

ALFRED LANGE, JEROEN RUWAARD, BART SCHRIEKEN,  
STANS DE HAAS, JANNEKE BROEKSTEEG,  
AITZIBER RENTERIA AGIRRE & ANNELIES KUYPER

## Online behandeling van seksueel misbruikte adolescenten

### *Ethische dilemma's en resultaten van een geprotocolleerde trial*

Volgens Nederlandse epidemiologische cijfers wordt 18% van de meisjes in de leeftijd van 12–25 jaar ooit slachtoffer van seksueel geweld. Voor jongens liggen de cijfers lager: 4% (De Graaf, Meijer, Poelman & Vanwesenbeeck, 2005). Diverse studies suggereren dat veel slachtoffers hun ervaringen niet delen met anderen en dat, onder andere door wachtlijsten, de toegankelijkheid van professionele hulp gering is (Melief, Verkuyl & Flikweert, 2000). Er is dus behoefte aan meer toegankelijke psychologische hulp: *evidence-based* en zo mogelijk online. De Rutgers Nisso Groep (thans Rutgers WPF) vermoedde dat misbruikte adolescenten zich relatief gemakkelijk openstellen voor online behandeling, gezien hun ervaring met het internet en de tendens om gevoelens op het internet vrijmoedig onder woorden te brengen (Peter, Valkenburg & Schouten, 2006). Derhalve ontwikkelden de Rutgers Nisso Groep, Interapy en de Universiteit van Amsterdam een online behandelprotocol voor adolescenten die slachtoffer waren van seksueel misbruik. Dit protocol was gebaseerd op een bestaande begeleide behandeling van posttraumatische stress voor volwassenen (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Lange, Van de Ven, Schrieken & Schoutrop, 2002; Van Emmerik, Kamphuis & Emmelkamp, 2008; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006). Het werd aangepast voor jonge slachtoffers van seksueel geweld en in eerste instantie getest in een ongecontroleerd klinisch onderzoek. Tijdens deze behandelingen was er maar één afvaller en de effecten voor degenen die met de behandeling waren gestart waren groot. Na afloop toonden de metingen van posttraumatische stress en algemene psychopathologie afnames van symptomen, met *effect sizes* die varieerden van  $d = .7$  tot  $d = 1.1$ . Maar voorafgaand aan de behandeling trokken zeer velen zich terug: van de 82 personen die in aanmerking kwamen, startten er maar 8 (10%) met de behandeling. De anderen trokken zich in grote aantallen terug tijdens de online screening en voorafgaand aan

het diagnostisch interview (De Haas et al., 2009). De noodzaak om toestemming van ouders te vragen en de veronderstelde afname van anonimiteit leek de potentiële deelnemers af te schrikken.

Het onderzoek wierp een aantal vragen op:

- ▶ De door de cliënten in deze populatie gewenste anonimiteit werd verminderd door de vele biografische vragen die in het onderzoek werden gesteld. Maar in hoeverre kan men van deze vragen afzien? Is het verantwoord om ze weg te laten, terwijl de antwoorden misschien van groot belang zijn als er een crisis optreedt bij de cliënt? Welke verantwoordelijkheid heeft de zorgverlener in dat geval? De morele aspecten kan men als het meest dwingend beschouwen, maar er kunnen ook financiële gevolgen zijn door schadeclaims. In Nederland en sommige andere landen zijn zorgverstrekkers bovendien verplicht om het burgerservicenummer van de cliënten te registreren.
- ▶ Bij jongeren tot 16 jaar is bij behandelingen toestemming van ouders nodig en bij experimenteel onderzoek is dat zelfs tot 18 jaar. Dit kan een hoge drempel opwerpen voor deelname.
- ▶ Aan de andere kant: wat zijn de ethische implicaties van het onthouden van een veelbelovende behandeling aan een kwetsbare groep?
- ▶ Hoe kun je wetenschappelijk onderzoek doen als je geen biografische informatie hebt die nodig is om langetermijnresultaten te onderzoeken, drop-outanalyses te verrichten en predictoren voor het succes vast te stellen?

Dilemma's die samenhangen met de noodzaak van ouderlijke toestemming en afnemende anonimiteit komen niet alleen in behandelstudies voor. Ook in surveyonderzoek blijkt non-respons enorm toe te nemen als de anonimiteit niet is gewaarborgd en *informed consent* verplicht is (Geluda et al., 2005). Lothen-Kline, Howard, Hamburger, Worrrell en Boekeloo (2003) bevestigden dit in een survey naar alcoholgebruik en zelfmoordneigingen bij jongeren. In de conditie waarin de deelnemers werd meegedeeld dat hun ouders hun resultaten onder ogen zouden krijgen was de respons veel geringer dan in de conditie waarin dit niet het geval was.

Door dit soort studies is er een discussie op gang gekomen over wat de minimale leeftijd mag zijn waarop jongeren — en dus de onderzoekers — verplicht zijn ouders te informeren. Internationaal is er bepaald geen overeenstemming. Sommigen vinden dat jongeren vanaf 14 jaar cognitief genoeg zijn ontwikkeld om zelfstandig aan onderzoek deel te kunnen nemen (Olds, 2003). Anderen vinden dat de onderzoekers verantwoordelijk zijn en moeten beslissen wanneer zij kunnen afwijken van wettelijke restricties en/of dis-

pensatie moeten vragen. Weer anderen rapporteren niet hoe zij met dit soort kwesties omgaan (Smith, Boel-Studt & Cleeland, 2009).

In sommige online behandelingen kan de identiteit van de cliënt niet goed worden vastgesteld. De kans dat minderjarigen zonder toestemming van ouders worden behandeld wordt daardoor groter (Childress, 2000). Volledige anonimiteit is mede daarom geen goede optie. Het strookt niet met de professionele verantwoordelijkheden van de zorgverlener en verkleint bovendien de onderzoeksmogelijkheden (Raguesea, 2005). In het algemeen zijn er twee zinnige opties. In sommige gevallen kan men het design van een studie dusdanig veranderen dat toestemming van ouders niet nodig is. Afgezien daarvan kan men proberen de preoccupatie met anonimiteit bij de cliënten te verminderen.

Het hier gepresenteerde artikel bevat twee thema's. (a) De moeilijkheid om een populatie van getraumatiseerde jongeren in behandeling te krijgen. Hieronder valt de vraag wat men kan doen om te voorkomen dat degenen die interesse in de behandeling tonen zich terugtrekken voordat zij met de behandeling beginnen (*pre-treatment withdrawal*). (b) De effectiviteit van de behandeling voor degenen die met de behandeling starten. De thema's lopen door elkaar aangezien zij met elkaar te maken hebben. Zo zijn er in het kader van het eerste thema maatregelen genomen inzake het design en metingen (het tweede thema). In de beschouwing gaan we in op de resultaten van degenen die de behandeling zijn begonnen en op wat we hebben geleerd over het patroon van terugtrekking voorafgaand aan de behandeling. Hier worden beide thema's weer gescheiden.

In de volgende paragraaf bespreken we het design en de resultaten van een gecontroleerde studie naar de effecten van online behandeling voor jonge slachtoffers van seksueel misbruik.

## METHODE

### ¶ Design

In de inleiding hebben we gewezen op studies die de effectiviteit van de voorliggende behandeling bij volwassenen hebben aangetoond. Een studie suggereert dat de behandeling ook veelbelovend is voor een populatie van adolescenten (De Haas et al., 2009). Volgens de wmo (Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek) is voor deelname aan experimenteel (gerandomiseerd) onderzoek toestemming van beide ouders vereist wanneer een deelnemer jonger is dan 18 jaar. Voor een niet-gerandomiseerde evaluatie van een bestaande behandeling is volgens de wgbO (Wet Geneeskundige

Behandel Overeenkomst) toestemming nodig tot en met 15 jaar (De Tempe & Caljé-Ong, 2008). Om onder de WGBO te vallen is de hier beschreven studie opgezet als een *within-subject, baseline-controlled trial*. Alle deelnemers kregen hetzelfde programma. Zij begonnen met een periode van acht weken waarin ze informatie en aanmoedigende boodschappen kregen en om de week metingen invulden. Men kan dit zien als een *attention-placebo conditie*. Daarna kreeg de behandeling een actief karakter, met eveneens vier tweewekelijkse metingen. Ook deze periode duurde acht weken. Aangezien er geen randomizatie was, en het een bestaande behandeling betrof, hoefden deelnemers vanaf 16 jaar geen toestemming van hun ouders te verkrijgen. Deze onderzoeksopzet werd goedgekeurd door de Commissie Ethiek van de afdeling Psychologie van de UvA.

### ¶ De behandeling

Het behandelprotocol was gebaseerd op een online uitgevoerde bestaande cognitieve gedragstherapie voor posttraumatische stress bij volwassenen (Lange et al., 2003), op onderzoek dat de bruikbaarheid van dit soort schrijfprotocollen bevestigt voor kinderen (Van der Oord, Lucassen, Van Emmerik & Emmelkamp, 2010) en op onderzoek waaruit was gebleken dat slachtoffers van seksueel misbruik hun ervaringen vaak niet aan anderen vertellen. In een groot surveyonderzoek vonden Lange et al. (1999) dat het delen met anderen en de reacties daarop een grote rol spelen in het verwerkingsproces. Negatieve reacties leidden tot schaamte en schuldgevoelens. Dit had meer invloed op latere psychopathologie dan de 'objectieve' ernst van het misbruik.

De oorspronkelijke behandeling, voor volwassenen, bevat 10 gestructureerde schrijfp opdrachten (Lange et al., 2003), in drie achtereenvolgende modules: *Exposure*, *Cognitieve herwaardering* en *Social sharing*. Het protocol werd aangepast aan de jonge slachtoffers van seksueel misbruik. Er werd een extra begeleidingsmoment toegevoegd aan de voor de cliënten altijd zware *exposure module* (Bradley & Follingstad, 2001; Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002). Bovendien werd er een nieuwe module (*Lichaam*) toegevoegd, die was gericht op de gevolgen van seksueel misbruik op lichamelijke functioneren, op lichaamsbeleving, seksualiteit en intieme relaties. Er werd ook extra psycho-educatie gegeven over problemen die de adolescenten konden tegenkomen, zoals schaamte, sociale angst en subassertiviteit. Ten slotte werden aan het einde van de behandeling instructies toegevoegd voor het creëren van een persoonlijke toolkit, een document waarin de deelnemers de behandel-elementen waar ze het meest aan hadden gehad op een rij zetten, om te gebruiken als zij het gevoel hadden terug te vallen. De behandeling bevatte 11 virtuele contacten in de acht behandelweken.

### ¶ Setting

De behandeling bevatte geen enkel *face-to-face* contact. De deelnemers gebruikten een gangbare webbrowser voor zowel de screening, de metingen, de therapeutische opdrachten, hun reacties en de feedback van de behandelaars. Voor de privacy van de deelnemers waren diverse maatregelen genomen. Alleen de behandelaar en de deelnemer hadden toegang tot de behandeling. Deelnemers en behandelaars kregen een account op een eigen door een password beschermde website. Daarnaast bevatte de website een webmailsysteem, waardoor de deelnemers ook buiten het behandelstelsel hun behandelaar konden bereiken. Hierdoor hoefden deelnemers die normaliter een e-mailadres deelden met anderen (zoals gezinsleden) hun gebruikelijke adres niet voor de behandeling te gebruiken. Ten slotte was alle communicatie via de website versleuteld met het Hypertext Transfer Protocol over Secure Socket Layer. De webserver was beschermd door firewall en werd op afstand bediend met behulp van een versleuteld programma.

### ¶ Werving van de deelnemers

In de vorige studie (De Haas et al., 2009) werden potentiële deelnemers die ouder waren dan 18 jaar uitgesloten; zij zouden niet tot de doelgroep behoren. Voor die pilot hadden zich ook relatief veel jongeren tussen de 18 en 25 jaar aangemeld. Voor de huidige studie werd de leeftijdsgrens verhoogd naar 25 jaar zodat ook deze groep toegang kreeg tot de behandeling (vgl. De Graaf et al., 2005; Vanheusden, 2008).

De media gaven, na een persbericht, veel publiciteit aan het onderzoek. Potentiële cliënten konden op een voor iedereen toegankelijke website informatie vinden. De website bevatte bovendien een aanmeldingsformulier.

### ¶ Screening

De screening startte met gestandaardiseerde zelfrapportage-instrumenten die geautomatiseerd via de website werden afgenomen. Om de angst voor verlies aan anonimiteit te beperken werden de vragen naar biografische gegevens (naam, geslacht, telefoonnummer, naam ouders, naam huisarts, verzekeringsgegevens) niet in één keer aan het begin gesteld, maar in onderdelen op latere momenten. De online screening werd gevolgd door een diagnostisch telefonisch interview, afgenomen door studenten in de laatste fase van de studie klinische psychologie. Zij kregen een training om de CIDI af te kunnen nemen en te scoren. Het betrof hier de PTSS-module uit de Nederlandse versie van het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI – sectie K; Ter Smitten, Smeets & Van den Brink, 1998). Dit interview, dat ongeveer vijftien minuten in beslag neemt, werd in

principe telefonisch afgenomen. Wanneer deelnemers daar echter bezwaren tegen hadden, werd het interview afgenomen via online chat.

Om voor behandeling in aanmerking te komen moesten deelnemers hoger of gelijk scoren aan de klinische cut-off score voor PTSS op de in de volgende paragraaf beschreven Schokverwerkingslijst (SVL; Brom & Kleber, 1985). Om vast te stellen of de deelnemers slachtoffer waren geweest van seksueel misbruik was de Vragenlijst Seksuele Trauma's in het Verleden (VST-V; Lange, 2004) aangepast voor deze populatie. De lijst verschaft informatie over de aard van het misbruik, ernst, schuldgevoel, schaamte, mate van disclosure en de relatie tot de dader.

Risico voor psychosen werd vastgesteld met behulp van de Gewaarwordingenlijst (GL; (Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven & Slot, 2000)). De Somatoform Dissociation Questionnaire-5 (SDQ-5; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1998) is gebruikt om de mate van dissociatie vast te stellen. Suïciditeit werd vastgesteld met een Nederlandse adaptatie van de Suicidality Questionnaire (Joiner, et al., 2003). De Nederlandse versie van de verkorte Self Harm Inventory (SHI; Sansone, Wiederman & Sansone, 1998) werd gebruikt om vast te stellen of automutilatie voorkwam, en zo ja, in welke mate.

Potentiële deelnemers werden uitgesloten als zij boven de cut-off scores van deze instrumenten scoorden. Andere criteria voor uitsluiting waren: seksueel misbruik dat op het moment in het gezin speelde; een prevalerende stoornis anders dan PTSS; elders in behandeling zijn; anorexia nervosa ( $BMI < 18$ ); gebruik van neuroleptica; opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis; gebruik van drugs. Degenen die werden afgewezen kregen op maat gesneden verwijzingen naar instellingen voor face-to-face behandelingen in hun regio.

### ¶ Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmetingen hebben rechtstreeks betrekking op de gevolgen van de traumatische gebeurtenissen en de verwerking daarvan: de SVL, de afname van invalidatie (Last) en de toename van resilience (Kracht), en het diagnostisch interview dat voorafgaand en een jaar na de behandeling werd afgenomen. Secundair werd onderzocht of depressieve gevoelens afnamen.

► **DE SCHOKVERWERKINGSLIJST** De SVL werd gebruikt om de mate van getraumatiseerd zijn vast te stellen (Brom & Kleber, 1985; Kleber & Brom, 1986). De SVL bevat de subschalen *Intrusie* (8 items) en *Vermijding* (7 items). Cronbach's  $\alpha$  varieert tussen  $\alpha = .66$  en

$\alpha = .78$  voor de Vermijdingsschaal en tussen  $\alpha = .72$  en  $\alpha = .81$  voor de Intrusieschaal. De SVL werd zowel in de controleperiode als in de behandelperiode tweewekelijks afgenomen.

► **LAST EN KRACHT** Gebaseerd op de aanbevelingen van *Routine Outcome Monitoring* (Duncan, Miller & Sparks, 2004) gaven de deelnemers meermalen op een schaal van 1 (laag) tot 10 (hoog) aan in welke mate hun symptomen in de afgelopen week hadden geïnterfereerd met hun dagelijks functioneren (*Last*). Op gelijksoortige manier hielden zij hun *Kracht* bij, de mate waarin zij in de afgelopen week in staat waren geweest om hun problemen het hoofd te bieden. De correlaties tussen *Last* en *Kracht* werden voor alle meetmomenten berekend. Zoals verwacht waren ze negatief (hoe meer gevoel van *Last*, hoe minder gevoel van *Kracht*) en significant ( $p < .005$ ), met een gemiddelde correlatie van  $r = -.55$  (variërend tussen  $r = -.30$  en  $r = -.71$ ). De hoogte van de correlaties toont aan dat er weliswaar samenhang is, maar dat de twee componenten wel verschillende constructen meten. De correlaties werden hoger in het behandelgedeelte van de therapie.

► **SCL-90 DEPRESSIE** Om de mate van depressie vast te stellen werd de depressie-subschaal van de SCL-90 gebruikt (Arrindell & Ettema, 2003). De schaal bestaat uit 16 items over depressieve symptomen in de afgelopen week. De interne consistentie is goed (Cronbach's  $\alpha = .90$ ) met een goede convergente en discriminante validiteit. De schaal werd drie keer afgenomen: voorafgaand aan de *baseline*periode, na de *baseline* / bij het begin van de behandeling en na de behandeling.

► **TEVREDENHEID** Na afloop beantwoordden de cliënten vragen over hun tevredenheid met de behandeling in het algemeen, de verschillende modules en de behandelaars. Schaalwaarden konden variëren tussen 1 en 10; hoe hoger de score, hoe positiever de evaluatie. Bovendien konden zij met 'ja' of 'nee' aangeven of zij *face-to-face* contact misten, de internetbehandeling een effectieve manier vonden en of zij de behandeling aan anderen zouden aanbevelen.

#### ¶ Statistische analyses

Verandering werd apart gemeten voor de controleperiode en de periode van 'controle + behandeling samen'. De effectgroottes werden in eerste instantie voor deze beide periodes berekend en uitgedrukt in Cohen's  $d$ , waarbij geldt:  $.2 < d < .5$  klein effect;  $.5 < d < .8$  medium effect en  $d \geq .8$  groot effect (Cohen, 1988). Het 'netto-effect' van de behandelperiode werd vastgesteld door het effect van de controle-



periode af te trekken van het effect van controleperiode en behandeling samen. Tabel 1 geeft de gemiddelden op de meetmomenten en de genoemde effectgroottes voor elk van de primaire uitkomstmaten. Bovendien is voor elk van deze metingen met behulp van tweezijdige *t*-toetsen voor gepaarde waarnemingen getoetst of de verschillen in verbetering tussen de twee periodes significant waren. Alle deelnemers vulden de posttest in, ook degenen die de behandeling niet hadden afgemaakt. De effecten konden dus voor alle deelnemers worden vastgesteld.

Naast de gemiddelde vooruitgang werd ook de klinische significantie van de vooruitgang bepaald. Aan de hand van de criteria van Jacobson en Truax (1991), werden verbeteringen in SVL-scores geclassificeerd als herstel indien de verbeteringen statistisch betrouwbaar waren (minimaal tweemaal de standaardfout van de verschillen), en bovendien leidden tot een eindscore onder de klinische afkapscore.

## DEELNEMERS

### ¶ Exclusie en terugtrekken voor de behandeling begint

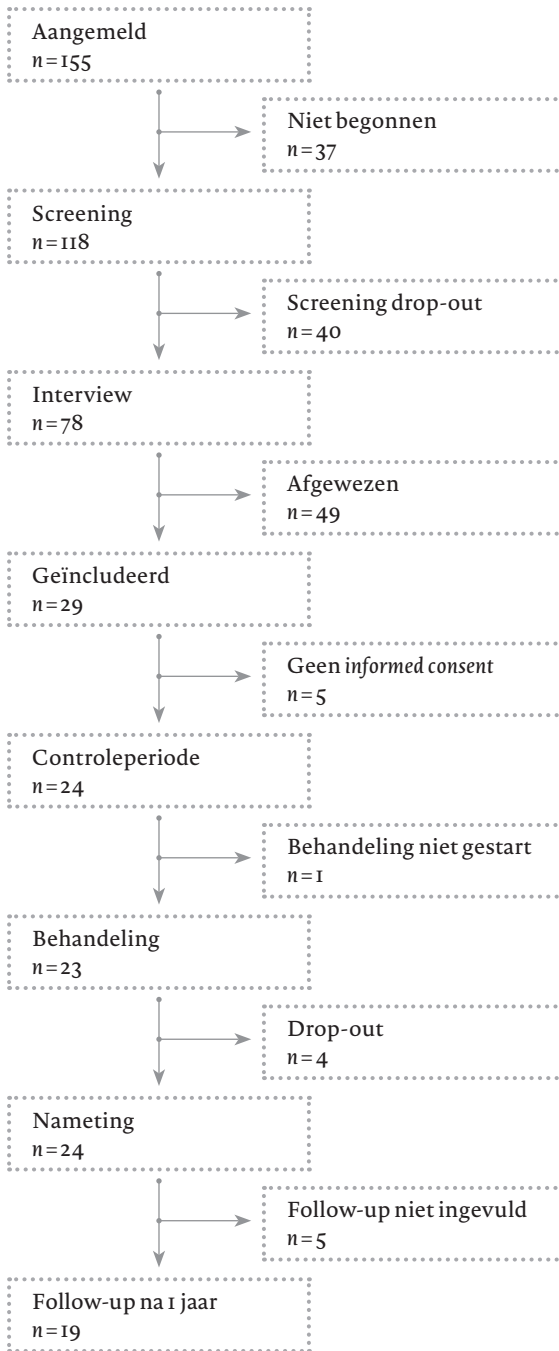
► **EXCLUSIE** Van degenen die de screening volledig afmaakten ( $n = 78$ ) moest 63% worden geëxcludeerd ( $n = 49$ ), voornamelijk vanwege voortgaand seksueel misbruik in de familie ( $n = 20$ ), of omdat zij al elders in behandeling waren ( $n = 9$ ).

Figuur 1 laat zien dat veel potentiële deelnemers zich hebben teruggetrokken voordat de behandeling begon. Van de 106 potentiële deelnemers die niet door de onderzoekers waren afgewezen ( $n = 155 - 49 = 106$ ), startte 77% ( $n = 37 + 40 + 5 = 82$ ) niet met de *baseline*-controleperiode. Figuur 1 geeft inzicht in de momenten waarop de potentiële cliënten zich vaker of minder vaak terugtrokken.

► **NIET BEGONNEN MET DE SCREENING** Van de 155 aanmelders begon 24% ( $n = 37$ ) niet met de screening. Aangezien we van hen geen gegevens hebben, konden we van hen de leeftijd niet vaststellen en ook niet hun reden voor het afzien van de behandeling.

► **TERUGTREKKEN TIJDENS DE SCREENING** 118 aanmelders begonnen met de screening. 40 hiervan (34%) maakten de screening niet af. Het overgrote deel trok zich terug tijdens het online gedeelte van de screening ( $n = 37$ ). De online screening bevatte 21 stappen. Drie daarvan bevatten biografische vragen. Van degenen die zich tijdens de online screening terugtrokken, deed 49% (18 van de 37) dit tijdens een van deze drie stappen. 3 van de 81 aanmelders die de online





FIGUUR I  
Flowchart van deelname

screening hadden afgemaakt deden niet mee aan het diagnostisch interview. Van de 78 personen die dat wel deden, kozen 71 deelnemers voor het telefonisch interview terwijl 7 personen opteerden voor de online chatmogelijkheid.

► **INFORMED CONSENT** Van de 29 deelnemers die uiteindelijk konden worden toegelaten stuurden 5 personen het ingevulde *informed-consent* formulier niet op. De 24 personen die dat wel deden, werden vervolgens in behandeling genomen. Er was geen verschil in terugtrekking in dit stadium tussen degenen die een telefonisch diagnostisch interview of een chatinterview achter de rug hadden.

► **LEEFTIJD** De gegevens laten zien dat relatief meer jongere deelnemers zich terugtrokken dan oudere. Van degenen die informatie over hun leeftijd hadden gegeven en niet waren afgewezen ( $n = 65$ ) was terugtrekking het meest frequent in de leeftijdsgroep van 14–15 jaar (87%). De groep van 16–17-jarigen toonde een terugtrekkingpercentage van 75%, terwijl in de oudste groep (18–25 jaar) 54% zich terugtrok voordat de behandeling begon.

► **DROP-OUT GEDURENDE BEHANDELING** Tijdens de controleperiode trok 1 van de 24 deelnemers die met de behandeling waren begonnen zich terug en 4 personen vielen af tijdens de behandelingsperiode. Alle 24 deelnemers vulden de metingen na afloop van de behandeling in.

► **KARAKTERISTIEKEN BIJ AANVANG VAN DE CONTROLEPERIODE** De deelnemers die begonnen met de controleperiode waren gemiddeld 20 jaar (range 14–25,  $SD = 3.5$ ). Er was 1 deelnemer jonger dan 16, 4 waren 16 of 17 jaar, en 19 deelnemers waren tussen 18 en 25 jaar. Er waren gemiddeld 5 jaren ( $SD = 4$ ) verstreken sinds de traumatische gebeurtenissen waren begonnen. Alle deelnemers scoorden boven de *cut-off* score van 24 op de *SVL-90*. Op basis van het klinische interview werd bij 17 deelnemers (71%) de diagnose *PTSS* vastgesteld.

## RESULTATEN

### ¶ *Effecten van de behandeling*

Tabel 1 geeft de gemiddelden van de deelnemers op de primaire uitkomstmaten bij de screening, bij het begin van de controleperiode, bij het einde van de controleperiode (tevens de voormeting voor de behandeling), bij het einde van de behandeling en een jaar na afloop. De tabel laat kleine veranderingen zien tijdens de controleperiode

en grote verbeteringen tijdens de behandeling. De netto-effecten van de behandeling (dat wil zeggen de verbeteringen op basis van de 'controleperiode + behandelperiode' minus de verbetering in de controleperiode) variëren tussen  $d=0.7$  (Kracht) en  $d=2.0$  (svL; Last). Dit wijst op medium tot grote effecten van het behandelgedeelte. De verschillen tussen de vooruitgang in de controleperiode en de behandelperiode zijn bovendien rechtstreeks getoetst door middel van gepaarde tweezijdige t-toetsen. Al deze verschillen zijn statistisch significant (svL, Last:  $p < .001$ ; Kracht,  $p < .002$ ). Dit geldt ook voor de secundaire uitkomstmaat Depressie ( $p < .002$ ).

TABEL I

Gemiddelden en standaarddeviaties ( $n=24$ ) van uitkomstmetingen bij de screening, aan het begin en einde van de controleperiode, direct na behandeling, en één jaar na behandeling

	Screening		Start controleperiode		Eind controleperiode, start behandeling		
	M	SD	M	SD	M	SD	$d^a$
svL <sup>a</sup>	49.5	9.1	38.0	13.0	35.7	15.2	.3
Last	7.0	1.4	6.0	1.7	6.5	1.1	-.3
Kracht	5.2	1.7	5.6	1.5	5.2	1.6	.2

	Einde behandeling			Follow-up na 1 jaar		
	M	SD	$d^b$	M	SD	$d^c$
svL <sup>a</sup>	17.5	15.4	2.3	19.8	21.3	1.7
Last	3.6	1.7	1.7	3.5	2.9	1.9
Kracht	7.1	1.1	.9	6.2	2.6	.3

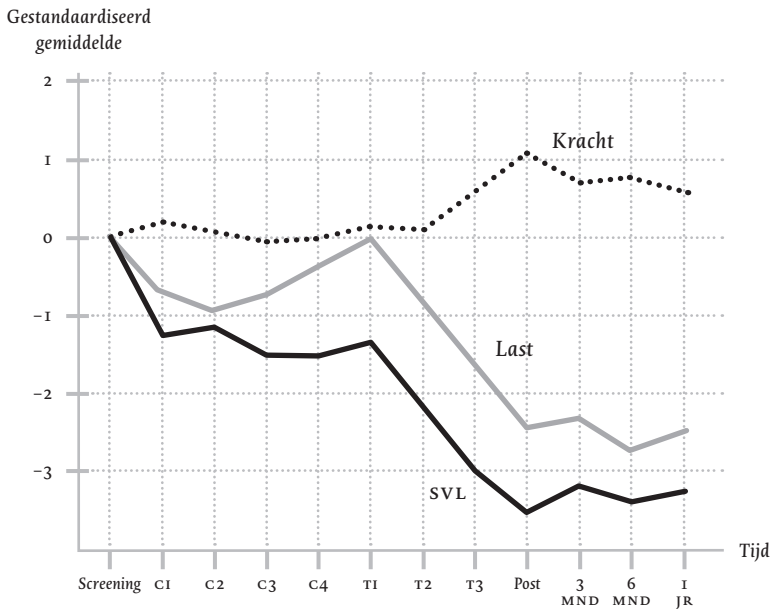
svL Schokverwerkingslijst

- Cohen's  $d$  grootte van het effect van begin tot einde van de controleperiode
- Cohen's  $d$  grootte van het effect van begin van de controleperiode tot einde van de behandelperiode
- Cohen's  $d$  grootte van het effect van begin van de controleperiode tot een jaar na de behandeling

### ¶ Schematisch overzicht van de herhaalde metingen

Figuur 2 illustreert het veranderingsproces, tijdens de baseline-controleperiode en tijdens de behandeling, in de scores op de tweewekelijkse metingen van traumatische stress (SVL), Last en Kracht. De figuur laat de ontwikkeling zien aan de hand van de gestandaardiseerde gemiddelden. Van de gemiddelde score op elk meetmoment is steeds de gemiddelde pretestscore afgetrokken, waarna is gedeeld door de standaarddeviatie.

In figuur 2 zien we dat er na de screening, voorafgaand aan het begin van de controleperiode, al een sterke afname is van de SVL-scores. De screening bevatte vele vragen die de deelnemers ertoe brachten te focussen op de traumatische gebeurtenissen en hun huidige situatie. Waarschijnlijk heeft dit, in combinatie met de psycho-educatie en de verwachtingen over de komende behandeling, geleid tot een toename van bewustzijn en hoop. Daarna is er tijdens de controleperiode geen verdere afname van SVL-scores. Als de behandeling dan begint, begint ook een verdere afname die gedurende de behandeling zichtbaar blijft. Deze afname is verantwoordelijk voor een effectgrootte van  $d = 2.0$ .



FIGUUR 2

Verloop van de gestandaardiseerde gemiddelde scores op de herhaald afgenomen uitkomstmaten, vanaf de voormeting tot aan de follow-up na 1 jaar (CI - C4: controleperiode; T1 - T3, Post: metingen na elke behandelmodule; 3 MND, 6 MND en 1 JR: follow-upmetingen). Stresssymptomen (SVL) en Last namen af, en Kracht nam toe.

### ¶ Herstel

Na afloop van de controleperiode scoorde 17% van de deelnemers ( $n = 4$ ) twee standaarddeviaties lager op de SVL en scoorde beneden de cut-off score. Na afloop van de behandelperiode lag dit percentage van *reliable and significant clinical change* met 71% ( $n = 17$ ) beduidend hoger. Eén jaar na behandeling bleek deze vooruitgang grotendeels gehandhaafd. Tijdens deze follow-up kon bij 13 van de 19 deelnemers (68%) van herstel (*reliable and significant clinical change*) worden gesproken.

### ¶ Klinisch interview (CIDI)

Een jaar na afloop van de behandeling werd ook het klinisch interview, de CIDI, nogmaals afgenomen. De resultaten van dit klinisch interview bevestigden de resultaten van de dimensionele metingen. Van 14 deelnemers (58%) is de CIDI-diagnose bekend van voor en een jaar na de behandeling. Tijdens de screening was de diagnose PTSS vastgesteld bij 11 deelnemers van deze groep (79%). Een jaar na de behandeling was dit nog slechts bij 2 deelnemers het geval (14%).

### ¶ Tevredenheid van de cliënten

Het gemiddelde rapportcijfer (7.9) in tabel 2 laat zien dat de deelnemers tevreden waren met de behandeling. De verschillende modules werden positief beoordeeld, in het bijzonder de module *Exposure*

TABEL 2  
Tevredenheid met behandeling en behandelaars ( $n = 23$ )

Aspect	M	SD
Tevredenheid met behandeling (1-10)		
FASE 1 <i>Exposure</i>	8.1	1.3
FASE 2 <i>Lichaam</i>	6.7	2.1
FASE 3 <i>Cognitieve herwaardering</i>	7.3	2.5
FASE 4 <i>Afscheid / Social sharing / Toolkit</i>	6.8	2.9
Gemiddeld	7.9	1.3
Tevredenheid met behandelaar (1-10)	8.6	1.0
	N	%
Miste face-to-face contact	5	22
Vindt internettherapie een effectieve behandelmethode	20	87
Zal de behandeling aan anderen aanraden	21	91

waarin voor deze specifieke populatie aanvullende hulponderdelen waren aangebracht. De nieuwe module (*Lichaam*) kreeg de laagste beoordeling. De deelnemers waren zeer te spreken over de begeleiding: de behandelaren kregen een gemiddelde waardering van 8.6. Hoewel 22% van de deelnemers *face-to-face* contact had gemist, gaf 91% van hen aan dat zij de behandeling aan anderen zouden aanbevelen.

## DISCUSSIE

In het eerste gedeelte van de discussie bespreken we de effecten van deze behandeling voor adolescenten en jongvolwassenen. Het tweede gedeelte focust op het grote aantal potentiële deelnemers dat zich voor aanvang van de behandeling heeft teruggetrokken. We eindigen de discussie met het formuleren van een aantal aanbevelingen met betrekking tot de ethische dilemma's die online onderzoek met zich meebrengt als het gaat om de behandeling van jonge en kwetsbare populaties.

### ¶ Effecten van de behandeling

We zien een grote afname van posttraumatische stresssymptomen, gevoelens van invalidatie en een toename van kracht (*resilience*). De netto-effecten, het verschil tussen de vooruitgang tijdens de controleperiode en de behandelperiode, waren groot voor 2 van de 3 effectmaten. Het gemiddelde effect over alle drie de metingen samen was eveneens groot:  $d > 1.0$ . De herhaalde metingen toonden een stelselmatige verbetering die pas inzette nadat de behandeling was gestart.

Bij de screening was de gemiddelde SVL-score ver boven de *cut-off* score voor PTSS en bij de posttest was de score duidelijk onder die *cut-off* score. Als we kijken vanaf de screening tot na de behandeling was de vermindering van symptomen nog groter dan zoals weergegeven in tabel 1, waar we het begin van de controleperiode als beginscore namen. Het effect vanaf de screening tot en met het einde van de behandeling is zeer groot ( $d = 3.5$ ). Hoewel er in de behandelperiode veel sterkere veranderingen waren dan in de controleperiode, traden ook daar lichte verbeteringen op. Dit alles in aanmerking nemend, lijkt het in ieder geval verstandig om de screening als onderdeel van de behandeling te beschouwen. Toekomstig onderzoek zou kunnen uitwijzen of dit ook geldt voor de *baseline*-periode. In toekomstige gerandomiseerde trials zou onderzocht kunnen worden in hoeverre een *baseline*periode het effect van de behandeling vergroot.

Een behoorlijk groot percentage van de deelnemende cliënten was een jaar na afloop van de behandeling traceerbaar en bereid om op dat moment opnieuw de meetinstrumenten in te vullen. De effecten wat betreft traumasymptomen waren nog steeds groot. Dit geeft hoop.

Het onderzoek bevat enkele sterke kanten. In de meeste experimentele studies over de behandeling van posttraumatische stress worden de effecten uitsluitend uitgedrukt in afname van symptomen. Het huidige onderzoek bevestigt dat behandel-effecten ook zichtbaar kunnen worden gemaakt in toename van gevoelens van kracht. Onze bevindingen ondersteunen de toenemende trend om niet alleen te letten op afname van 'ziektegedrag' maar de aandacht ook te richten op toename van zelfvertrouwen en *empowerment* (Appelo-Wichers, Appelo & Bos, 2008; Beardslee, 2002).

De inhoud van de interventies was goed gedocumenteerd door eerder onderzoek (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Lange et al., 2002; Van Emmerik et al., 2008; Wagner et al., 2006), en is in samenwerking met de Rutgers Nisso Groep aangepast voor deze specifieke populatie. Bovendien bevat het protocol vele technieken die erop gericht zijn om bij de cliënten en de behandelaars een positieve relatie te bewerkstelligen (Crits-Christoph et al., 2009; Jungbluth & Shirk, 2009; Moyers, Martin, Houck, Christopher & Tonigan, 2009). De manier waarop het online protocol is geïmplementeerd maakt het mogelijk de *treatment integrity* volledig te controleren.

Natuurlijk bevat dit onderzoek, behalve de al genoemde *pre-treatment withdrawal*, ook beperkingen. Vrouwen zijn weliswaar vaker slachtoffer van seksueel misbruik dan mannen (Bakker et al., 2009; Lange & Bakuwel, 1991), maar in dit onderzoek was maar één mannelijke cliënt. Deze ondervertegenwoordiging van mannen kan te maken hebben met een nog grotere angst onder mannelijke slachtoffers om hun ervaringen te delen, dan onder vrouwen (Everstine & Everstine, 1989; Lange & Bakuwel, 1991). We zullen manieren moeten vinden om mannelijke adolescenten en jongvolwassenen aan te moedigen om niettemin *evidence-based* hulp te zoeken.

#### ¶ Terugtrekken voorafgaand aan de behandeling

Van de 78 deelnemers die alle stappen van de screening hadden doorlopen moesten er 49 (62%) worden afgewezen, de meesten omdat het misbruik nog gaande was, al of niet in de familie, of omdat ze ergens anders in behandeling waren.

In het nu beschreven onderzoek zijn diverse maatregelen genomen om het percentage terugtrekkingen te reduceren. Om te beginnen was de studie opgezet als evaluatieonderzoek en niet als een ge-



randomiseerd experimenteel onderzoek. Door dit design was toestemming van de ouders alleen nodig voor deelnemers onder de 16 jaar, in plaats van voor deelnemers onder de 18. Ten tweede was de leeftijdsgrens verhoogd van 18 naar 25 jaar. Zodoende was de doelgroep die geen ouderlijke toestemming nodig had vergroot. Ten derde konden de deelnemers kiezen voor een gestructureerd interview via een chat als zij het interview via de telefoon liever niet wilden.

In de vorige studie trok 90% zich voorafgaand aan de behandeling terug. De huidige studie vertoonde een *pre-treatment withdrawal* van 77%, een vermindering van 13%: 82 van de 106 (155–49) aanmelders die niet waren afgewezen trokken zich voor aanvang van de *baseline*-controleperiode terug, terwijl 24 deelnemers (23%) wel begonnen. Het percentage van terugtrekken is nog steeds hoog. Toch geeft de participatie in dit onderzoek hoop, aangezien het vermoeden bestaat dat populaties als deze zich in de reguliere centra zelden aanmelden en in de pilotstudie slechts 10% met de behandeling begon. Bovendien zien we ook in online behandelstudies bij populaties van getraumatiseerde volwassenen dat het voortijdig terugtrekken aanzienlijk is, variërend van 19–45%, met een gemiddelde van 37% (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Lange et al., 2002; Van Emmerik et al., 2008; Wagner et al., 2006).

De procedures gedurende de screening maakten het mogelijk om te inspecteren op welke momenten het terugtrekken plaatsvond. De gegevens bevestigden dat terugtrekken tijdens de screening voornamelijk optreedt op momenten dat naar biografische gegevens wordt gevraagd. Dit suggereert opnieuw dat anonimiteit waarschijnlijk de beslissende factor is, temeer daar ook de oudere deelnemers — die geen toestemming van ouders nodig hadden — op die momenten afhaakten. We kwamen ook aan de weet dat de jongste groep (die van 14 en 15 jaar), die wel toestemming van hun ouders nodig had, zich bijna volledig terugtrok. Slechts één van de geïncludeerden uit die groep begon met de behandeling (6%). In de groep van 16 en 17 was het iets beter. In die groep begonnen er vier (25%) met de behandeling. Het laagste percentage van terugtrekken was in de oudste groep: 46% van die geïncludeerden startte met de behandeling.

Gezien de relatief geringe aantallen, moeten we natuurlijk voorzichtig zijn met conclusies. Maar de gegevens suggereren wel duidelijk dat de angst voor verlies van anonimiteit belangrijk is voor zowel jonge als iets oudere deelnemers. Voor de allerjongsten is de angst voor het vragen van ouderlijke toestemming doorslaggevend. Door de studie als behandel-evaluatie op te zetten deden er waarschijnlijk meer 16–18-jarigen mee omdat zij geen toestemming hoefden te vragen. De relatief lage terugtrek cijfers in de oudste groep steunt deze gedachtegang.

## CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Hoewel *pre-treatment withdrawal* in de meeste online behandelingen voorkomt, baart het zorgen dat we niet in staat zijn om een groter aantal van de hier onderzochte kwetsbare populatie te bereiken. De maatregelen om het aantal dat zich terugtrekt te verminderen hebben wel effecten gehad, maar deze waren bescheiden. Volledige anonimiteit zou waarschijnlijk meer opleveren, maar is geen optie. Het strookt niet met de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener; het maakt betaling door de zorgverzekeraar onmogelijk, en beperkt de onderzoeksmogelijkheden.

De terugtrek cijfers mogen ons echter niet ontmoedigen in de pogingen om kwetsbare groepen te behandelen. Per slot van rekening heeft de beschreven studie ook laten zien dat degenen die de behandeling wel startten er veel baat bij hadden. De positieve effecten waren groot, slechts enkele deelnemers maakten de behandeling niet af en zelfs de afvallers vulden de nameting in. De hier gepresenteerde bevindingen moeten ons motiveren om manieren te vinden om de drempel voor deelname verder te verlagen, met inachtneming van de klinische en wetenschappelijke standaarden waar we voor staan. Zelfs zonder garantie te geven voor volledige anonimiteit kunnen de nu volgende maatregelen de *pre-treatment withdrawal* doen afnemen, voor zover deze betrekking heeft op angst voor non-anonimiteit en verplichte toestemming van ouders.

*Aanbevelingen om angst voor verlies van anonimiteit te beperken:*

- ▶ Bepaal welke informatie minimaal nodig is om een verantwoordelijke behandeling uit te voeren, bijvoorbeeld leeftijd, naam, verzekeringsgegevens. Zorgverstrekkers kunnen zich dan tot deze minimale informatie beperken.
- ▶ Leg op de homepage uit, of in folders (bij *face-to-face* behandeling), waarom het vastleggen van deze biografische gegevens noodzakelijk is. Gedurende de screening dient bij elke biografische vraag uitgelegd te worden waarom deze vraag wordt gesteld en waarom het antwoord verplicht is of eventueel optioneel.
- ▶ Als biografische gegevens alleen voor wetenschappelijke doeleinden nodig zijn, zorg er dan voor dat de cliënten dat weten en begrijpen. Verplicht hen niet om deze vragen te beantwoorden.
- ▶ Vergroot het gevoel van anonimiteit, vooral bij potentiële cliënten die geen toestemming van ouders nodig hebben, maar misschien toch aarzelen om mee te doen indien de anonimiteit niet is gegarandeerd. Het gevoel van anonimiteit kan worden vergroot door zo min mogelijk biografische vragen te stellen. Naar de identiteit

van de deelnemers kan men het beste later in het onderzoek vragen.

- ▶ Als ouderlijke toestemming niet verplicht is, zorg er dan voor dat de cliënten weten dat hun gegevens niet met anderen worden gedeeld, ook niet met de ouders.

*Toestemming van de ouders:*

- ▶ Probeer dispensatie te krijgen voor de verplichting van ouderlijke toestemming. Bijvoorbeeld door de dispensatie te laten afhangen van de *disclosure* door de cliënt aan een specifiek daarvoor opgeleide vertrouwensarts (Bowman, 2008). Toestemming van zo iemand zou dan genoeg kunnen zijn om met de screening te beginnen en later met de (online) behandeling. In de meeste landen, zo ook in Nederland, vraagt dit om een verandering van de wet. Ggz's, politieke en regeringsinstellingen zouden in dit opzicht een gezamenlijke inspanning moeten leveren om de noodzakelijke veranderingen in de wet tot stand te brengen.
- ▶ In landen zoals Nederland, waar de verplichting voor ouderlijke toestemming groter is voor wetenschappelijk onderzoek dan voor het evalueren van behandelingen, kan het helpen om de studies zo op te zetten dat zij voldoen aan de voorwaarde van 'evalueren van een behandeling'.
- ▶ Overweeg, waar mogelijk, het format te veranderen van behandeling naar zelfhulp. Het hier gepresenteerde onderzoek bevatte een cognitieve gedragstherapie die volledig online onder leiding van therapeuten is uitgevoerd. Compleet geautomatiseerde zelfhulpprogramma's roepen misschien minder angst op voor verlies aan anonimiteit. Veel van de inhoud van protocollen zoals hier gebruikt kunnen ook worden gebruikt in zelfhulpprogramma's. Maar we moeten ons realiseren dat ook deze optie niet alle problemen met betrekking tot de wettelijke verantwoordelijkheid van de zorgverlener oplost. Bovendien zijn er aanwijzingen dat de effecten van ongebeide zelfhulp geringer zijn dan die van begeide zelfhulp of online behandelingen (Cuijpers *et al.*, 2009; Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007).

#### TEN SLOTTE

Misschien moeten we simpelweg accepteren dat, zelfs als alle hierboven beschreven maatregelen zijn genomen, er in populaties als deze nog steeds aanzienlijke kans bestaat dat potentiële cliënten zich terugtrekken voordat de behandeling begint. Toekomstig onderzoek zal zich hier expliciet op moeten richten. Wij roepen onder-

zoekers op om de *pre-treatment withdrawal* standaard op te nemen in de beschrijving van hun studies, alsmede de maatregelen die zij nemen om deze te verminderen of te vermijden.

We zijn veel dank verschuldigd aan de Rutgers WPF die dit project heeft geïnitieerd, aan de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars die fondsen hebben verstrekt; aan het Wetenschappelijk begeleidingsteam (prof.dr. Rik van Lunsen, dr. Ellen Laan, prof.dr. Willem de Ridder, drs. Iva Bicanic, Astrid Kremers, dr. Saskia van der Oord en drs. Sacha Lucassen), de behandelcoördinatoren en behandelaars van Interapy, de cliënten, en de doctoraalstudenten klinische psychologie die sommige van de analyses hebben uitgevoerd.

PROF. DR. ALFRED LANGE is emeritus hoogleraar programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

DRS. JEROEN RUWAARD is als onderzoeker en ICT-deskundige verbonden aan Interapy en hij is promovendus bij de UvA.

DRS. BART SCHRIEKEN, JANNEKE BROEKSTEEG EN AITZIBER RENTERIA AGIRRE zijn betrokken bij het genereren van behandelprotocollen en het coördineren van behandelingen van Interapy.

DR. STANS DE HAAS is als gepromoveerd onderzoeker werkzaam bij Rutgers WPF.

DRS. ANNELIES KUYPER is als senior consultant werkzaam bij Rutgers WPF.

#### Referenties

- Appelo-Wichers, M., Appelo, M. & Bos, E. (2008). Rationele rehabilitatie bij jongeren met emotieregulatieproblematie: Een pilotstudie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 7(3), 102-110.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Herzien handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bakker, F., Graaf, H. de, Haas, S. de, Kedde, H., Kruijer, H. & Wijzen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Beardslee, W.R. (2002). *When a parent is depressed: Protecting the children and strengthening the family*. New York: Little Brown & Comp.
- Bowman, K. (2008). The challenges of studying childhood sexual abuse among adolescent mothers. *Family and Community Health*, 31, S15-S23.
- Bradley, R.G. & Follingstad, D.R. (2001). Utilizing disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 1-32.
- Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schokverwerkingslijst. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 40, 164-168.
- Childress, C.A. (2000). Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 2(1), E5.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C.M., Woody, G., Ball, S.A., Martino, S. et al. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1125-1135.
- Cuijpers, P., Marks, I.M., Straten, A. van, Cavanagh, K., Gega, L. & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 66-82.

- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
- Emmerik, A. A. van, Kamphuis, J. H. & Emmelkamp, P. M. (2008). Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 77(2), 93-100.
- Everstine, D. S. & Everstine, L. E. (1989). *Sexual trauma in children and adolescents*. New York: Brunner/Mazel.
- Geluda, K., Buarque Bisaglia, J., Moreira, V., Motta Maldonado, B., Jla Cunha, A. & Trajman, A. (2005). Third-party informed consent in research with adolescents: The good, the bad and the ugly. *Social Science and Medicine*, 61(5), 985-988.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25ste: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25ste*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep & Soa Aids Nederland.
- Haas, S. de, Höing, M., Schrieken, B., Tsagana, A., Wijnker, C., Michels, C., Kuyper, A. & Lange, A. (2009). Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld: Een pilotstudie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64(64), 981-997.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Joiner, T. E. Jr., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W. & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1469-1480.
- Jungbluth, N. J. & Shirk, S. R. (2009). Therapist strategies for building involvement in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1179-1184.
- Kleber, R. J. & Brom, D. (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.
- Lange, A. (2004). *Vragenlijst seksuele trauma's in het verleden: vsr-v: Een anamnestic instrument voor onderzoek en praktijk: Handleiding en verantwoording*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A. & Bakuwel, B. (1991). Seksueel misbruik van jongens: Een literatuuroverzicht. *Directieve Therapie*, 11(1), 19-42.
- Lange, A., Beurs, E. de, Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S. & Hanelwald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 150-158.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J. P. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of post-traumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- Lange, A., Schrieken, B., Blankers, M., Ven, J. P. van de & Slot, M. (2000). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL): een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. *Directieve Therapie*, 20(2), 162-173.
- Lange, A., Ven, J. P. van de, Schrieken, B. & Schoutrop, M. J. A. (2002). Interapy: A model for therapeutic writing through the internet. In: S. J. Lepore & J. M. Smith (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well being*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Lothen-Kline, C., Howard, D.E., Hamburger, E.K., Worrell, K.D. & Boekeloo, B.O. (2003). Truth and consequences: Ethics, confidentiality, and disclosure in adolescent longitudinal prevention research. *Journal of Adolescent Health*, 33(5), 385-394.
- Melief, W., Verkuyl, L. & Flikweert, M. (2000). *Services available in the Netherlands for young persons who have experienced sexual abuse and sexual violence: Daphne report for the Netherlands*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Moyers, T.B., Martin, T., Houck, J.M., Christopher, P.J. & Tonigan, J.S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1113-1124.
- Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Dyck, R. van, Hart, O. van der & Vanderlinden, J. (1998). Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: A replication study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 67(1), 17-23.
- Olds, R.S. (2003). Informed-consent issues with adolescent health behavior research. *American Journal of Health Behavior*, 27 Suppl 3, S248-263.
- Oord, S. van der, Lucassen, S., Emmerik, A.A.P. van & Emmelkamp, P.M.G. (2010). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 240-249.
- Palmqvist, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7(3), 291-297.
- Peter, J., Valkenburg, P.M. & Schouten, A.P. (2006). Characteristics and motives of adolescents talking with strangers on the internet. *Cyberpsychology & Behavior*, 9(5), 526-530.
- Raguesea, A. (2005). Suggestions for the ethical practice of online psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 94-102.
- 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 post-traumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W. & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983.
- Smith, D.C., Boel-Studt, S. & Cleeland, L. (2009). Parental consent in adolescent substance abuse treatment outcome studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(3), 298-306.
- Smitten, M.H. ter, Smeets, R.M. & Brink, W. van den (1998). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Basis versie 2.1*. Amsterdam: WHO-CIDI Training en Referentie Centrum voor het Nederlands taalgebied, Psychiatrisch Centrum AMC.
- Tempe, J. de & Caljé-Ong, C. (2008). Een ongemakkelijke verhouding? Kinder- en systeemtherapeuten en gezondheidsrecht bij gescheiden gezinnen (deel 2). *Systeemtherapie*, 20(2)2, 64-75.
- Vanheusden, K. (2008). *Mental health problems and barriers to service use in Dutch young adults* (doctoral thesis). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.