

Signalen van seksueel misbruik herkennen

T.A.M. (Doreth) Teunissen, Sylvie H. Lo Fo Wong en A.L.M. (Toine) Lagro-Janssen

DAMES EN HEREN,

Seksueel misbruik bij vrouwen komt vaak voor. Seksueel misbruik staat voor uiteenlopende vormen van seksueel getinte, ongewenste handelingen. Aanranding, verkrachting, incest, genitale verminking en gedwongen prostitutie vallen eronder, maar ook subtiele vormen zoals verbale seksuele chantage of intimidatie.¹ Veel slachtoffers van seksueel misbruik komen uit schaamte, schuldgevoel en soms angst voor de dader niet zelf met hun verhaal. Het herkennen van signalen van seksueel misbruik is daarom van groot belang. In dit artikel laten wij aan de hand van 2 ziektegeschiedenissen zien hoe u deze signalen kunt herkennen en op een goede manier onderwerp van gesprek kunt maken.

In Nederland heeft 31% van de vrouwen en 11% van de mannen tussen de 15 en 25 jaar ooit fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt, een percentage dat bij personen boven de 25 jaar oploopt tot 42 respectievelijk 13%. Daarnaast maakt de helft van de vrouwen één of meer malen in haar leven niet-fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag mee; bij mannen is dit 3 op de 10. Een andere vorm van grensoverschrijdend gedrag vindt plaats door e-mail, sms of social media; 17% van de jongeren wordt hiermee geconfronteerd.² In 70% van de gevallen is de dader van seksueel grensoverschrijdend gedrag een bekende.²

De gevolgen van seksueel misbruik kunnen groot zijn. Uit een recent grootschalig onderzoek onder 42.000 vrouwen uit de 28 lidstaten van de Europese Unie blijkt dat 84% van de vrouwen die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik psychologische gevolgen heeft, zoals depressie, angst, verlies aan zelfvertrouwen, slaapproblemen en concentratieproblemen.³ Slechts een derde van de slachtoffers vertelt iets over het seksueel misbruik tegen familie of vrienden, 1 op de 3 slachtoffers vertelt het aan niemand en een derde doet aangifte bij de politie. De meeste slachtoffers willen het misbruik zo snel mogelijk vergeten. Omdat veel slachtoffers het seksueel misbruik verzwijgen en omdat hulpverleners signalen niet herkennen is de hulp aan slachtoffers vaak niet adequaat. Er zijn aanwijzingen dat 2 op de 3 slachtoffers van seksueel misbruik later opnieuw slachtoffer wordt (revictimisering). Dit risico lijkt groter naarmate de gevolgen van het misbruik niet of niet adequaat worden behandeld.⁴ Veel slachtoffers van seksueel misbruik komen uit schaamte, schuldgevoel en soms angst voor de dader niet zelf met hun verhaal. Daarom is het belangrijk dat artsen signalen van seksueel misbruik leren herkennen. Door vervolgens deze signalen ook op een goede manier

*Radboudumc, afd. Eerstelijngeneeskunde/Vrouwenstudies
Medische Wetenschappen, Nijmegen.*

Dr. T.A.M. Teunissen, dr. Lo Fo Wong, en em.prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisartsen.

*Contactpersoon: dr. T.A.M. Teunissen
(doreth.teunissen@radboudumc.nl).*

onderwerp van gesprek te maken, zal het misbruik sneller besproken worden en kan sneller adequaat hulp geboden worden. Snelle en adequate hulp vermindert het risico op gevolgen op de langere termijn en verkleint daardoor het risico op herhaling.

Patiënt A is een gezonde 24-jarige opgewekte jonge vrouw. Ze gebruikt geen medicatie en leidt, naast een baan van 32 uur per week, een druk sociaal leven. Behoudens enkele consulten in verband met sportblessures komt ze weinig op het spreekuur. Dat verandert het laatste half jaar. Ze komt 4 keer met klachten van vermoeidheid en slecht slapen zonder klachten die wijzen in de richting van een anemie of een schildklierstoornis. Er is geen sprake van gewichtsverlies en laboratoriumonderzoek naar leverfuncties, Hb, schildklier- en nierfunctie levert geen afwijkende uitslagen op.

Ze vertelt dat er geen problemen zijn in de relationele sfeer en ze gaat met plezier naar haar werk. Wel maakt ze veel overuren en dat valt haar zwaar, terwijl dat voorheen nooit een probleem was. Ze slaapt slecht en voelt zich vermoeid en opgejaagd. Ze kan zich ook moeilijk concentreren en heeft steeds minder zin om leuke dingen met haar vriendinnen te ondernemen. Ondanks een week vakantie en het normaliseren van de werkdruk houden de klachten aan.

Op uitdrukkelijk verzoek van patiënte en haar omgeving wordt ze verwezen naar de internist. Deze vindt bij aanvullend laboratoriumonderzoek geen afwijkingen. De opvallende knik in de gezondheidstoestand zonder duidelijke actuele problemen is voor de internist reden om te vragen of er in het afgelopen jaar nare dingen zijn gebeurd. Aarzelend vertelt zij over een angstaanjagende ervaring van een half jaar geleden.

In een café leerde ze een man kennen waarmee het direct klikte. Ook al had ze dat nooit eerder gedaan, ze ging in op zijn voorstel om tegen sluitingstijd samen een afzakertje te drinken in haar dichtbijgelegen appartement. Daar aangekomen werd hij handtastelijk en opdringerig. Omdat ze weerstand bood en duidelijk aangaf dit niet te willen, werd hij ineens erg boos en agressief. Onder verbale beledigingen en dreiging van een mes verkrachtte hij haar die nacht een aantal malen anaal en vaginaal. Uiteindelijk lukte het haar om hem tegen de ochtend buiten de deur te krijgen.

Vanwege schuldgevoel – ze had hem immers uit vrije wil zelf uitgenodigd – en uit schaamte heeft ze het nooit aan iemand durven vertellen. Ze vindt het onbegrijpelijk dom van zichzelf dat ze de situatie zo verkeerd heeft ingeschat. Ze neemt het zichzelf ook kwalijk dat ze ongemerkt wat meer alcohol – ze denkt 4 consumpties – dan anders heeft gebruikt. Ze is niet naar de huisarts gegaan en heeft geen aangifte gedaan. Sindsdien heeft ze, naast de eerder

genoemde klachten, ook op onverwachte momenten flashbacks van beelden van die nacht. Recentelijk had zij in de bioscoop een paniekaanval gehad die was uitgelokt door eenzelfde indringend parfum als dat van de dader. Dankzij ‘eye movement desensitization and reprocessing’ (EMDR) zijn tegenwoordig de paniekaanvallen verdwenen en de flashbacks veel minder frequent en minder heftig.

Patiënt B, een 37-jarige gescheiden vrouw zonder kinderen, is bekend met chronische rugklachten waarvoor zij momenteel transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) ondergaat. Deze behandeling brengt enige verlichting. Voor periodes van hevige buikpijn bezocht ze in het verleden een internist en een gynaecoloog, maar deze vonden geen lichamelijke oorzaak voor de klachten. Dat stelde haar gerust, maar de geruststelling was niet van lange duur.

Ze kan zich met haar beperkingen net in het leven staande houden. Ze gebruikt bijna iedere dag pijnstillers. Ze gebruikt alleen alcohol bij feestjes; wel rookt ze fors. Ze bezoekt regelmatig het spreekuur van de huisarts als de buikklasten opspelen of als de pijn in de rug uit te houden is. Na het luisteren naar het verhaal, lichamenlijk onderzoek en geruststelling gaat het dan weer even goed. Ze heeft goed contact met haar stiefdochter, de 9-jarige dochter uit het eerdere huwelijk van haar ex.

Nu bezoekt ze overstuur het spreekuur. Haar stiefdochter heeft haar recent verteld dat opa, de vader van haar ex, seksspelletjes met haar doet. Er is door vader aangifte gedaan en het contact met opa is verbroken. Dit gebeuren leidt tot hevige angst- en paniekreacties bij patiënte omdat het herinneringen uit het verleden oproept. Ze wil hulp.

Ze vertelt dat ze van haar 8e tot haar 16de, toen zij het ouderlijk huis verliet, regelmatig is misbruikt door haar vader. Ze heeft zich altijd schuldig gevoeld aan wat er gebeurd is. Haar vader schilderde haar immers af als medeplichtige, als een meisje ‘dat het zelf ook graag wilde’ en als een meisje ‘dat dit soort dingen bij mannen uitlokt’. Het vervult haar nog altijd met diepe schaamte. Omdat ze door haar eigen heftige emoties haar stiefdochter niet tot steun kan zijn, wil ze nu, na jarenlang zwijgen, hulp gaan zoeken.

Inmiddels is zij begonnen met een langdurige cognitieve gedragstherapie.

BESCHOUWING

Bij deze 2 patiënten beschrijven wij de gevolgen van seksueel misbruik. De signalen hiervan werden bij beiden te laat door de artsen herkend.

Patiënt A is een jonge vrouw die wordt verkracht door

TABEL 1 Classificatiecriteria en symptomen van posttraumatische-stressstoornis volgens DSM-5⁶**criteria**

er moet sprake zijn van een trauma; dit houdt in dat betrokkene is blootgesteld aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwondingen en/of seksueel geweld op 1 of meer van de volgende manieren:

- 1 het is de persoon direct overkomen
- 2 de persoon was getuige van de gebeurtenis
- 3 een direct familielid of vriend van de persoon is het overkomen
- 4 de persoon wordt herhaaldelijk blootgesteld aan nare details van de ingrijpende gebeurtenis(sen) (bijvoorbeeld politieagenten die herhaaldelijk worden blootgesteld aan de details van kindermisbruik)*

er moet sprake zijn van de onderstaande symptomen†:

herbelevent

de traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op 1 of meer van de volgende manieren:

- herhalende, zich opdringende herinneringen
- onaangename dromen die gerelateerd zijn aan het trauma
- handelen of voelen alsof het trauma opnieuw plaats vindt
- heftige emoties als iemand eraan herinnerd wordt
- lichamelijke reacties als iemand eraan herinnerd wordt

vermijdent

aanhoudend vermijden van prikkels die gerelateerd zijn aan het trauma, zoals blijkt uit 1 of 2 van de volgende symptomen:

- het vermijden van gedachten en gevoelens
- het vermijden van plaatsen, mensen, voorwerpen en situaties

negatieve gedachten en stemming†

negatieve veranderingen in gedachten en stemming gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis, zoals blijkt uit 2 of meer van de volgende symptomen:

- onvermogen om delen van gebeurtenis te herinneren
- negatieve gedachten over zelf, anderen en de wereld ('ik kan niemand vertrouwen')
- vertekende gedachten over consequenties en oorzaak van de gebeurtenis
- negatieve emoties (angst, afschuw, woede, schuld, schaamte)
- afgenomen interesse en participatie in activiteiten
- afgesneden of vervreemd voelen van anderen
- niet in staat positieve emoties te ervaren

hyperactiviteit

aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid zoals blijkt uit 2 of meer van de volgende:

- geïrriteerdheid en woede-uitbarstingen
- roekeloosheid en zelfdestructief gedrag
- hyperaltheid
- overdreven schrikreacties
- concentratieproblemen
- slaapproblemen

de duur van de stoornis is langer dan 1 maand

de stoornis veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen

de stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals medicatie, alcohol) of aan een somatische aandoening

* Criterium 4 is niet van toepassing op blootstelling via elektronische media, televisie, films of afbeeldingen, tenzij deze blootstelling werkgerelateerd is (dus wel bij de politie).

† Voor deze symptomen geldt: deze zijn begonnen of verslechterd na de traumatische gebeurtenis.

Trauma Screening Vragenlijst

© AMC Psychiatrie, Zorglijn Angststoornissen: Olff, M (2009)

Instructie
Bekijk de onderstaande reacties die soms ontstaan na een traumatische gebeurtenis. Deze vragenlijst gaat over uw persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis die u heeft meegemaakt.

Geef aan (Ja / Nee) of u tenminste **2 maal in de afgelopen week** het volgende heeft ondervonden.

Omcirkel het antwoord dat bij u past.

1 Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in uw hoofd opkomen tegen uw wil in..... **Ja / Nee**
 2 Verontrustende dromen over de gebeurtenis..... **Ja / Nee**
 3 U gedragen of u voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt..... **Ja / Nee**
 4 Van streek raken door dingen die u aan de gebeurtenis herinneren..... **Ja / Nee**
 5 Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten, duizeligheid) wanneer u herinnerd wordt aan de gebeurtenis..... **Ja / Nee**
 6 Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden..... **Ja / Nee**
 7 Geïrriteerdheid of woedeaanvallen..... **Ja / Nee**
 8 Moeite hebben met concentreren..... **Ja / Nee**
 9 Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor uzelf en anderen..... **Ja / Nee**
 10 Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts..... **Ja / Nee**

© 2005 Vertaling van de TSQ (Brewin, 2001) door M. Olff.

Scoring
Ja = 1 punt, Nee = 0 punten
Heeft u een totaalscore van 6 of hoger op deze vragenlijst dan is het mogelijk dat u last heeft van posttraumatische stress stoornis (PTSS).

FIGUUR Vragenlijst voor de screening op symptomen van posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Deze vragenlijst kan bij slachtoffers van seksueel misbruik vanaf 4 weken na de gebeurtenis worden afgenomen om vast te stellen of de betrokkene een PTSS heeft of dreigt te ontwikkelen.

een man die ze in het café heeft leren kennen. Haar ziektegeschiedenis laat zien dat seksueel misbruik kan leiden tot ernstige en langdurige psychische problemen, zoals depressieve klachten, angst- en paniekaanvallen, seksuele problemen en een posttraumatische-stressstoornis (PTSS).⁵

POSTTRAUMATISCHE-STRESSSTOORNIS

In de eerste 4 weken na het trauma krijgt het merendeel van de slachtoffers symptomen zoals slecht slapen, herbelevingen, paniekaanvallen, vermijdingsgedrag en verhoogde prikkelbaarheid. Als er 4 weken na het trauma nog steeds symptomen bestaan van herbeleving – zoals nachtmerries, trillen, transpireren, vermijdingsgedrag, minder belangstelling voor normale activiteiten, en

hyperactiviteit die zich uit in concentratie- of slaapproblemen en prikkelbaarheid – moet men denken aan PTSS (tabel 1).

Bij patiënt A waren alle genoemde signalen aanwezig. Een andere trigger bij deze patiënte was de paniekaanval toen zij de geur rook van de parfum die de dader ook gebruikte. Tevens was er een opvallende knik in haar gezondheid. Een screeningslijst die 4 weken na de gebeurtenis wordt afgenomen kan de hulpverlener helpen om patiënten met een verhoogd risico op een PTSS op te sporen (figuur).

Na traumatische ervaringen ontwikkelt ongeveer 5% van de mannen en 10% van de vrouwen een PTSS. Voor slachtoffers van een verkrachting gelden hogere percentages: 40% van de slachtoffers van een verkrachting heeft

6 maanden na de verkrachting symptomen die de diagnose 'PTSS' rechtvaardigen.⁷ Het risico op PTSS is groter en de prognose slechter als het slachtoffer van het vrouwelijk geslacht is, een jongere leeftijd heeft, afkomstig is uit een laag sociaal-economisch milieu, een laag opleidingsniveau heeft, een eerder trauma of stressvolle gebeurtenissen in de jeugd heeft meegemaakt, de gebeurtenis ernstig is, eerder psychiatrische problemen heeft ervaren en wanneer het slachtoffer gebrek aan sociale steun ervaart.⁵

Een PTSS kan behalve door seksueel misbruik ook ontstaan na andere soorten psychotrauma. Zonder behandeling blijven de klachten van PTSS vaak aanhouden. De behandeling van eerste keus bij patiënten met PTSS bestaat uit cognitieve gedragstherapie of 'eye movement desensitization and reprocessing' (EMDR).^{8,9} Bij cognitieve therapie en EMDR gaat het om herhaalde belevingen in een veilige en veranderde situatie, met als voorwaarde dat patiënten over een vermogen tot verwerken beschikken. In de acute fase (de eerste 4 weken na het trauma) kunnen psycho-educatie en adviezen over adequate coping de acute stress verminderen en het risico op het ontwikkelen van een PTSS verkleinen.⁹

SEKSUEEL MISBRUIK BESPREEKBAAR MAKEN

Patiënte A kreeg in korte tijd moeite met concentreren, slaapproblemen, paniekaanvallen en klachten van vermoeidheid. Als de huisarts deze symptomen als signalen van seksueel misbruik had herkend, had het misbruik eerder bespreekbaar gemaakt kunnen worden. De vraag naar seksueel misbruik kan gebeuren aan de hand van de symptomen die de patiënt zelf noemt: 'Uit ervaring weet ik dat patiënten met de klachten die u beschrijft, vaak een

TABEL 2 Oddsratio's voor het optreden van somatische en psychiatrische stoornissen na seksueel misbruik¹⁰

gevolg van seksueel misbruik	oddsratio (95%-BI)
slaapstoornissen	16,1 (2,06-126,76)
zelfmoordpogingen	4,1 (2,98-5,76)
psychogene insulten	3,0 (1,12-4,69)
angststoornissen	3,0 (2,43-3,94)
chronische bekkenpijn	2,7 (1,73-4,30)
eetstoornissen	2,7 (2,04-6,63)
depressie	2,7 (2,14-3,30)
maag-darmstoornissen	2,4 (1,36-4,31)
PTSS	2,4 (1,59-3,43)
aspecifieke chronische pijn	2,2 (1,54-3,51)

PTSS = Posttraumatische-stressstoornis.

- In Nederland heeft 1 op de 3 vrouwen en 1 op de 10 mannen tussen de 15 en 25 jaar ooit seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt; bij vrouwen boven de 25 jaar loopt het percentage op tot 42% en bij mannen tot 13%.
- In 70% van de gevallen van seksueel misbruik is de dader een bekende.
- 4 op de 5 vrouwen die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik hebben negatieve psychische gevolgen.
- Slachtoffers van seksueel misbruik komen meestal niet uit zichzelf met hun verhaal.
- Symptomen van een posttraumatische-stressstoornis en somatisch onverklaarde lichamelijke klachten kunnen signalen van seksueel misbruik zijn.
- Artsen moeten de signalen van seksueel misbruik leren herkennen en dienen bij deze signalen de patiënt te vragen naar seksueel of fysiek geweld.

traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt, zoals fysiek of seksueel geweld. Speelt dat bij u mogelijk ook?' Een andere manier is om het algemeen te houden: 'omdat we weten dat veel vrouwen fysiek of seksueel geweld meemaken en dat dit allerlei lichamelijke en geestelijke klachten kan veroorzaken, vragen we tegenwoordig routinematig naar geweld. Heeft u te maken gehad met fysiek of seksueel geweld?' Pas toen de internist met deze vraag kwam was dat aanleiding voor patiënte om haar verhaal te vertellen en kon adequate hulp in de vorm van EMDR worden ingezet.

SOMATISCH ONVERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Patiënt B ontwikkelde chronische rugklachten en chronische buikpijn. Veel uitingsvormen van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en psychiatrische stoornissen komen vaker voor bij vrouwen die seksueel misbruikt zijn (tabel 2).¹⁰ Ook vrouwen met chronische vermoeidheid, prikkelbare darmsyndroom en chronische bekkenpijn blijken vaker een verleden van seksueel misbruik en geweld te hebben dan vrouwen zonder deze klachten.¹⁰

Dat patiënten met SOLK vaker een verleden hebben van seksueel misbruik is bij veel artsen niet bekend en zij zullen er daarom ook niet naar vragen.⁸ Patiënten zien vaak zelf ook geen relatie tussen de klachten en het gebeuren in het verleden. Het gesprek in de spreekkamer over het misbruik vindt daarom niet plaats. De vele artsen waar patiënt B in het verleden onder behandeling is geweest, hebben nooit gevraagd naar fysiek of seksueel geweld in het verleden. Door een incident met haar dochter en de herbelevingen die daarna optraden, zocht patiënte uiteindelijk zelf hulp. Door als arts bij patiënten met SOLK

te vragen naar fysiek of seksueel geweld kan wellicht tijdig adequate therapie worden ingesteld. Als dat bij patiënt B was gebeurd, had zij vele jaren eerder kunnen beginnen met haar behandeling.

Dames en Heren, een vrouw die u frequent consulteert met een veelvoud aan fysieke en psychische klachten waar geen duidelijke oorzaak voor wordt gevonden, draagt nogal eens een geheim van seksueel misbruik met zich mee. Patiënten komen meestal niet uit zichzelf met hun verhaal, maar vertellen pas na doorvragen over hun negatieve ervaringen. Dat is het moment waarop adequate hulp geboden kan worden.

Artsen van verschillende disciplines kunnen een belangrijke rol spelen door seksueel misbruik in de voorgeschiedenis te signaleren en voor adequaat hulp te zorgen. Durf door te vragen. Vroegtijdig en goed uitgevoerde, adequate

therapie lijkt bescherming te bieden tegen het ontstaan van psychische stoornissen. Het kan herhaling van het misbruik voorkomen.¹¹

Voor de acute hulp bij verkrachtingen kan men terecht bij een van de 13 centra voor seksueel geweld (in 2017 zullen dit er 16 zijn) waar 24 uur per dag, 7 dagen in de week geïntegreerde en gecoördineerde hulp aan kinderen en volwassenen wordt gegeven (www.centrumseksueelgeweld.nl).

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 24 augustus 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D546

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D546**

LITERATUUR

- 1 De Haas S. Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*. 2012;36:136-45.
- 2 Movisie. In Nederland werkelijk meer huiselijk geweld? Een duiding van Europees onderzoek naar geweld tegen vrouwen. www.movisie.nl/artikel/nederland-werkelijk-meer-huiselijk-geweld, geraadpleegd op 27 september 2016.
- 3 Violence against women: an EU wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- 4 Risser HJ, Hetzel-Riggin MD, Thomsen CJ, McCanne TR. PTSD as a mediator of sexual revictimization: the role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *J Trauma Stress*. 2006;19:687-98.
- 5 Bicanic IAE, Engelhard IM, Sijbrandij M. Posttraumatische stressstoornis en seksuele problemen na seksueel geweld. Prevalentie en behandeling. *Tijdschrift voor gedragstherapie*. 2014;47:256-79.
- 6 American Psychiatric Association. DSM-5, handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2014.
- 7 Tihonen Moller A, Backstrom T, Sondergaard HP, Helstrom L. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS One*. 2014;9:e111136.
- 8 Posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Nice guideline CG26. London: National Institute for Clinical Excellence; 2005.
- 9 Kennedy KM, White C. What can GPs do for adult patients disclosing recent sexual violence? *Br J Gen Pract*. 2015;65:42-4.
- 10 Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:550-61.
- 11 Van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, et al. Trauma-focused treatment in PTSD-patients with psychosis: symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophr Bull*. 2016;42:693-702.