



**UvA-DARE (Digital Academic Repository)**

**Recognizing child sexual abuse**

Bosschaart, T.F.

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Bosschaart, T. F. (2018). Recognizing child sexual abuse: An unrelenting challenge

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

# 12

---

Nederlandse Samenvatting



## Nederlandse Samenvatting

Seksueel misbruik van kinderen komt vaak voor en wordt helaas vaak niet herkend<sup>1,2</sup>. De gevolgen van seksueel misbruik op de kindertijd kunnen ernstig zijn, en kunnen zich als snel, of pas veel later in het leven voordoen<sup>3-5</sup>. In de inleiding van dit proefschrift (**Hoofdstuk 1**) leggen we uit waarom het moeilijk kan zijn seksueel misbruik bij kinderen te herkennen. Helaas is het zo dat kinderen niet vaak spontaan gaan vertellen over wat hun is overkomen. Dit kan te maken hebben met angst en schaamte maar ook omdat zij er de woorden (nog) niet voor hebben. Ook zijn de meeste symptomen (klachten) die kinderen kunnen gaan vertonen, nadat zij misbruikt zijn, niet specifiek voor seksueel misbruik. Zij kunnen ook door andere oorzaken ontstaan. Bij het lichamelijk onderzoek van het kind, en specifiek bij het onderzoek van de uitwendige geslachtsdelen, de anus en de mond, wordt meestal geen letsel vastgesteld, ook al heeft er wel degelijk misbruik plaatsgevonden. Tenslotte kan ook het aantonen van een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) bij een kind passen bij andere oorzaken dan seksueel misbruik. Zo kunnen SOA's ook worden verkregen door bijvoorbeeld overdracht van de moeder op het kind tijdens de zwangerschap of via een bloedtransfusie. Om de herkenning van seksueel misbruik bij kinderen te verbeteren is er meer kennis nodig over de klachten (symptomen) die bij kinderen na seksueel misbruik worden gezien, zowel op lichamelijk als psychisch gebied, het onderzoek hiernaar is nog te weinig uitgevoerd.

In dit proefschrift hebben we de waarde van het onderzoek, wat wordt verricht wanneer er bij een kind een vermoeden van seksueel misbruik bestaat, onderzocht. Dit onderzoek bestaat uit meerdere onderdelen, het kind wordt zowel medisch als psychologisch beoordeeld. In het eerste deel (**Hoofdstuk 1-5**) focussen we op het medische (kindergeneeskundige) onderdeel van het onderzoek bij kinderen die mogelijk seksueel zijn misbruikt. In het tweede deel (**Hoofdstuk 6-8**) gaan we in op de psychische en lichamelijke klachten, het seksueel gedrag en de seksuele kennis bij kinderen die betrokken waren in de Amsterdamse zedenzaak (zie deel II). In het laatste hoofdstuk bespreken we vervolgens de aanbevelingen die uit ons onderzoek voortkomen en bruikbaar zijn voor de dagelijkse praktijk

### Deel I

**Hoofdstuk 2** is een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, getiteld 'Diagnostiek bij (een vermoeden van) seksueel misbruik bij kinderen' waar ik van 2013 tot 2016 met veel plezier aan heb gewerkt<sup>6</sup>. Dit is de eerste in Nederland verschenen richtlijn voor kinderartsen over de diagnostiek bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen. De richtlijn kan ook goed gebruikt worden door andere artsen en professionals die met een vermoeden van seksueel misbruik worden geconfronteerd en is dan ook gemaakt in

samenwerking met verschillende medisch specialismen en instanties zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, Veilig Thuis, het Forensisch Medisch Genootschap, de politie en het Centrum Seksueel Geweld. In dit artikel beschrijven we de stappen die een kinderarts moet nemen bij het onderzoek van een kind die mogelijk seksueel is misbruikt. Het is dan essentieel onderscheid te maken tussen acute en niet-acute situaties. De richtlijn beschrijft welke lichamelijke en psychische klachten uitgevraagd moeten worden, waar artsen op moet letten bij het lichamenlijk onderzoek, en op welke SOA's getest moeten worden. Daarnaast benadrukken we het belang van een goede multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende instanties en professionals die allen belangrijk zijn bij het onderzoek naar seksueel misbruik, zoals de politie, Veilig Thuis en de geestelijke gezondheidszorg.

In **Hoofdstuk 3** onderzochten we de diagnostische bruikbaarheid van de "vragenlijst over seksueel gedrag bij jonge kinderen" (Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)) om onderscheid te maken tussen seksueel misbruikte en niet misbruikte kinderen. We deden dit door een zogenaamd systematisch onderzoek van alle wetenschappelijke artikelen die over dit onderwerp zijn verschenen. Wanneer we kijken naar de CSBI-totaal scores, dan zien we dat deze significant (groter dan door toeval alleen) hoger zijn bij slachtoffers van seksueel misbruik ten opzichte van niet misbruikte kinderen. Echter dit was alleen zo wanneer studies gebruik maakten van vooraf geselecteerde groepen, waarbij zeker misbruikte met zeker niet misbruikte kinderen met elkaar werden vergeleken. De uitkomsten in de klinische setting (met kinderen waarbij sprake is van een vermoeden van seksueel misbruik) zijn tot dusverre helaas teleurstellend. Daarom kunnen de CSBI-uitslagen alleen niet gebruikt worden om te voorspellen of een kind wel of niet is misbruikt. De CSBI kan wel gebruikt worden om systematisch seksueel gedrag bij kinderen uit te vragen als onderdeel van een kindergeneeskundige evaluatie.

In een retrospectief onderzoek (dit is een onderzoek waarbij je gegevens gebruikt uit het verleden), analyseerden we de klinische profielen van 236 kinderen die in vijf jaar tijd werden onderzocht in het Emma Kinderziekenhuis- Academisch Medisch Centrum in Amsterdam vanwege een vermoeden van seksueel misbruik (**Hoofdstuk 4**). Deze kinderen werden allen onderzocht door een multidisciplinair team bestaande uit een kinderarts, een orthopedagoog (kind deskundige) en een maatschappelijk werkende. In bijna de helft van de kinderen die werden onderzocht was de moeder de persoon die een vermoeden van seksueel misbruik had. Lichamelijke klachten werden gerapporteerd bij 59.7% van de kinderen, dit was niet significant verschillend tussen kinderen waarbij seksueel misbruik aannemelijk en minder aannemelijk was.

Slechts bij één meisje werd letsel van de geslachtsdelen vastgesteld bij het onderzoek van de uitwendige geslachtsdelen en de anus, wat passend was bij penetratie. Het betrof een verse scheur van het maagdenvlies. Dit meisje was onderzocht in de acute situatie (binnen 7 dagen na het laatste misbruik). Echter, bij 18.6% ( $n=44$ ) van de kinderen werd zorgelijk gedrag geobserveerd tijdens het genitaal onderzoek, zoals angst (9.8%,  $n=23$ ), verlegenheid (2.9%,  $n=7$ ), verzet (2.9%,  $n=7$ ), teatraal gedrag (1.7%,  $n=4$ ) of ander zorgelijk gedrag (1.3%,  $n=3$ ). Bij maar 2.9% van de kinderen werd een SOA en bij één meisje was een zwangerschapstest positief.

Bij meer dan een derde van de kinderen was de uitkomst van het onderzoek dat er sprake was van seksueel misbruik of dat er sprake was van een sterke verdenking op seksueel misbruik. In de groep kinderen waar er tussen de ouders sprake was van een vechtscheiding, was de uitkomst van het onderzoek dat seksueel misbruik significant minder vaak sterk verdacht of bewezen was.

33 kinderen (18.3% van alle geïnterviewde kinderen) gaven tijdens het poliklinische onderzoek een onthulling over seksueel misbruik door een volwassene. Wanneer een kind een onthulling van misbruik had gedaan tijdens het kind-interview, dan was de uitkomst van het onderzoek dat seksueel misbruik significant vaker sterk verdacht of bewezen was dan wanneer er het kind geen onthulling deed (91% ten opzichte van 16%). De onthulling van een kind over seksueel misbruik lijkt daarmee erg waardevol in het onderzoek naar seksueel misbruik maar we moeten hierbij rekening houden met cirkel-redenerie.

In een literatuur studie (**Hoofdstuk 5**) gaven we een overzicht van de gebruikte definities en instrumenten in case-control studies naar het verband tussen seksueel misbruik en functionele klachten bij kinderen. Functionele klachten zijn onbegrepen lichamelijke klachten die niet (volledig) verklaard kunnen worden door een lichamelijke oorzaak. Tevens keken we naar twee belangrijke elementen in de studieopzet (de selectie van deelnemers en de blinding). Met blinding wordt bedoeld dat de uitkomst blind wordt gemeten van de determinant. We trokken de volgende conclusies: in een groot deel van de studies ontbrak veel relevante informatie. Tevens was er veel variatie wat betreft studie opzet, definities, herkomst van deelnemers, de opzet van de studie en de instrumenten die gebruikt werden voor het verzamelen van gegevens. Zelden waren de onderzoeken geblindeerd. De deelnemers in verschillende groepen in een studie waren vaak slecht met elkaar te vergelijken, of er werd onvoldoende informatie over gegeven. Om resultaten van verschillende studies over het verband tussen seksueel misbruik en functionele lichamelijke klachten met elkaar te kunnen vergelijken zijn er vier belangrijke voorwaarden waaraan deze studies zouden moeten voldoen: 1. Een duidelijk en vergelijkbaar gebruik van definities; 2. Een zorgvuldige en duidelijke manier waarop seksueel misbruik en func-

tionele lichamelijke klachten worden aangetoond dan wel uitgesloten; 3. Een duidelijke en zorgvuldige selectie van de deelnemers in de verschillende groepen; en 4. Een juiste en duidelijk beschreven blindering.

Helaas was het door de grote verschillen in onderzoeksopzet onmogelijk om cijfers uit de verschillende studies over het voorkomen van seksueel misbruik en functionele klachten te combineren en te vergelijken. Om een betrouwbare (valide) vergelijking te kunnen maken over het verband tussen seksueel misbruik en functionele lichamelijke klachten is het noodzakelijk dat onderzoekers een juiste studie opzet gebruiken. Het zou wenselijk zijn om internationaal overeenstemming te krijgen wat betreft een 'basis-set' van instrumenten die gebruikt kunnen worden om seksueel misbruik en functionele lichamelijke klachten aan te tonen dan wel uit te sluiten.

## **Deel II - De Amsterdamse zedenzaak**

In 2010, werd Nederland opgeschrikt door het nieuws dat een medewerker van een kinderdagverblijf, die tevens werkzaam was als oppas, verdacht werd van seksueel misbruik van tientallen jonge kinderen. Een groot aantal jonge kinderen, voornamelijk jongens, waren vermoedelijk slachtoffer. Deze zaak, beter bekend als de Amsterdamse zedenzaak, is tot op heden qua aantal slachtoffers de grootste bevestigde zedenzaak in de geschiedenis<sup>7</sup>. De Amsterdamse zedenzaak is een unieke zaak door de grote schaal waarop het misbruik heeft plaatsgevonden, de betrokkenheid van voornamelijk jonge jongens, de bekentenis en veroordeling van de pleger, de hoge bewijslast en de gedetailleerde beschrijving van de aard van het misbruik dat heeft plaatsgevonden (doordat de politie kinder-pornografisch materiaal heeft opgespoord en door de bekentenissen van de pleger over het misbruik van 87 kinderen). Ouders van 20 kinderen hebben ervoor gekozen geen aangifte te doen waardoor de verdachte uiteindelijk veroordeeld werd voor seksueel misbruik van 67 kinderen.

In het Emma Kinderziekenhuis van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam werd, direct na de bekendwording, een spoedpolikliniek ingericht waar in korte tijd 130 vermoedelijke slachtoffers van de Amsterdamse zedenzaak werden onderzocht. De kinderen werden verwezen naar het AMC wanneer het kind recent of in het verleden in contact was geweest met de verdachte op het kinderdagverblijf of in de thuissituatie (vermoedelijk seksueel misbruik); of als het kind was geïdentificeerd op kinder-pornografisch materiaal of was genoemd door de pleger in zijn bekentenissen (bewezen seksueel misbruik). De ouders van 125 kinderen gaven toestemming om de medisch dossiers te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek, waarbij de gegevens van hun kind geanonimiseerd werden gebruikt. Het ging om 71 vermoedelijke en 54 bewezen slachtoffers.

In **Hoofdstukken 6, 7 en 8** maken we gebruik van zowel kwalitatief als kwantitatief

onderzoek, een zogenaamde 'mixed method' studie. Kwalitatief onderzoek beschrijft wat er leeft in een groep. De uitkomsten van kwalitatief onderzoek worden weergegeven in woorden. Kwantitatief onderzoek richt zich op hoe vaak iets voor komt, de resultaten worden hierbij weergegeven in getallen.

In een 'mixed method' studie (combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve analyse) onderzochten we 1. de psychische symptomen (klachten) (**Hoofdstuk 6**) die werden gerapporteerd in de medische dossiers en de waarde die onafhankelijke experts aan deze symptomen gaven. De experts waren niet op de hoogte van de politie informatie, met andere woorden zij waren geblindeerd. Tevens onderzochten we of de experts in staat waren de bewezen slachtoffers aan te wijzen.

De gerapporteerde psychosociale symptomen deelden we in in vier thema's: problemen in emotie regulatie, gedrag, zindelijkheid en ontwikkeling. De symptomen waren soms wel en soms niet geassocieerd met de pleger of het kinderdagverblijf.

Volgens de experts waren symptomen van post-traumatische stress, achteruitgang in zindelijkheid (mits onverklaard) en problemen uitgelokt door blootstelling aan de pleger of de locatie waar het misbruik plaats vond zorgelijk voor het doorgemaakt hebben van seksueel misbruik. Maar, symptomen die aanvankelijk voor de experts minder zorgelijk waren, werden door hen wel als zorgelijk bestempeld wanneer er veel van dergelijke symptomen tegelijkertijd aanwezig waren en er geen duidelijk andere verklaring voor kon worden gegeven.

Bij een aanzienlijk deel ( $n=24$ ) van de kinderen waarbij seksueel misbruik door de politie was bewezen hadden de experts op basis van de symptomen een lage verdenking op seksueel misbruik. We zijn van mening dat dit niet een reflectie is van te weinig expertise, maar eerder een afspiegeling van het feit dat veel seksueel misbruikte kinderen bij het onderzoek op de spoedpoli geen psychosociale klachten lieten zien. Van de 32 bewezen slachtoffers, bij wie sprake is geweest van orale, anale en/of vaginale penetratie, hadden de experts bij 15 (47%) geen tot een lage verdenking op misbruik. Bij 12 van de 15 kinderen werden in het medisch dossier geen psychosociale problemen gerapporteerd. Tegelijkertijd waren er veel kinderen bij wie er geen bewijs is gevonden voor seksueel misbruik door de politie, maar waarbij de experts wel zorgen hadden over mogelijk seksueel misbruik. Het is mogelijk dat de groep kinderen (bij wie seksueel misbruik niet bewezen is) wel slachtoffers bevat of dat er kinderen tussen zitten die ooggetuigen zijn geweest van het misbruik van andere kinderen.



Concluderend stellen wij dat het voor experts moeilijk is om slachtoffers van seksueel misbruik te identificeren. We adviseren dat onderzoek naar seksueel misbruik altijd systematisch en multidisciplinair wordt uitgevoerd en ook dat er naar het beloop van de klachten in de tijd wordt gekeken.

In **Hoofdstuk 7** onderzochten we in dezelfde groep kinderen:

1. Het door ouders bij hun kind opgemerkte seksuele gedrag en seksuele kennis
2. Hoe vaak er sprake was van zorgelijk seksueel gedrag en seksuele kennis bij de kinderen
3. Hoe de kinderen verbaal en non-verbaal reageerden tijdens de kind-interviews.

We deden dit door middel van een 'mixed method' studie (combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve analyse).

We ontdekten thema's in wat de ouders vertelden (seksueel gedrag zoals zelfstimulatie, aanraking van anderen, nadoen van seksuele handelingen; angst voor seksualiteit en seksuele uitspraken) en in de kind-interviews (gedragmatige reacties zoals vermijding en afleiding, emotionele reacties zoals boosheid en agressie en verbale reacties). Bij 37% van de kinderen was er sprake van zorgelijk seksueel gedrag. Het uitvragen van niet bij de leeftijd passend seksueel gedrag of seksuele kennis is een belangrijk onderdeel van het onderzoek naar mogelijk seksueel misbruik.

In **Hoofdstuk 8** richtten we ons op de 54 kinderen waarbij seksueel misbruik in het politie onderzoek was bewezen. We onderzochten de gerapporteerde lichamelijke klachten, de bevindingen bij het lichamenlijk onderzoek en de uitslagen van laboratorium onderzoek naar SOA's. Hierbij maakten we gebruik van een 'mixed method' studie: een beschrijvende analyse van de lichamelijke klachten, het lichamenlijk onderzoek en het SOA onderzoek gecombineerd met een kwalitatieve analyse van de meningen van experts. De experts gaven een interpretatie van lichamelijke klachten en gedragmatige reacties tijdens het lichamenlijk onderzoek waarbij zij aangaven in hoeverre deze signalen zorgelijk waren voor doorgemaakt seksueel misbruik.

Lichamelijke klachten werden gerapporteerd bij 50% van de kinderen, hierbij waren maag-darm klachten het meest voorkomend. Buikpijn en verstopping (obstipatie) werden bij 22% van de kinderen gerapporteerd. Experts beoordeelden de lichamelijke klachten allemaal als niet specifiek voor seksueel misbruik.

Bij geen van de kinderen werden bij het onderzoek van de uitwendige geslachtsdelen en de anus bewijzen gevonden voor penetrerend letsel. De meest opvallende bevinding was

dat 28% ( $n=15$ ) van de kinderen opvallend gedrag liet zien tijdens het onderzoek (angst, terugtrekkend gedrag, uitdagend gedrag). Dit werd significant vaker gerapporteerd bij kinderen bij wie sprake was geweest van anale of vaginale penetratie (47% versus 19%,). De experts benoemden gedragsveranderingen tijdens het anogenitaal onderzoek als het meest zorgelijke signaal voor doorgemaakt seksueel misbruik.

Geen van de kinderen testte positief voor de SOA's HIV, Hepatitis B en C, syfilis, chlamydia of gonorrhoe. Bij tien kinderen werden positieve antistoffen gevonden tegen het herpes virus passen d bij een in het verleden doorgemaakt infectie met dit virus. Het herpes virus kan echter ook op ander wijzen dan door seksueel contact worden verkregen. Het herpesvirus is o.a. de verwekker van een koortslip. Bij geen van de kinderen werden klachten van een herpes infectie van de geslachtsdelen gerapporteerd.

Wij concludeerden dat er goed op gedragsveranderingen tijdens het lichamelijk onderzoek van de geslachtsdelen en de anus moet worden gelet. Er is echter meer onderzoek nodig om de waarde van deze gedragsveranderingen bij het voorspellen van doorgemaakt seksueel misbruik vast te stellen.

Het kindergeneeskundig onderzoek naar mogelijk seksueel misbruik wordt besproken in **Hoofdstuk 9**. Een volledig onderzoek bestaat uit: 1. Een anamnese en een kind-interview (waarbij ouders en kind zowel apart als gezamenlijk worden gesproken) met aandacht voor de ontwikkeling, gedrag, de psychosociale situatie, lichamelijke klachten, de psychische gezondheid en doorgemaakte traumatische gebeurtenissen; 2. Een volledig lichamelijk onderzoek van het kind waarbij het onderzoek van de uitwendige geslachtsdelen en de anus fotografisch of video grafisch wordt vastgelegd en waarbij foto's worden gemaakt van eventueel aanwezige letsels op de rest van het lichaam (recent onderzoek suggereert dat video grafische documentatie betrouwbaarder is); 3. Op welke SOA's men moet testen is afhankelijk van de omstandigheden. Het onderzoek moet multidisciplinair worden uitgevoerd door professionals met expertise op het gebied van seksueel misbruik bij kinderen. Gezondheidszorg medewerkers die zorgdragen voor kinderen moeten weten hoe beschermende instanties zijn georganiseerd en wat ze doen, zoals Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming in Nederland. Wanneer er zorgen zijn over de veiligheid van een kind moet een beschermende instantie worden ingeschakeld, zoals Veilig Thuis in Nederland.

## Afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
CSBI	Child Sexual Behavior Inventory
HIV	Humaan immunodeficiëntie virus
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening

## Conclusies

Het is moeilijk om seksueel misbruik bij kinderen definitief te kunnen aantonen of uitsluiten, wanneer er bij hen een vermoeden op seksueel misbruik bestaat. Dit is zeker het geval wanneer kinderen nog erg jong zijn en bijvoorbeeld nog niet praten (de pre verbale fase) of nog geen woorden hebben om te beschrijven wat hen is overkomen. Met het in dit proefschrift beschreven onderzoek proberen wij bij te dragen aan een betere herkenning van seksueel misbruik van kinderen en een zorgvuldig onderzoek bij een vermoeden van seksueel misbruik bij een kind.

- We konden geen duidelijk klachtenpatroon aanwijzen dat voorspellend is voor het hebben doorgemaakt van seksueel misbruik bij een kind.
- Echter, op basis van de analyse van de meningen van experts zijn er wel symptomen waaraan experts meer zwaarte toekennen zoals klachten van posttraumatische stress en terugval in zindelijkheid zonder dat hiervoor een andere verklaring kan worden gevonden.
- Alle andere psychosociale klachten bij een kind kunnen zorgelijk worden wanneer het er veel tegelijk zijn en er geen duidelijke andere verklaring voor wordt gevonden is.
- Wanneer er bij een kind sprake is van niet bij de leeftijd passend seksueel gedrag en/ of kennis raden we professionals aan om het kind te (laten) onderzoeken op de waarschijnlijkheid van doorgemaakt seksueel misbruik maar ook naar andere verklaringen te zoeken.
- Bij het onderzoek van de uitwendige geslachtsdelen en de anus werden zelden letsels gevonden die passen bij doorgemaakte penetratie Het observeren van het gedrag tijdens het onderzoek lijkt op grond van onze bevindingen mogelijk wel een waardevol element van het onderzoek bij een vermoeden van seksueel misbruik bij kinderen.
- Tot dusver is er geen gevalideerd instrument om seksueel misbruik vast te stellen of uit te sluiten. De CSBI kan gebruikt worden om seksueel gedrag te meten, maar kan niet op zichzelf staand gebruikt worden om onderscheid te maken tussen kinderen die wel of geen seksueel misbruik hebben doorgemaakt.
- Seksueel misbruik bij kinderen komt vaak voor maar is niet altijd zichtbaar aan de buitenkant. Veel slachtoffers laten geen lichamelijke of psychosociale klachten zien.
- Het verhaal van kinderen is essentieel. Technieken en instrumenten om met kinderen over mogelijk seksueel misbruik te praten moeten verbeterd worden. We moeten kinderen in staat stellen om over misbruik te praten, dit is veelal het enige bewijs dat er is.

## Referenties

1. *Investigating Child Sexual Abuse*. Children's commissioner for England;2017.
2. Stoltenborgh M, van IJzendoorn, MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
3. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(7):647-657.
4. Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(5):450-461.
5. 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(5):550-561.
6. Teeuw AH, Vrolijk-Bosschaart TF, Langendam MW. [Guideline: Diagnostics for (alleged) child sexual abuse] Richtlijn: Kindermishandeling, Diagnostiek bij (een vermoeden van) Seksueel Misbruik bij kinderen; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Utrecht2016.
7. Lindauer RJ, Brilleslijper-Kater SN, Diehle J, et al. The Amsterdam Sexual Abuse Case (ASAC)-study in day care centers: longitudinal effects of sexual abuse on infants and very young children and their parents, and the consequences of the persistence of abusive images on the internet. *BMC psychiatry*. 2014;14:295.