

# **De werkzaamheid van EMDR en STEPS in het verminderen van depressieve klachten en suïcidegedachten.**

*Een onderzoek naar de werkzaamheid van EMDR en de cognitieve gedragstherapie STEPS in het verminderen van depressieve klachten en suïcidegedachten bij verkrachte of aangerande, adolescente meisjes met PTSS.*

P.D. Joosten, BSc  
3386562

28-06-2012

Masterprogramma Klinische & Gezondheidspsychologie  
Universiteit Utrecht

Begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht:  
Prof. Dr. R.J. Kleber

Begeleiding vanuit het Psychotraumacentrum,  
Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht:  
Drs. I.A.E. Bicanic

## Samenvatting

In dit onderzoek is gekeken naar de werkzaamheid van EMDR en de individuele vorm van de cognitieve gedragstherapie STEPS in het verminderen van depressieve klachten en suïcidegedachten en het verbeteren van het psychische en fysieke welzijn van adolescente, verkrachte meisjes met een Post Traumatische Stress Stoornis. De STEPS-therapie is een cognitieve gedragstherapie die is ontwikkeld door Bicanic en Kremers en gebruik maakt van exposure en cognitieve herstructurering. Er werd verwacht dat de STEPS-therapie werkzamer zou zijn. **Methoden:** De steekproef bestond uit 49 meisjes, waarvan 15 meisjes in de EMDR-groep en 34 meisjes in de STEPS-groep. De depressieve klachten werden gemeten aan de hand van de subschaal depressie van de Symptom Check List (SCL-90) en de Child Depression Inventory (CDI). Suïcidegedachten werden gemeten met behulp van vraag 9, naar suïcidegedachten, van de CDI. Het psychische en fysieke welzijn werd gemeten aan de hand van de SCL-90 totaalscore. **Resultaten:** Na afloop van beide therapieën bleken de scores op de depressieve klachten significant te zijn verminderd en de score met betrekking tot het psychische en fysieke welzijn te significant te zijn verbeterd. Alleen in de STEPS-groep verminderde de suïcidescores significant. Wanneer beide therapieën met elkaar werden vergeleken bleken beiden even werkzaam te zijn op alle metingen. Daarnaast werd gevonden dat jonge en laag opgeleide meisjes meer suïcidegedachten hadden dan oudere en hoger opgeleide meisjes. **Discussie:** Resultaten worden besproken en bediscussieerd. Ook wordt toekomstig onderzoek voorgesteld.

Steekwoorden: STEPS, EMDR, seksueel geweld, PTSS, depressie, suïcide

## Abstract

In this research we investigated if EMDR or the individual form of the cognitive behavioural therapy STEPS were better in reducing the depressive symptoms and suicide thoughts and improving the psychological and physiological wellbeing of adolescent girls who became victims of rape and as a result developed a Post Traumatic Stress Disorder. The STEPS therapy is a cognitive behavioural therapy which is developed by Bicanic and Kremers and is based on exposure and cognitive restructuring. It was expected that the STEPS therapy would be better. **Methods:** The sample consisted of 49 girls, of which 15 followed the EMDR therapy and 34 followed the STEPS therapy. The depressive symptoms were measured by the subscale depression of the Symptom Check List (SCL-90) and the Child Depression Inventory (CDI). Question 9, about suicide thoughts, of the CDI was used to measure the suicide thoughts and the total score on the SCL-90 was used to measure psychological and physiological wellbeing. **Results:** After both of the therapies the score on the depressive symptoms significantly decreased and the scores on the psychological and physiological wellbeing significantly improved. Only in the STEPS-group the scores on the suicide thoughts decreased significantly. When we compared the two therapies, both of the therapies were as good as the other on all measures. We also found that the younger and less educated girls had more suicide thoughts than the older and more educated girls. **Discussion:** Results and further research are discussed.

Keywords: STEPS, EMDR, sexual assault, PTSD, depression, suicide

## Voorwoord

Zes maanden lang heb ik met veel plezier gewerkt binnen het Wilhelmina Kinderziekenhuis aan dit onderzoek. Hoe langer ik bezig was met het onderzoek, hoe meer intrigerend ik het begon te vinden. Met een grote wil daadwerkelijk te kunnen bijdragen aan een betere hulp aan de slachtoffers heb ik mij gestort op dit onderzoek. De afgelopen zes maanden heb ik ontzettend veel geleerd: geleerd hoe onderzoek in de praktijk eraan toe gaat; geleerd een goede, onderbouwde scriptie te schrijven; geleerd wat er allemaal komt kijken bij een therapie, van intake tot afsluiting. Maar vooral heb ik geleerd waar je dat alles voor doet. Dat ik met dit onderzoek misschien een heel klein beetje bij heb kunnen dragen aan het verbeteren van de behandeling van deze meisjes maakt het onderzoek voor mij nu al geslaagd.

Dit alles heb ik natuurlijk niet helemaal alleen gedaan. Met Raisa Wikarta en Arlette Ponsioen heb ik dagen doorgebracht in het WKZ, waarbij het werk zo af en toe even naast ons neer kon worden gelegd en we er even een kopje thee bij konden pakken. Jullie wil ik graag bedanken voor de gezelligheid, de hulp en de samenwerking, die ik altijd erg prettig heb gevonden.

Uiteraard wil ik graag het Psychotraumacentrum bedanken voor de kans die ik bij jullie heb gekregen om mee te doen met dit erg interessante onderzoek. Graag wil ik ook mijn begeleidster Iva Bicanic bedanken die ons zo ontzettend goed heeft geholpen, altijd geïnteresseerd was in alles waar we mee bezig waren en daar weer goede tips op kon geven. Daarbij was het super te kunnen werken met iemand die zoveel passie heeft voor het werk en dat maar al te goed weet door te geven.

Tot slot wil ik graag de Universiteit Utrecht bedanken voor de begeleiding en het aanbieden van deze stageplaats. In het bijzonder is daar uiteraard mijn begeleider, Rolf Kleber, die ons heeft geholpen door aantekeningen en advies te geven maar ons vooral ook heel vrij heeft gelaten om het onderzoek zo vorm te geven zoals wij dat wilden.

Paulien Joosten

## Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	4
- Seksueel geweld.....	4
- Depressie en suïcide.....	5
- Therapie bij PTSS patiënten.....	6
- Verschillen tussen Cognitieve Gedragstherapie en EMDR.....	7
- Verschillen EMDR en STEPS.....	8
- Therapie bij PTSS patiënten met depressieve klachten en suïcidegedachten.....	8
- Cognitieve gedragstherapie STEPS.....	8
- Huidig onderzoek.....	9
<b>Methoden</b> .....	11
- Participanten.....	11
- Procedure.....	14
- Instrumentarium.....	16
- Metingen.....	18
<b>Resultaten</b> .....	20
- Drop-out meting.....	20
- Power.....	20
- Normaalverdeeldheid.....	20
- Binnengroepsonderzoek.....	21
- Tussengroepsonderzoek.....	23
<b>Discussie</b> .....	28
- Voor- en nadelen EMDR en STEPS.....	29
- Suïcidegedachten.....	30
- Punten van kritiek.....	30
- Toekomstig onderzoek.....	32
<b>Referenties</b> .....	34
<b>Bijlage</b> .....	39

## **Inleiding**

*‘Vorig jaar ging ik zwemmen. Ik heb last van mijn rug dus moet ik van de fysiotherapeut twee keer in de week zwemmen. Ik was daar gewoon alleen heen gegaan. Voordat ik me ging omkleden zag ik Joris al, een jongen die ik van school ken. Ik kleepte me om en liep naar het zwembad. Net daarvoor zag ik Joris weer en toen pakte hij mij opeens vast en duwde hij mij een wc in. Er was verder niemand in de buurt en ik was echt heel bang. Ik probeerde me los te wurmen en hij was echt veel sterker. Ik vind het zo stom van mezelf dat ik niet gewoon heel hard ben gaan gillen. Nou ja, en toen zat ik opgesloten in dat wc-hokje en toen gebeurde het. Ik moest aan zijn ding zitten en hij zat ook aan en in mij met zijn vingers. Het deed pijn...’ Tessa, 15 jaar. (Bicanic & Kremers, 2008)*

Verkrachting, aanranding, seksuele intimidatie: stuk voor stuk traumatische ervaringen die grote gevolgen kunnen hebben voor iemands psychisch welzijn. Elke week melden zich meisjes als Tessa bij het Psychotraumacentrum in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, die te maken hebben gehad met eenmalig seksueel geweld. Vaak ontwikkelen deze, veelal, meisjes als gevolg van de traumatische gebeurtenis een Posttraumatische Stress stoornis (PTSS). Breslau et al. vonden in 1998 dat 49% van de slachtoffers in de VS ooit een PTSS ontwikkelt na een verkrachting. Slachtoffers van seksueel geweld, maar geen verkrachting, hadden 27.3% kans PTSS te ontwikkelen. Naast PTSS wordt ook de life-time prevalentie van depressie en suïcidaliteit vergroot. Uit onderzoek van Paolucci, Genuis en Violato uit 2001 kwam dat de slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd 21% meer kans lopen op depressiviteit en suïcidaliteit. Om deze meisjes zo goed mogelijk te kunnen behandelen wordt gezocht naar de meest werkzame therapie.

## **Seksueel geweld**

Er zijn verschillende definities te vinden van seksueel geweld. In deze thesis wordt onder seksueel geweld een eenmalige situatie verstaan waarbij het slachtoffer wordt gedwongen seksuele handelingen uit te voeren en/of te ondergaan. Hieronder valt het aanraken van

(andermans) billen, borsten en/of geslachtsorganen, het aanraken en/of stimuleren van (andermans) geslachtsorganen en vaginale, anale en/of orale penetratie. Vaak worden ook de termen aanranding of verkrachting gebruikt. In dit laatste geval is er altijd sprake van penetratie.

### **Depressie en suïcide**

Depressie is een groot probleem in Nederland, dat niet alleen veel leed voor de patiënt maar ook veel kosten voor de maatschappij met zich meebrengt. 18,7% van de Nederlanders heeft ooit in zijn leven een depressieve stoornis gehad (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Daarnaast vonden De Graaf et al. dat destijds 5,2% van de Nederlanders in de afgelopen 12 maanden een depressieve stoornis had. De incidentie van een depressieve stoornis bij adolescenten ligt tussen de 3,3 en 5,3% (Garrison et al., 1997; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993).

Het komt vaak voor dat mensen met PTSS daarnaast ook een depressie hebben. De comorbiditeit tussen deze twee stoornissen is dan ook erg groot. De kans dat mensen met PTSS naast PTSS ook eens in het leven een depressie te ontwikkelen is gemiddeld 50% (Blanchard, Buckley, Hickling & Taylor, 1998; Boudreaux, Kilpatrick, Resnick, Best & Saunders, 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; North, et al., 1999).

Een depressieve stoornis vormt niet alleen op zichzelf een probleem maar is ook een voorspeller van suïcidale ideatie (Kandel, Raveis & Davies, 1991). Daarnaast plegen mensen met PTSS 5,2 keer zo vaak zelfmoord als mensen zonder de diagnose PTSS. Wanneer er sprake is van een combinatie van PTSS en depressie, wordt zelfs 29 keer zo vaak zelfmoord gepleegd dan een controlegroep (Gradus et al. 2010). Naast het verhoogde risico op suïcide bij mensen met PTSS en depressie zijn jongeren ook nog een risicogroep met betrekking tot zelfmoord. Onder jongeren tussen de 15 en de 25 jaar is zelfmoord, na verkeersongelukken, de meest voorkomende doodsoorzaak (Hoogenboezem & van den Berg, 2000). Daarnaast heeft 6% van de jongens en 12% van de meisjes tussen de 13 en de 16 jaar wel eens een zelfmoordpoging gedaan (Kandel, Raveis & Davies, 1991).

Gezien de vergrote kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis of suïcidale gedachten bij PTSS patiënten, is het van belang bij behandeling van PTSS ook oog te houden

voor depressieve klachten en suïcidegedachten. De voorkeur zou dan ook moeten uitgaan naar een therapie die naast effect op de PTSS klachten ook effect heeft op de depressieve klachten en suïcidegedachten.

### **Therapie bij PTSS patiënten**

Verschillende onderzoeken zijn gedaan naar therapie bij PTSS. Uit deze onderzoeken kwam voort dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en *Eye Movement Desensitisation & Reprocessing* (EMDR) de best werkzame therapieën waren bij PTSS (van Etten & Taylor, 1998). Ook noemt de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)) CGT en EMDR als meest geschikte therapieën voor PTSS. CGT is een therapie waarbij wordt gesteld dat psychische stoornissen in stand worden gehouden door cognitieve factoren zoals gedachten, veronderstellingen en overtuigingen die het gedrag en de gevoelens van een persoon beïnvloeden. De therapie zou zich moeten focussen op het bijstellen van disfunctionele cognities door cognitieve technieken (cognitieve herstructurering) en gedragstechnieken (*exposure*) (Beck & Emery, 2005). EMDR is een relatief nieuwe therapie waarbij blootstelling aan de herinnering aan de schokkende gebeurtenis (*exposure*) wordt toegepast in combinatie met bijvoorbeeld oogbewegingen. De oogbewegingen zorgen ervoor dat de traumatische ervaring op een betere manier wordt opgeslagen (Shapiro, 1989).

Over welke van de twee bovengenoemde therapieën het meest werkzaam is bij PTSS-patiënten bestaat nog onduidelijkheid. Uit onderzoek van Devilly en Spence in 1999 kwam naar voren dat CGT beter werkt dan EMDR. Ook Taylor et al. concludeerden in 2003 op basis van hun onderzoek dat CGT op een aantal metingen meer werkzaam is dan EMDR bij PTSS patiënten. Ander onderzoek vond echter dat EMDR even goed of, op sommige metingen, zelfs beter werkt dan CGT (De Roos et al., 2011; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002; Narimani, Sadeghieh Ahari & Rajabi, 2008; Rogers et al., 1999; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005; Vaughan et al., 1994).

## **Verschillen tussen Cognitieve Gedragstherapie en EMDR**

Ondanks dat CGT en EMDR op sommige punten op elkaar lijken, zijn er ook onderdelen die de twee therapieën tot aparte behandelingen maken. Een belangrijk onderdeel van beide therapieën is de blootstelling aan de herinnering aan het trauma. CGT en EMDR doen dit beide echter vanuit een ander oogpunt.

Bij CGT speelt gewenning aan de herinnering een grote rol. Ten grondslag aan de therapie ligt een leertheoretische benadering. Door herhaalde en langdurige exposure went de persoon aan de herinnering aan het trauma waardoor deze minder heftige emoties opwekt en waardoor het trauma beter kan worden verwerkt.

EMDR maakt ook gebruik van exposure maar doet dit onder andere in combinatie met horizontale, heen en weer gaande oogbewegingen. De combinatie tussen exposure en oogbewegingen wordt gebruikt om de herinnering aan het trauma op een betere manier op te slaan in het geheugen. Naast oogbewegingen kan er ook gebruik gemaakt worden van andere taken zoals piepjes, verticale oogbewegingen en Tetris. Deze werken echter niet allen even goed. De werking van EMDR is nog niet geheel bekend en brengt dan ook veel discussie met zich mee binnen de wetenschap. Een mogelijke verklaring wordt gegeven door Van den Hout en Engelhard die in 2011 voorstelde dat het werkgeheugen hier een rol in speelt. Deze verklaring gaat er van uit dat een deel van de capaciteit van het werkgeheugen wordt ingenomen door de oogbewegingen waardoor er minder capaciteit beschikbaar is om te gebruiken bij het herinneren van de traumatische gebeurtenis. Dit heeft tot gevolg dat er minder aandacht kan worden gegeven aan de herinnering waardoor de emotionaliteit en levendigheid van de herinnering afnemen en het makkelijker wordt de herinnering op te slaan in het lange termijn geheugen. Dit is te vergelijken met uitvoeren van twee taken tegelijkertijd, zoals lezen en zingen. Doordat beide activiteiten het werkgeheugen belasten kan aan beiden minder aandacht worden gegeven. Dit is echter slechts één van meerdere verklaringen.

Daarnaast is bij CGT naast exposure ook cognitieve herstructurering een belangrijk onderdeel van de therapie. De cognitieve herstructurering richt zich er op de disfunctionele



gedachten en coping mechanismen bij te stellen en nieuwe, meer functionele gedachten en copingmechanismen aan te leren. De EMDR-behandeling bestaat uiteraard niet alleen uit exposure en oogbewegingen maar er worden ook andere technieken gebruikt. Cognitieve herstructurering wordt dan vaak ook toegepast bij de EMDR-behandeling, zij het in mindere mate dan bij CGT.

### **Verschillen EMDR en STEPS**

Er zijn verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie. Er zijn dan ook onderdelen van de cognitieve gedragstherapie STEPS die niet bij elke cognitieve gedragstherapie zullen worden gebruikt. Bij STEPS wordt naast exposure en cognitieve herstructurering ook psycho-educatie gegeven, worden adequate copingstrategieën geleerd en wordt het tegengaan van inadequaat vermijdingsgedrag geleerd. Ook wordt er een plan opgesteld ter preventie van terugval.

Bij de EMDR-behandeling wordt wel gebruikt gemaakt van cognitieve herstructurering en psycho-educatie maar wordt niet gewerkt aan adequate copingstrategieën en het tegengaan van inadequaat vermijdingsgedrag. Ook wordt er geen specifieke aandacht gegeven aan een plan ter preventie van terugval.

### **Therapie bij PTSS patiënten met depressieve klachten en suïcidegedachten**

CGT en EMDR blijken beide depressieve klachten te verminderen maar er is geen verschil in werkzaamheid gevonden tussen beide therapieën (de Roos et al., 2011; Ironson et al., 2002; Lee et al., 2002; Narimani, Sadeghieh Ahari & Rajabi, 2008; Rogers et al., 1999; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005; Taylor et al., 2003; Vaughan et al., 1994). Het enige onderzoek dat een verschil aantoonst tussen de twee therapieën is het onderzoek van Power et al. uit 2002 die stellen dat EMDR beter is in het verminderen van zelf-gerapporteerde depressieve klachten dan CGT. Er is geen onderzoek bekend waarbij is gekeken naar de werkzaamheid van CGT en EMDR op de afname van suïcidegedachten.

### **Cognitieve gedragstherapie STEPS**

De effectiviteit van trauma-gerichte cognitieve gedragstherapie bij volwassen vrouwen die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt is al meerdere malen bewezen (Foa & Rauch, 2004; Nishith, Nixon & Resick, 2005; Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002).

In het Psychotraumacentrum is een nieuwe vorm van cognitieve gedragstherapie ontwikkeld door Bicanic, Kremers, Groot en Vos voor het behandelen van PTSS bij adolescente meisjes die slachtoffer zijn geworden van eenmalig seksueel geweld. Deze therapie, genaamd STEPS, is een trauma-gerichte therapie die de slachtoffers blootstelt aan de traumatische gebeurtenis door middel van praten en schrijven en zich daarnaast richt op het verminderen van inadequaat vermijdingsgedrag. De term STEPS staat voor de meest belangrijke onderdelen van de therapie: Schrijven en Spreken, Terugvalpreventie, *Exposure in vivo* en cognitieve herstructurering, Psycho-educatie en Seksueel geweld (Bicanic & Kremers, 2008).

STEPS is in eerste instantie ontwikkeld als een groepstherapie. Uit onderzoek is gebleken dat STEPS in groepsverband de PTSS-, angst- en depressiesymptomen statistisch en klinisch laat afnemen (Bicanic, De Roos, Van Wesel, Sinnema & Van De Putte, submitted). Soms is het echter niet mogelijk voor de participant therapie te volgen in een groep. Dit kan zijn door de heftigheid van de problematiek, maar ook doordat zij niet aan de juiste criteria voldoet, volgens de in- en exclusiecriteria die zijn vastgesteld. In dergelijke gevallen wordt de individuele STEPS-behandeling aangeboden.

De individuele STEPS-behandeling en de groeps-STEPS-behandeling verschillen inhoudelijk niet van elkaar. Wel bestaat de groepstherapie uit 6 sessies van 2 uur en de individuele therapie uit 8 sessies van 1 uur. De groepstherapie voor de meisjes wordt geleid door een gz-psycholoog en een gedragstherapeutisch werker. De groepstherapie van ouders wordt geleid door twee maatschappelijk werkers. In de individuele therapie is dit alleen een gz-psycholoog voor het meisje en een maatschappelijk werker voor de ouders.

### **Huidig onderzoek**

Dit onderzoek zal zich richten op de individuele vorm van de STEPS-behandeling. Er is gekozen voor deze vorm aangezien er nooit eerder onderzoek is gedaan naar deze vorm van de STEPS-

behandeling. Er is al eerder bewezen dat de groepsvariant van de STEPS-therapie werkzaam is, dit is echter uiteraard geen bewijs voor de werkzaamheid van de individuele vorm van de STEPS-behandeling. De STEPS-behandeling zal worden vergeleken met EMDR, waarbij zal worden onderzocht welke van deze twee therapieën het meest werkzaam is in het verminderen van depressieve klachten en suïcidegedachten bij adolescente meisjes die PTSS hebben ontwikkeld als gevolg van eenmalig seksueel geweld.

De verwachting is dat de STEPS-behandeling werkzamer zal zijn in het verminderen van depressieve klachten en suïcidegedachten dan EMDR. Deze verwachting is gebaseerd op de klinische impressie van de behandelaars. Het zou kunnen zijn dat dit komt omdat er bij de STEPS-behandeling ook aandacht wordt gegeven aan vermijdingsgedrag en omdat er wordt geleerd hier mee om te gaan. De meisjes voelden zich na de behandeling competent met betrekking tot de omgang met vermijdingsgedrag. Deze kennis kan ook helpen bij het verminderen van de depressieve klachten en de suïcidegedachten.

## **Methoden**

Dit onderzoek is een onderzoek naar de werkzaamheid van de STEPS-behandeling en EMDR met betrekking tot de afname van depressieve klachten en suicidegedachten.

### **Participanten**

De dataset die is gebruikt bij dit onderzoek bestaat uit 159 participanten die zich hebben aangemeld bij het Psychotraumacentrum wegens psychische klachten als gevolg van eenmalig seksueel geweld.

#### *Dataset*

Van deze groep moesten 62 mensen worden uitgesloten van deelname aan het onderzoek omdat de nameting ontbrak. Bij 22 participanten was dit omdat zij uit eigen wil de behandeling vroegtijdig hadden gestaakt. 7 participanten zijn therapie gaan volgen buiten het Psychotraumacentrum. 26 meisjes hadden de behandeling wel afgerond maar daarna is de nameting niet afgenomen door de behandelaar. Van 4 meisjes is onbekend of zij de therapie hebben afgerond en is er geen nameting aanwezig. Twee meisjes werden uitgesloten van deelname omdat de nameting ontbrak aangezien zij nog in therapie waren. Eén meisje werd uitgesloten omdat er geen indicatie was voor behandeling. Eén meisje werd uitgesloten van het onderzoek omdat haar werd geadviseerd om de individuele STEPS-behandeling te volgen maar zij heeft op eigen initiatief voor EMDR gekozen.

Tot slot zijn 47 meisjes uitgesloten van het onderzoek aangezien zij de groepsvariant van de STEPS-therapie zijn gaan volgen, deze groep wordt in dit onderzoek niet meegenomen.

Het uiteindelijke onderzoek werd uitgevoerd onder 49 participanten van wie 34 participanten in de STEPS-groep en 15 in de EMDR-groep.

Een aantal participanten heeft bepaalde vragenlijsten niet (volledig) ingevuld of heeft alleen de voor- of nameting ingevuld. Deze participanten konden daardoor niet worden meegenomen in het deel van het onderzoek waarbij gebruik werd gemaakt van de specifieke vragenlijst. 2 participanten in de STEPS-groep en 2 participanten in de EMDR-groep hebben de

CDI niet ingevuld. De metingen van de CDI zijn dan ook gedaan onder 32 participanten in de STEPS-groep en 13 in de EMDR-groep. 3 participanten in de STEPS-groep en 4 participanten in de EMDR-groep hebben de vraag met betrekking tot suïcide niet ingevuld. Dit onderzoek is dan ook uitgevoerd onder 31 participanten in de STEPS-groep en 11 in de EMDR-groep. Bij beide groepen heeft 1 participant de SCL niet ingevuld, dit deel van het onderzoek is uitgevoerd onder 33 participanten in de STEPS-groep en 14 in de EMDR-groep.

#### *Persoons- en incidentkenmerken*

De gemiddelde leeftijd van de participanten was 16,9 (standaardafwijking 2,9). Bij de EMDR-groep was de gemiddelde leeftijd 16,5 (standaardafwijking 2,6) en bij de STEPS-groep 17,1 (standaardafwijking 3,1).

Het opleidingsniveau van de participanten in de STEPS-groep varieerde tussen lagere school (2,9%), VMBO (en MBO) (55,9%), HAVO (23,5%) en VWO (14,7%). Het opleidingsniveau van de participanten van de EMDR-groep is als volgt verdeeld; speciaal onderwijs (6,7%), VMBO (en MBO) (26,7%), HAVO (20%) en VWO (46,7%)

In 69,4% van de gevallen ging het om een bekende dader. In de EMDR-groep was er in 53,3% van de gevallen sprake van een bekende dader, bij de STEPS-groep was dit bij 76,5%.

Bij 18,4% van de participanten is het type trauma een aanranding, bij 81,6% een verkrachting. In de EMDR-groep is dit 13,3% en 86,7% voor respectievelijk een aanranding en een verkrachting. Bij de STEPS-groep is 20,6% slachtoffer van een aanranding en 79,4% slachtoffer van een verkrachting.

Tabel 1.

*Persoons- en incidentgegevens participanten*

	<b>Aantal</b>	<b>Percentage</b>
<b>Type Traumabehandeling</b>		
STEPS	34	60,6%
EMDR	15	39,4%
<b>Leeftijd</b>		
12-14 jaar	4	8,2%
14-16 jaar	21	42,5%
16-18 jaar	12	24,5%
18-20 jaar	3	8,2%
20-22 jaar	4	6,1%
22 t/m 23 jaar	5	10,2%
<b>Opleidingsniveau</b>		
Speciaal onderwijs	1	2%
Lagere school	1	2%
VMBO (en MBO)	23	46,9%
HAVO	11	22,4%
VWO	12	24,5%
<b>Type trauma</b>		
Aanranding	9	18,4%
Verkrachting	40	81,6%
<b>Relatie tot dader</b>		
Bekende dader	34	69,4%
Onbekende dader	15	30,6%

## **Procedure**

De participanten aan dit onderzoek zijn meisjes die PTSS-klachten hebben ontwikkeld als gevolg van eenmalig seksueel geweld. Sommige meisjes meldden zich op eigen initiatief aan bij het Psychotraumacentrum in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, anderen werden verwezen door de huisarts of aangemeld via andere instanties zoals de politie.

Na de aanmelding wordt gestart met de diagnostiekfase. In deze fase worden het meisje en haar ouders uitgenodigd voor een intakegesprek en worden verschillende vragenlijsten ingevuld, deze vragenlijsten vormen de voormeting. Na de therapie worden dezelfde vragenlijsten nogmaals ingevuld, deze gegevens vormen de nameting. Met behulp van deze informatie en de in- en exclusiecriteria, die hieronder worden beschreven, wordt besloten welke therapie het best past bij het meisje. Onder andere aan de hand van de vragenlijsten wordt gekeken of het meisje last heeft van persistente herbelevingen of inadequaar vermijdingsgedrag. Wanneer er sprake is van veel persistente herbelevingen wordt EMDR aangeraden, wanneer er sprake is van inadequaar vermijdingsgedrag wordt de individuele STEPS-behandeling aangeraden.

### *Inclusiecriteria groeps-STEPS*

Aan de hand van bepaalde criteria wordt besloten welke therapie het meisje zal gaan volgen. Voor de groeps-STEPS-behandeling worden de volgende inclusiecriteria aangehouden: het slachtoffer moet tussen de 13 en 18 jaar oud zijn, moet van het vrouwelijk geslacht zijn, moet slachtoffer zijn geweest van eenmalige aanranding of verkrachting en als gevolg van het eenmalig seksueel geweld PTSS hebben ontwikkeld. Daarnaast moet zij een stabiele leefsituatie hebben (een vaste woonplek en dagbesteding), het vermogen hebben om over het trauma te spreken, haar ouders moeten participeren en ze moet in staat zijn afspraken te kunnen maken met betrekking tot eventueel suïcidegedrag, automutilatie, prostitutie, promiscue gedrag en/of aanwezigheid in de groep (Bicanic & Kremers, 2007).

### *Exclusiecriteria groeps-STEPS*

Daarnaast worden de volgende exclusiecriteria gehanteerd: er mag geen sprake zijn van eerder chronisch (seksueel) trauma, de gebeurtenis moet meer dan één maand geleden hebben plaatsgevonden, haar IQ mag niet lager zijn dan 85, er mag geen sprake zijn van acute psychose en/of schizofrenie en het meisje mag geen alcohol- of drugsverslaving hebben. Ook moet het slachtoffer gemotiveerd zijn voor deelname, mag ze geen ernstige problemen hebben met agressie tegenover anderen, mag er geen sprake zijn van acute en reële dreiging of een belemmerende gezondheidssituatie, de dader mag geen gezinslid zijn en er mag geen sprake zijn van ernstige systeemproblematiek. Wanneer het meisje niet voldoet aan de inclusiecriteria en/of wel voldoet aan de exclusiecriteria wordt de individuele STEPS-behandeling, EMDR of andere hulp geadviseerd.

### *STEPS-behandeling*

Wanneer wordt besloten de STEPS-behandeling te gaan volgen wordt gestart met een programma van 8 sessies voor het meisje en 6 sessies voor de ouders, beiden met een duur van 60 minuten. Ouders en kind hebben altijd apart therapie en er wordt voor gezorgd dat ouders en kinderen op dezelfde tijd therapie hebben en geen kans hebben elkaar te ontmoeten tijdens de sessie (Bicanic & Kremers, 2007). De behandeling van het meisje wordt geleid door een gz-psycholoog. De ouders worden begeleid door een maatschappelijk werker. Het begin van de behandeling richt zich er voornamelijk op het meisje te leren om te kunnen praten en schrijven over de gebeurtenis. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan cognitieve herstructurering, om hiermee disfunctionele cognities bij te stellen. Vervolgens worden stapsgewijs huiswerkopdrachten meegegeven om aan de hand van exposure vermijdingsgedrag bij gevreesde stimuli te verminderen. Tijdens de therapie wordt zowel door de therapeut als de dokter en de politie psycho-educatie gegeven met betrekking tot respectievelijk seksualiteit, lichamelijke zorgen en aangifte doen. Aan het eind van de therapie wordt een plan opgesteld ter preventie van terugval (Bicanic & Kremers, 2007).



De therapie bij de ouders is vergelijkbaar met die van het meisje, alleen wordt de gebeurtenis daarbij vanuit de ogen van de ouders gezien en wordt aandacht besteed aan de gevoelens, zoals schuld en boosheid, die daarbij kunnen spelen. Daarnaast krijgen de ouders pedagogische adviezen over de gevolgen van eenmalig seksueel geweld. Ook bij de ouders wordt een anti-terugvalplan gemaakt (Bicanic & Kremers, 2007).

### *EMDR-behandeling*

De EMDR-therapie bestaat gemiddeld uit 5 sessies met ieder een duur van 60 minuten. De EMDR-behandeling wordt geleid door een gz-psycholoog. Bij EMDR wordt exposure, waarbij de patiënt de herinneringen aan het trauma ophaalt, gecombineerd met horizontale oogbewegingen.

De EMDR-behandeling bestaat uiteraard niet puur uit exposure in combinatie met oogbewegingen. Cognitieve herstructurering en psycho-educatie maken dan ook een deel uit van de behandeling.

### **Instrumentarium**

De persoonskenmerken die gebruikt zijn in dit onderzoek zijn verzameld met een zelf-ontwikkeld scoreformulier. Voor het meten van de mate van psychische en lichamelijke klachten en depressiviteit is in dit onderzoek gebruik gemaakt van twee vragenlijsten; de Symptom Check List (SCL-90) en de Child Depression Inventory (CDI).

### *Scoreformulier Dossieronderzoek Eenmalig Seksueel Geweld*

Tijdens de intake wordt een zelf-ontwikkeld scoreformulier ingevuld waarbij wordt gevraagd naar verschillende persoonskenmerken zoals leeftijd en opleiding.

In deze vragenlijst (bijlage 1) wordt ook gevraagd naar de incidentkenmerken. Hierbij wordt vastgesteld wat er is gebeurd, wanneer dit is gebeurd en wordt naar gegevens met betrekking tot de dader gevraagd.

### *Symptom Check List (SCL-90)*

De SCL-90 is een vragenlijst bestaande uit 90 items, die vraagt naar de ervaren psychische en lichamelijke klachten van de afgelopen week en de mate waarin deze klachten aanwezig waren. Deze vragenlijst is in 1973 ontwikkeld door Derogatis, Lipman en Covi en in 1986 bewerkt en vertaald door Arrindell en Ettema. Aangegeven kan worden op een vijfpuntsschaal of de klachten ‘helemaal niet’ (0) of ‘heel erg’ (5) aanwezig zijn geweest. De SCL-90 is opgedeeld in 8 subschalen namelijk; Angst (ANG), Agorafobie (AGO), Depressie (DEP), Somatische klachten (SOM), Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (SEN), Insufficiëntie van denken en handelen (IN), Slaapproblemen (SLA) en Woede-hostiliteit (HOS) (Arrindell & Ettema, 1986). In dit onderzoek is gekeken naar de totaalscore op de SCL-90 en specifiek naar de score op de subschaal Depressie.

Met betrekking tot de SCL-90 is te stellen dat deze een goede test-hertest betrouwbaarheid heeft. Ook de betrouwbaarheid van de subschaal Depressie is ‘goed’. Zowel de begripsvaliditeit als de criteriumvaliditeit worden volgens de COTAN als ‘goed’ beoordeeld (Evers, Braak, Frima & Vliet-Mulder, 2009-2011).

### *Child Depression Inventory (CDI)*

Naast de SCL-90 is de CDI gebruikt om de *depressieklachten* weer te geven. De CDI is een vragenlijst bestaande uit 27 items waarbij een kind kan kiezen tussen drie verschillende zinnen (Kovacs, 1992). Het kind wordt gevraagd de zin aan te kruisen die het best past bij zijn gevoelens en gedachten (over zichzelf) in de afgelopen 2 weken. Een voorbeeld hiervan is “Ik heb een hekel aan mezelf”, “Ik vind mezelf niet zo aardig” of “Ik vind mezelf aardig”. De CDI tracht hiermee een beeld te schetsen van de negatieve en depressieve gevoelens en gedachten bij kinderen. Een hogere score op de CDI staat hierbij voor negatievere gevoelens en gedachten.

Daarnaast wordt de CDI gebruikt om de *suïcidegedachten* te meten. Dit wordt gedaan aan de hand van vraag 9 van de CDI. Bij vraag 9 dient de participant te kiezen tussen de volgende zinnen: “Ik denk er niet over na er maar een eind aan te maken”, “Ik denk er wel over na er maar een eind aan te maken, maar zou het nooit doen”, “Ik wil een einde aan mijn leven maken”. Aan

de hand van de keuze van de participant kan worden gekeken of er sprake is van suïcidegedachten en zo ja in welke mate.

COTAN beoordeelt de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit van de CDI als ‘voldoende’. De criteriumvaliditeit wordt als ‘onvoldoende’ beoordeeld omdat er nog te weinig onderzoek is gedaan naar de CDI (Evers, Braak, Frima & Vliet-Mulder, 2009-2011).

## **Metingen**

Alle berekeningen werden uitgevoerd met behulp van het programma SPSS 19.0.

Allereerst wordt onderzocht of er een grotere drop-out ratio bestaat bij één van de therapieën. Uit de database worden de cijfers van de meisjes gehaald van wie onbekend was of zij de therapie hadden afgerond, nog in therapie waren of die ergens anders therapie zijn gaan volgen. Daardoor bleven er in de database alleen nog meisjes over die de therapie hadden afgerond (al dan niet met aanwezige nameting) of zelf eerder met de behandeling waren gestopt. De drop-out ratio wordt gemeten aan de hand van een Logistic Regression, waarbij wordt gekeken of bij EMDR of STEPS meer meisjes zelf de therapie vroegtijdig beëindigen.

Aan de hand van het programma G\*Power 3 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009; Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) wordt vervolgens de power van de steekproef uitgerekend.

Met behulp van de Kolmogorov-Smirnov test en de Skewness wordt hierna gekeken of de data normaal verdeeld is.

Vervolgens wordt binnen de groepen gekeken of bij de nameting de depressieve klachten en de suïcidegedachten zijn afgenomen en het algehele psychische en fysieke welzijn is toegenomen. Bij normaal verdeelde data wordt dit gedaan met behulp van een Paired Sample T-Test, bij niet-normaal verdeelde data wordt dit onderzocht met een Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test. De Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test test onderzoekt of de nulhypothese, de mediaan van de verschillen tussen de twee metingen zijn gelijk aan nul, waar is. Significantie betekent dat de nulhypothese wordt verworpen.

Er wordt met behulp van de Unpaired Sample T-Test bij normaal verdeelde data en de Independent-Sample Mann-Whitney U test bij niet-normaal verdeelde data onderzocht of de persoons- en incidentkenmerken significant verschillen tussen de groepen. Daarbij wordt gekeken naar leeftijd, opleidingsniveau, type trauma en bekende/onbekende dader. Ook wordt onderzocht of de groepen significant van elkaar verschillen met betrekking tot de voormeting van de SCL-90 en de CDI. Daarnaast wordt onderzocht of er verschillen bestaan in de werkzaamheid van de twee therapieën en zo ja, welke therapie het meest werkzaam is in het doen afnemen van de depressieve klachten, de suïcidegedachten en het doen toenemen van het algehele psychische en fysieke welzijn. Dit wordt gedaan met behulp van een Unpaired Sample T-Test voor normaal verdeelde data en de Independent-Sample Mann-Whitney U test bij niet-normaal verdeelde data. De Independent-Sample Mann-Whitney U test test de nulhypothese dat de distributie van de verschilscores hetzelfde is tussen beide therapieën. Significantie betekent dat de distributie van de verschilscores verschillend is tussen beide therapieën; de nulhypothese wordt dan verworpen

Als laatst wordt met behulp van de Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test en de Descriptives onderzocht of opleidingsniveau en leeftijd invloed hebben op de suïcidegedachten. Hierbij wordt bij het opleidingsniveau het speciaal en lager onderwijs niet meegenomen aangezien deze groepen beide uit slechts 1 participant bestonden.

## Resultaten

### Drop-out meting

De STEPS-groep bestond uit 53 meisjes (76,8%) die de therapie hadden afgerond en 16 meisjes die vroegtijdig waren gestopt met de therapie. Bij de EMDR-groep waren er 22 meisjes (84,6%) die de therapie hadden afgerond en 4 meisjes die vroegtijdig waren gestopt met de therapie. De Logistic Regression wees uit dat het verschil tussen het percentage meisjes dat de therapie hadden afgerond tegenover het percentage meisjes dat de therapie niet hadden afgerond niet significant verschilde tussen de beide therapieën,  $p = .409$ .

### Power

Voor het onderzoek binnen de STEPS-groep is een effectgrootte van 0.6 vastgesteld aangezien we verwachten dat de STEPS-behandeling een groot effect heeft, de power was hierbij 0.96 voor zowel de normaal verdeelde als de niet-normaal verdeelde data. De verwachting is dat de EMDR-groep wel werkzaam is maar minder werkzaam is dan de STEPS-groep, de effectgrootte is daarom op 0.5 gezet. De power was hierbij 0.58 voor de normaal verdeelde data en 0.56 voor de niet-normaal verdeelde data. Aangezien de verwachting is dat er wel een verschil is in werkzaamheid tussen beide therapieën bestaat maar bij beide therapieën wel wordt verwacht dat ze werkzaam zijn verwachten we dat het verschil tussen de twee groepen niet erg groot zal zijn. De effectgrootte van de vergelijking tussen de groepen is dan ook gesteld op 0.2, de power hierbij was 0.15 voor de normaal verdeelde data en 0.16 voor de niet-normaal verdeelde data.

De power is goed bij 0.8. Bij de EMDR-groep en de vergelijking tussen de groepen is dit niet het geval. Dit is te verwachten door de kleine groepsgrootte. Bij een hoge waarde wordt gesteld dat het onderzoek het effect zal tonen wanneer dit aanwezig zou zijn. Bij lage waardes betekent dit dat de kans bestaat dat het onderzoek zal laten zien dat er geen effect is terwijl deze wel aanwezig is.

## **Normaalverdeeldheid**

Er is onderzocht of de data normaal verdeeld waren. Hieruit kwam voort dat geen van de persoonskenmerken en incidentkenmerken normaal verdeeld waren. Ook de suïcidemetingen bij de nameting bij zowel de STEPS-groep als de EMDR-groep waren niet normaal verdeeld.

Daarnaast waren de gegevens van de nameting van de SCL-totaalscore en depressiescore van de STEPS-groep niet normaal verdeeld. Alle andere data waren wel normaal verdeeld.

## **Binnengroepsonderzoek**

Met behulp van een binnengroepsonderzoek is vervolgens gekeken of de score op de verschillende metingen bij de nameting was afgenomen in vergelijking met de voormeting.

Voor de niet-normaal verdeelde data is dit gedaan met behulp van de *Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test* (zie tabel 2). Voor de normaal verdeelde data is dit gedaan met de *Paired Sample T-Test* (zie tabel 3).

De CDI-score, de SCL-depressiescore en de SCL-totaalscore namen bij beide groepen significant af. De suïcidescore nam wel significant af in de STEPS-groep, maar niet in de EMDR-groep.

Tabel 2.

*Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test*

	Significantie	Nulhypothese verwerpen
<b>STEPS-groep</b>		
Vergelijking voormeting-nameting suïcide score	.008	Ja
Vergelijking voormeting-nameting SCL depressie score	.000	Ja
Vergelijking voormeting-nameting SCL totaal score	.000	Ja
<b>EMDR-groep</b>		
Vergelijking voormeting-nameting suïcide score	.157	Nee

Tabel 3.

*Paired Sample T-Test*

	Gemiddelde	Std.	t	Sign.
<b>STEPS-groep</b>				
Vergelijking voormeting-nameting CDI score	7.969	9.444	4.773	.000
<b>EMDR-groep</b>				
Vergelijking voormeting-nameting CDI score	6.308	5.422	4.195	.001
Vergelijking voormeting-nameting SCL depressie score	18.500	12.337	5.593	.000
Vergelijking voormeting-nameting SCL totaal score	77.714	53.172	5.469	.000

**Tussengroepsonderzoek**

Bij het tussengroepsonderzoek is allereerst gekeken of er significante verschillen waren met betrekking tot de persoonskenmerken en de incidentkenmerken. Gezien de niet-normaal verdeelde persoons- en incidentkenmerken is gebruik gemaakt van de *Independent-Sample Mann-Whitney U test*. Alleen het opleidingsniveau in beide groepen bleek significant te verschillen met  $p = .018$ , waarbij de EMDR-groep over het algemeen een hogere opleiding had genoten. Respectievelijk de leeftijd van de participant, het type trauma en de relatie tot de dader (bekend/onbekend) bleken niet significant te verschillen tussen de twee groepen met  $p = .720$ ,  $p = .550$  en  $p = .109$ .

Daarnaast is gekeken of er een significant verschil bestond in de voormetingen op de SCL-90, de subschaal depressie van de SCL-90 of de CDI. Hier bleek geen significant verschil aanwezig.



Aan de hand van de verschillen tussen de voor- en de nameting is hierna een tussengroepsonderzoek gedaan waarbij de twee therapieën met elkaar werden vergeleken.

Voor de niet-normaal verdeelde data is hierbij gebruik gemaakt van de *Independent-Sample Mann-Whitney U test* (tabel 4). Voor de normaal verdeelde data is gebruik gemaakt van de *Unpaired Sample T-Test* (tabel 5).

Er bleek geen significant verschil te bestaan tussen de verschillen van de STEPS-groep en de EMDR-groep bij de suïcidescores ( $p = .763$ ).

Geen significant verschil werd gevonden tussen de verschillen van de STEPS-groep en de EMDR-groep bij de CDI scores ( $p = .556$ ).

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de verschillen van de STEPS-groep en de EMDR-groep bij de SCL depressie scores ( $p = .692$ ).

Er bleek geen significant verschil te bestaan tussen de verschillen van de STEPS-groep en de EMDR-groep bij de SCL totaalscore ( $p = .898$ ).

Tabel 4.

*Independent-Sample Mann-Whitney U test*

	<b>Significantie</b>	<b>Nulhypothese verwerpen</b>
Vergelijking verschilscore suïcide STEPS en EMDR	.763	Nee
Vergelijking verschilscore SCL depressie STEPS en EMDR	.692	Nee
Vergelijking verschilscore SCL totaal STEPS en EMDR	.898	Nee

Tabel 5.

*Unpaired Sample T-Test*

	<b>Gemiddelde verschil</b>	<b>Std. Error Verschil</b>	<b>t</b>	<b>Sign.</b>
Vergelijking verschilscore CDI STEPS en EMDR	1.661	2.801	.593	.556

Uit de Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test voor het opleidingsniveau en de leeftijd in jaren in vergelijking met de suïcidegedachten kwam dat de mate van suïcidegedachten significant verschilde onder de verschillende opleidingsniveaus ( $p = .000$ ) en de leeftijdsgroepen ( $p = .000$ ).

Geen van de meisjes had op vraag 9 van de CDI gekozen voor de derde mogelijkheid namelijk 'Ik wil een einde aan mijn leven maken' (stelling 3). Wel was er gekozen voor de optie 'Ik denk er wel aan een einde aan mijn leven te maken, maar ik zou het nooit doen' (stelling 2). Aan de hand van de Descriptives kwamen de hierop volgende percentages naar voren van meisjes die had gekozen voor stelling 2 (zie tabel 6 en 7).

Tabel 6.

*Percentage meisjes dat koos voor stelling 2 opgesplitst naar opleidingsniveau*

	<b>Voormeting</b>	<b>Nameting</b>
VMBO (MBO)	65,2%	26,1%
HAVO	9,1%	9,1%
VWO	16,7%	16,7%

Tabel 7.

*Percentage meisjes dat koos voor stelling 2 opgesplitst naar leeftijd*

	<b>Voormeting</b>	<b>Nameting</b>
12-14 jaar	66,7%	66,7%
14-16 jaar	47,6%	15,8%
16-18 jaar	50,0%	27,3%
18-20 jaar	50,0%	0,0%
20-22 jaar	33,0%	0,0%
22 t/m 23 jaar	0,0%	0,0%

## Discussie

Het doel van dit onderzoek was de werkzaamheid van de cognitieve gedragstherapie STEPS en EMDR te vergelijken met betrekking tot de depressieve klachten, suïcidegedachten en het psychische en fysieke welzijn. Uit het onderzoek is gebleken dat de scores op de depressievragenlijsten (de CDI en de subschaal depressie van de SCL-90) significant zijn afgenomen en de scores op de algemene klachtenlijst (de SCL-90) significant zijn afgenomen in zowel de STEPS-groep als de EMDR-groep.

De participanten in de STEPS-groep verbeterden ook significant met betrekking tot suïcidegedachten. Dit in tegenstelling tot de participanten in de EMDR-groep, die hier niet significant op verbeterden. Deze laatste conclusie dient met voorzichtigheid te worden getrokken. De EMDR-groep bestond namelijk uit weinig participanten en daarbij vulden maar 11 van de 15 participanten deze vraag in. Ook hadden niet alle participanten bij aanvang suïcidegedachten. Daarnaast bleek er bij het tussengroepsonderzoek geen verschil te bestaan tussen beide groepen met betrekking tot de suïcidegedachten.

Uit het tussengroepsonderzoek kwam dat bij beide therapieën de depressie scores en de suïcidescores evenveel afnamen en het psychisch welzijn evenveel verbeterde. De oorspronkelijk gestelde hypothese dat de STEPS-behandeling werkzamer zou zijn dan de EMDR-behandeling moet dan ook worden verworpen.

Deze resultaten komen overeen met eerder besproken onderzoek naar de werkzaamheid van EMDR in vergelijking met CGT bij PTSS-patiënten, waarbij ook werd gekeken naar depressieve klachten en suïcidegedachten. Eerder onderzoek wees vaak uit dat beide therapieën even werkzaam waren en een aantal wees uit dat ofwel EMDR ofwel CGT werkzamer was. Er kan worden gesteld dat de werkzaamheid van EMDR en CGT dicht bij elkaar ligt. Een gedeeltelijke verklaring voor het feit dat beide therapieën vaak even werkzaam blijken is te vinden in de overlap tussen de therapieën. Zoals eerder besproken is bij beide therapieën exposure een belangrijk onderdeel van de therapie. Ondanks dat deze op verschillende manieren wordt ingezet, is hier toch een vergelijking te vinden. Daarnaast maken ook beide therapieën

gebruik van cognitieve herstructurering en psycho-educatie. Uiteraard verschillen de therapieën ook op belangrijke punten zoals het leer-theoretische uitgangspunt van CGT en de oogbewegingen van de EMDR. Toch moet rekening worden gehouden met de overlap. Het is uiteraard niet de bedoeling een vergelijking te maken tussen twee bijna identieke therapieën. Belangrijk is dan ook de beide therapieën altijd uitgebreid te analyseren zodat de verschillen duidelijk blijven.

De STEPS-behandeling bleek niet werkzamer te zijn dan de EMDR-behandeling, maar wel even werkzaam als de EMDR-behandeling. EMDR is een veel onderzochte therapie waarvan de effectiviteit al meerdere malen is bewezen. Dat de STEPS-behandeling in dit onderzoek even werkzaam blijkt te zijn als EMDR geeft dan ook een positief teken af met betrekking tot de werkzaamheid van de STEPS-behandeling.

Er bleek geen verschil te bestaan in de persoons- en incidentkenmerken tussen de beide groepen, behalve op opleidingsniveau. Ook bleek er geen verschil te zijn op de voormeting op de SCL-90 en de CDI. Dit is opvallend aangezien de participanten door de behandelaars zijn toegewezen aan een groep op basis van de in- en exclusiecriteria en hun symptomen. Het blijkt echter dat er geen verschil bestaat in de (mate van) symptomen van de meisjes. Op basis van deze resultaten is dan ook te concluderen dat indeling op basis van symptomen niet nodig en niet juist is aangezien de groepen niet verschillen met betrekking tot hun symptomen. Aselecte toewijzing is dan ook gerechtvaardigd.

Daarnaast kan men aan de hand van dit resultaat stellen dat de behandelingen beide met een gelijke groep zijn gestart en dat verschillen in resultaten tussen de therapieën niet kunnen zijn veroorzaakt door verschillende scores aan het begin van de behandeling.

### **Voor- en nadelen EMDR en STEPS**

Ondanks dat EMDR en STEPS even werkzaam blijken te zijn, is het van belang te kijken naar de verschillen tussen de twee therapieën.

Zo bestaat er een verschil in het aantal sessies bij EMDR en STEPS. Met respectievelijk vijf en acht sessies kan worden gesteld dat EMDR wat dat betreft werkzamer is dan STEPS aangezien EMDR hetzelfde effect bereikt met minder sessies.

Maar er zijn ook feiten die pleiten voor een cognitieve gedragstherapie als STEPS. Bekend is dat de kans op revictimisatie bij slachtoffers van seksueel geweld erg groot is. Zo vonden Sorenson, Seigel, Golding & Stein in 1991 dat 67% van de slachtoffers van seksueel geweld al eens eerder te maken hadden gehad met seksueel geweld. Er bestaat dan ook een grote kans dat de slachtoffers die worden behandeld nog eens te maken krijgen met een traumatische ervaring als seksueel geweld. Wellicht dat een eerdere STEPS-behandeling hierbij meer hulp kan bieden dan een eerder gevolgde EMDR-behandeling. Aangezien EMDR zich bij de behandeling hoofdzakelijk richt op het beter opslaan van de herinnering aan dat specifieke trauma zou het kunnen zijn dat deze eerdere behandeling niet hulpvol is bij een nieuw, ander trauma. STEPS daarentegen leert de meisjes adequate copingstrategieën en leert hen beter omgaan met inadequaate vermijdingsgedrag. Deze geleerde strategieën kunnen wellicht hulpzaam zijn bij een volgende traumatische ervaring.

### **Suïcidegedachten**

Een bijzonder resultaat is de uitkomst met betrekking tot de suïcidegedachten in vergelijking met de leeftijd en het opleidingsniveau van de meisjes. Uit het onderzoek kwam dat jonge meisjes en meisjes met een laag opleidingsniveau significant vaker suïcidegedachten hebben dan de oudere meisjes en de meisjes met een hoog opleidingsniveau. Deze verschillen zijn fors.

Een mogelijk verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de jongere en lager opgeleide meisjes sneller geen uitweg meer zien of manieren kunnen bedenken om met hun problemen om te gaan. Wellicht dat oudere, hoger opgeleide meisjes een betere manier van omgang met de ingrijpende gebeurtenis kunnen bedenken en daardoor minder snel geneigd zijn tot een dergelijke wanhoopsdaad over te gaan. Dit is echter slechts een idee van de onderzoeker en wordt niet door onderzoek ondersteund.

Ook is het bijzonder om te zien dat in sommige groepen, zoals de meisjes van 12-14 jaar, de meisjes in zijn geheel niet verbeteren met betrekking tot de suïcidegedachten. Wel moet daarbij rekening worden gehouden dat de meeste meisjes tussen de 14 en 18 jaar oud waren en de andere leeftijdsgroepen dan ook uit veel minder participanten bestaan. Hoe het kan zijn dat de therapieën bij 12 tot 14 jarige meisjes nauwelijks of geen invloed hebben op de suïcidegedachten is onbekend.

### **Punten van kritiek**

Uiteraard zijn er altijd punten in het onderzoek waar kritisch naar moet worden gekeken. Ten eerste zijn de participanten in dit onderzoek niet aselekt ingedeeld maar heeft de behandelaar bepaald in welke groep de participant werd geplaatst. De groepen zijn echter wel onderzocht op hun gelijkheid en zijn hierin weinig verschillend bevonden. Er is ervoor gekozen de meisjes niet aselekt in te delen aangezien de behandelaars zich in eerste instantie richten op het helpen van het meisje. De behandelaars laten zich daarom vrij de slachtoffers zelf in te delen bij een behandeling die, naar het inzien van de behandelaar, het best bij hun past. Zoals eerder besproken blijkt dat beide therapieën even werkzaam zijn. Op basis van deze resultaten en het feit dat er weinig verschillen waren in persoons- en incidentkenmerken en scores op de voormetingen tussen beide groepen, zoals hiervoor besproken, zou dan ook gesteld kunnen worden dat aselechte toewijzing wel verantwoord is bij volgend onderzoek.

Een groot nadeel van dit onderzoek is het ontbreken van een controlegroep of wachtlijstconditie. Het is lastig conclusies te trekken wanneer men geen vergelijking heeft met een groep die geen behandeling heeft gehad. Daardoor is niet te onderzoeken of verbetering niet is veroorzaakt door bijvoorbeeld het verstrijken van de tijd. Het was volgens de onderzoeker en behandelaars echter niet ethisch verantwoord bij deze doelgroep de behandeling uit te stellen. Wij zijn ons bewust van het feit dat dit het onderzoek zwakker maakt.

Ook dient er rekening te worden gehouden met de kleine groep participanten waar mee is gewerkt. Aangezien het onderzoek is gedaan onder een zeer specifieke groep is het lastig een groot aantal participanten te krijgen.



Een ander punt waar kritisch naar zal moeten worden gekeken zijn de suïcidescores. Binnen de al kleine steekproef hadden niet alle participanten bij de voormetingen suïcidale gedachten. Het aantal participanten waarbij daadwerkelijk kon worden onderzocht of de suïcidedachten waren verminderd was dan ook klein.

Ook bleek bij de analyses het opleidingsniveau erg te verschillen tussen de groepen, waarbij de EMDR-groep gemiddeld hoger opgeleid bleek te zijn. De reden waarom de EMDR-groep hoger opgeleid bleek te zijn is onbekend. Het zou wel kunnen dat de verschillen in opleiding invloed hebben gehad op de resultaten van de therapie. In 2010 vonden Pellerin, Costa, Weems, & Dalton dat kinderen en jongeren met een hoger opleidingsniveau betere therapie-uitkomsten hebben dan kinderen en jongeren met een lager opleidingsniveau. Uit dit onderzoek is echter gebleken dat beide therapieën even effectief zijn. Aangezien hoger opgeleide patiënten over het algemeen betere therapie-uitkomsten hebben zou het wel kunnen zijn dat de EMDR-groep het wellicht slechter had gedaan als die groep niet een hoger opleidingsniveau had gehad. Dit is echter speculatief.

### **Toekomstig onderzoek**

Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het repliceren van dit onderzoek, bij voorkeur met een grotere steekproef. Ook zou het interessant zijn onderzoek te doen bij een meer suïcidale groep zodat adequatere conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot welke therapie het meest werkzaam is in het verminderen van suïcidale gedachten. Het zou daarbij ook erg interessant en belangrijk zijn speciale aandacht te hebben voor de jonge en laag opgeleide meisjes die in vergelijking met de oudere, hoog opgeleide meisjes een hoge mate aan suïcidedachten hebben. Wellicht kan verder onderzoek ook de oorzaken van dit verschil aantonen.

Daarnaast is in dit onderzoek niet gekeken naar de groepsvariant van STEPS. Deze is nooit eerder vergeleken met EMDR en ook zijn de effecten op depressieve klachten en suïcidedachten niet bekend. Uiteraard is het belangrijk ook deze variant te onderzoeken op zijn werkzaamheid. Momenteel is er onderzoek gaande naar de werkzaamheid van de groepsvariant

van STEPS in vergelijking met de werkzaamheid van de individuele variant. Het zou van groot belang zijn dit verschil te onderzoeken gezien de hoeveelheid kosten en tijd die er verbonden zitten aan de individuele therapie en de groepstherapie. Uiteraard liggen de kosten en de tijdsintensiviteit van de groepsbehandeling lager dan die van de individuele behandeling. Wanneer blijkt dat beiden even werkzaam zijn zou dit dan ook een goed argument zijn om te kiezen voor de groepstherapie in plaats van de individuele therapie. Wel moet gezegd worden dat altijd rekening moet worden gehouden met de specifieke patiënt aangezien voor sommige patiënten een individuele therapie meer passend zou zijn dan groepstherapie. Er is in de wetenschap dan ook een levendige discussie gaande met betrekking tot de voor- en nadelen van groepstherapie versus individuele therapie. Ook bij STEPS is het belangrijk hier toekomstig onderzoek op te gaan richten.

Concluderend kan worden gesteld dat dit onderzoek nogmaals bevestigt dat EMDR een werkzame therapie is maar dat ook na het volgen van de individuele vorm van de STEPS-therapie de meisjes zijn verbeterd met betrekking tot de depressieve klachten, suïcidegedachten en het algehele psychische en fysieke welzijn. Wellicht helpt dit mee mensen in het werkveld te overtuigen van de kracht van de STEPS-therapie. Meer onderzoek is nodig waarbij gebruik wordt gemaakt van aselecte toewijzing en een controlegroep. Hopelijk hebben we met deze eerste studie een begin gemaakt om de individuele vorm van de STEPS-therapie te bewijzen in zijn werkzaamheid zodat deze uiteindelijk, na meer onderzoek, als evidence-based therapie in de praktijk kan worden toegepast, met als uiteindelijk doel een goede manier te vinden om de slachtoffers van eenmalig seksueel geweld te kunnen helpen.

## Referenties

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beck, A.T. & Emery, G. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, 15<sup>th</sup> annual ed. New York, NY: Basic Books.
- 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*.
- Bicanic I. & Kremers, A. (red.) (2007). *Cognitieve gedragstherapie bij PTSS na eenmalig seksueel geweld. STEPS handleiding*. Amsterdam: Boom.
- Bicanic, I. & Kremers, A. (2008). *STEPS: Cognitieve gedragstherapie voor adolescente meisjes met een posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld*. In: Breat, C. & Bögels, S.M. (eds.). *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.
- Blanchard, E.B., Buckley, T.C., Hickling, E.J. & Taylor, A.E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 21-37.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632
- Boudreaux, E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Best, C.L. & Saunders, B.E. (1998). Criminal victimization, posttraumatic stress disorder and comorbid psychopathology among a community sample of women. *Journal of Trauma and Stress*, 11, 665-678.

- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S. & de Jongh, A. (2011). A randomized comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2 : 5694.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1973). SCL-90, an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Devilley, G.J. & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & Vliet-Mulder, J.C. van (2009-2011). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- 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.
- Foa, E.B. & Rauch, S.A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 879-884.

- Garrison, C.Z., Waller, J.L., Cuffe, S.P., McKeown, R.E., Addy, C.L. & Jackson, K.I. (1997). Incidence of Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents. *Journal of American Academie of Child Adolscent Psychiatry*, 36:4, 458-465.
- Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H.T. & Lash, T.L. (2010). Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology*, 171, 721-727.
- Hoogenboezem, J. & van den Berg, W.(2000). Een gekozen dood. *Centraal Bureau voor de Statistiek*, 6, 26-28.
- Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress. A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128.
- Kandel, D.B., Raveis, V.H. & Davies, M. (1991). Suicidal Ideation in Adolescence: Depression, Substance Use, and Other Risk Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20/2, 289-309.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI). Manual*. North Tunawanda NY: Multi-Health Systems
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071-1089.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 102:133-144.

- Narimani, M., Sadeghieh Ahari, S. & Rajabi, S. (2008). Comparison of efficacy of eye movement, desensitization and reprocessing and cognitive behavioral therapy therapeutic methods for reducing anxiety and depression of Iranian combatant afflicted by posttraumatic stress disorder. *Journal of Applied Sciences*, 8(10), 1932-1937.
- Nishith, P. Nixon, R.D. & Resick, P.A. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: a result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? *Journal of affective disorders*, 2-3, 259-265.
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., Spitznagel, E.L. & Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA The Journal of the American Medical Association* 282, 755-762.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Pellerin, K.A., Costa, N.M., Weems, C.F. & Dalton, R.F. (2010). An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 46, 273-281.
- Psychologische interventies bij posttraumatische stressstoornis (PTSS). Versie 2009. (16-03-2011) In: Trimbos Instituut, Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. Verkregen van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>.
- 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.

- Rogers, S., Silver, S., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, controlled group study of flooding and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 119-130.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607-616.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry, 20*, 211-217.
- Sorenson, S.B., Seigel, J.M., Golding, J.M. & Stein, J.A. (1991) Repeated sexual victimization. *Violence and Victims, 6*, 299-308.
- Van den Hout, M.A., & Engelhard, I.M. (2011). Hoe het komt dat EMDR werkt. *Directieve Therapie, in druk*.
- Van Etten, M.L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 5*, 126-144.
- Vaughan, K., Armstrong, M.F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trail of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 25*, 283-291.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K. & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 330-338.

Bijlage 1

Scoreformulier dossieronderzoek eenmalig seksueel geweld

ID					
Datum intake					
Geboortedatum					
Verwijzer	1= (via) ouder(s)		5= andere hulpverlener		
	2= slachtofferhulp/politie		6= meisje zelf		
	3=(huis)arts		99=onbekend		
	4= school				
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)		5= kennis		



	2= vriend 3= school 4= familie	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° 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 psychiatrisch onderzoek	5= verwezen naar hulp elders 6= niet verschenen op intake 99= onbekend	