

Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld

Een pilotstudie

Jongeren die seksueel zijn misbruikt stappen niet altijd gemakkelijk naar de hulpverlening. Het internet is vertrouwd en laagdrempelig. Kan een online behandeling uitkomst bieden?

In Nederland is 18% van de meisjes en 4% van de jongens tussen 12 en 25 jaar ooit gedwongen seksuele dingen te doen of toe te staan (De Graaf e.a., 2005). Hierbij kan het gaan om eenmalige gebeurtenissen (type I trauma) of om herhaalde victimisatie gedurende een langere periode (type II trauma). Veel van deze jongeren krijgen posttraumatische stressklachten. Bovendien is er een hoge comorbiditeit met stemmingsstoornissen en suïcidaliteit (Allen e.a., 1998; Molnar e.a., 1998), alcoholisme (Epstein e.a., 1998) en eetstoornissen (Rorty & Yager, 1996). Bij slachtoffers komt vaker seksueel risicogedrag voor: onveilig vrijen, het hebben van wisselende partners en alcohol- en drugsgebruik voorafgaand aan seks (Howard & Wang, 2005). Slachtoffers van seksueel geweld hebben bovendien een verhoogde kans om opnieuw slachtoffer te worden van seksueel geweld (Van Berlo e.a., 2004; Höing & Van Berlo, 2006; Wolfe & Birt, 1997).

Slachtoffers van aanranding of verkrachting praten daar meestal niet of pas jaren later over (London e.a., 2008). Terwijl *disclosure* van seksueel misbruik wel belangrijk is: hoe eerder slachtoffers hun ervaring met een therapeut of een ander vertrouwenspersoon delen, hoe minder psychopathologie ze jaren

later blijken te hebben (Lange e.a., 1999). Hierbij moet worden aangetekend dat er een ondergrens geldt: geforceerde *disclosure* tot een maand na de gebeurtenis kan juist retraumatiserend werken (Van Emmerik e.a., 2002). Het laatste is belangrijk om te weten, maar in Nederland is de beschikbaarheid van een hulpverlener binnen een maand meestal een hypothetisch gegeven: voor hulpverlening aan jongeren met een seksueel trauma zijn er vaak lange wachtlijsten (Melief e.a., 2000). Adequate hulp is zelfs niet in alle regio's van Nederland beschikbaar.

Dit gegeven was voor de Rutgers Nisso Groep aanleiding om in 2005 samen met Interapy een laagdrempelige internetbehandeling voor jongeren met enkelvoudig seksueel trauma te ontwikkelen. In de hier beschreven pilotstudie is onderzocht of deze internetbehandeling een middel kan zijn om meer jongeren met seksueel trauma effectief behandeld te krijgen. Internet lijkt bij uitstek geschikt voor hulp aan jongeren: ze zijn vaak online en het is gebleken dat ze hun gevoelens en ervaringen gemakkelijker online delen dan in *face to face*-gesprekken (Peter e.a., 2006).

Nikken (2007) onderzocht de kwaliteit van online hulp en vond ruim vijftig sites voor jongeren met psychische problemen. De meeste sites waren gewijd aan depressie of verslaving en gaven vooral informatie of verwezen door, een minderheid bood concrete hulp. Geboden hulp was meestal in de vorm van chats met hulpverleners of ervaringsdeskundigen. Zelden werd aangegeven of de geboden hulp tot een oplossing zou leiden, wat het tijdsbestek was voor de hulpverlening, en volgens welke methodiek of theorie werd gewerkt. Het gebruik van een onderbouwd protocol kwam nauwelijks voor.

Wij wilden de stap zetten naar een onderbouwde geprotocolleerde internetbehandeling voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld. Daarvoor onderzochten we de laagdrempeligheid en werkzaamheid van de behandelsite voor veertien- tot en met achttienjarige slachtoffers van seksuele intimidatie, verkrachting of aanranding.

Onderzoeksmethode

Aanmelding & Screening

Jongeren konden zich aanmelden door op de website www.interapy.nl hun contactgegevens in te vullen. Zij kregen daarna toegang tot een eigen beveiligde website. Aan de hand van online screeningsvragenlijsten en eventueel een aanvullend telefonisch intakegesprek werden aanmelders al of niet voor de behandeling aangenomen. Als bleek dat de digitale behandeling niet verantwoord was, werd geholpen bij het vinden van een *face to face*-behandeling. Degenen die toegelaten werden, dienden een ondertekend

informed consent-formulier op te sturen. In overeenstemming met de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (wmo) moesten in de onderzoeksfase ook beide ouders van de adolescenten jonger dan achttien jaar een ondertekend *informed consent* opsturen.

Contra-indicaties voor deelname waren: psychose, schizofrenie, dissociatie, suïciderisico, ondergewicht (een BMI onder de 18), andere prevalerende psychische stoornissen dan trauma, overmatig alcoholgebruik, gebruik van neuroleptica en opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Jongeren die langdurig seksueel zijn misbruikt of waarbij de dader een gezinslid is, zijn doorverwezen. Bij iedere aanmelding is onderzocht¹ of de jongere tot de doelgroep behoorde.

Behandelprotocol versus standaard traumabehandeling

Uitgangspunt voor de online seksueel traumabehandeling voor jongeren was de in gecontroleerd onderzoek effectief gebleken online behandeling voor posttraumatische stress voor volwassenen van Interapy (Lange e.a., 2002; 2003). Het behandelprotocol was een vorm van schrijftherapie (Esterling e.a., 1999; Smyth, 1998) en had drie hoofdinterventies: *exposure*, cognitieve herstructurering en *social sharing* (Schoutrop, 2000; Lange, 2006).

Aan dit behandelprotocol hebben we een extra feedbackmoment toegevoegd om het schrijfproces in de *exposure*-fase meer te kunnen sturen en om direct steun te kunnen geven na de eerste zelfconfronterende beschrijving van de traumatische gebeurtenis. Daarnaast hebben we een module toegevoegd waarin de jongeren schreven over de impact van het seksueel geweld op hun lichaam. Vanaf dat moment in de behandeling gingen de deelnemers eventuele lichamelijke klachten – zoals moeilijk plassen – registreren.

We hebben ook psycho-educatieteksten toegevoegd over onderwerpen rondom seksueel trauma (zoals schaamte, grenzen stellen en weerbaarheid). In een psycho-educatiedocument voor ouders verzamelden we informatie over de behandeling en over mogelijke reacties van hun kind op de behandeling. Ten slotte zijn alle teksten aangepast aan de doelgroep adolescenten.

Inhoud, onderbouwing en reacties van cliënten

De online behandeling bestond uit vier modules (Schrijven, Lichaam, Adviesbrief en Toekomst) met tien schrijfp opdrachten en uitgebreide psycho-educatie. De behandeling duurde negen tot zestien weken. In de eerste module (Schrijven) stond psycho-educatie en zelfconfrontatie (*exposure*) centraal. Er werd uitleg gegeven over verwerking, vaak voorkomende klachten en waarom zelfconfrontatie nodig was. Voor veel slachtoffers is het geruststellend te horen dat hun symptomen normale reacties zijn op het trauma (Jaycox e.a., 2002). Het doorbreken van de vermijding van de

pijnlijkste traumagerelateerde beelden, gevoelens en gedachten was het voornaamste doel van deze fase. Cliënten schreven hierover viermaal, steeds gedetailleerder. Dergelijke imaginaire *exposure*-elementen zijn bij volwassenen effectief gebleken (Bradley & Follingstad, 2001; Emmerik, 2008). Door het gecontroleerd herbeleven van het trauma kunnen niet-functionele gedachten worden bijgesteld. Cliënten konden bijvoorbeeld ervaren dat zij de controle niet verloren of niet ‘gek’ werden als ze aan het trauma denken (Jaycox e.a., 2002).

In de tweede module (Lichaam) werd psycho-educatie verstrekt over mogelijke lichamelijke klachten na seksueel trauma. Vervolgens beschreven de cliënten welke lichamelijke veranderingen zij bemerkten ten gevolge van wat hen was overkomen. Daardoor kregen ze inzicht in waar bepaalde symptomen vandaan komen en konden lichamelijke klachten bijtijds opgespoord worden. Als bleek dat bepaalde klachten voorkwamen, werd de cliënt gevraagd de mate van last die zij (of hij) ervan ondervond te registreren en stimuleerde de behandelaar het uitvoeren van specifieke ontspanningsoefeningen.

In de derde module (Adviesbrief) werden disfunctionele gedachten uitgedaagd en vervangen door functionele gedachten (cognitieve herstructurering). Vaak ging het om de gedachte dat de cliënt de gebeurtenis had kunnen voorkomen. Dit is een vaak geconstateerde bron van schuld- en schaamtegevoelens (Resick, 2002). Hier werd psycho-educatie over gegeven. Herstructurering werd vooral gestimuleerd door de cliënt een ander perspectief te laten innemen: de cliënten lazen hun zelfconfrontatieteksten opnieuw alsof ze waren geschreven door een denkbeeldige vriend of vriendin. Vervolgens schreven zij hem of haar brieven met daarin adviezen en helpende gedachten.

De laatste fase (Toekomst) bestond uit drie onderdelen: a) psycho-educatie over verwerking en terugval, b) *social sharing* en symbolische afsluiting door middel van een afrondende brief aan een significante ander, en c) het maken van een hulpdocument om terugval te voorkomen en de kans op revictimisatie te verkleinen. In het hulpdocument schreven de cliënten in hun eigen woorden op wat voor hen bruikbare adviezen, goede tips en nuttige oefeningen waren.

Contact met de behandelaar

De behandeling vond plaats via een beveiligde website. Iedere cliënt had een persoonlijke behandelaar die de schrijfpoddrachten las en hierop reageerde. De behandelaar paste de opdrachten aan aan de specifieke situatie van de cliënt. Naast de specifieke interventies bevatte het behandelprotocol veel aandacht voor de therapeutische alliantie en het motiveren van de cliënt.

Anna

Anna (zestien jaar) gaat na een avond stappen wat drinken bij een paar bekende jongens. Zij doen iets in haar drankje. Versuft wordt ze door een van de jongens hardhandig verkracht terwijl de ander dit filmt met zijn mobieltje. In het daarop volgende jaar gaat ze drugs gebruiken en stopt ze met school. Dan ontmoet ze Rik en het lukt haar om met blowen te stoppen en te gaan werken. Maar het gaat nog steeds niet goed. Ze heeft last van slaapproblemen en nachtmerries. Anna zoekt hulp bij de GGZ. Daar komt ze op een wachtlijst. Na drie maanden hoort ze van de online traumabehandeling voor jongeren en meldt zich aan. Uit de screening blijkt dat ze posttraumatische stressklachten heeft en gemotiveerd is voor behandeling. Haar behandelaar vraagt Anna om precies te beschrijven wat er is gebeurd, in de tegenwoordige tijd. Tijdens het schrijven moet ze af en toe bijna overgeven, trilt ze en heeft ze een kurkdroge mond. Ze gaat toch door: *Ik wil alles gewoon een plekje geven en verder met me leven. Het is in mijn hoofd soms net een grote hoop wasgoed wat mooi opgevouwen moet worden en een plekje in de kast moet krijgen. Dat gaat vast lukken maar het duurt wel lang hoor.*

In de volgende fase blijkt dat de verkrachting veel invloed heeft op het lichamelijk contact met haar vriendje: *Ik krijg dezelfde gevoelens bij mijn vriend als we seks hebben, ik voel me vies en beleef bijna geen plezier.*

In de cognitieve herstructureringsfase heeft ze veel werk aan de Adviesbrief. Ze schrijft dingen als: *Ik voel en denk vaak dat het misschien mijn eigen schuld is geweest.* Het schrijven aan een denkbeeldige vriendin doet ze met veel inzet, al vindt ze het confronterend. In de evaluatie aan het einde van de behandeling schrijft ze later: *Ik vond deze fase erg moeilijk omdat ik erachter kwam dat ik tegen een vriendin veel positiever zou zijn dan tegen mezelf.* Wat ze schrijft is positief: *Ik heb ontzettend veel bewondering voor je dat je met al die drugs kon stoppen en besloot hulp te zoeken. Je bent erg goed misschien wel een beetje te goed van vertrouwen, wat natuurlijk geen slechte eigenschap is, maar er zijn nare mensen die daar misbruik van maken. Misschien heb je er zelfs wel wat van kunnen leren, dat niet iedereen goede bedoelingen heeft en je daarbij beter moet oppassen.* En: NIEMAND MAG EEN ANDER ZO MISBRUIKEN, VERNEDEREN, EN MISHANDELEN.

Anna besluit de behandeling met een brief aan haar verkrachter. Ze beschrijft de impact die de verkrachting nog steeds op haar heeft. Maar ze schrijft ook dat ze door de gebeurtenis veel over zichzelf en anderen heeft geleerd en nu veel sterker in het leven staat.

Uit de nameting blijkt dat de posttraumatische stressklachten bij Anna sterk afgenomen, maar nog niet helemaal weg zijn: van zeer hoog op de voormeting tot bovengemiddeld. Anna zegt in de evaluatie

- . dat ze de behandeling goed vond maar te kort. Ze zou verder aan haar klachten willen werken totdat ze er helemaal geen last meer van heeft.
- . Ze heeft *face to face*-gesprekken niet gemist. Haar behandelaar krijgt van haar een 8. Ze schrijft haar: *Heel erg bedankt! Het heeft me erg geholpen anders tegen de ervaringen aan te kijken. Ik vond dat je erg lief en opbeurend terugschreef en dat had ook weer een positieve uitwerking op mij.*

Metingen van de resultaten

De resultaten van de behandeling onderzochten we met een voor- en nameting van de volgende variabelen:

- Posttraumatische stress is gemeten met de ‘Schokverwerkingslijst voor Kinderen’ (svL-K; Alisic e.a., 2006). Deze vragenlijst bestaat uit 34 items verdeeld over vier subschalen: Herbeleving, Vermijding, *Arousal* en Niet-traumaspecifieke reacties (zoals schuld, verdriet en lichamelijke klachten).
- Emotionele en gedragsproblemen zijn gemeten met de ‘Zelf in te Vullen Vragenlijst voor 11-18 jarigen’ (zvv). Dit is de Nederlandse versie (Verhulst e.a., 1997) van de ‘Child Behaviour Checklist Youth Self Report’ (CBCL-YSR; Achenbach, 1991). De volgende schalen zijn gebruikt: Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Angstig/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend/Delinquent Gedrag en Agressief Gedrag.
- Na elke fase in de behandeling registreerden de cliënten met de ‘Last- en Krachtmeter’ op een schaal van 1 tot en met 10 hoeveel last en hoeveel kracht zij de afgelopen week bij zichzelf hadden ervaren.

Evaluatie van de behandeling

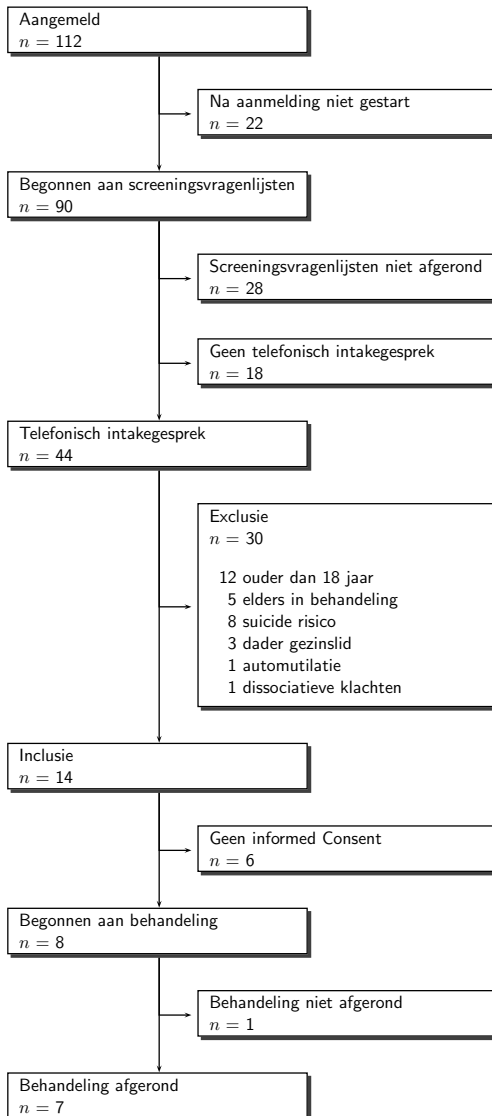
Het proces van hulp zoeken tot in behandeling gaan hebben we geëvalueerd aan de hand van e-mailuitwisseling, logboeken van de behandelcoördinatie en de verslagen van de supervisiebijeenkomsten. Cliënten vulden na afloop van de behandeling twee evaluatievragenlijsten in. De eerste vragenlijst bestond uit twintig vragen over de duur van de behandeling, de duidelijkheid van de vragenlijsten en opdrachten, subjectieve klachtenvermindering en het contact met de behandelaar. De tweede lijst bestond uit vijf vragen over de zinvolheid van elk van de onderdelen.

Resultaten

De start van de pilot in september 2007 heeft veel media-aandacht gekregen, onder andere in het *Algemeen Dagblad*, op radio en televisie (Nova) en op de nieuwssite NU.nl. Dit resulteerde in een snel stijgende belangstelling. De

aanmeldpagina werd 997 keer geopend, resulterend in 112 aanmeldingen in twee maanden tijd. Figuur 1 geeft het verloop van aantallen deelnemers vanaf aanmelding tot afronding.

Figuur 1 Deelnemers aan de pilot



Negentig jongeren begonnen met de screening, 28 hebben de screeningsvragenlijsten niet afgemaakt. Achttien aanmelders wilden na de screening niet deelnemen aan de telefonische intake. Ze durfden niet te praten over de schokkende ervaring of vonden het niet anoniem genoeg. Dertig personen vielen af op grond van de exclusiecriteria. Zij kregen advies bij het vinden van een alternatieve behandeling. Hiertoe is gebruikgemaakt van de bestaande contacten van Interapy met huisartsen en GGZ-instellingen in het land. Bij zeven van de dertig jongeren die niet geschikt waren voor de behandeling heeft de behandelcoördinatie actief bemiddeld bij het vinden van hulp. Een voorbeeld:

- . **Amelie**
- . Amelie, zestien jaar, is anderhalf jaar geleden verkracht. Ze heeft
- . suïcidale gedachten en zelfs een zelfmoordplan. Over de verkrachting
- . heeft ze nog met niemand gesproken, ook niet met haar moeder,
- . bij wie ze woont. Daarom wil ze niet naar haar huisarts voor
- . doorverwijzing. De behandelcoördinatie regelt voor haar een consult
- . met een huisarts uit het eigen netwerk en organiseert een afspraak
- . bij het jeugdtraumacentrum van een GGZ-instelling. Het is spannend
- . of Amelie zal gaan, maar ze gaat! In het e-mailcontact dat ze blijft
- . onderhouden met de behandelcoördinator laat ze nog tijdens de
- . wachtperiode bij de GGZ weten dat ze haar moeder heeft verteld wat
- . er is gebeurd. Tot haar opluchting reageerde die niet kwaad, maar
- . steunend.

Uiteindelijk werden veertien deelnemers geïncludeerd (fig. 1), vier van hen waren 18 jaar en 10 waren jonger dan 18 jaar. Zes jongeren hebben zich teruggetrokken, zij stuurden geen *Informed Consent*-formulier van zichzelf en/of hun ouders terug omdat ze de negatieve seksuele ervaring niet met hun ouders wilden delen. Zij waren allemaal jonger dan 18 jaar. Acht jongeren startten met de behandeling, allen meisjes, vier waren onder de 18 jaar en vier 18 jaar.

Vijf daarvan woonden bij hun ouders, één woonde alleen, één woonde samen en één woonde ‘anders’ (niet nader omschreven). Allen volgden een opleiding (havo: 3; MBO: 3; HBO: 1; universiteit: 1).

Bij de aanmelders varieerde het seksueel geweld van intimidatie, ongewenst moeten tonen van geslachtsorganen, betasting en gedwongen worden seksuele handelingen uit te voeren, tot aanranding en verkrachting. De incidenten speelden tussen zes maanden en tien jaar geleden. Zeven deelnemers waren slachtoffer van één dader, bij één cliënt waren er vier daders. Vier deelnemers waren meerdere malen slachtoffer van dezelfde dader.

Allen hadden wel eens over het trauma gepraat. Eén deelnemer had aangifte gedaan. Vier deelnemers hadden een posttraumatische stressstoornis. De traumakenmerken van de aanmelders die de screening afrondden maar niet in behandeling kwamen, waren vergelijkbaar met die van hen die wel in behandeling kwamen. Er waren ook duidelijke verschillen. Van de aanmelders had 12 % nog nooit over hun traumatische ervaring gesproken. Geen van hen is uiteindelijk in de internetbehandeling terechtgekomen, maar is, waar mogelijk, wel geholpen met een doorverwijzing. Jongeren die zijn behandeld, jongeren ouder dan 18, zij die geen *informed consent* hebben ingevuld, of die geen telefonische intake hebben gehad, hebben verschillende scores op internaliserende klachten ($F(1,36)=6.3; p<.05$) en vermijding ($F(1,36)=4.1; p<.01$). Post hoc tests laten zien dat jongeren die niet reageerden op het verzoek voor een telefonische intake meer internaliserende klachten ($p<.01$) en meer vermijdingsklachten ($p<.01$) hadden dan jongeren die in behandeling kwamen. Jongeren die geen *informed consent* hebben ingevuld, scoorden hoger op vermijding dan de behandelde groep ($p<.01$).

De deelnemers zijn behandeld door zeven behandelaars, allen vrouwen. Elke deelnemer had één vaste behandelaar. De behandelaars waren tussen 22 en 55 jaar oud. Twee van hen waren bij Interapy werkzame, ervaren klinisch psychologen, één was psycholoog van de Rutgers Nisso Groep, en vier waren masterstudenten in de laatste fase van hun studie Klinische Psychologie, waarin ze een cursus directieve therapie volgden met nadruk op motiveringstechnieken. Voorafgaand aan de behandeling hebben zij een cursus over het behandelprotocol gevolgd. Wekelijks vonden supervisiebijeenkomsten plaats. Daarnaast was het te allen tijde mogelijk om te overleggen met medebehandelaars en supervisors.

Effecten van de behandeling

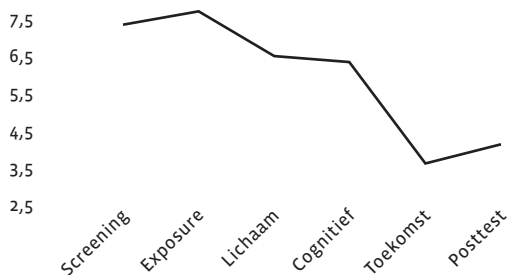
Tabel 1 geeft de gemiddelden en standaardafwijkingen van de voor- en nametingen van de zeven cliënten die de behandeling afrondden, op de Schokverwerkingslijst voor Kinderen (svlk) en de subschaal Angstig/Depressief van de Zelf invul Vragenlijst (zzv). De cliënten hadden na de behandeling gemiddeld minder last van herbeleving, vermijding en *arousal* en niet-specifieke traumaklachten. Ook de angstige en depressieve gevoelens namen af. Het aantal deelnemers aan de behandeling is te laag om op significantie te kunnen toetsen. We konden wel de *effect sizes d* (Cohen, 1988) berekenen. We vonden een medium effect ($d=0.7$) voor de Angst/Depressieschaal van de zvv en een groot effect voor alle schalen van de svlk: $d=0.9$ voor Niet specifieke traumaklachten, $d=1.0$ voor Herbeleving, *Arousal* en Totaalscore en $d=1.1$ voor Vermijding.

Tabel 1 Gemiddelde scores op svl-k, en subschaal angst en depressie van de zvv (n=7)

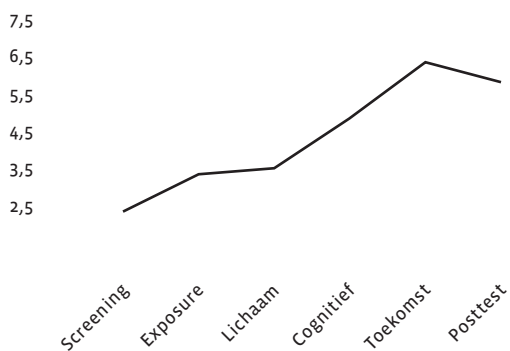
| | Pré behandeling | | Post behandeling | | Effect Cohen's d |
|---------------------------------------|-----------------|------|------------------|------|---------------------|
| | M | SD | M | SD | |
| svl-k (range) | | | | | |
| Herbeleving (7-35) | 17.7 | 3.8 | 13.1 | 4.4 | 1.0 |
| Vermijding (11-55) | 22.6 | 4.7 | 17.9 | 5.1 | 1.1 |
| Arousal (6-30) | 16.4 | 3.2 | 13.1 | 2.7 | 1.0 |
| Niet-traumaspecifieke klachten (5-35) | 28.0 | 8.1 | 20.9 | 6.5 | 0.9 |
| Totaalscore (34-170) | 101.0 | 18.0 | 76.4 | 20.6 | 1.0 |
| Angstig/Depressief zvv* | 10.4 | 3.6 | 6.9 | 5.6 | 0.7 |

*Normale range voor meisjes is 0-11; $d = (M_{na} - M_{voor}) / S_{pool}$

Figuur 2 Gemiddelden registraties ervaren last van trauma per behandelonderdeel



Figuur 3 Gemiddelden registraties ervaren kracht per behandelonderdeel



Registratie last & kracht

Na elke fase van de behandeling vulden de cliënten in hoeveel last zij op dat moment ervoeren van hun seksuele trauma en hoe sterk zij zich voelden (ervaren kracht). Figuur 2 en 3 geven de gemiddelden van deze registraties.

991

De twee grafieken zijn nagenoeg complementair. De ‘lastgrafiek’ laat een bijna permanente scherpe daling zien (afname last) en de ‘krachtgrafiek’ een daaraan synchrone toename van het gevoel van kracht. Alleen de *exposure*-fase heeft niet geresulteerd in een afname van last. Dit is in lijn met de verwachtingen, omdat blootstelling aan de meest pijnlijke momenten van de traumatische gebeurtenis enerverend kan zijn en angst kan oproepen (Rauch e.a., 2004). Het gevoel van kracht begint in die fase echter wel al op te lopen. De verbeteringen duiden op grote effecten: respectievelijk $d=1.2$ (vermindering last) en $d=1.4$ (toename kracht).

Evaluatie behandeling door cliënten

Na afloop evalueerden de cliënten de behandeling op een aantal dimensies met cijfers die konden variëren tussen 1 (totaal niet zinvol) en 10 (zeer zinvol). De cliënten beschouwden de behandeling als ruim voldoende tot zeer goed. Opvallend was de zeer hoge score die aan het contact met de behandelaars werd gegeven. Ook vonden alle zeven cliënten de behandeling een goede methode voor het verminderen van klachten na traumatische seksuele ervaringen. Zij zouden de behandeling aanraden aan iemand die hetzelfde had meegemaakt (voor details zie Wijnker & Michels, 2008).

Interview met de behandelaars

De behandelaars werden na afloop geïnterviewd. Hieruit bleek dat ze tevreden waren over het protocol en over het verloop van de behandelingen. De supervisie bood voldoende ondersteuning. Ze vonden dat het goed lukte om via de behandelsite een therapeutische band op te bouwen. Het *face to face*-contact met cliënten werd door behandelaars niet gemist.

Uit de interviews kwam een aantal opvallende andere punten naar voren. Het motiveren van de cliënten om over het trauma te schrijven kostte meer tijd dan verwacht. Soms schreven ze korter dan de aangegeven tijdsduur of niet op de geplande momenten. Een ‘reminder-mail’ en extra uitleg over de rationale van *exposure* was meestal voldoende om ze alsnog te motiveren.

Versnelling van traumabehandeling komt bij volwassenen zelden voor. Sommige cliënten wilden daarentegen drie of vier keer per week schrijven in plaats van twee. Zij moesten juist afgeremd worden.

De behandelaars vonden de psycho-educatieteksten in de ‘infohoek’ een nuttig onderdeel dat ze zouden willen uitbreiden en waarvan ze het gebruik nog meer zouden willen stimuleren, bijvoorbeeld door het simpeler en afwisselender te presenteren. Ze zagen de nieuwe module ‘Lichaam’ als een aanwinst voor het protocol, maar dat zou nog beter in het behandelprotocol geïntegreerd kunnen worden. De mogelijkheid om lichamelijke klachten te registreren beoordeelde men als minder nuttig; het leek soms ten koste te gaan van de erop volgende module: cognitieve herstructurering.

Wat heeft de pilot ons geleerd?

De wet werkt niet in het voordeel van jonge slachtoffers. De Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek (wmo) schrijft voor dat jongeren onder de 18 jaar aan onderzoek mogen deelnemen mits beide ouders schriftelijke toestemming geven. Onze studie viel binnen deze wet. Voor onze populatie, vaak afkomstig uit gebroken gezinnen vol conflicten, is dit vaak een te zware eis. Zestig procent van ‘onze’ adolescenten onder de 18 jaar die voldeden aan de inclusiecriteria (zes van de tien) wilden hun ouders niet inlichten over wat er was gebeurd en stuurden geen *informed consent*. Zij konden dus niet meedoen aan de behandeling. Alle 18-jarige geïnccludeerde adolescenten (vier) die geen toestemming van hun ouders nodig hadden – stuurden wel een *informed consent* op en konden meedoen aan de behandeling. Indien de behandeling beschouwd kan worden als een reguliere behandeling die geen deel uitmaakt van een experimenteel onderzoek, is toestemming van de ouders niet nodig bij adolescenten van 16 jaar en ouder (Wet Geneeskundige BehandelOvereenkomst, wGBO). Voor jongeren onder de 16 jaar is ook bij reguliere behandeling toestemming van de ouders nodig.

Grote uitval van deelnemers voorafgaand aan de behandeling. Van de 112 aanmeldingen zijn er velen afgevallen. Veel aanmelders startten niet met de screeningsvragenlijsten en nog meer ronden deze niet af. Het voortraject moet helderder worden, de vragenlijsten zullen korter moeten worden zonder afbreuk te doen aan de validiteit van de screening. Dit blijkt zeer wel te verwezenlijken, onder andere door verkorting van de zvv (ofwel CBCL-YSR) (Achenbach, 1991). Ook de eis van een telefonisch intakegesprek was voor een substantieel aantal potentiële deelnemers een reden om niet verder te gaan. In de toekomst zal het voor deelnemers mogelijk zijn om, in plaats van dit telefonische contact, een chatsessie te hebben met een van de intakepersoneel. Dat ongeveer 30% van de aanmelders op grond van de screening werd afgewezen komt overeen met wat wij in andere studies aantreffen. Het is wel opvallend dat bijna de helft is afgewezen op grond van leeftijd: >18 jaar. Daarnaast waren

acht van de dertig exclusies vanwege suïcidegevaar.

Belang van anonimiteit. Veel potentiële deelnemers stopten tijdens de aanmeldings- en screeningsfase. Een vijfde van de aanmelders gaf geen naam op. Aangezien de screeningsprocedure niet anoniem kon worden doorlopen, verviel daarmee hun kans op behandeling. We overwogen om jongeren voortaan pas in een later stadium naar hun identiteit te vragen, nadat er al e-mail- of chatcontact is geweest met de behandelcoördinator.

De leeftijdsgrens van 18 jaar. Een fors gedeelte van de aanmelders werd niet tot het onderzoek toegelaten, zij waren ouder dan 18 jaar. De grens van 18 jaar lijkt te restrictief. We overwogen die grens op te trekken naar 25 jaar, waarmee de behandeling ook voor jongvolwassenen beschikbaar komt.

Positieve gevolgen voor de afgewezenen. Velen die op basis van de screening moesten worden uitgesloten konden via de intakers van Interapy met succes worden doorverwezen naar *face to face*-behandelaars.

Drop-out tijdens de behandeling. Door bovenbesproken factoren zijn van de 112 aanmelders maar acht jongeren (allen meisjes) overgebleven die aan de behandeling zijn begonnen. Hiervan heeft er één de behandeling niet afgerond. Een meisje is na de vijfde opdracht (fase 'Lichaam') gestopt. Daarmee is de drop-outrate gedurende de behandeling laag vergeleken met drop-out-percentages van zowel *face to face*- als internetbehandelingen.

Positieve evaluatie door behandelaars en cliënten. Degenen die uiteindelijk de behandeling konden volgen, waren zeer tevreden. De behandelaars en hun begeleiding werden erg gewaardeerd. Geen van de deelnemers had *face-to-face*-contact gemist, sommigen waren juist blij dat het er niet bij hoorde. Twee deelnemers vonden dat de behandeling langer had mogen duren.

Positieve effecten. Hoewel het aantal deelnemers aan de pilot klein was en de resultaten dus met enige voorzichtigheid moeten worden beschouwd, valt het op dat de gemeten effecten groot waren, met een effectgrootte van $d=1$ op de meest relevante maat: de Schokverwerkingslijst voor Kinderen. De zelfregistraties door de deelnemers na elke fase ondersteunden deze uitkomsten met een grote afname in ervaren last van het gebeurde en toename in gevoel van kracht. Opvallend hierbij is de extra grote verbetering na de module Toekomst.



Noten

- * Veel dank is verschuldigd aan Janneke Broeksteeg, Arjan van Bentem, Jeroen Ruwaard, Aitziber Renteria, Annemiek Kolkert en Sofija Andjelkovic. Zij waren ontwikkelaar, programmeur, methodoloog, supervisor en behandelaar. Zonder hen was dit project er niet geweest. Daarnaast dient de begeleidingscommissie te worden bedankt voor de bewaking van de inhoudelijke kwaliteit: Prof. Dr. Rik van Lunsen, Dr. Ellen Laan, Prof. Dr. Willem de Ridder, Drs. Iva Bicanic, Astrid Kremers, Dr. Saskia van der Oord en Drs. Sacha Lucassen.
- ** De ontwikkeling is gefinancierd door Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving en door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars.
- 1 De volgende screeningsinstrumenten zijn gebruikt: 1) Voor de doelgroep aangepaste versie van de *Interapy Biografische Vragenlijst* (1B10; Abels-Reguera & Brunner, 2002); 2) de *Gewaarwordingenlijst* (GL; Lange e.a., 2000); 3) de *Suïciderisico-vragenlijst* (SUI; gebaseerd op Blaauw & Kerkhof, 1999; Van Heeringen & Kerkhof, 2000; en Joiner e.a., 2003); 4) de *Somatiform Dissociation Questionnaire-5* (SDQ-5; Nijenhuis e.a., 1998) en de *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q Vanderlinden, 1993); 5) *Middelenlijst* en de *Medicijnen Vragenlijst*, ontwikkeld door Interapy; 6) *Zelfbeschadigingvragenlijst* (gebaseerd op de Self Harm Inventory SHI, Sansone e.a., 1998); 7) *Eetproblemen vragenlijst* (SCOFF; Luck e.a., 2002 en Morgan e.a., 1999); 8) *Vragenlijst Seksuele Trauma's Adolescenten* (VST-A), een voor adolescenten aangepaste versie van de *Vragenlijst Seksuele Trauma's in het Verleden* (VST-V; Lange, 2004)

Literatuur

- Abels-Reguera, L., & Brunner, K. (2002). *Interapy-burnout: Een ongecontroleerde pilotstudie naar het effect van een geprotocolleerde behandeling van burnout via het internet*. Amsterdam: Programmagroep Klinische psychologie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Allen, J.R., Heston, J., Durbin, C., & Pruitt, D.B. (1998). Stressors and Development: A Reciprocal Relationship. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 1-18.
- Alisic, E., Eland J., & Kleber R.J. (2006). *Schokverwerkingslijst voor Kinderen - herziene versie* [Children's Responses to Trauma Inventory - revised version]. Zaltbommel/Utrecht: Institute for Psychotrauma in collaboration with Clinical Psychology (University of Utrecht) and Psychotrauma Center for Children and Youth (University Medical Center Utrecht).
- Berlo, W. van, Engen, A. van, & Mooren, T. (2004). Seksueel geweld. In I. Vanwesenbeeck, L. Gijs & W. Gianotten (Red.), *Leerboek Seksuologie* (hoofdstuk 19). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Blaauw, E., & Kerkhof, A. (1999). *Suicides in detentie*. Den Haag: Elsevier.
- Bradley, R.G. & Follingstad, D.R. (2001). Utilizing disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 1-32.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Emmerik, A.A.P. van, Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M., & Emmelkamp, P.M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, 360 (9335), 766-71.
- Emmerik, A.A.P. van, Kamphuis, J.H., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 93-100.

- Epstein, J.N., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., & Resnick, H.S. (1998). PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse & Neglect*, 22, 223-234.
- Esterling, B.A., L'Abate, L., Murray, E.J., & Pennebaker, J.W. (1999). Empirical foundations for writing in preventions and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19, 79-98.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25ste. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Heeringen, C. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). *Behandelstrategieën bij suicidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoïng, M., & Berlo, W., van (2006). Seksuele dwang. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.), *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. (p. 157-166). Delft: Eburon.
- Howard D.E., & Wang, M.Q. (2005). Psychosocial correlates of U.S. adolescents who report a history of forced sexual intercourse. *Journal of Adolescent Health*, 36, 372-379.
- Jaycox L.H., Zoellner L., Foa E.B. (2002). Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology* 58, 8, 891-906.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Brown, G., Beck, A.T., Pettit, J.W., & Rudd, M.D. (2003). Worst point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1469-1480.
- Lange, A. (2004). *Vragenlijst seksuele trauma's in het verleden: vsr-v: een anamnestic instrument voor onderzoek en praktijk: handleiding en verantwoording*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A. (2006) *Gedragsverandering in gezinnen; cognitieve gedrags- en systeemtherapie (8ste compleet herziene druk)*. Groningen: Wolters Noordhof.
- Lange, A., Beurs, E. de, Dolan, C., Lachnit, T., Sjollema, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 150-158.
- Lange, A., Schoutrop, M., Schrieken, B., & Ven, J-P., van de (2002). Interapy: a model for therapeutic writing through the internet. In S.J. Lepore (Eds.) & J.M. Smyth. *The writing cure: how expressive writing promotes health and emotional well being*. (p. 215-238). Washington: APA books.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Lange, A., Schrieken, B., Blankers, M., Ven, J-P. van de, & Slot, M. (2000). *Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL); een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. Directieve Therapie*, 20, 162-173.
- London, K., Bruck, M., Wright, D.B., & Ceci, S.J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16, 29-47.
- Luck, A.J., Morgan, J.F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., Perry, L., & Lacey, J.H. (2002). The scoff questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *British Medical Journal*, 325, 755-756.
- Melief, W., Verkuyl, L. & Flikkeert, M. (2000). *Services available in the Netherlands for young persons who have experienced sexual abuse and sexual violence. National report for the Netherlands Daphne project*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Molnar, B.E., Shade, S.B., Kral, A.H., Booth, R.E., & Watters, J.K. (1998). Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child Abuse & Neglect* 22, 213-222.

- Morgan, J.F., Reid, F., & Lacey, J.H. (1999). The scoff questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, *319*, 1467-1468.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Dyck, R., van, Hart, O., van der, & Vanderlinden, J. (1998). Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: a replication study *Psychotherapy & Psychosomatics*, *67*, 17-23.
- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht: Een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Peter, J., Valkenburg, P., & Schouten, A. (2006). Characteristics and motives of adolescents talking with strangers on the Internet. *Cyberpsychology and Behavior*, *9*, 526-530.
- Rauch, S.A.M., Foa, E.B., Furr, J.M., & Filip, J.C. (2004). Imagery vividness and perceived anxious arousal in prolonged exposure treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *17*, 461-465.
- 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.
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *19*, 773-791.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a Scale for Identifying Self-Destructive Behaviours and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*, 973-983.
- Schoutrop, M. (2000). *Structural writing in processing traumatic events*. Academisch Proefschrift, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome type, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 174-184.
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences, trauma and hypnosis*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Verhulst, F., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self Report (YSR)*. Rotterdam: Erasmus University, Department of Children and Adolescent Psychiatry, Sophia Childrens' Hospital.
- Wijker, C., & Michels, C. (2008). *Geprotocolleerde internetbehandeling voor seksueel getraumatiseerde adolescenten: resultaten van een ongecontroleerde studie*. Intern Rapport: Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Klinische Psychologie.
- Wolfe, V.V., & Birt, J. (1997). Child sexual abuse. In E.J. Mash & L.G. Terdal, (Eds.), *Assessment of childhood disorders*. (p. 596-605). New York: Guilford Press.

Samenvatting

S. de Haas e.a.

'Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld. Een pilotstudie'

► Er is een dringende behoefte aan laagdrempelige traumabehandelingen voor adolescenten die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik. Samen met de Rutgers Nisso Groep heeft Interapy een geprotocolleerde online traumabehandeling ontwikkeld. Dit artikel beschrijft de intakeprocedure, de behandeling, de valkuilen en de resultaten van de pilotstudie. De resultaten suggereren dat het protocol effectief is in het reduceren van de traumaklachten. Het bereiken van de doelgroep is echter niet eenvoudig, aangezien veel jongeren afhaken als ze merken dat ze toestemming van hun ouders nodig hebben om met de behandeling te mogen starten. Besproken wordt welke consequenties dit heeft voor de verdere ontwikkeling van dit behandelaanbod.

Personalia

Dr S. de Haas (1980) is klinisch psycholoog, Rutgers
Nisso Groep, Utrecht.
Email: s.dehaas@rng.nl

Drs M. Hoïng (1958), socioloog, Avans Hogeschool,
Breda

997

Drs B.A.L. Schrieken (1965), klinisch psycholoog,
Interapy, Amsterdam

Drs A. Tsagana (1968), klinisch psycholoog, Interapy,
Amsterdam

Drs C.M. Wijnker (1984), klinisch psycholoog, Interapy,
Amsterdam

Drs C.W. Michels (1983), klinisch psycholoog, Brijder,
Den Haag

Drs M.E. Kuyper (1952), sociaal psycholoog, Rutgers
Nisso Groep, Utrecht

Prof. dr A. Lange (1941), hoogleraar klinische
psychologie, UvA, Amsterdam