

De werkzaamheid van individuele cognitieve gedragstherapie (STEPS) in vergelijking met EMDR op vermindering van PTSS-symptomen na eenmalig seksueel geweld.

R.S. Wikarta

3272559

juli, 2012

Begeleiding vanuit het Psychotraumacentrum:

Drs. I.A.E. Bicanic

Begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht:

Prof. Dhr. R.J. Kleber

In opdracht van:

Landelijk Psychotraumacentrum voor
Kinderen en Jongeren, Wilhelmina
Kinderziekenhuis Utrecht

Samenvatting

Achtergrond: In huidig onderzoek is getracht de werkzaamheid van de individuele STEPS-behandeling in het verminderen van PTSS-symptomen, in vergelijking met een EMDR-behandeling bij adolescente meisjes die slachtoffer zijn geworden van eenmalig seksueel geweld, in kaart te brengen. De STEPS-behandeling is een cognitieve gedragstherapie, ontwikkeld door Bicanic en Kremers (2007). Verwacht werd dat beide behandelingen leiden tot een vergelijkbare afname van PTSS-symptomen. **Methoden:** Dit onderzoek is uitgevoerd onder 47 meisjes, van wie 33 meisjes de individuele STEPS-behandeling hebben gevolgd en 14 meisjes de EMDR-behandeling. De leeftijd van de meisjes ligt tussen de 12 en 24 jaar en allen hebben zij eenmalig seksueel geweld meegemaakt. De PTSS-symptomen zijn gemeten met behulp van de SLVK en de sub schaal 'Symptomen PTSS' van de TSCC. **Resultaten:** De resultaten tonen aan dat beide behandelingen leiden tot een significante afname van PTSS-symptomen en dat er geen sprake is van een significant verschil in afname van PTSS-symptomen tussen beide behandelingen. **Conclusies:** De werkzaamheid van de individuele STEPS-behandeling en de EMDR-behandeling op vermindering van PTSS-symptomen is hetzelfde. Vervolgonderzoek met een controlegroep, grotere en meer gelijke onderzoeksgroepen en aselecte toewijzing is nodig om meer betrouwbare uitspraken te kunnen doen en de effectiviteit van beide behandelingen in kaart te kunnen brengen.

Abstract

Background: The aim of this current study was to analyze the efficacy of the individual STEPS-treatment in reducing symptoms of PTSD, in comparison with an EMDR-treatment for adolescent girls after a single case of sexual assault. The STEP-treatment is a cognitive behavioral treatment, developed by Bicanic and Kremers (2007). It was expected that both treatments would lead to a similar reduction of symptoms of PTSD. **Methods:** The study is carried out under 47 girls, with 33 girls in the individual STEPS-treatment-group and 14 girls in the EMDR-treatment-group. Their ages lay between 12 and 24 years and they all experienced a single case of sexual assault. The symptoms of PTSD are measured with the SLVK and with the subscale 'Symptoms PTSD' from the TSCC. **Results:** The results show that the individual STEPS-treatment as well as the EMDR-treatment lead to a significant reduction of PTSD-symptoms. The difference in reduction between both treatments is not significant. **Conclusions:** The individual STEPS-treatment and the EMDR-treatment lead to a similar reduction of PTSD-symptoms. Follow-up research with a controlgroup, bigger and more equal research-groups and random assignment to these groups is necessary to gain a more valid and reliable outcome, and to determine the effect of both treatments.

Voorwoord

Afgelopen februari 2012 ben ik begonnen met mijn master Klinische-en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Door mijn interesse in Seksuologie ben ik op zoek gegaan naar een onderzoek in dit gebied van de Psychologie. Ik werd als onderzoek-stagiaire aangenomen bij het Psychotraumacentrum in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht.

Hier was het naast het schrijven van mijn masterthesis de taak van mij en de andere onderzoeksstagiaires om de intakes te verwerken van de slachtoffers van seksueel geweld die zich aanmeldden bij het ziekenhuis. Dit contact met het werkveld heb ik als zeer bijzonder ervaren en ik wil ook graag het Psychotraumacentrum bedanken dat ze onderzoeksstagiaires deze mogelijkheid bieden. De verhalen van de meisjes hebben een diepe indruk op me achtergelaten en ik heb een groot respect voor de hulpverleners die in het Psychotraumacentrum werkzaam zijn en altijd gemotiveerd en positief overkomen, ondanks het leed waarmee zij iedere dag geconfronteerd worden.

Allereerst wil ik graag mijn mede-onderzoeksstagiaires Paulien Joosten en Arlette Ponsioen bedanken voor de gezelligheid en de steun die wij elkaar konden bieden bij het schrijven van onze thesissen.

Daarnaast wil ik graag mijn begeleidster vanuit het Psychotraumacentrum, Iva Bicanic, bedanken voor haar hulp en ondersteuning. Ook bewonder ik haar enthousiasme, gedrevenheid en betrokkenheid bij haar cliënten. Tevens wil ik haar graag bedanken dat ze mij en de andere stagiaires heeft uitgenodigd om bij het symposium Kind en Rouw en het symposium Centrum Seksueel Geweld aanwezig te zijn.

Ten slotte wil ik graag mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, Rolf Kleber, bedanken voor zijn feedback bij het schrijven. Ook waardeer ik het dat hij mij zelfstandig liet werken en vrij liet in mijn keuzes voor het schrijven van deze thesis.

Raisa Wikarta

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Seksueel geweld bij meisjes	5
1.2 Gevolgen van seksueel geweld.....	6
1.3 Posttraumatische Stress Stoornis als gevolg van seksueel misbruik	6
1.4 Prevalentie van PTSS	7
1.5 Behandeling van PTSS	7
1.6 De STEPS-methode als behandeling van PTSS	8
1.7 Huidig onderzoek	9
2. Methoden	11
2.2 Participanten	11
2.3 Instrumentarium	14
2.4 Procedure.....	14
2.5 Verwerking en analyse van de gegevens.....	15
3. Resultaten	16
3.1 Verschil in persoons- en gebeurtenis-gerelateerde kenmerken tussen beide groepen.....	16
3.2 Verband tussen drop-out en type behandeling	17
3.3 Effectgrootte en power	17
3.4 De analyse van de scores op de sub schalen van de SVLK en de TSCC	18
4. Discussie	23
4.1 Bespreking van de analyse	23
4.2 Mogelijkheden voor vervolgonderzoek.....	24
4.3 Implicatie voor de praktijk	26
4.4 Tot slot.....	26
5. Literatuur	27
Bijlage 1: Scoreformulier dossieronderzoek eenmalig seksueel geweld (PTC).....	31
Bijlage 2: Inclusie- en exclusiecriteria deelname groepsvariant van de STEPS-behandeling (Bicanic & Kremers, 2007)	32
Bijlage 3: Overzicht verschil in kenmerken tussen beide behandelingen	33

1. Inleiding

'Ik ben door 3 jongens verkracht op weg naar school en nu voel ik me waardeloos.'

Seksueel misbruik, zoals verkrachting en aanranding, is een nare ervaring waar helaas veel adolescente meisjes mee te maken krijgen. Als gevolg van deze gebeurtenis kan het slachtoffer meerdere stoornissen ontwikkelen, waaronder een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS, American Psychological Association, 2006). Vanwege het chronische verloop van deze stoornis is behandeling noodzakelijk. Cognitieve gedragstherapie en EMDR zijn in meta-analyses vergelijkbaar effectief bevonden in het reduceren van de symptomen van deze stoornis (Beck en anderen, 2006; Benjamin en anderen, 2009; Taylor & Van Etten, 1998). In het Psychotraumacentrum, gevestigd in het UMC in Utrecht, is een cognitieve gedragstherapie (STEPS) ontwikkeld, die zich specifiek richt op meisjes die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld. Deze therapie kan zowel in groepsvorm als individueel gevolgd worden (Bicanic & Kremers, 2007). Er is momenteel nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze behandeling. In huidig onderzoek zal het effect van de individuele variant van de STEPS-behandeling worden vergeleken met een EMDR-behandeling op symptomen van PTSS bij adolescente meisjes na eenmalig seksueel geweld.

1.1 Seksueel geweld bij meisjes

Voorbeelden van seksueel geweld zijn: het gedwongen ondergaan van vaginale of anale penetratie, het gedwongen geven of ontvangen geven van orale seks en het tegen de zin aangeraakt worden (Danielson & Holmes, 2004).

Het risico om hier slachtoffer van te worden is vooral voor meisjes in de adolescentie groot. In Nederland wordt seksueel geweld bij 1 op de 6 meisjes tussen de 12 en 25 jaar gemeld, tegenover 1 op de 25 jongens (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). Het is mogelijk dat dit beeld vertekend is doordat niet alle slachtoffers melding doen van een dergelijke ervaring. Toch wijzen deze resultaten erop dat meisjes een groter risico lopen op seksueel geweld dan jongens.

Meisjes komen vaak eerder in de puberteit dan jongens (Bush en anderen, 1979). Wanneer meisjes, in vergelijking met hun leeftijdsgenoten, relatief vroeg in de puberteit komen, bestaat er een grotere kans op een laag zelfbeeld (Bush en anderen, 1979). Een laag zelfbeeld wordt vervolgens gerelateerd aan een grotere kans op seksueel geweld (Harkness, Klingaman & Vicary, 1995).

Ook wordt er in de adolescentie wordt er relatief veel geëxperimenteerd met seksualiteit en intimiteit, wat een hoger risico op negatieve seksuele ervaringen zoals seksueel geweld met zich mee brengt (Danielson & Holmes, 2004). De kans op seksueel geweld neemt toe naarmate de leeftijd waarop de eerste seksuele ervaring plaatsvindt daalt (Koss, 1985). Dit kan verklaren waarom er relatief veel jonge meisjes seksueel geweld rapporteren.

Tevens kan experimenteren met drugs en alcohol in de adolescentie een rol spelen bij de vergrote kans op seksueel geweld. Seksueel geweld komt relatief vaker voor wanneer er drugs of

alcohol zijn ingenomen (Linton & Muehlenhard, 1987). De adolescentie is de fase waarin de eigen grenzen opgezocht worden, waardoor er nog niet verstandig met verdovende middelen omgegaan kan worden. Ook kan intoxicatie er bij mannen sneller toe leiden dat zij seksuele agressie voor zichzelf goedpraten, terwijl intoxicatie bij vrouwen sneller leidt tot een verminderde weerstand tegen seksuele agressie (Harkness, Klingaman & Vicary, 1995). Meisjes in de adolescentie die verdovende middelen gebruiken hebben dus een vergrote kans op seksueel geweld.

1.2 Gevolgen van seksueel geweld

Het meemaken van seksueel geweld kan ernstige gevolgen hebben voor het psychische en lichamelijke welzijn. Een greep uit het grote scala van symptomen na slachtoffer te zijn geworden van seksueel geweld zijn: angst, woede, depressie, revictimisatie, zelfmutilatie, seksuele problemen, middelenmisbruik, suïcidaliteit, gebrekkig zelfbeeld, interpersoonlijke problemen, obsessies, compulsies, dissociatie en somatische klachten (Neumann en anderen, 1996).

Naast deze reeks van symptomen die het slachtoffer kan ontwikkelen, ontstaan er ook problemen op sociaal gebied. Het persoonlijk en interpersoonlijk functioneren van het slachtoffer kan negatief worden beïnvloedt als gevolg van de gebeurtenis. Meisjes die seksueel geweld hebben meegemaakt hebben vaak een gebrekkig zelfbeeld en kunnen vaak moeilijk opnieuw intieme relaties aangaan. (Briere & Runtz, 1990; Davis & Petetric-Jackson, 2000). Naast het ontwikkelen van een afkeer tegenover seksualiteit, kan het slachtoffer ook beginnen met het vertonen van extreem seksueel gedrag (Briere & Runtz, 1990).

De eerdergenoemde symptomen als gevolg van seksueel geweld, kunnen leiden tot psychische stoornissen. Veel voorkomende stoornissen die ontstaan na seksueel geweld, zijn depressieve stoornissen, angststoornissen, eetstoornissen en middelenmisbruik (Danielson & Holmes, 2004). Naast revictimisatie zijn traumatische klachten het grootste probleem waar het slachtoffer na de gebeurtenis tegenaan loopt (Neumann en anderen, 1996). Deze traumatische klachten zijn gerelateerd aan de Posttraumatische Stress Stoornis, een stoornis die volgens de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR' (DSM IV-TR, American Psychiatric Association, 2006) valt onder de categorie 'Angststoornissen' en waar in dit artikel de focus op zal liggen.

1.3 Posttraumatische Stress Stoornis als gevolg van seksueel misbruik

Wanneer traumatische klachten na de gebeurtenis blijven voortbestaan, kan er sprake zijn van de ontwikkeling van een Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS). Deze stoornis heeft een chronisch verloop. De DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2006) verdeelt de symptomen van PTSS in drie categorieën, namelijk: 1) Herbeleving van het trauma, 2) Vermijding van prikkels die met het trauma geassocieerd worden of afstomping van de reactiviteit en 3) Verhoogde prikkelbaarheid (American Psychiatric Association, 2006). Onder 'Herbeleving' vallen de volgende symptomen: herhaaldelijke onaangename herinneringen of dromen aan/over de gebeurtenis, voelen of gedragen alsof de traumatische gebeurtenis zich herhaald en intense psychologische spanning en fysiologische

reacties bij blootstelling aan interne of externe prikkels die doen herinneren aan het trauma (DSM IV-TR, American Psychiatric Association, 2006). Onder de categorie 'Vermijding' vallen de volgende symptomen: vermijden van gedachten, gevoelens of gesprekken die aan het trauma doen denken, vermijden van activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen aan het trauma oproepen, belangrijke aspecten van het trauma niet herinneren, verminderde interesse, gevoel van onthechting of vervreemding van anderen, beperkt affect en beperkt toekomstbeeld (DSM IV-TR, American Psychiatric Association, 2006). Onder de categorie 'Verhoogde Prikkelbaarheid' vallen de volgende symptomen: moeite met inslapen of doorslapen, irritatie of woede-uitbarstingen, concentratieproblemen, extreme waakzaamheid en ernstige schrikreacties (DSM IV-TR, American Psychiatric Association, 2006). Symptomen moeten minstens een maand aanwezig zijn voor de diagnose PTSS gesteld mag worden en worden als chronisch beschouwd wanneer deze langer dan drie maanden aanwezig zijn (American Psychiatric Association, 2006). Wanneer de symptomen na meer dan een half jaar ontstaan, is er sprake van een uitgestelde diagnose.

Door het grote scala aan symptomen die deze stoornis met zich mee brengt en het chronische verloop van PTSS is het noodzakelijk dat de meisjes die slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik de juiste behandeling aangeboden wordt voor hun klachten.

1.4 Prevalentie van PTSS

Het is al langer duidelijk dat de kans om PTSS te ontwikkelen als gevolg van seksueel geweld relatief groot is in vergelijking met andere trauma's (Cohen en anderen, 1995; Danielson & Holmes, 2004; Gentile, Wolfe & Wolfe, 1989). De prevalentie van PTSS als gevolg van seksueel geweld ligt tussen de 36% (Berger en anderen, 1998) en 65% (Kessler en anderen, 1995).

Deze kans is niet hetzelfde voor mannen en vrouwen. In meerdere onderzoeken is een vergrote kans gevonden voor adolescente meisjes om PTSS te ontwikkelen als gevolg van seksueel geweld, dan voor adolescente jongens. De percentages liggen tussen de 32% en 35% van de meisjes, tegenover 0% tot 20% van de jongens (Ackerman en anderen, 1998; Addy en anderen, 1998). Er kan worden gesteld dat meisjes 2 tot 6 keer meer risico lopen om PTSS te ontwikkelen als gevolg van seksueel geweld, dan jongens (Addy en anderen, 1998; Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Cohen en anderen, 1995). Zo bleek uit onderzoek van Boney-McCoy en Finkelhor (1995) dat 19% van de variantie in PTSS-symptomen verklaard kon worden door de vrouwelijke sekse. Concluderend kan worden gesteld dat met name meisjes een groot risico lopen om PTSS te ontwikkelen na seksueel geweld (Carey en anderen, 2004).

1.5 Behandeling van PTSS

Het percentage meisjes dat slachtoffer wordt van seksueel geweld is hoog en de kans dat zij als gevolg hiervan PTSS ontwikkelen is groot. PTSS is een stoornis met een chronisch verloop wanneer deze niet adequaat behandeld wordt. Hierdoor is het noodzakelijk om een passende vorm van behandeling aan te bieden voor deze meisjes.

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR) zijn behandelingen die momenteel vaak aanbevolen worden bij de behandeling van PTSS. CGT bestaat over het algemeen uit drie componenten, namelijk: psycho-educatie, exposure en cognitieve herstructurering (Cisler, Deacon & Olatunji, 2010). EMDR bestaat uit het ophalen van herinneringen aan het trauma, waarbij er tegelijkertijd horizontale oogbewegingen gemaakt worden (Engelhard & Van den Hout, in druk). Het idee hierachter is dat doordat het werkgeheugen door de oogbewegingen belast wordt, de herinneringen minder levendig en emotioneel worden (Engelhard & Van den Hout, in druk).

Er is veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van CGT en EMDR voor behandeling van PTSS. Uit meta-analyses blijkt dat de effectgrootte van CGT tussen de 1.5 en 1.65 ligt, in vergelijking met de effectgrootte van EMDR, die tussen de 1.4 en 1.43 ligt (Bradley, Greene & Russ, 2005 en Bisson, Ehlers & Matthews, 2007). Uit ander onderzoek bleek het effect van EMDR vergelijkbaar met het effect van CGT (Davidson & Parker, 2001). Echter bleken de oogbewegingen bij de EMDR-behandeling geen toegevoegde waarde te hebben, enkel exposure aan het trauma was voldoende om de PTSS-symptomen te doen verminderen (Davidson & Parker, 2001). Uit een review van gepubliceerde literatuur tussen 1989 en 2005 bleek dat de superioriteit van een van de twee behandelmethoden niet aangeduid kan worden (Seidler & Wagner, 2006). De vergelijking van CGT en EMDR kan echter bemoeilijkt worden, omdat de exacte werking van EMDR op dit moment nog onderzocht wordt (Cisler, Deacon & Olatunji, 2010). Wel is de EMDR-behandeling mogelijk meer efficiënt. In een studie onder verkrachte Iraanse meisjes bleken beide behandelmethoden even effectief in de afname van symptomen van PTSS, maar waren er bij de EMDR-behandeling minder sessies nodig dan bij de CGT voor eenzelfde resultaat (Dolatabadi en anderen, 2004).

1.6 De STEPS-methode als behandeling van PTSS

Uit bovenstaande onderzoeken is duidelijk geworden dat zowel CGT als EMDR een juiste keus is voor behandeling van PTSS-klachten. In huidig onderzoek worden deze twee behandelvormen opnieuw met elkaar vergeleken. Dit keer met een nieuwe vorm van CGT, speciaal ontwikkeld voor de behandeling van adolescente meisjes die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld: de STEPS-methode.

Deze behandeling is ontwikkeld in het Psychotraumacentrum (PTC) in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht en is zowel in groepsvorm als individueel te volgen. De **STEPS**-methode staat voor: **S**chrijven en spreken, **T**erugvalpreventie, **E**xposure in vivo en cognitieve herstructurering, **P**sycho-educatie en **S**eksueel geweld. Ook wordt er binnen de behandeling aandacht besteedt aan terugvalpreventie (Bicanic & Kremers, 2007). Het is mogelijk dat een meisje opnieuw klachten krijgt, onder bijvoorbeeld stress. Hierdoor is het belangrijk dat zij en haar omgeving tijdig de signalen herkennen en hulp zoeken wanneer nodig (Bicanic & Kremers, 2007). Het doel van de behandeling is het corrigeren van niet reële gedachten over het seksueel geweld en het verminderen van

herbelevingen, angst en vermijdingsgedrag (Bicanic & Kremers, 2007). Deze behandeling richt zich dus vooral op het reduceren van PTSS-symptomen. In huidig onderzoek zal er enkel gekeken worden naar de individuele variant van de STEPS-methode.

De effectiviteit van de individuele STEPS-behandeling is momenteel nog niet onderzocht. Wel is uit onderzoek naar de groepsvariant gebleken dat de klachten van de behandelde meisjes klinisch en significant afnemen. Deze resultaten suggereren wel dat de groepsvariant van deze therapie effectief is (Bicanic en anderen, submitted).

De effectiviteit van de verschillende componenten van de STEPS-methode is reeds aangeduid. Psycho-educatie, een van de onderdelen van de STEPS-methode, is bij vrouwen met PTSS effectief bevonden in het significant reduceren van PTSS-symptomen (Burt, Johnson, Lubin & Loris, 1998). Dit werd tevens bevestigd in een follow-up na 6 maanden.

Een ander onderdeel van de STEPS-methode, spreken over het trauma, is tevens effectief bevonden in het reduceren van PTSS-symptomen bij kinderen die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld (Cohen en anderen, 2011). Tevens had spreken over het trauma een positief effect op veiligheidsgedrag bij de kinderen en opvoedkundigheid bij de oudergroep, die ook de therapie volgden. Ook werd er in dit onderzoek aangeduid dat een aantal van 8 sessies, zoals ook wordt aangeboden in de STEPS-methode, het meest effectief was voor de afname van klachten van zowel de ouders als de kinderen (Cohen en anderen, 2011).

Ook exposure in vivo en cognitieve herstructurering, beide onderdeel van de STEPS-methode, zijn effectief gebleken bij behandeling van PTSS (Foa en anderen, 1991; Jung, Steil & Stangier, 2011). Bij onderzoek naar slachtoffers van verkrachting bleek in de follow-up zelfs dat exposure de meest effectieve behandeling voor PTSS-gerelateerde klachten is (Foa en anderen, 1991).

1.7 Huidig onderzoek

De effectiviteit van de STEPS-methode is momenteel nog niet aangeduid, waardoor nog niet met zekerheid gesteld kan worden dat deze vorm van behandeling de juiste keus is. Het doel van huidig onderzoek is om de effectiviteit van de STEPS-methode met betrekking tot het reduceren van PTSS-symptomen aan te duiden.

De individuele STEPS-behandeling zal worden vergeleken met een EMDR-behandeling. De volgende onderzoeksvraag staat hierbij centraal: *Wat is de effectiviteit van de individuele STEPS-behandeling in vergelijking met EMDR op de afname van symptomen van PTSS bij seksueel misbruikte adolescente meisjes?*. Er zal specifiek worden gekeken naar de symptomen 'Herbeleving', 'Vermijding' en 'Verhoogde prikkelbaarheid'. Uit eerder besproken onderzoeken is gebleken dat EMDR en de verschillende componenten van de STEPS-methode, effectief zijn in reduceren van PTSS-symptomen. Ook is er met behulp van eerder besproken onderzoek aangeduid dat beide behandelingen leiden tot een vergelijkbaar resultaat. De verwachting van huidig onderzoek is dan ook

dat zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling leiden tot een afname van PTSS-symptomen, en dat deze afname vergelijkbaar zal zijn.

2. Methoden

‘Als een man mij aankijkt, dan denk ik: straks pakt hij mij. Dan kan ik bijna niet meer praten en raak ik in paniek.’

2.1 Opzet

Het onderzoek heeft een pilotstudy. De onderzoeksgegevens zijn door onderzoekers van het Psychotraumacentrum (PTC) in het UMC Utrecht verzameld en beschikbaar gesteld voor analyse.

2.2 Participanten

In de dataset zijn de onderzoeksgegevens opgenomen van meisjes die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt en voor psychische hulp zijn doorverwezen naar het PTC.

Het PTC biedt deze meisjes twee verschillende soorten behandelingen aan, namelijk een cognitieve gedragstherapie (STEPS) of een EMDR-behandeling. De STEPS-behandeling kan zowel in een groep als individueel worden gevolgd. Door middel van diagnostiek wordt de behandeling geselecteerd die het meest adequaat is voor de problematiek van het meisje.

De gegevens van 159 meisjes zijn opgenomen in de dataset. Enkel de gegevens van de meisjes die geadviseerd werden om de individuele STEPS-behandeling of de EMDR-behandeling te volgen en deze ook gevolgd en afgesloten hebben zijn meegenomen in de data-analyse.

Er werden 62 meisjes uitgesloten van het onderzoek omdat de nameting ontbrak. Hiervan waren er 21 meisjes die de behandeling niet hebben afgerond, 7 meisjes die een behandeling hebben gevolgd buiten het Psychotraumacentrum, 27 meisjes die de behandeling wel afgerond hebben maar bij wie de behandelaar geen nameting heeft afgenomen, 4 meisjes van wie niet bekend is of de behandeling is afgerond en 2 meisjes die zijn uitgesloten omdat zij nog in behandeling waren op het moment van analyse.

Van de 95 meisjes die overbleven werden nog eens 47 meisjes uitgesloten van het onderzoek omdat zij de groepsvariant van de STEPS-behandeling gevolgd hebben. Daarnaast werd nog 1 meisje uitgesloten van het onderzoek, omdat zij niet het advies voor de individuele STEPS-behandeling heeft opgevolgd. Verder werd nog 1 meisje uitgesloten van het onderzoek, omdat zij de vragenlijsten die worden gebruikt in huidig onderzoek niet ingevuld had. Ten slotte werd van 1 meisje de totaalscore op een vragenlijst (de SLVK) niet meegenomen in de data-analyse, omdat deze niet berekend kon worden door ontbrekende items. De scores op de andere schalen van deze vragenlijst konden wel berekend worden, vandaar dat ervoor gekozen is om haar gegevens toch mee te nemen in de analyse.

Uiteindelijk zijn de gegevens van 47 meisjes gebruikt voor de data-analyse, van wie 33

meisjes die de individuele STEPS-behandeling gevolgd hebben en 14 meisjes die de EMDR-behandeling gevolgd hebben.

2.2.1 Demografische kenmerken participanten

In Tabel 1 zijn de demografische kenmerken van de meisjes opgenomen, geschaard onder type behandeling. Hieruit kan afgelezen worden dat de leeftijd van de meisjes tussen de 12 en 24 jaar ligt. De gemiddelde leeftijd ligt tussen de 16 en 17 jaar. Het merendeel van de meisjes die de individuele STEPS-behandeling gevolgd hebben volgt VMBO- of MBO-onderwijs en het merendeel van de meisjes die de EMDR-behandeling gevolgd hebben volgt VWO-onderwijs. Er is niet bewust gekozen voor deze verdeling in opleidingsniveau in de behandelgroepen. In beide groepen heeft het merendeel een Nederlandse etniciteit.

Tabel 1

Demografische kenmerken van meisjes die de individuele STEPS-therapie hebben gevolgd (n=34) en meisjes die de EMDR-therapie hebben gevolgd (n=15).

	STEPS	EMDR
Leeftijd		
Gemiddelde leeftijd	17.0 jaar (sd=3.1 jaar)	16.2 jaar (sd=2.3 jaar)
Minimum leeftijd	12.3 jaar	12.4 jaar
Maximum leeftijd	23.5 jaar	22.8 jaar
Opleidingsniveau		
Speciaal onderwijs	0.0%	7.1%
Lagere school	3.1%	0.0%
VMBO of MBO	59.4%	28.6%
HAVO	21.9%	21.4%
VWO	15.6%	42.9%
Etniciteit		
Nederlands	97.0%	85.7%
Half Indisch	3.0%	0.0%
Indiaas	0.0%	7.1%
Antilliaans	0.0%	7.1%

2.2.2 Gebeurtenis-gerelateerde kenmerken participanten

In Tabel 2 zijn de gebeurtenis-gerelateerde kenmerken van de meisjes opgenomen, geschaard onder type behandeling. Hieruit kan afgelezen worden dat het meest voorkomende seksueel geweld in deze groep een verkrachting is. Dit gebeurt bij het merendeel van de meisjes door een bekende, waarbij er meestal sprake is van één dader. Het merendeel van de daders heeft een Nederlandse etniciteit. Bij de individuele STEPS-behandeling is er niemand bedreigd met een wapen, in de EMDR-behandeling is dit bij 2 meisjes het geval. Verbaal geweld komt relatief vaker voor dan fysiek geweld. Er wordt veelal geen aangifte gedaan van de gebeurtenis bij de politie.

Tabel 2

Gebeurtenis-gerelateerde kenmerken van meisjes die de individuele STEPS-behandeling hebben gevolgd (n=34) en meisjes die de EMDR-therapie hebben gevolgd (n=15).

	STEPS	EMDR
Type seksueel geweld		
Verkrachting	78.8%	85.7%
Aanranding	21.2%	14.3%
Kenmerken dader		
Bekende dader	78.8%	57.1%
Meerdere daders	8.6%	13.3%
<i>Etniciteit dader</i>		
Nederlands	71.9%	53.8%
Europees	9.3%	7.7%
Niet-Europees	15.6%	23.1%
Onbekend	3.1%	22.5%
Dreiging		
Gebruik dreiging wapen	0.0%	14.3%
Fysiek geweld	21.2%	14.3%
Verbaal geweld	35.7%	35.7%
Geen aangifte politie	51.7%	72.7%

2.3 Instrumentarium

Voorafgaand aan de behandeling is bij ieder meisje sprake van een intake-gesprek. Hier werden de meisjes onder andere gevraagd om een algemene vragenlijst in te vullen waarin hun persoonsgegevens en de gegevens van de gebeurtenis werden vastgelegd. Deze vragenlijst is ontwikkeld door de behandelaars in het PTC en wordt weergegeven in Bijlage 1. Ook worden de meisjes gevraagd een aantal zelfrapportage-vragenlijsten in te vullen, waaronder de Schok Verwerkingslijst voor Kinderen – herziende kindversie (SLVK; Alisic, Eland & Kleber, 2007) en de Trauma Symptoom Controlelijst Kinderen (TSCC; Briere, 1996; Vlaamse vertaling van Sarah Bal, 1998). De meisjes worden na afronding van de behandeling gevraagd dezelfde lijsten nogmaals in te vullen. De gegevens van deze voor- en nameting worden gebruikt voor de analyse.

De SVLK wordt gebruikt om vast te stellen of er sprake is van PTSS en is ontwikkeld voor kinderen en adolescenten tussen de 8 en 18 jaar. De lijst bestaat uit 34 vragen, die geschaard kunnen worden in 3 categorieën, namelijk: ‘Herbeleving’, ‘Vermijding’ en ‘Verhoogde Prikkelbaarheid’. Van de score op deze 3 schalen wordt de DSM-score berekend en daarnaast wordt er van alle items een totaalscore berekend. De vragen kunnen beantwoord worden door middel van een 5-puntsschaal, lopend van 0 (‘niet of nooit’) tot 5 (‘heel erg of altijd’) (Alisic, Eland & Kleber, 2007). De betrouwbaarheid van deze vragenlijst is beoordeeld als ‘goed’ tot ‘uitstekend’: Cronbach’s alpha is .92 voor de totale vragenlijst, .79 voor de schaal ‘Herbeleving’, .77 voor de schaal ‘Vermijding’ en .71 voor de schaal ‘Verhoogde Prikkelbaarheid’ (Alisic & Kleber, 2010). Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van de schalen ‘Herbeleving’, ‘Vermijding’, ‘Verhoogde Prikkelbaarheid’, ‘Totaalscore DSM’ en ‘Totaalscore SVLK’.

De TSCC wordt gebruikt om algemene symptomen in kaart te brengen en kan worden afgenomen bij kinderen tussen de 8 en 16 jaar. De lijst bestaat uit 54 vragen, die onderverdeeld kunnen worden in 8 schalen. Daarvan zijn er 2 validiteitsschalen, namelijk: ‘Onderrapportage’ en ‘Hyperrapportage’. Ook zijn er 6 klinische schalen, namelijk: ‘Angst’, ‘Depressie’, ‘Boosheid’, ‘Posstraumatische Stress’, ‘Dissociatie’ en ‘Seksuele Zorgen’. Voor de data-analyse in huidig onderzoek is enkel gebruik gemaakt van de schaal ‘Posttraumatische Stress’.

Bovenstaande vragenlijsten werden zowel in de voor- als de nameting gebruikt.

2.4 Procedure

Wanneer de meisjes worden aangemeld bij het PTC vindt allereerst een intakegesprek plaats waarin de problemen in kaart worden gebracht. Na deze diagnostiekfase en de indicatiestelling wordt er een individueel behandelplan en stappenplan opgesteld (Bicanic & Kremers, 2007).

Aan de hand van de problematiek worden de meisjes ingedeeld bij de groepsvariant of de individuele variant van de STEPS-behandeling of de EMDR-behandeling. De meisjes worden geadviseerd de groepsvariant van de STEPS-behandeling te volgen wanneer zij voldoen aan een aantal

inclusiecriteria (Bicanic & Kremers, 2007). Zowel de inclusie- als de exclusiecriteria zijn opgenomen in Bijlage 2. Wanneer de meisjes niet geheel voldoen aan de inclusiecriteria of voldoen aan een of meer exclusiecriteria, worden zij geadviseerd de individuele STEPS-behandeling of de EMDR-behandeling te volgen (Bicanic & Kremers, 2007). Ook de aard van symptomen speelt hierin een rol. Wanneer er sprake was van persistente herbelevingen werden zij geadviseerd de EMDR-behandeling te volgen en wanneer er sprake was van inadequaate vermijdingsgedrag werden zij geadviseerd de individuele STEPS-behandeling te volgen (Bicanic & Kremers, 2007).

De individuele STEPS-behandeling bestaat uit 8 bijeenkomsten van ieder 1 uur en wordt in het Psychotraumacentrum geleid door een GZ-psycholoog (Bicanic & Kremers, 2007). De behandeling bestaat opeenvolgend uit de volgende onderdelen: 1) 'trauma narrative' (vertellen over het trauma zonder gedachten en emoties te onderdrukken), 2) exposure in vivo, 3) cognitieve herstructurering, 4) psycho-educatie en 5) het opstellen van een terugvalpreventieplan (Bicanic & Kremers, 2007). Na de behandeling volgt een eindgesprek waarin de behandeling wordt geëvalueerd. Daarna wordt er na zowel 6 als 12 maanden gekeken hoe het met de meisjes gaat door middel van een follow-up (Bicanic & Kremers, 2007). Bij de individuele behandeling hoort ook een behandeling voor de ouders, waar de ouders begeleid worden om op de juiste manier met de gebeurtenis en met hun dochter om te gaan. Deze wordt begeleidt door een maatschappelijk werker (Bicanic & Kremers, 2007).

De EMDR-behandeling bestaat uit 5 behandelingen die ieder een uur duren. In deze standaard EMDR-behandeling worden simultaan herinneringen aan het trauma opgehaald en tegelijkertijd horizontale oogbewegingen gemaakt (Engelhard & Van den Hout, 2011). Hierdoor worden de herinneringen minder levendig en emotioneel. Uiteindelijk zullen hierdoor de PTSS-symptomen afnemen. Ook na deze behandeling volgt een eindgesprek waarin de behandeling wordt geëvalueerd en is er sprake van een follow-up na zowel 6 als 12 maanden.

2.5 Verwerking en analyse van de gegevens

De gegevens van ieder meisje zijn ingevoerd in SPSS, versie 20.0. Vervolgens is met behulp van de Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk tests gekeken of de scores normaal zijn verdeeld. Dit was het geval voor beide groepen, dus is er gebruik gemaakt van parametrische toetsen. Om het verschil in afname van PTSS-symptomen tussen de groepen te bekijken tussen zowel de voor- als de nameting, is er een onafhankelijke t-toets (independent measures t-test) uitgevoerd. Om het verschil in afname van PTSS-symptomen binnen beide groepen te bekijken, is er een afhankelijke t-toets (matched-pair t-test) gebruikt. Ook wordt er gekeken naar de verschillen tussen de persoonskenmerken van beide groepen. Deze waren niet normaal verdeeld, dus is er gebruik gemaakt van de Mann-Whitney test. Tevens wordt er met behulp van een regressieanalyse (logistic regression) gekeken of er een verband bestaat tussen de mate van drop-out en het type behandeling. Ten slotte wordt met behulp van het programma G*Power 3 (Buchner, Erdfelder, Faul & Lang, 2007) de power van beide behandelingen vastgesteld.

3. Resultaten

‘Als ik alleen op straat ben dan word ik bang, dan denk ik dat ik achtervolgd wordt. Mijn ouders durven mij niet meer alleen te laten.’

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de analyses weergegeven. Allereerst wordt er gekeken hoe de persoonskenmerken verdeeld zijn in beide behandelgroepen. Daarna wordt er gekeken of de mate van drop-out per behandeling verschillend is. Vervolgens wordt er aandacht besteedt aan de effectgrootte en power van beide behandelingen. Daarna wordt weergegeven wat de afname is van PTSS-symptomen in beide behandelingen. Ten slotte wordt er getoetst of er sprake is van een significant verschil in afname van PTSS-symptomen tussen beide behandelingen.

3.1 Verschil in persoons- en gebeurtenis-gerelateerde kenmerken tussen beide groepen

Allereerst is er gekeken of er sprake is van een verschil tussen beide behandelgroepen op basis van persoonskenmerken. Deze kenmerken zijn niet normaal verdeeld, dus is er gebruik gemaakt van een onafhankelijke Mann-Whitney toets.

De meisjes in beide behandelgroepen verschilden niet significant van elkaar op basis van leeftijd ($p=.720$), etniciteit meisje ($p=.167$), type seksueel geweld ($p=.550$), bekende of onbekende dader ($p=.272$), één of meerdere daders ($p=.695$), ondergaan van fysiek geweld ($p=.550$) ondergaan van verbaal geweld ($p=.484$) en wel of geen aangifte ($p=.408$).

De meisjes in beide behandelgroepen verschilden wel significant van elkaar op basis van opleidingsniveau ($p=.018$), ondergaan van dreiging met wapen ($p=.008$) en uitslag van aangifte bij de politie ($p=.029$). Er is ook gekeken naar het verschil in andere persoons- en gebeurtenis-gerelateerde kenmerken tussen beide behandelingen. Deze zijn weergegeven in Bijlage 3.

In de groep van de individuele STEPS-behandeling is het opleidingsniveau significant lager dan in de groep van de EMDR-behandeling. Met behulp van een ANOVA is er gekeken naar het verschil in afname van PTSS-symptomen tussen de verschillende opleidingsniveaus. Dit verschil bleek niet significant.

In de EMDR-groep zijn 2 meisjes bedreigd met een wapen (14.3%), tegenover geen één meisje in de individuele-STEPS-groep.

In de individuele STEPS-groep is 20.7% van de daders berecht, 10.3% van de daders niet opgespoord, 10.3% van de daders zit vast, 3.4% van de aangifteprocedures gestopt op aanraden van de politie, in 51.7% van de gevallen geen aangifte gedaan en in 3.4% van de gevallen in de uitslag nog onbekend, omdat de zaak nog loopt. In de EMDR-groep is in 9.1% van de gevallen de aangifteprocedure stopgezet op aanraden van de politie, in 72.7% van de gevallen geen aangifte

gedaan, 9.1% van de zaken loopt nog omdat de dader nog niet is gehoord en 9.1% van de zaken is geseponeerd.

3.2 Verband tussen drop-out en type behandeling

De meisjes kregen het advies ofwel de individuele STEPS-behandeling, ofwel de EMDR-behandeling te volgen. Deze behandelingen verschillen inhoudelijk aanzienlijk van elkaar. Tevens is de duur van de individuele STEPS-behandeling 3 sessies langer dan de EMDR-behandeling.

In beide behandelgroepen was er sprake van meisjes die, om welke reden dan ook, voortijdig stopten met de behandeling. Met behulp van een logistic regressieanalyse is er gekeken of er een verband bestaat tussen deze mate van drop-out en het type behandeling.

Van de groep die is begonnen met de individuele STEPS-behandeling, hebben 53 meisjes (76.8%) de behandeling afgerond en zijn 16 meisjes (23.2%) vroegtijdig gestopt met de behandeling. Van de groep die is begonnen met de EMDR-behandeling, hebben 22 meisjes (84.6%) de therapie afgerond en zijn 4 meisjes (15.4%) vroegtijdig gestopt met de behandeling. Dit verschil bleek niet significant ($p=.409$).

3.3 Effectgrootte en power

De effect-size van beide behandelingen is op basis van klinische impressie vastgesteld op 0.6. Er wordt verwacht dat beide behandelingen een groter dan gemiddeld effect hebben. De effectgrootte van de vergelijking van beide behandelingen is vastgesteld op 0.2. Er wordt verwacht dat de behandelingen vergelijkbaar zijn in de vermindering van PTSS-symptomen. Met behulp van deze gegevens en het programma G*Power 3 (Buchner, Erdfelder, Faul & Lang, 2007) is berekend wat de power van de steekproeven is.

De power wordt als 'goed' beoordeeld vanaf 0.80. De power van de individuele STEPS-behandeling is vastgesteld op 0.96 en de power van de EMDR-behandeling op 0.68. De power van de STEPS-behandeling is dus groter dan die van de EMDR-behandeling. De power van de vergelijking van beide behandelingen is vastgesteld op 0.16. De vergelijking heeft dus een lage power.

3.4 De analyse van de scores op de sub schalen van de SVLK en de TSCC

Vervolgens zullen de resultaten van de verschillende analyses van de scores weergegeven worden.

Allereerst zijn in Tabel 3 de gemiddelde scores van de meisjes op de verschillende sub schalen van beide behandelingen weergegeven.

Tabel 3

Beschrijvende statistieken van de sub schalen van de SVLK en de sub schaal 'Symptomen PTSS' van de TSCC, voor zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling.

Sub schalen	individuele STEPS-behandeling			EMDR-behandeling		
	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Voormeting						
<i>Herbeleving (SLVK)</i>	16.15	33	5.136	17.43	14	4.014
<i>Vermijding (SLVK)</i>	24.18	33	5.565	22.86	14	4.802
<i>Prikkelbaarheid(SLVK)</i>	18.15	33	3.946	15.79	14	4.577
<i>DSM-totaal (SLVK)</i>	58.55	33	12.490	56.07	14	11.835
<i>Totaal SVLK</i>	105.21	33	22.031	98.69	13	24.767
<i>Symptomen PTSS (TSCC)</i>	58.39	33	9.975	58.14	14	9.686
Nameting						
<i>Herbeleving (SVLK)</i>	10.42	33	4.250	8.64	14	3.319
<i>Vermijding (SVLK)</i>	17.15	33	6.413	13.93	14	4.859
<i>Prikkelbaarheid (SVLK)</i>	12.42	33	5.414	10.43	14	4.183
<i>DSM-totaal (SVLK)</i>	40.00	33	14.461	33.00	14	11.509
<i>Totaal SVLK</i>	74.03	33	26.997	60.77	13	18.722
<i>Symptomen PTSS (TSCC)</i>	48.76	33	9.631	43.64	14	5.826

3.4.1 Afname van symptomen van PTSS in beide behandelingen

Om te bestuderen wat de afname van PTSS-symptomen is in beide behandelingen is er een afhankelijke t-toets uitgevoerd voor beide groepen. In Tabel 4 zijn de statistische waarden opgenomen van deze toets. Hieruit kan afgelezen worden dat in beide behandelgroepen de PTSS-symptomen in alle sub schalen significant zijn afgenomen ($p=.000$ en $p=.001$).

Tabel 4

Statistische waarden van de afhankelijke t-toets uitgevoerd voor de sub schalen van de SLVK en de PTSS-schaal van de TSCC, voor zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling.

Sub schalen	Individuele STEPS-behandeling			EMDR-behandeling		
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Herbeleving (SLVK)</i>	4.824	32	.000*	7.985	13	.000*
<i>Vermijding (SLVK)</i>	5.110	32	.000*	6.724	13	.000*
<i>Prikkelbaarheid(SLVK)</i>	5.560	32	.000*	4.489	13	.001**
<i>DSM-totaal (SLVK)</i>	5.741	32	.000*	7.227	13	.000*
<i>Totaal SVLK</i>	5.575	32	.000*	6.777	13	.000*
<i>Symptomen PTSS (TSCC)</i>	4.037	32	.000*	7.043	13	.000*

* $p<.000$, ** $p<.001$

3.4.2 Verschil in afname van symptomen van PTSS tussen beide behandelingen

Daarna is er gekeken of er sprake is van een verschil in afname van PTSS-symptomen tussen beide behandelgroepen. Er is een onafhankelijke t-toets uitgevoerd voor zowel de voor- als de nameting van beide behandelingen. De statistische waarden van deze toets zijn opgenomen in Tabel 5.

Tabel 5

Statistische waarden van de onafhankelijke t-toets uitgevoerd voor de sub schalen van de SLVK en de PTSS-schaal van de TSCC, voor zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling.

Sub schalen	Voormeting			Nameting		
	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Herbeleving (SLVK)</i>	-0.914	31.217	.367	1.542	31.237	.133
<i>Vermijding (SLVK)</i>	0.824	28.303	.417	1.882	32.177	.069
<i>Prikkelbaarheid(SLVK)</i>	1.686	21.617	.106	1.365	31.571	.182
<i>DSM-totaal (SLVK)</i>	0.645	25.843	.525	1.761	30.659	.088
<i>Totaal SVLK</i>	0.829	19.921	.417	2.111	35.415	.042*
<i>Symptomen PTSS (TSCC)</i>	0.081	25.252	.936	2.235	39.208	.031*

* $p < .05$

Uit de waarden van de voormeting kan geconcludeerd worden dat de behandelgroepen voorafgaand aan de behandeling niet significant van elkaar verschillen op basis van PTSS-symptomen gemeten door alle sub schalen.

Uit de waarden van de nameting kan geconcludeerd worden dat de behandelgroepen niet significant van elkaar verschillen op basis van de sub schalen ‘*Herbeleving*’, ‘*Vermijding*’, ‘*Prikkelbaarheid*’ en ‘*DSM-totaal*’ van de SLVK. Wel bestaat er een significant verschil tussen beide behandelingen op basis van de sub schalen ‘*Totaal SVLK*’ van de SLVK ($F(35.415)=2.111$; $p < .05$) en de sub schaal ‘*Symptomen PTSS*’ van de TSCC ($F(39.208)=2.235$; $p < .05$). De beschrijvende statistieken van deze twee schalen worden weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6

Beschrijvende statistieken van de sub schalen 'Totaal SVLK' van de SVLK en 'Symptomen PTSS' van de TSCC van de voormeting en de nameting, voor zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling.

Type Behandeling	Totaal SVLK			Symptomen PTSS		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Voormeting						
<i>individuele STEPS</i>	33	105.21	22.031	33	58.39	9.975
<i>EMDR</i>	13	98.69	24.767	14	58.14	9.686
Nameting						
<i>individuele STEPS</i>	33	74.03*	26.997	33	48.76*	9.686
<i>EMDR</i>	14	59.64*	18.475	14	43.64*	5.826

*Verschilt significant van het andere type behandeling ($p < .05$)

Uit Tabel 6 kan afgelezen worden dat er bij de voormeting geen sprake is van een significant verschil tussen beide behandelingen op basis van de gemiddelde mate van PTSS-symptomen gemeten door de sub schaal 'Totaal SVLK' en de sub schaal 'Symptomen PTSS'. Bij de nameting is er echter wel sprake van een significant verschil ($p = .005$). De PTSS-symptomen onderverdeeld in beide sub schalen zijn in de nameting significant lager in de EMDR-behandeling dan in de individuele STEPS-behandeling.

Er is geen sprake van een significant verschil tussen beide behandelingen op basis van de voormeting, maar om te controleren voor de hoogte van symptomen voorafgaand van de behandeling is er een verschilscore berekend voor beide behandelingen. Op deze manier wordt er enkel gekeken naar de afname van PTSS-symptomen zonder dat de hoogte van de symptomen een invloed heeft op de analyse. Met behulp van deze verschil-scores is er een onafhankelijke t-toets uitgevoerd voor beide behandelgroepen. In Tabel 7 worden de resultaten van deze analyse weergegeven.

Tabel 7

Statistische waarden van de onafhankelijke t-toets uitgevoerd voor de verschilcores van de sub schalen van de SLVK en de PTSS-schaal van de TSCC, voor zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling.

Sub schalen	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Herbeleving (SLVK)</i>	-0.993	38.070	.327
<i>Vermijding (SLVK)</i>	-1.889	39.268	.066
<i>Prikkelbaarheid(SLVK)</i>	.235	32.303	.816
<i>DSM-totaal (SLVK)</i>	-0.997	37.345	.325
<i>Totaal SVLK</i>	-0.852	34.894	.400
<i>Symptomen PTSS (TSCC)</i>	-1.543	41.195	.130

In Tabel 7 worden afgelezen dat, wanneer er enkel wordt gekeken naar het verschil in afname van PTSS-symptomen, er geen sprake is van een significant verschil tussen beide behandelingen.

4. Discussie

‘Het is mijn eigen schuld want ik had kunnen wegrengen of heel hard moeten gillen.’

In dit onderzoek is de werkzaamheid van zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling op de vermindering van PTSS-symptomen na eenmalig seksueel geweld in kaart gebracht.

4.1 Bespreking van de analyse

Uit eerder besproken meta-analyses is gebleken dat mensen met PTSS baat hebben bij zowel cognitieve gedragstherapie als EMDR (Beck en anderen, 2006; Benjamin en anderen, 2009; Taylor & Van Etten, 1998). Deze bevinding is bevestigd door huidig onderzoek. Na zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling zijn de PTSS-symptomen significant afgenomen bij de meisjes ($p=.000$; $p=.001$). Hieruit kan geconcludeerd worden dat beide behandelingen effectief zijn in het reduceren PTSS-symptomen.

Tevens is uit eerder besproken onderzoek gebleken dat het effect van cognitieve gedragstherapie vergelijkbaar is met het effect van EMDR bij mensen met PTSS (Taylor & Van Etten, 1998). In huidig onderzoek kan er door het ontbreken van een controlegroep niet gesproken worden over effectiviteit van beide behandelingen. Op de symptomen ‘Herbeleving’, ‘Vermijding’ en ‘Verhoogde prikkelbaarheid’ (gemeten door de sub schalen van de SLVK) was er geen significant verschil tussen beide behandelingen in afname van de symptomen. Wel was er sprake van een significant verschil op de totale PTSS-symptomen (gemeten door de SLVK en de TSCC). In de groep die de EMDR-behandeling heeft gevolgd is er sprake van een significant lagere score op de totale PTSS-symptomen dan in de groep die de individuele STEPS-behandeling heeft gevolgd ($p=.042$ en $p=.031$). Echter, wanneer er werd gecontroleerd voor de hoogte van symptomen voorafgaand aan de behandeling, verdween dit verschil. De hoogte van de PTSS-symptomen is na behandeling niet verschillend tussen beide behandelingen. Beide behandelingen leiden dus tot eenzelfde resultaat, wat eerder al verwacht werd.

Ook is er aandacht besteedt aan de verschillen in persoons- en gebeurtenis-gerelateerde kenmerken tussen beide behandelgroepen. Er is gecontroleerd of de groepen op deze eerder besproken kenmerken, verschillend waren van elkaar. Dit bleek enkel het geval te zijn op basis van opleidingsniveau ($p=.018$), ondergaan van dreiging met een wapen tijdens de gebeurtenis ($p=.008$) en uitslag van de aangifte ($p=.029$). In de groep van de individuele STEPS-behandeling volgde het grootste gedeelte VMBO of MBO (59.4%), terwijl in de groep van de EMDR-behandeling het grootste gedeelte VWO volgde (42.9%). Er is niet bewust gekozen voor deze verdeling door de hulpverleners in het PTC. In huidig onderzoek is er gekeken of er een verschil was in hoogte afname van PTSS-

symptomen tussen de verschillende opleidingsniveaus. Dit bleek niet het geval te zijn, dus mag er geconcludeerd worden dat deze scheve verdeling geen invloed heeft gehad op de hoogte van de PTSS-symptomen en de behandeluitkomst.

In de groep die de individuele STEPS-behandeling volgde was er niemand bedreigd met een wapen, terwijl in de groep die de EMDR-behandeling volgde er 2 meisjes (14.3%) bedreigd was met een wapen. Dit gegeven bleek geen invloed te hebben op de hoogte van de symptomen, gezien er geen sprake was van een significant verschil op basis van symptomen van PTSS voorafgaand aan de behandeling tussen beide groepen. Ook de verschillen in uitslag van de aangifte bleek geen invloed te hebben op de hoogte van symptomen.

Concluderend kan worden gesteld dat zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling leidt tot een significante vermindering van PTSS-symptomen bij adolescente meisjes die slachtoffer zijn geworden van eenmalig seksueel geweld en dat deze vermindering hetzelfde is in beide behandelingen.

4.2 Mogelijkheden voor vervolgonderzoek

Er zijn altijd verbeteringen mogelijk in onderzoek. De belangrijkste punten die in huidig onderzoek missen, zijn een controlegroep, gelijke onderzoeksgroepen en onderzoek met aselechte toewijzing.

4.2.1 Onderzoek met controlegroep

In huidig onderzoek was er geen beschikking over een controlegroep. Beide groepen die onderzocht zijn volgden een behandeling en er was geen sprake van een groep die geen behandeling volgden. Hierdoor kunnen er in huidig onderzoek geen conclusies getrokken worden over de effectiviteit van beide behandelingen. De afname van PTSS-symptomen kan namelijk niet enkel toegeschreven worden aan het effect van de behandeling. Ook natuurlijk verloop van de stoornis kan een rol spelen in de afname van symptomen. Uit onderzoek naar het natuurlijk verloop van PTSS bij adolescenten bleek dat een derde zonder behandeling hersteld binnen een jaar (Bolton en anderen, 2000). Wel moet er een kanttekening geplaatst worden bij dit natuurlijke herstel. Een groot deel van de slachtoffers van seksueel geweld ontwikkeld PTSS en volgens de behandelaars van het PTC herstelt vrijwel niemand zonder hulp van deze vorm van PTSS. Toch is het noodzakelijk om in vervolgonderzoek gebruik te maken van een controlegroep om hier betrouwbare uitspraken over te kunnen doen. Toch is het voor de hulpverleners van het PTC niet ethisch verantwoord om de slachtoffers van seksueel geweld in een wachtlijstconditie te plaatsen, puur omdat dit voor onderzoek beter is. Wanneer zij de slachtoffers direct hulp kunnen bieden, zullen zij dit ook voorop stellen.

4.2.2 Onderzoek met gelijke en grotere onderzoeksgroepen

Tevens zijn er in huidig onderzoek gebruik gemaakt van ongelijke en relatief kleine onderzoeksgroepen. De groep die de individuele STEPS-behandeling gevolgd heeft was meer dan 2 keer zo groot als de groep die de EMDR-behandeling gevolgd heeft. Uit de eerdere analyse van de

power van de vergelijking van beide behandelingen, bleek dat deze erg laag was (0.16). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de vergelijking van de behandelingen niet representatief is voor de populatie waaruit de steekproef getrokken is. Het is dus noodzakelijk om in vervolgonderzoek gebruik te maken van gelijke onderzoeksgroepen om een grotere betrouwbaarheid te genereren. Om deze betrouwbaarheid te verhogen kan er ook gebruik worden gemaakt van grotere groepen, maar omdat er al gesproken wordt over een relatief kleine doelgroep is dit niet per definitie noodzakelijk.

4.2.3 Onderzoek met aselechte toewijzing

Een ander methodologisch zwak punt is het feit dat de meisjes geselecteerd werden voor een type behandeling op basis van het type PTSS-symptomen. Zoals eerder besproken werd er geadviseerd de EMDR-behandeling te volgen wanneer er sprake was van persistente herbelevingen. Wanneer er sprake was van inadequaate vermijdingsgedrag werd er geadviseerd de individuele STEPS-behandeling te volgen (Bicanic & Kremers, 2007). Wanneer er een dergelijke selectie wordt gemaakt, bestaat de kans dat de meisjes in de behandelgroepen onderling van elkaar verschillen op basis van symptomen en onderling dus niet vergelijkbaar zijn. Om een zo betrouwbaar mogelijke conclusie te kunnen trekken, is het van belang een zo homogeen mogelijke verdeling in groepen te bewerkstelligen.

Echter bleek, uit de analyse van de gegevens, dat er geen significant verschil bestond in type symptomen tussen de behandelingen voorafgaand aan de behandeling. Het lijkt er dus op dat de selectie toewijzing, gehanteerd in huidig onderzoek, geen invloed heeft gehad op de analyse van de gegevens. Met het oog op vervolgonderzoek, is het dus verantwoord voor de hulpverleners van het PTC om de slachtoffers van seksueel geweld aselechte in te delen voor een type behandeling.

4.3 Implicatie voor de praktijk

Eerder is genoemd dat de behandelaars in het Psychotraumacentrum de meisjes onderverdelen in type behandeling op basis van symptomen. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat in beide behandelingen de symptomen evenveel afnemen. Er hoeft dus geen selectie gemaakt te worden op basis van soort PTSS-symptomen om een betere uitkomst van behandeling te krijgen.

Ook is het mogelijk dat de EMDR-behandeling leidt tot een grotere afname van PTSS-symptomen dan de individuele STEPS-behandeling. De EMDR-behandeling is namelijk 5 sessies, wat 3 sessies minder is dan de 8-sessies durende individuele STEPS-behandeling. Op basis van huidig onderzoek is gebleken dat 5 sessies EMDR leidt tot dezelfde vermindering van PTSS-symptomen als 8 sessies individuele STEPS. Er is dus minder tijd voor behandeling nodig wanneer er wordt gekozen voor EMDR. Minder tijd betekent ook minder geld, dus met het oog hierop kan mogelijk beter gekozen worden voor de EMDR behandeling. Om hier betrouwbare conclusies over te trekken zou er vervolgonderzoek uitgevoerd kunnen worden waarin de afname van PTSS-symptomen in 8 sessies EMDR wordt vergeleken met 8 sessies individuele STEPS.

Echter biedt de individuele STEPS-behandeling mogelijk meer voordelen op de lange termijn.

In deze behandeling wordt ook aandacht besteedt aan het aanleren van coping strategieën en terugvalpreventie. Zoals al eerder werd vermeld is revictimisatie een van de grootste problemen waar een slachtoffer van seksueel geweld tegenaan loopt (Neumann en anderen, 1996). Wanneer een meisje opnieuw slachtoffer wordt van seksueel geweld of een terugval in klachten krijgt, dan kan daar mogelijk beter op gereageerd worden. In de EMDR-behandeling wordt hier geen aandacht aan besteedt.

Ten slotte kan er een kritische blik geworpen worden op het stellen van de diagnose PTSS bij de adolescenten die worden aangemeld in het PTC. Zij bevinden zich in de fase waarin zij meer afhankelijk zijn van anderen dan volwassenen en nog bezig zijn hun persoonlijkheid te vormen. Hierdoor lopen zij een groter risico slachtoffer te worden van traumatische ervaringen, zoals seksueel geweld, en de psychische gevolgen hiervan (Aarts, 2001). De gevolgen van een dergelijke traumatische ervaring zijn mogelijk te complex om onder te verdelen in de drie categorieën vermijding, herbeleving en verhoogde prikkelbaarheid van PTSS zoals beschreven in de DSM-IV-TR (Aarts, 2001, American Psychological Association, 2006). Hierdoor bestaat de kans dat een adolescent die niet volledig voldoet aan de criteria voor de stoornis, maar wel kampt met traumatische klachten die op een andere manier geuit wordt, niet de juiste behandeling krijgt. Eerder is genoemd dat wanneer traumatische klachten niet adequaat behandeld wordt, deze klachten chronisch worden. Hierdoor is het mogelijk verstandiger om minder focus te leggen op het stellen van de diagnose PTSS, maar meer aandacht te besteden aan de specifieke traumatische klachten per individu zodat deze de juiste behandeling aangeboden krijgt.

4.4 Tot slot

Naar aanleiding van de resultaten kan geconcludeerd worden dat zowel de individuele STEPS-behandeling als de EMDR-behandeling leidt tot afname van PTSS-symptomen bij meisjes die slachtoffer zijn geworden van seksueel geweld. Beide type behandelingen zijn een juiste keuze voor behandeling van de PTSS-symptomen.

Vervolgonderzoek met grotere en gelijke onderzoeksgroepen en aselechte toewijzing is nodig om meer betrouwbare conclusies te kunnen trekken over de afname van PTSS-symptomen. Vervolgonderzoek met een controlegroep is nodig om conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit van beide behandelingen.

Met huidig onderzoek is de eerste stap gezet in onderzoek naar de werkzaamheid van de individuele STEPS-behandeling, ontwikkeld door hulpverleners in het PTC. De eerste resultaten zijn veelbelovend en mogelijk zal deze behandeling in de toekomst, na meer onderzoek, op meer plekken dan enkel in het PTC, ingezet kunnen worden als behandeling voor de meisjes die slachtoffer worden van seksueel geweld.

5. Literatuur

- Aarts, P. (2001). *Trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn-Stafleu van Loghum.
- Ackerman, P.T., Dykman, R.A., Jones, J.G., Newton, J.E.O. & McPherson, W.B. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnosis in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, 22, 759-774.
- Addy, C.L., Chilappagari, S., Cuffe, S.P., Garrison, C.Z., Jackson, K.L. & McKeown, R.E. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 147-154.
- Alisic, A. & Kleber, R.J. (2010). Measuring posttraumatic stress reactions in children: A preliminary validation of the children's responses to trauma inventory. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 3(3), 192-204.
- Alisic, E., Eland, J. & Kleber, R.J. (2007). *Schokverwerkingslijst voor kinderen (SVLK)-herziene kindversie en herziene ouerversie*. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma i.s.m. Klinische Psychologie (UU) en Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren (UMC Utrecht).
- American Psychological Association (2006). *DSM-IV-TR*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Bal, S. (1998). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Gent: Universiteit van Gent.
- Beck, A.T., Butler, A.C., Chapman, J.E. & Forman, E.M. (2006). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Benjamin, A., Meijer, A.M., Rodenburg, R., de Roos, C. & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.
- Berger, C., Choquet, M., Darves-Bornoz, J.M., Degiovanni, A. en Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic Post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- Bicanic, I.A.E. & Kremers, A. (2007). *Behandelprotocol cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld STEPS*. Utrecht: UMC.
- Bicanic I. & Kremers, A. (2007). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS handleiding*. Amsterdam: Boom.
- Bicanic, I.A.E., de Roos, C., van Wesel, F., Sinnema, G. & van de Putte, E.M. (submitted). Cognitive behaviour group therapy (STEPS) for adolescent girls with rape-related PTSD and their parents.
- Bisson, J. L., Ehlers, A. & Matthews, R. (2007). Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder. Systematic review en meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.

- Bolton, D., Boyle, S., Nurrish, J., O’Ryan, D., Udwin, O. & Yule, W. (2000). The Long-term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: I: The Incidence and Course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 503-511.
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 726-736.
- Bradley, R., Greene, J. & Russ, E. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14, 357-364.
- Burt, J., Johnson, D.R. Loris, M. & Lubin H. (1998). Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Multiply Traumatized Women. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1172-1177.
- Bush, D.M., Blyth, D.A., Simmons, R.G. & Van Cleave, E.F. (1979). Entry into Early Adolescence: The Impact of School Structure, Puberty and Early Dating on Self-Esteem. *American Sociological Review*, 44(6), 948-967.
- Carey, P.D., Mohr, N., Seedat, S., Stein, D.J. & Walker, J.L. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and the development of pediatric PTSD. *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 111-121.
- Cisler, J.M., Deacon, B.J. & Olatunji, B.O. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytical findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 557-577.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., Runyon, M.K. & Steer, R.A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children, impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- Cohen, E., Frost, A.K., Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B. & Pakiz, B. (1995). Trauma and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Danielson, C.K. & Holmes, M.M. (2004). Adolescent sexual assault: An update of the literature. *Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology*, 16, 383,388.
- Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305- 316.
- Davis, J. L. & Petretic-Jackson, P.A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis on the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.

- Deville, G.J. & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 131-157.
- Dolatabadi, S., Greenwald, R., Jaberghaderi, N., Rubin, A. & Zand, S.O. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368.
- Engelhard, I. & Van den Hout, M. (2011). Directieve therapie. In druk.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (Second Edition). London: SAGE Publications Ltd.
- Foa, E.B., Murdock, T.B., Riggs, D.S. & Rothbaum, B.O. (1991). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723.
- Foa, E.B. & Tolin, D.F. (2006). Sex differences in trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Gentile, C. Wolfe, D.A. & Wolfe, V.V. (1989). The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation. *Behaviour Therapy*, 20, 215-228.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongens in Nederland anno 2005. RNG-Studies nr. 7*. Delft: Eburon
- Harkness, W.L., Klingaman, L.R. & Vicary, J.R. (1995). Risk factors associated with date rape and sexual assault of adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 18, 289-306.
- Jung, K., Steil, R. & Stangier, U. (2011). Efficacy of a two-session program of cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of sexual abuse: A pilot study. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 325-329.
- Kessler, R.C., Sonnega, A.J. & Bromet, E. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in de National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Koss, M.P. (1985). The hidden rape victim: personality, attitudinal, and situational characteristics. *Psychology of Women Quarterly*, 9, 193-212.
- Linton, M.A. & Muehlenhard, C.L. (1987). Date rape and sexual aggression in dating situations: Incidence and risk factors. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 186-196.
- Neumann, D.A., Houskamp, B.M., Pollock, V.E. & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1, 6-16.

- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Taylor, S. & Van Etten, M.L. (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Bijlage 1: Scoreformulier dossieronderzoek eenmalig seksueel geweld (PTC)

ID						
Datum intake						
Geboortedatum						
Verwijzer		1= (via) ouder(s) 2= slachtofferhulp/politie 3=(huis)arts 4= school		5= andere hulpverlener 6= meisje zelf 99=onbekend		
Etniciteit meisje		1=Nederlands		2= anders, nl.		
Opleiding		1=VMBO	2=HAVO	3=VWO	4=MBO	5=HBO
Gezinssamenstelling		1= gezin intact		2= ouders gescheiden		
Eerdere positieve ervaringen met seks (gemeenschap)?		1= ja		2= nee	99=onbekend	
Eerdere negatieve seksuele ervaringen?		1=ja		2=nee	99=onbekend	
Meisje heeft nu seksuele relatie (gemeenschap)?		1= ja		2= nee	99=onbekend	
Dader	1= bekende dader(s)	2= onbekende dader(s)		3= zowel bekende als onbekende daders		
Relatie dader-meisje	1= vriendje (intiem) 2= vriend 3= school 4= familie		5= kennis 6= collega 7=onbekende dader 99=onbekend			
Aantal daders	1= 1	2= 2	3= 3 of meer		99=onbekend	
Leeftijd dader	< of = 18 jaar		> 18 jaar		99=onbekend	
Etniciteit dader	1= Nederlands		2= anders, nl.		99=onbekend	
Datum trauma						
Type trauma	1= aanranding			2= verkrachting		
Type penetratie	1= oraal 2= vaginaal 3= anaal 4= oraal en anaal		5= oraal en vaginaal 6= anaal en vaginaal 7= betreft geen penetratie 99= onbekend			
Gebruik fysiek geweld	1= ja		2= nee		99=onbekend	
Gebruik/dreiging wapen	1= ja, nl.		2= nee		99=onbekend	
Verbale dreiging	1= ja		2= nee		99=onbekend	
Lokatie trauma	1= buiten (vb. park, steegje, fietspad) 2= school 3= publieke plaats (vb. toilet, zwembad) 4= huis van meisje			5= huis/auto van dader 6= huis van bekende 7= onbekend huis 8= werk 99= onbekend		
Datum onthulling						
1 ^e keer onthuld aan	1= ouder(s) 2= vriend/vriendin 3= vriendje (intiem)		4= familie 5 = school 6= anders, nl. 99= onbekend			
Aangifte	1= ja (uitslag:)		2= nee		99=onbekend	
Medisch onderzoek	1= ja (uitslag:)		2= nee		99=onbekend	
Eerdere hulp verwerking seksueel trauma	1= ja, nl.			2= nee		99= onbekend
Advies na intake	1=individuele STEPS 2=groep STEPS 3= EMDR 4= verwezen psychiatisch onderzoek			5= verwezen naar hulp elders 6= niet verschenen op intake 99= onbekend		

**Bijlage 2: Inclusie- en exclusiecriteria deelname groepsvariant van de STEPS-behandeling
(Bicanic & Kremers, 2007)**

Inclusiecriteria:

- Leeftijd: dertien tot en met achttien jaar;
- Sekse: meisje;
- Trauma: eenmalige aanranding of verkrachting;
- Hoofddiagnose: PTSS als gevolg van eenmalig seksueel geweld;
- Stabiele leefsituatie: vaste woonplek en dagbesteding;
- Vermogen om te spreken over het trauma;
- Participatie ouders;
- In staat om afspraken te maken over eventueel suïcidegedrag, automutilatie, prostitutie, promiscue gedrag of aanwezigheid in de groep.

Exclusiecriteria:

- Eerder chronisch (seksueel) trauma;
- Gebeurtenis minder dan één maand geleden;
- IQ lager dan 85 (schatting naar opleidingsniveau);
- Acute psychose, schizofrenie;
- Alcohol- of drugsverslaving;
- Geen interne motivatie voor deelname;
- Ernstige problemen met agressie tegenover anderen;
- Reële, actuele dreiging;
- Belemmerde gezondheidssituatie;
- Dader is gezinslid;
- Ernstige systeemproblematiek.

Bijlage 3: Overzicht verschil in kenmerken tussen beide behandelingen

Persoonskenmerken		Gebeurtenis-gerelateerde kenmerken	
Type kenmerk	<i>p</i>	Type kenmerk	<i>p</i>
Type verwijzer	.107	Leeftijd dader(s)	.865
Beroep vader	.101	Etniciteit dader(s)	.258
Beroep moeder	.390	Wel of geen getuigen seksueel geweld	.422
Gezinssamenstelling	.434	Tijd verstreken sinds trauma	.297
Woonsituatie meisje (alleen of bij ouders)	.336	Maand waarin trauma plaatsvond	.778
Eerdere positieve seksuele ervaring	.374	Land waarin trauma plaatsvond	.794
Eerdere negatieve seksuele ervaring	.450	Wel of geen alcoholgebruik meisje	.617
Actuele seksuele relatie	.846	Type penetratie (oraal, anaal, vaginaal)	.677
Eerdere traumahulpverlening	.879	Locatie van trauma	.746
Vervolgbehandeling na behandeling in PTC	.237	Tijd tussen trauma en onthulling	.632
		Degene aan wie onthuld is	.802
		Wel of geen medisch onderzoek	.456
		Uitslag medisch onderzoek	.550
		Revictimisatie	.383
		Revictimisering door dezelfde dader	.178
		Revictimisering door andere dader	.678