hen (9 patiënten) was een geschiedenis van seksueel misbruik bekend door eerdere opnamen of door bericht van de verwijzer. Deze respondenten bevestigden desgevraagd het seksuele misbruik.

Geen gegevens, noch van de patiënten zelf, noch uit de dossiers konden verkregen worden van 44 patiënten. Deze groep van non-respondenten is om meer dan een reden interessant. Bij het merendeel van hen was het onmogelijk een anamnese af te nemen en betrouwbare biografische gegevens te verkrijgen. Een analyse van deze groep maakt mogelijk duidelijk dat het vragen naar een geschiedenis van seksueel misbruik in de klinische praktijk soms stuit op ethische en praktische bezwaren. De ethische bezwaren lagen in de kwetsbaarheid en de angst van de patiënten. Praktische belemmeringen werden veroorzaakt door het gebrek aan communicatie en contact, dat door symptomatologie, de context van de afdeling en de ongewenstheid van opname door de betrokkene in kwestie ontstaan was. Soms ook lagen de prioriteiten elders. Op een afdeling als deze, waar crisisinterventie en screening de hoofddoelstellingen zijn, is het allereerst zaak snel inzicht te krijgen in de meest op de voorgrond staande psychiatrische symptomatologie. Verdere behandeling geschiedt elders: op de vervolgbehandelaafdelin-

gen of ambulant, wanneer binnen de opnameduur van maximaal drie weken ontslag gerealiseerd kon worden.

Profiel van de non-respondenten

Tabel 1 Toestandsbeelden van de non-respondenten (N=44)

Schizofrenie, chronische vorm	17
Schizofrenie, subchronisch	1
Schizofrenie, resttoestand	4
Schizo-affectieve stoornis	1
Bipolaire stoornis, manie	9
Bipolaire stoornis, depressie	2
Dementie	2
Delirant beeld	2
Atypische psychose	4
Alcoholverslaving	1
Borderline-persoonlijkheidsstoornis	1
Totaal	44

Uit deze tabel blijkt dat 50% (N=22) van de non-respondentengroep behoorde tot de diagnostische categorie 'schizofrenie'. Bij het merendeel ging het hierbij om een chronische vorm of een resttoestand. Deze patiënten waren óf bijzonder afgesloten en onbereikbaar óf vertoonden heftig, achterdochtig of chaotisch gedrag, waardoor soms verblijf in de separeerkamer noodzakelijk was. Van deze groep van 22 patiënten waren er twee voor wie dit de eerste opname was. Negen van de 44 patiënten waren op het moment van opname manisch. Vijf van de 44 vertoonden een psycho-organisch beeld (delier, dementie, alcoholintoxicatie).

Bij enkelen van deze non-respondentengroep bestond op basis van elementen uit hun verleden het vermoeden dat seksueel misbruik gespeeld had. Dit vermoeden werd afgeleid uit een typische combinatie van factoren, die volgens verschillende onderzoekers (Briere, 1984; Beck en Van der Kolk, 1987; Herman, Perry en Van der Kolk, 1989) vaak aangetroffen worden bij een voorgeschiedenis van seksuele traumatisering. Deze elementen zijn: een geschiedenis van herhaalde victimisatie op volwassen leeftijd, een sterke preoccupatie met seksueel getinte angsten, hallucinaties en wanen, een geschiedenis van alcohol- en drugmisbruik en heftig en soms agressief en zelfdestructief gedrag. Omdat echter voor deze vermoedens absoluut geen bevestiging gekregen kon worden - ook niet uit de dossiers - zijn deze patiënten niet bij het verdere onderzoek betrokken. Duidelijk is wel dat hierdoor een 'dark number' aanwezig kan zijn.

Methode

Aan de overige 77 patiënten werd niet in het eerste opnamegesprek, maar in een vervolgggesprek bij het afnemen van de biografische anamnese de vraag naar seksuele en/of fysieke traumatisering gesteld. Deze vragen waren ingebed in de 'gewone' vragen naar gezinssituatie, plaats in de kinderrij, beschrijving van de ouders en siblings en de kwaliteit van de relaties vroeger thuis. De vragen naar de traumatische gebeurtenissen werden ingeleid door de volgende vraag: 'Zijn er in uw (je) leven wel eens dingen gebeurd die een grote invloed hebben op uw (je) leven nu?' Drie vrouwen antwoordden op deze vraag meteen met een verwijzing naar een geschiedenis met meervoudige incest. Alle drie hadden hier al eerder - zij het kort - met een hulpverlener over gesproken. Bij opname was dit echter niet bekend. Wanneer op deze open vraag niet gereageerd werd, werd gericht gevraagd naar fysieke mishandeling (wijze van straffen in het ouderlijk gezin, wel eens geslagen, geschopt, blauwe plekken etcetera). Deze gegevens zijn verder niet in de beschouwing betrokken. Naar seksueel misbruik werd gevraagd met vermindering van termen als 'seksueel geweld' of 'incest'. De praktijk leert, dat termen als 'geweld' niet overeenkomen met de ervaringen van mensen die als kind misbruikt zijn. Het seksuele misbruik door verwanten wordt als veel sluipender en ambivalenter ervaren. 'Incest' heeft te veel de connotatie met 'bloedschande' en dekt niet de seksuele misbruikervaringen met andere volwassenen dan familieleden in de eerste graad. 'Vervelende seksuele ervaringen, waarbij je het gevoel had dat je er niet aan kon ontkomen, maar die je niet wilde' leverde als formulering de meeste reacties op, ook van mannelijke patiënten (Draijer, 1988; Boland, 1988).

Alle patiënten zijn door de auteur zelf geïnterviewd. Als behandelaar op een afdeling, waar een korte verblijfsduur regel was, betekende dit dat er enerzijds sprake was van een beperkt vertrouwen, anderzijds van een zekere neutraliteit die het voor een aantal patiënten makkelijker maakte over het misbruik te vertellen. Hun 'echte' behandelaar (polikliniek, RIAGG) hadden ze vaak niet met dergelijke informatie willen belasten. Het beperkte contact heeft echter zeker een percentage verhinderd om antwoord te geven. Tijdens en na het gesprek is wel met de patiënten die over een seksuele traumatisering vertelden, besproken hoe dit verder in de behandeling een plaats zou kunnen krijgen.

Op grond van mijn ervaring met de ambulante behandeling van vrouwen met een langdurige voorgeschiedenis van seksuele kindermishandeling, ging ik uit van het gegeven dat spreken over een dergelijke voorgeschiedenis niet makkelijk is, maar dat het (moeten) zwijgen erover

nog veel belastender is. Dat bleek ook uit de reacties van de geïnterviewden. Deze vielen in drie categorieën uiteen. Bij een groot deel was sprake van opluchting, bij een aantal anderen overheerste de vanzelfsprekendheid; dit was voornamelijk het geval bij diegenen, bij wie het seksueel misbruik al bekend was. Bij de derde groep bleek het vertellen van een dergelijke voorgeschiedenis schaamte en verdriet op te roepen. Van een verergering van klachten en symptomen is bij de eerste en laatste groep geen sprake geweest volgens de verpleegkundige observaties. Bij de tweede groep, waarbij vaak sprake was van heftige, impulsieve automutilatie en suïcidaliteit, leek het 'erover spreken' vaak een verergering te veroorzaken. Het bleek echter bij een vergelijking van eerdere behandelverslagen niet altijd duidelijk hoe dit verband lag. Ook wanneer in eerdere behandelingen voor 'toedekken' gekozen was, bleek er sprake van een hoge frequentie van zelfbeschadigend gedrag.

Profiel van de respondenten

De onderzochte groep patiënten bestond uit 77 personen (N=77), in leeftijd variërend tussen 17 en 68 jaar. Van deze groep waren 39 vrouwen en 38 mannen. Van deze groep reageerden 25 personen (32%) bevestigend op vragen naar seksuele traumatisering. Vragen naar fysieke traumatisering zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Van deze groep van 25 respondenten waren 17 vrouwen (44%) en 8 mannen (21%).

De vrouwen varieerden in leeftijd van 17 tot 58 jaar (gemiddelde leeftijd 32 jaar). Bij 9 van de 17 vrouwen (52%) was sprake van vader-dochter incest. Bij 3 was sprake van seksueel misbruik door andere familieleden dan (stief)vader: ooms, broers. Bij 5 was sprake van verkrachting vóór het zestiende levensjaar door onbekenden of niet-familieleden. Bij 1 vrouw was sprake geweest van multipel seksueel misbruik: vader, ooms, broers en vrienden van hen. Bij 9 van de 17 vrouwen (52%) was het seksueel misbruik uit de dossiers bekend. Voor de 8 overigen was bij 3 vrouwen sprake van een eerste opname. Bij 5 vrouwen was er nooit eerder naar gevraagd (29%).

Bij 4 vrouwen bleek bij dossieronderzoek, dat het seksueel misbruik in de vorm van verkrachting en aanranding door onbekenden wel eens eerder aan de orde was geweest, maar dit was dan beschouwd als een gevolg van de psychiatrische stoornis ('seksuele ontremming' als symptoom) en niet als 'oorzaak' of luxerend moment. Bij twee van deze vier vrouwen ging het om jonge meisjes afkomstig uit gebroken gezinnen, die al jong drugs gebruikten en als twaalf- of dertienjarige in de prostitutie waren beland. Bij twee anderen ging het om verkrachting

door een bekende (buurman). Bij de vijfde vrouw bij wie sprake was van verkrachting was er sprake geweest van een 'gang-rape' op haar vijftiende jaar.

Casus 1

Nora, een 35-jarige vrouw, was al enige jaren poliklinisch behandeld in verband met een toenemende apathie, teruggetrokken gedrag en verminderd functioneren in sociale contacten. Zelf verwoordde ze haar klachten als een 'gevoel van leegte'. In het huishouden kwam ze tot niets. Volgens haar echtgenoot zat ze soms uren te staren. De diagnose was gesteld op schizofrenie.

De huidige - eerste - opname was noodzakelijk omdat zij steeds moeilijker te bereiken was, zichzelf niet meer verzorgde en volgens echtgenoot en een vriendin verwarder ging praten. Bij opname was zij aanvankelijk mutistisch. Later vertelde zij dat zij stemmen hoorde, die het over haar hadden en zeiden dat zij dood moest. Er was sprake van denkstoornissen in de vorm van incoherentie, gedachtenstops en concretismen. De diagnose schizofrenie leek gezien klachtenpatroon en beloop gerechtvaardigd. Bij het opnemen van de heteroanamnese vertelde haar echtgenoot, die haar al van kindsbeen kende, over de verkrachting. Bij de biografische anamnese vertelde zij zelf, gevraagd naar gebeurtenissen die van verstrekkende invloed op haar leven waren geweest, als eerste over haar jeugd in het buitenland en als tweede over de verkrachting door circa acht leden van een bende uit de buurt waar zij destijds woonde. Het gebeuren was zo snel mogelijk door ouders en familie toegedekt: uit angst voor wraak van de bendeleden hadden zij ook niet gewild dat zij aangifte deed.

Hoewel zij duidelijk geëmotioneerd was tijdens het vertellen over deze gebeurtenissen, viel op dat zij deze keer haar verhaal adequaat deed. In latere gesprekken drongen zowel echtgenoot als Nora aan op een verdere behandeling van de gevolgen van dit trauma.

Bij de 8 mannen die seksueel misbruikt waren, bleek het in alle gevallen te gaan om misbruik tussen het achtste en zestiende jaar door niet-familieleden, allen mannen. Bij 7 gevallen ging het om daders met wie de patiënt zo niet in een opvoedingsrelatie, dan toch in een afhankelijke relatie stond, zoals een groepsleider in een tehuis, een leraar of een vriend van moeder. Bij één jonge man was sprake geweest van jarenlang seksueel misbruik door een aantal oudere jongens voor wie patiënt doodsbenuwd was. Bij 7 van de 8 werd vrij makkelijk verteld over het seksueel misbruik, dat wil zeggen: na de vraag naar ongewenste seksuele ervaringen in de kinderjaren vertelden zij over homoseksuele contacten, die zij als ver-

velend ervaren hadden. Anders dan bij de vrouwelijke patiënten werd tamelijk onderkoeld gereageerd, wanneer het misbruik ter sprake kwam. Af en toe bestond de indruk, dat het verhaal volkomen los van de beleving bleef. De patiënten varieerden in leeftijd van 18 tot 66 jaar (gemiddelde leeftijd 29 jaar). De oudste man was als klein jongetje misbruikt door een huisvriend van zijn vader. Hij benoemde dit zelf als een pedofiele relatie, waar hij overigens wel bitter over deed: 'bedorven voor een normaal leven'. Opvallend was verder bij alle 8 dat zij van hun vroege jeugd nauwelijks enige herinnering hadden. Bij vier was sprake van een vader, die afwezig was (door de dood of anderszins).

Casus 2

Bas, een 28-jarige jongeman, wordt voor de eerste keer opgenomen met een inbewaringstelling. Hij was kort ervoor door zijn vriendin verlaten en had de laatste weken in toenemende mate een combinatie van alcohol en cocaïne gebruikt. Omdat hij steeds minder geld had, was hij de laatste dagen voor opname overgestapt op amfetaminen. Als klachten verwoordde hij dat hij zich belaagd en beloed voelde door de burens, die het op hem gemunt hadden. Om hen te laten merken dat hij dit niet pikte en zeker niet bang voor hen was, had hij zijn fiets en straatstenen door de ramen van zijn burens gesmeten. De politie werd gealarmeerd en hij werd kort daarop opgenomen. Bij opname was hij bijzonder geladen en gespannen. Hij vertoonde verwijde pupillen en een tachycardie en maakte een zieke indruk. Hij was gepreoccupeerd met de gedachte dat vooral mannen het op hem gemunt hadden en was met name tegenover de mannelijke verpleegkundigen bijzonder achterdochtig en agressief. Onder invloed van medicatie veranderde dit beeld al snel en na enkele dagen was er goed een anamnese af te nemen. Hij voelde zich beschaamd om zijn 'uitbarsting' en angstig. Hij vertelde vrij makkelijk over zijn jeugd. Na het overlijden van zijn vader was hij als jongste zoon moeders oogappel en toeverlaat geworden. Hij mocht en kon meer dan zijn oudere broers en zusters ooit toegestaan was in het godsdienstige arbeidersmilieu, waarin hij opgroeide.

Hij beschreef zichzelf als een levendig, slim kind dat er goed in slaagde volwassenen om zijn vingers te winden. Maar hij had totaal geen verweer toen hij als 9-jarige 'gepakt' werd door een groep oudere jongens, die hem ook dreigden een kopje kleiner te maken als hij ooit een kik zou geven. Hij 'overleefde' door stoer te blijven doen en door op jonge leeftijd een hartstochtelijke versierder te worden. Toen zijn laatste vriendin hem verliet (omdat hij haar sloeg), kon hij dat niet verdragen. De amfetamine viel

als het ware in het gespreide bedje van een post-traumatische reactie.

Tabel 2 De verschillende vormen van seksueel misbruik in de onderzochte groep

	Mannen (N=38)	Vrouwen (N=39)
A Verkrachting/aanranding boven het tiende levensjaar door niet-verwanten	7	5
B Verkrachting/aanranding beneden het tiende levensjaar door niet-verwanten	1	
C Seksueel misbruik in het gezin met ouder (substituut)		9
D Seksueel misbruik in het gezin met anderen (ooms, broers, grootvader)		2
E Combinatie C/D (multipel seksueel misbruik)		1
	8 (21%)	17 (43%)

Relatie met de diagnose

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de psychiatrische diagnoses, die de onderzochte groep patiënten bij opname had gekregen.

Tabel 3 Psychiatrische diagnoses van de onderzochte groep patiënten

Diagnose bij opname	Voorgeschiedenis van seksueel misbruik (N=25)		Geen voorgeschiedenis van seksueel misbruik (N=52)	
Psycho-organische stoornissen	7	28%	7	14%
Schizofrenie	7	28%	16	30%
Schizo-affectieve stoornis	2	8%	4	8%
Atypische psychose	1	4%	6	12%
Stemmingsstoornissen	2	4%	13	25%
Angststoornissen	1	4%	1	2%
Somatoforme stoornissen	-	-	1	2%
Dissociatieve stoornissen	-	-	-	-
Aanpassingsstoornissen	1	4%	2	4%
Automutilatie	2	8%	-	-
Persoonlijkheidsstoornissen (As-II)	4	16%	6	12%
Totaal	27		56	

De overlap ontstaat, doordat bij sommige patiënten sprake was van méér dan een diagnose op As-I, bijvoorbeeld depressie-in-engere-zin en alcoholmisbruik. Bij vier van de vijf patiënten die bij opname een diagnose op As-II kregen of al eerder gekregen hadden, was er geen sprake van een As-I-diagnose. Eenmaal werd de combinatie

automutilatie (als reden voor overplaatsing naar een gesloten afdeling) en 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis als diagnose gegeven. Waar er sprake was van een chronische stoornis op As-I, zoals alcoholverslaving of schizofrenie, is een diagnose van de persoonlijkheid niet mogelijk of wenselijk. Onder de noemer 'psycho-organische stoornissen' op As-I vallen de rubrieken delier en dementie, maar ook de door alcohol en drugs veroorzaakte psycho-organische beelden, zoals de cocaïne-waanstoornis (1 maal in de 'misbruikte' groep) en het alcohol-amnestisch syndroom (4% in beide groepen). In de 'misbruikte' groep was verder bij 5 patiënten (20%) sprake van een alcohol-onthoudingssyndroom. Bij de niet-'misbruikte' groep was dit bij 2 patiënten (4%) het geval.

De gevonden verschillen in de diagnostische categorieën ontlopen elkaar niet veel. Waar er op het oog sprake is van een groter verschil, zoals bij door alcohol of drugs veroorzaakte psychiatrische beelden, blijkt geen sprake te zijn van een statistisch significant verschil (Chikwadrat toets). De steekproef is hiervoor te klein. Ditzelfde geldt voor het verschil in As-II-diagnosen. Cluster B omvat naast de theatrale en de antisociale ook de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Deze stoornis zou volgens auteurs als Herman, Perry en Van der Kolk (1989), Briere en Zaidi (1989) veel vaker gesteld worden bij patiënten met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. Ook bij de onderzochte populatie is het opvallend, dat alleen bij de 'misbruikte' groep de diagnose 'borderline-persoonlijkheidsstoornis' gesteld is (driemaal) en tweemaal de diagnose 'antisociale persoonlijkheidsstoornis'. De eerste diagnose was bij drie vrouwelijke patiënten gesteld, die ieder een voorgeschiedenis van vroeg seksueel misbruik in het gezin hadden. De diagnose 'antisociale persoonlijkheidsstoornis' werd gesteld bij twee mannen, die beiden misbruikt waren door niet-verwanten. Nader onderzoek bij een grotere steekproef zal noodzakelijk zijn om het verband tussen een dergelijke diagnose en een voorgeschiedenis van seksueel misbruik te bevestigen.

Opvallend is verder het ontbreken van dissociatieve stoornissen als diagnose: op grond van gegevens uit de literatuur (Coons, 1986; Kluft, 1984a; Kluft, 1987; Putnam e.a., 1986) zou op zijn minst bij een percentage van de patiënten een dissociatieve stoornis te verwachten zijn. Ten tijde van het onderzoek bestond er in het ziekenhuis een aarzeling om de 'modieuze' diagnose van dissociatieve stoornissen te snel te stellen.

Ook angst- en paniekstoornissen zijn bij deze populatie afwezig, terwijl toch op grond van de relatie seksueel misbruik en de posttraumatische stress-stoornis, een groter aandeel van deze categorie te verwachten was. De praktijk is echter dat mensen met klachten die gebaseerd

zijn op angst- en paniekstoornissen, zelden op een gesloten opnameafdeling opgenomen hoeven te worden. Ditzelfde geldt voor de mildere stemmingsstoornissen en mogelijk ook dissociatieve stoornissen. Ten tijde van het onderzoek werden de patiënten die aangemeld werden met klachten die gerelateerd waren aan een bekend 'incestverleden', meestal op de open behandelafdelingen opgenomen.

Conclusies uit het onderzoek

Bij een derde van de patiënten die opgenomen waren op een gesloten crisisafdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, bleek sprake van een voorgeschiedenis van seksueel misbruik vóór het achttiende levensjaar. Gesplitst naar sekse gold dit voor vier op de tien vrouwen en twee op de tien van de mannelijke patiënten. Op grond van de dossiers was bij 9 van de 25 een geschiedenis van seksueel misbruik bekend. De respondenten reageerden op de vraag naar 'ervaringen op seksueel gebied, die je niet wenste en waartegen je je niet kon verzetten' (Draijer, 1988) zonder veel problemen. Een verergering van het psychiatrisch beeld trad over het algemeen niet op.

In relatie met de psychiatrische diagnoses valt het overwegen van aan alcohol- en druggebruik gerelateerde diagnoses op. Verder is er een afwezigheid van de diagnose dissociatieve stoornissen. Nader onderzoek naar de prevalentie van dissociatieve fenomenen is wenselijk. Ten tijde van het onderzoek was het onderzoek hiernaar (onder andere door het voorleggen van een vragenlijst naar dissociatieve verschijnselen) niet mogelijk. Ten slotte valt het overwegen van de diagnose 'borderline-persoonlijkheidsstoornis' en 'antisociale persoonlijkheidsstoornis' bij de groep met een geschiedenis van seksueel misbruik op. De gevonden verschillen zijn echter niet statistisch significant. Ook hiernaar is nader onderzoek wenselijk.

Op grond van dossieronderzoek zou het percentage vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik 12% bedragen hebben. Van de mannelijke patiënten was een geschiedenis van seksueel misbruik in het geheel niet in de dossiers vermeld. Het percentage vrouwen met een geschiedenis van seksueel misbruik in het gezin (door ouder of verwanten) bedraagt 28% van de onderzochte groep vrouwelijke patiënten.

Discussie

In de Angelsaksische literatuur over de prevalentie van seksuele traumatisering in een klinische populatie

lopen de cijfers nogal uiteen. Bryer e.a. (1987) noemen een percentage van 44% bij opgenomen vrouwelijke patiënten. Goodwin e.a. (1987) komen op een percentage van 50%, maar Carmen e.a. (1984) komen op grond van dossieronderzoek tot een getal van 20%. De in dit onderzoek gevonden getallen schommelen er tussenin. Anders dan in de meeste onderzoeken zijn in dit onderzoek psychotische respondenten niet uitgesloten. Reden van uitsluiting was niet het psychotisch zijn op zich, maar de heftigheid van de symptomen en de mate van onrust in stemming en gedrag. Bij de niet-onderzochte groep bestond op grond van verhalen van familieleden of op basis van het dossier vaak een vermoeden van een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. Omdat echter door de symptomatologie geen bevestiging van de patiënt zelf verkregen kon worden, zijn deze data niet in het onderzoek betrokken.

In Nederland is vrijwel geen onderzoek bekend over het vóórkomen van een voorgeschiedenis van seksueel misbruik in een psychiatrische populatie. Het onderzoek van Thunnissen (1987) komt op basis van onderzoek bij behandelaars van vrouwelijke patiënten met een incest-ervaring tot een percentage van 8,7%. Dit getal, dat verwijst naar de ervaring van seksueel misbruik met verwanten, komt overeen met de gegevens van Lukianowicz (1972) bij een grote populatie klinische en poliklinische patiënten. Het percentage van 28% in dit onderzoek is meer dan driemaal zo hoog. Hierbij dient het al eerder vermelde 'dark number' in de groep non-respondenten aangetekend te worden.

Het betrekkelijk hoge percentage seksueel misbruikte mannen in dit onderzoek is niet makkelijk te relateren aan de literatuur. Seksueel misbruik van mannen is zo mogelijk een nog minder onderzocht fenomeen (Gianotten, 1988) dan bij vrouwen. In verschillende steekproeven bij een niet-klinische populatie blijkt het percentage mannen dat seksueel misbruik meldt, te variëren van 5% (Vennix, 1984) tot 8,5% (Finkelhor, 1980). Het enige onderzoek bij een psychiatrische populatie is dat van Carmen e.a. (1984), die een percentage van 23% vonden in de dossiers van 15 mannelijke patiënten. Het 'abuse' waar het onderzoek zich op richtte, bestond echter niet alleen uit seksueel misbruik, maar ook uit fysieke mishandeling, zodat deze percentages niet zonder meer vergeleken kunnen worden. Jacobson en Richardson (1987) vonden in hun onderzoek van psychiatrische patiënten een percentage van 16%. Het in dit onderzoek gevonden percentage van 20% is hoger, maar waarschijnlijk zelfs een onderrapportage. Van seksueel misbruik bij jongens is bekend dat dit vaak op veel jongere leeftijd begint dan bij meisjes (Reinhart, 1987; Pierce en

Pierce, 1985, geciteerd bij Gianotten, 1988). Gezien de sterke amnesie voor hun vroege kinderjaren die verschillende mannelijke respondenten aangaven, lijkt het niet onwaarschijnlijk dat het aantal gevallen van seksueel misbruik in werkelijkheid veel groter is.

Seksueel misbruik en psychiatrische diagnostiek

In de huidige literatuur over de relatie seksuele en fysieke traumatisering en psychiatrische symptomen zijn grofweg twee trends te onderscheiden. In de ene onderzoeksstroom wordt de nadruk gelegd op dissociatie als posttraumatische reactie (Kluft, 1984b; Kluft e.a., 1985; Coons, 1986; Putnam e.a., 1986; Boon en Van der Hart, 1988, 1989). In de andere stroom ziet men de gevolgen van seksueel misbruik in relatie tot een grote variëteit van psychiatrische symptomen en beelden. Wanneer het gaat om de subjectieve klachten bestaat er wel overeenstemming: de depressieve stemming, de angst, de klachten van 'niets te voelen', het subjectieve gevoel 'verward' te zijn, de eenzaamheid en de wanhoop (Rijnaarts, 1987; Draijer, 1988). Ook wanneer het om observeerbaar gedrag gaat, bestaat er een zekere consensus: zo worden automutilatie, zelfdestructief gedrag, suïcidepogingen, alcohol- en druggebruik, somatische klachten, woedeuitbarstingen of emotionele afvlakking ('numbing') regelmatig genoemd (Briere, 1984; Briere en Zaidi, 1989; Bryer e.a., 1987; Van Egmond en Jonker, 1988).

Anders is dit wanneer de verschillende klachten en symptomen in een diagnostisch kader gegoten worden (Goodwin e.a., 1988). Bij de psychiatrische diagnoses die in de literatuur onderzocht zijn, staat de As-II pathologie en met name de borderline-persoonlijkheidsstoornis het meest in de belangstelling (Bryer e.a., 1987; Zanarini e.a., 1989; Herman e.a., 1989; Briere en Zaidi, 1989; Goodwin e.a., 1988; Kemp e.a., 1988). Somatisatiestoomissen en depressieve beelden volgen op enige afstand (Morrison, 1989; Walker e.a., 1988; Zanarini e.a., 1989). Verder wordt er regelmatig onderzoek gedaan naar de relatie psychotische beelden en seksuele traumatisering (Beck en Van der Kolk, 1987; Bryer e.a., 1987). Hierbij wordt meestal niet duidelijk naar welk psychiatrisch beeld de psychotische verschijnselen verwijzen: is er sprake van traumatische herbelevingen die de grens tussen werkelijkheid en innerlijk beleven overschrijden of is er sprake van een ander psychiatrisch lijden zoals een schizofrene psychose? Deze vragen zijn relevant, wanneer een theorie over de relatie trauma-psychiatrische gevolgen een zinvolle uitspraak wil doen over de interactie tussen oorzaken, gevolgen en luxerende momenten.

Conclusie

Een monocausale relatie tussen trauma en één enkel psychiatrisch beeld dat daar het gevolg van zou zijn, lijkt bij de huidige stand van zaken geen valide hypothese. De meeste auteurs spreken dan ook van een trauma-spectrum. Afhankelijk van de aard van het trauma, eventuele herhalingen, de leeftijd, de aangeboren eigenschappen, de sekse en andere variabelen zoals de gezins-situatie kan een repeterend (seksueel of fysiek) trauma bij het ene individu leiden tot de ontwikkeling van ernstige dissociatieve stoornissen, bij het andere tot het heftige, impulsieve en zelfdestructieve gedrag, dat gediagnosticeerd wordt als 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis en bij een volgende persoon tot een (ogenschijnlijk) probleemloos functioneren. Verder is het ook mogelijk dat seksueel misbruik de druppel is die de emmer, bestaande uit een biologische of psychologische kwetsbaarheid, doet overlopen. Seksueel misbruik behoort in dat opzicht dan tot de luxerende momenten. Bij de eerste casus lijkt hiervan sprake geweest te zijn. Buiten het trauma van de verkrachting was er voordien al sprake van een ontwikkeling in de richting van een verhoogde kwetsbaarheid en een verminderd vermogen zich te verweren. Ditzelfde gold voor een van de andere vrouwen. Het betrof hier een oudere zwakbegaafde vrouw, die als jong meisje regelmatig door buurtgenoten misbruikt was. Zij werd als het ware als makkelijk 'zu haben' beschouwd. Dat zij hier zelf heel anders over dacht, moge blijken uit haar reactie op de vraag. Moeizaam en geëmotioneerd vertelde zij hoe zij dit misbruik als verschrikkelijk beleefd had: dertig jaar na dato.

Voor toekomstig onderzoek lijken twee vragen interessant: is het 'borderline syndroom' dat gediagnosticeerd wordt bij veel patiënten met een geschiedenis van seksueel misbruik een diagnostisch artefact of gaat het hier inderdaad om een groep die door een traumatische voor-geschiedenis een persoonlijkheidsstructuur ontwikkelt, zoals door Kernberg en andere auteurs omschreven (Kernberg, 1984; Stone, 1986; Rohde-Dachser, 1983; Tarnopolsky en Berelowitz, 1987)? Met andere woorden: in hoeverre gaat achter de diagnose 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis een niet-specifiek gedragspatroon schuil dat gedeeltelijk een gevolg is van traumatische herhalingsdwang, gedeeltelijk op het conto van het wantrouwen in tussenmenselijke relaties te schrijven is en voor een even groot deel berust op de onrust en afkerige tegenoverdrachtsreacties die veel ernstig getraumatiseerden in hun behandelaars op weten te roepen?

De andere vraag betreft de factoren, die het individu in staat stellen, ondanks de trauma's, goed te blijven functioneren. De meeste slachtoffers van seksueel mis-

bruik verblijven immers niet in de psychiatrie. Een nieuw perspectief in de psychiatrische research rond de gevolgen van seksuele of fysieke traumatisering zou dan ook gericht kunnen zijn op het aspect van meer of minder adequate overlevingsstrategieën (Ulman en Brothers, 1987). Naast de theorieën over de effecten van trauma's is een theorie over wat het individu in staat heeft gesteld te overleven minstens zo belangrijk.

Literatuur

- Beck, J.C. en B.A. van der Kolk. Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987), 1, pag. 1474-1476.
- Boland, G. 'Moet ik er dan direct naar vragen?' *Hulpverleners over seksueel geweld*. Utrecht, Stichting tegen Seksueel Geweld, 1988.
- Boon, S.A. en O. van der Hart. Dissociëren als overlevingsstrategie bij fysiek en seksueel geweld. Trauma en dissociatie 1. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 43 (1988), 11, pg. 1197-1207.
- Boon, S.A. en O. van der Hart. Het herkennen van dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de multiple persoonlijkheidsstoornis. Trauma en dissociatie 2. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 43 (1988), 11, pag. 1208-1225.
- Boon, S.A. en O. van der Hart. De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. Trauma en dissociatie 3. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 44 (1989), 12, pag. 1283-1299.
- Briere, J. *The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning. Defining a post-sexual abuse syndrome*. Washington, Childrens Hospital Medical Center, 1984. Paper presented at the Third National Congress on sexual victimization children.
- Briere, J. en L.Y. Zaidi. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry* 146 (1989), pag. 1602-1606.
- Braun, B.G. en R. Sachs. The development of multiple personality disorder. In: R.P. Kluft (red.). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, American Psychiatric Press, 1985.
- Browne, A. en D. Finkelhor. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin* 99 (1986), pag. 66-77.
- Bryer, J. B., B.A. Nelson, J. B. Miller en P.A. Kroll. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987), pag. 1426-1430.
- Carmen, E.H., P.P. Rieker en T. Mills. Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 141 (1984), pag. 378-383.
- Coons, P.M. The differential diagnosis of multiple personality. *Psychiatric Clinics of North-America* 7 (1984), pag. 51-65.
- Coons, P.M. Child abuse and multiple personality disorder: review of the literature and suggestions for treatment. *Child Abuse and Neglect* 10 (1986), pag. 455-462.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Third (revised) edition. Washington, American Psychiatric Association, 1987.
- Draijer, P.J. *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gezinsachtergronden en de psychische en psychosomatische gevolgen*. 's-Gravenhage, Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid, 1988.
- Egmond, M. van en D. Jonker. Seksueel misbruik en lichamelijke mishandeling: risicofactoren voor (recidiverend) suïcidaal gedrag bij vrouwen? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30 (1988), pag. 21-38.

- Finkelhor, D. Risk factors in the sexual victimization of children. *Child Abuse and Neglect* 4 (1980), pag. 255-257.
- Frenken, J. en A. van Stolk. *Hulpverleners en incestslachtoffers. Belemmeringen in de hulpverlening*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1987.
- Gelinas, D. The persisting negative effects of incest. *American Journal of Psychiatry* 140 (1983a), pag. 312-322.
- Gelinas, D. Identification and treatment of incest victims. In: E. Howell en M. Bayes (red.). *Women and Mental Health*. New York, Basic Books, 1983b.
- Gianotten, W.L. Jongens als slachtoffer van seksueel misbruik. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 43 (1988), 11, pag. 1179-1195.
- Goodwin, J. e. a. Reporting by adult patients of childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987), pag. 1183.
- Goodwin, J., K. Cheeves en V. Connell. Defining a syndrome of severe symptoms in survivors of severe incestuous abuse. *Dissociation* 1 (1988), 4, pag. 11-16.
- Herman, J.L., J.C. Perry en B.A. van der Kolk. Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 146 (1989), 4, pag. 490-494.
- Jacobson, A. en B. Richardson. Assault experiences of 100 psychiatric in-patients: evidence of the need for routine enquiry. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987), pag. 908-913.
- Kemp, K., A.D. Gilbertson en M. Torem. The differential diagnosis of multiple personality disorder from borderline personality disorder. *Dissociation* 1 (1988), 4, pag. 41-45.
- Kernberg, O. F. *Severe personality disorders*. New Haven, Yale University Press 1984.
- Kernberg, O.F. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York, Basic Books, 1989.
- Kluft, R.P. Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North-America* 7 (1984a), 1, pag. 9-29.
- Kluft, R.P. Multiple Personality in Childhood. *Psychiatric Clinics of North-America* 7 (1984b), pag. 121-134.
- Kluft, R.P. First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987), pag. 293-298.
- Lindberg, F.H. en D.J. Distad. Post-traumatic stress disorders in 'Women who experienced childhood incest'. *Child Abuse and Neglect* 9 (1985), pag. 329-334.
- Lukianowicz, H. Incest. *British Journal of Psychiatry* 120 (1972), pag. 301-313.
- Meiselman, K.C. *Incest: A Psychological Study of Causes and Effects with Treatment Recommendations*. San Francisco, Jossey-Bass, 1978.
- Morrison, J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry* 146 (1989), pag. 239-241.
- Mullen, P. E. e. a. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *The Lancet* 16 (1988), pag. 840-844.
- Nicolai, N. J. Seksueel misbruik in het gezin als proces. *Tijdschrift voor Seksuologie* 12 (1988), pag. 145-153.
- Putnam, F.W. e. a. 100 cases of multiple personality disorder. *New Research. Abstract American Psychiatric Association*. Washington, American Psychiatric Association, 1983.
- Rijnaarts, J. *Dochters van Lot*. Over vader-dochter-incest. Amsterdam, An Dekker, 1987.
- Rohde-Dachser, C. *Het Borderline-syndroom*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1983.
- Stone, M. H. (red.). *Essential Papers on Borderline Disorders*. New York, New York University Press, 1986.

- Tarnopolsky, A. en M. Berelowitz. Borderline personality; a review of recent research. *British Journal of Psychiatry* 151 (1987), pag. 724-734.
- Thunnissen, M. Incest bij vrouwelijke patiënten in een APZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 42 (1987), 4, pag. 435-438.
- Ulman, R.B. en D. Brothers. *The Shattered Self. A Psychoanalytic Study of Trauma*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass., 1988.
- Vennix, P. Incestueus of niet, wat maakt het uit? In: J. Frenken en C. van Lichtenburcht (red.). *Incest, feiten, achtergronden en hulpverlening*. Een symposium. Zeist, Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, 1984.
- Walker, E. e. a. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 145 (1988), pag. 75-80.
- Wolfe, V.V., C. Gentile en D.A. Wolfe. The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation. *Behavior Therapy* 20 (1989), pag. 215-228.
- Young, M. de. Self-injurious behavior in incest victims: a research note. *Child Welfare* 61 (1982), pag. 577-584.
- Zanarini, M. C. e. a. Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 30 (1989), pag. 18-25.

Summary

Nicolai, N.J. *Sexual abuse and psychiatric disorders. An exploratory study on a closed psychiatric hospital unit.*

The prevalence of a history of sexual abuse before the age of 18 was studied among a group of patients admitted on a closed psychiatric hospital unit. Of 77 patients a reliable case history was obtained. A third of the patients suffered from a sexual trauma, 40% of the female patients (N=39) and 20% of the male patients (N=38). There was no unequivocal relationship between psychiatric diagnosis and a history of sexual trauma. However, women who were sexually abused by relatives at an early age and who display a characteristic behavioural pattern with self mutilation, impulsive behaviour and changing moods, often seem to be given the diagnosis of borderline personality disorder.