

Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld: omvang, aard en kwaliteit

Mechtild Höing, Ine Vanwesenbeeck

Rutgers Nisso Groep, Utrecht

Achtergrond en doelstelling

De hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld is in de afgelopen twee decennia onderwerp van overheidsbeleid geweest. Na aanvankelijke subsidiëring van allerlei autonome vrouwenhulpverleningsprojecten die vooral uit onvrede met de reguliere hulpverlening waren ontstaan, is het streven van de overheid er vanaf 1984 op gericht de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld binnen de bestaande reguliere voorzieningen te intensiveren en te verbeteren. Naar de belemmeringen in de reguliere hulpverlening is in 1987 onderzoek gedaan door Frenken & van Stolk. Er werd voor de toekomst een groot tekort aan intensieve psychotherapie voor een groeiende groep ernstig getraumatiseerde cliënten voorspeld aangezien steeds meer slachtoffers van seksueel geweld met hun verhaal naar buiten durfden komen. De deskundigheid van hulpverleners om met dergelijke complexe problematiek om te gaan werd over het algemeen onvoldoende geacht.

In 1991-1995 is door VWS een stimuleringsbeleid gevoerd dat tot doel had de ontwikkeling van een adequaat hulpverleningsaanbod door de reguliere instellingen te bevorderen. Dit overheidsprogramma is in 1996 geëvalueerd (De Savornin-Lohmann & van Lonkhuijsen, 1996), waarbij vooral de omvang en aard van de hulpverlening en in mindere mate de kwaliteit van de beschikbare hulpverlening werd onderzocht. Er bleek een groot structureel tekort aan specifieke hulpverlening. Naar schatting zouden 35.000 hulpvragers per jaar een beroep doen op psychosociale of psychia-

trische hulpverlening in verband met seksueel geweldservaringen. Slechts een derde hiervan kon terecht bij gespecialiseerde ambulante hulpverlening. In totaal had 45% van de eerste- en tweedelijns GGZ-voorzieningen een specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld. Evenals Frenken en van Stolk in 1987 concludeerden, bleken de behandelmogelijkheden voor ernstig getraumatiseerde slachtoffers tekort te schieten, en de financiële inspanningen van de overheid op dit gebied niet geleid te hebben tot verruiming van het behandelaanbod. De hulpverlening aan specifieke groepen slachtoffers met seksueel geweldservaringen, zoals jongens/mannen, allochtone vrouwen, en lichamelijke of verstandelijk gehandicapte slachtoffers bleek nog nauwelijks ontwikkeld te zijn. De kwaliteit van de beschikbare hulpverlening werd door velddeskundigen binnen het eigen terrein als voldoende beoordeeld, echter een meer omvattend onderzoek naar de kwaliteit van het hulpverleningsaanbod voor seksueel geweldsslachtoffers werd wenselijk geacht (De Savornin Lohman & van Lonkhuijsen, 1996).

Naar de werkzame factoren binnen de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld is in Nederland in enige mate beschrijvend onderzoek gedaan (Baljon, Kremers & Verveld, 1998; Borgesius, 1992; Woertman, 1997), maar nauwelijks vergelijkend of toetsend (effect)onderzoek. Een mogelijke reden hiervoor is het ontbreken van goed omschreven, toetsbare behandelprotocollen voor klachten na seksueel geweld in de Nederlandse behandelpraktijk. Voor de behandeling van klachten na een verkrachting zijn dergelijke (in het buitenland ontwikkelde) behandelprotocollen al geruime tijd beschikbaar, maar worden nauwelijks toegepast (Ensink & van Berlo, 1999). Uit een overzicht van internationale effectstudies naar behandelingen van slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd (van Engen, Ensink, Höing & Vanwesenbeeck, 2002) blijkt dat allerlei uiteenlopende therapiesoorten waarin gebruik wordt gemaakt van een heel scala aan therapeu-

tische technieken effectief zijn in de behandeling van posttraumatische stressklachten, depressies en angsten ten gevolge van seksueel geweld. Dit doet vermoeden dat de werkzaamheid van therapieën minder afhangt van specifieke technieken, maar eerder van algemene therapiekenmerken, bijvoorbeeld de mogelijkheden die de cliënt krijgt om over het seksueel misbruik te praten en de ervaringen betekenis te geven, of de structuur die een behandelprotocol biedt. Ook andere non-specifieke factoren, zoals de therapeutische aandacht en de kwaliteit van de behandelrelatie kunnen een belangrijke rol spelen in het therapiesucces (Olio & Cornell, 1993; Cloitre et al., 2002).

De hier beschreven studie kan gezien worden als een vervolg op de evaluatie van het overheidsbeleid uit 1996 en op de beschrijvende kwaliteitsevaluerende studies. Doelstelling is om een actueel overzicht te verschaffen over omvang en aard van de hulpverlening en inzicht te bieden in de huidige kwaliteit van de geboden hulp. Bij de kwaliteitsevaluatie zijn twee terreinen te onderscheiden, ten eerste de aard en kwaliteit van het beleid binnen de hulpverleningsinstellingen en ten tweede de aard van de door hulpverleners gebruikte behandelstrategieën en hun relatieve werkzaamheid. Werkzaamheid (dan wel effectiviteit) wordt bekeken in termen van ernst van de gezondheidsklachten na afloop van de behandeling (bij controle voor aanmeldingsklachten) én in termen van de subjectieve tevredenheid van hulpverleners en cliënten met de behandeling. De studie beoogt bij te dragen aan het vergroten van kennis omtrent behulpzame dan wel belemmerende factoren in de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld.

Onderzoeksmethoden

Het onderzoek is uitgevoerd in 2001 en 2002 door middel van vier deelonderzoeken. Ten eerste zijn er schriftelijke vragenlijsten ingevuld door 219 instellingsmanagers van eerste- en tweedelijns GGZ-instellingen. Alle instellingen in Nederland zijn benaderd en de gemiddelde respons bedraagt 60%. Een klein non-responsonderzoek laat zien dat er geen belangrijke verschillen zijn tussen de al dan niet betrokken instellingen en de instellingsgegevens kunnen dus representatief genoemd worden. Ten tweede zijn er 194 eerste- en tweedelijns hulpverleners (waaronder ook 32 vrijgevestigde hulpverleners) at random (op basis van alfabet) geworven via de instellingen en via een lijst van vrijgevestigde hulpverleners van Transact, waarbij gelet is op voldoende regionale spreiding. De gemiddelde respons onder de hulpverleners bedraagt 40%. Ook zij vulden een schriftelijke vragenlijst in. Ten derde zijn er schriftelijke vragenlijsten ingevuld

door 135 (ex-)cliënten, die deels via de hulpverleners, deels via cliëntenorganisaties en deels via een oproep op relevante websites zijn geworven. Aanvullend zijn semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met 23 hulpverleners en 21 (ex)cliënten.

In de vragenlijst voor instellingsmanagers is gevraagd naar algemene instellingsgegevens, de beleidsaandacht voor seksueel geweldshulpverlening en het specifieke kwaliteitsbeleid op dit terrein (gebaseerd op Huijts, 1992, en van der Linden & Smulders, 1998), aantallen en kenmerken van de in het jaar 2000 behandelde cliënten, het aantal cliënten met seksueel geweldservaringen in het jaar 2000 en het aantal deskundige hulpverleners. Ook werden vragen gesteld over het specifiek aanbod voor seksueel geweldsslachtoffers.

De hulpverleners zijn bevroegd op demografische kenmerken, hun beroepservaring en relevante kenmerken van hun beroepspraktijk, zoals de omvang van hun caseload en het aantal behandelde seksueel geweldsslachtoffers. Er is in het algemeen gevraagd naar hun aanpak bij de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld en naar knelpunten in hun behandelpraktijk en in het instellingsbeleid. Vervolgens is aan de hulpverleners gevraagd één recente behandeling van een exemplarische cliënt met seksueel geweldservaringen aan de hand van voorgestructureerde vragen gedetailleerd te beschrijven. Over deze cliënt zijn ook gegevens verzameld met betrekking tot demografische kenmerken, aard van de geweldservaringen, voorgeschiedenis in de hulpverlening en aanmeldingsklachten. Tot slot zijn vragen gesteld over behandelprotocollen en is aan hulpverleners een vragenlijst voorgelegd die negatieve emotionele reacties op het werken met getraumatiseerde cliënten, ofwel compassiemoeheid, meet.

De vragenlijst voor cliënten is naar opzet en vraagstelling zo veel mogelijk overeenkomstig de hulpverlennervragenlijst opgesteld om een goede vergelijkbaarheid van de belangrijkste gegevens te waarborgen. Gevraagd is naar demografische gegevens, voorgeschiedenis in de hulpverlening, de aard van de seksueel geweldservaringen en de kenmerken van de laatste (bijna) afgeronde behandeling. Er is gevraagd naar aanmeldingsklachten, het soort behandeling, thema's in de behandeling, het al dan niet ingaan op traumatische herinneringen en de daarvoor gebruikte technieken, de behandeling van lichamelijke spanningen en de afronding van de behandeling en doorverwijzing.

Vervolgens is uitgebreid gevraagd naar de subjectieve evaluatie van diverse aspecten van de behandeling. Deze evaluatievragen zijn geformuleerd op basis van literatuur over kwaliteitscriteria vanuit het cliënt-

Tabel 1: Gebruikte schalen (hulpverleners en cliënten)

Hulpverleners	Kenmerken/auteur
Cumulatieve traumascore exemplarische cliënt (e.c.)	zie Höing et al. (2003)
Psychische aanmeldingsklachten bij e.c.	12 items, $\alpha = .62$
Aandacht voor praktische problemen bij e.c.	5 items, zoals: 'materiële zaken', $\alpha = .67$
Aandacht voor traumagelieerde emoties bij e.c.	4 items, zoals: 'angst', $\alpha = .76$
Aandacht voor zelfdestructief gedrag bij e.c.	8 items, zoals: 'leren omgaan met zelfbeschadiging', $\alpha = .73$
Ingaan op herinneringen (technieken) bij e.c.	7 items, zoals: 'herhaalde blootstelling aan herinneringen', $\alpha = .64$
Subjectieve evaluatie behandelingsucces bij e.c.	5 items, zoals: 'afname van psychische problemen', $\alpha = .80$
Compassiemoeheid	22 items, gebaseerd op Knight (1997)
Cliënten	
Cumulatieve traumascore	zie Höing et al. (2003)
Psychische aanmeldingsklachten	11 items, $\alpha = .84$
Aandacht voor praktische problemen	7 items, zie boven, $\alpha = .75$
Aandacht voor traumagelieerde emoties	4 items, zie boven, $\alpha = .92$
Aandacht voor zelfdestructief gedrag	6 items, zie boven, $\alpha = .80$
Ingaan op herinneringen (technieken)	6 items, zie boven, $\alpha = .84$
Ingaan op lichamelijke spanningen	7 items, zoals: 'aandacht voor de situaties die spanningen uitlokken', $\alpha = .66$
Algemene aandacht voor seksueel geweld	6 items, zoals: 'voorlichting over seksueel geweld en de gevolgen', $\alpha = .81$
Kwaliteit behandelrelatie	7 items, zoals: 'de behandelaar luisterde goed naar mij', $\alpha = .88$
Onrustig behandelverloop	5 items, zoals: 'ik ben te vaak overgeplaatst of doorverwezen', $\alpha = .84$
Verbetering in psychisch functioneren	6 items, zoals: 'door de behandeling besef ik beter wat ik voel', $\alpha = .90$
Verbetering in seksueel functioneren	2 items, zoals: 'door de behandeling heb ik minder afkeer van seks', $\alpha = .89$
Posttraumatic stress diagnostic Scale (PDS)	17 items, Foa (1995)
Beck Depressieschaal (BDI)	21 items, Beck, Rush, Shaw & Emery (1979)
SCL-90, subschaal psychosomatiek	12 items, Arrindell & Ettema (1986)
Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20)	20 items, Bagby, Parker & Taylor (1994)
Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ-5)	5 items, Nijenhuis, Spinhoven, Van Dijck, Van der Hart & Vanderlinden (1997)
Gebrek aan zelfvertrouwen	11 items uit de Personal belief and reaction scale (Mechanic & Resick, 1993), $\alpha = .91$
Wantrouwen naar anderen	6 items uit de Personal belief and reaction scale (Mechanic & Resick, 1993), $\alpha = .85$
Schuldgevoelens	9 items uit de Personal belief and reaction scale (Mechanic & Resick, 1993), $\alpha = .87$
Negatief mensbeeld	8 items uit de Personal belief and reaction scale (Mechanic & Resick, 1993), $\alpha = .79$
Cumulatieve klachtenscore	Somscore PDS, BDI, psychosomatiek SCL-90, TAS-20-, SDQ-5

perspectief (Höing, 2000; Stekete & Rijkschroeff, 2000). Tot slot zijn een aantal gestandaardiseerde vragenlijsten betreffende relevante gezondheidsklachten (ernst posttraumatische stressklachten, depressie, psychosomatische klachten, alexithymia, dissociatieve klachten, disfunctionele cognities) afgenomen. Op basis van een principale componentenanalyse zijn zowel voor de data van de hulpverleners als die van de (ex)-cliënten een aantal schalen ontwikkeld, voor een overzicht hiervan zie Tabel 1. Variabelen die in dit artikel worden genoemd maar niet in deze tabel zijn opgenomen bestonden uit een enkel item. Voor een uitgebreidere beschrijving van de onderzoeksopzet en de gebruikte vragenlijsten en interviewschema zij verwezen naar het onderzoeksrapport (Höing et al., 2003).

Kenmerken van de steekproeven hulpverleners en cliënten

Meer dan driekwart (77%) van de hulpverleners uit onze steekproef is vrouw, bijna allemaal (96%) van Nederlandse afkomst. De gemiddelde leeftijd is 46 jaar, en gemiddeld hebben zij 17 jaar werkervaring binnen de hulpverlening, waarvan 11 jaar met slachtoffers van seksueel geweld. Bijna eenderde (31%) van de res-

pondenten is psycholoog of psychotherapeut, een even groot aantal is maatschappelijk werker. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen maken 10% van de steekproef uit, de overige 28% komen uit een groot aantal overige beroepsgroepen, zoals psychiater, creatief therapeut, psychomotorisch therapeut, haptonoom, regressietherapeut, hypnotherapeut. Bijna eenderde (32%) is werkzaam in de eerstelijns hulpverlening, 28% werkt in de ambulante tweedelijns GGZ, 23% in de tweedelijns klinische GGZ en 17% is vrijgevestigd.

De cliënten die aan het onderzoek hebben meegewerkt zijn overwegend (91%) vrouwen van Nederlandse afkomst (97%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 36 jaar. De grote meerderheid van de cliënten heeft seksueel misbruik in de jeugd meegemaakt (82%), 39% heeft ook later in het leven wederom seksueel geweld ervaren. Slachtoffers van uitsluitend verkrachting op volwassen leeftijd en partnergeweld maken, respectievelijk, 8% en 7% van de steekproef uit. Ruim de helft van de cliënten is in een tweedelijns GGZ-instelling behandeld, 20% intramuraal en 33% ambulante. Een vijfde is binnen de eerstelijns GGZ behandeld, en ruim een kwart (27%) bij een vrijgevestigde hulpverlener.

Omvang van de hulpverlening

In de helft van de instellingen wordt seksueel geweld als (onderliggende) problematiek bij de aanmelding of gedurende de behandeling geregistreerd, in 14% van tweedelijns GGZ-instellingen en in 82% van de eerstelijns GGZ-instellingen. Een gemankeerde registratie bemoeilijkt een betrouwbare inschatting van de omvang van de hulpverlening. Aan instellingen die seksueel geweld niet registreren is daarom gevraagd een schatting te maken van het percentage van hun cliënten dat seksueel geweldservaringen heeft. Ook de hulpverleners hebben aangegeven hoeveel van hun cliënten seksueel geweld hebben meegemaakt. Bij de analyses op deze gegevens zijn uiteraard ook de hulpverleners ingesloten die de vragenlijst oningevuld terugstuurden, omdat zij geen slachtoffers van seksueel geweld hebben behandeld in het afgelopen jaar. Hulpverleners die openleggende technieken gebruiken die een risico op zogenaamde false memories met zich mee brengen (bijvoorbeeld regressie en droominterpretatie), zijn uitgesloten. Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende gemiddelde percentages naar instellingstype.

Over het geheel genomen blijkt bij ongeveer 20-30% van de in 2000 behandelde cliënten in de GGZ seksueel geweldsproblematiek te spelen. Voor uitsluitend de vrouwelijke populatie zou dit percentage aanzienlijk hoger uitvallen. De hoogste percentages slachtoffers van seksueel geweld worden in de specifiek op vrouwen of slachtoffers van seksueel geweld gerichte

eerstelijns instellingen behandeld. Merkwaardig is het verschil tussen registratiecijfers en hulpverlenergegevens in de vrouwenopvang. Er zijn aanwijzingen dat hulpverleners in de vrouwenopvang, ondanks expliciete definitie van de begrippen in de introductie bij de vragenlijst, onder 'seksueel geweld' voornamelijk 'seksueel misbruik in de jeugd' verstaan, waardoor slachtoffers van geweld in de partnerrelatie mogelijk in hun caseloadgegevens ondervertegenwoordigd zijn. In de grote GGZ-instellingen, waar de grote meerderheid van de seksueel geweldsslachtoffers behandeld wordt, heeft, afhankelijk van het type afdeling, 19% tot 28% van de cliënten een voorgeschiedenis van seksueel geweld. Voor de PAAZ-afdelingen worden echter beduidend minder mensen met seksueel geweldservaringen gerapporteerd, namelijk 8,5% van de caseload van hulpverleners. Aangezien een eerste kennismaking met tweedelijns GGZ-hulpverlening vaak een PAAZ-afdeling is, ligt het voor de hand te veronderstellen dat seksueel geweldsproblematiek hier beduidend minder gesignaleerd en besproken wordt.

Aan de hand van de door ons gehanteerde percentages is door middel van extrapolatie een inschatting gemaakt om hoeveel cliënten het op jaarbasis gaat. In totaal gaat het naar schatting om tenminste tussen 138.000 en 190.000 cliënten per jaar. Hierin zijn nog niet opgenomen de cliënten die bij vrijgevestigde hulpverleners worden behandeld. Aangezien slechts 23% van alle instellingen gegevens kon verstrekken over het totaal aantal behandelde cliënten moeten deze cijfers echter met enige voorzichtigheid beschouwd wor-

Tabel 2: Percentage cliënten met seksueel geweldservaringen in de GGZ-instellingen, in 2000

	instellingsregistratie	schattingen van instellingen	in caseload hulpverleners	door ons gehanteerd
AMW	4,6	8,1	11,3	4,6 - 11,3
FIOM	-	31,0	35,4	35,4
VO	82,1	58,9	27,4	27,4 - 82,1
VSK	99,6	-	100	100
VGC	57,9	15,0	-	57,9
VTC	63,4	50,0	9,5	9,5 - 63,4
APZ	-	11,6	25,6	25,6
Cat. GGZ	-	31,0	-	31,0
Geïnt. GGZ	30,6	32,8	23,0	23,0 - 30,6
			klinische afd.: 27,8	
			ambulante afd.: 18,9	
PAAZ		20,8	8,5	8,5
RIAGG	9,8	29,2	16,7	16,7
Totaal	30,9	22,6	19,4	19,4 - 30,9

Noot: AMW= algemeen maatschappelijk werk, VO = vrouwenopvang, VSK = Vereniging tegen seksuele kindermishandeling, VGC = vrouwengezondheidscentra, VTC= vrouwentherapiecentra, APZ= algemeen psychiatrisch ziekenhuis, Cat. GGZ = categoriale GGZ-instelling (bijv. psychotherapeutische centra, gereformeerde instelling), Geïnt. GGZ = geïntegreerde GGZ-instelling, ontstaan uit fusie van RIAGG, APZ en andere instellingen, PAAZ = psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis

Tabel 3: Aandacht voor seksueel geweldshulpverlening op beleidsniveau

	Paragraaf in jaarverslag		Aandacht voor mannelijke slachtoffers		Aandacht voor allochtone vrouwelijke slachtoffers		Aandacht voor verstandelijk gehandicapte slachtoffers	
	(N=202)		(N=217)		(N=217)		(N=217)	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
AMW	18	(14)	4	(3)	2	(2)	0	0
FIOM	100	(1)	100	(1)	100	(1)	0	0
VO	55	(6)	0	0	17	(2)	8	(1)
VSK	100	(4)	50	(2)	25	(1)	0	0
VGC	50	(2)	0	0	50	(3)	0	0
VTC	67	(2)	25	(1)	25	(1)	25	(1)
totaal 1e lijn	28	(29)	6	(7)	9	(10)	2	(2)
APZ	20	(1)	0	0	0	0	0	0
Cat. GGZ	33	(2)	17	(1)	0	0	0	0
Geïnt. GGZ	22	(11)	11	(6)	13	(7)	2	(1)
PAAZ	0	0	4	(1)	0	0	0	0
RIAGG	11	(1)	0	0	0	0	0	0
totaal 2e lijn	15	(15)	7	(7)	7	(7)	1	(1)
Totaal	22	(44)	6	(14)	8	(17)	1	(3)

den. De werkelijke omvang van de groep seksueel geweldsslachtoffers onder de totale cliëntenpopulatie zal naar alle waarschijnlijkheid hoger liggen, omdat seksueel geweldsproblematiek lang niet altijd gesignaleerd wordt. Van de cliënten uit ons onderzoek die eerder behandeld waren (75%), was bij 40% in die voorgaande behandelingen het seksuele geweld niet ter sprake gekomen.

Driekwart van alle mensen met seksueel gewelds-ervaringen wordt binnen de grote geïntegreerde GGZ-instellingen behandeld. Slechts een op de zes à zeven seksueel geweldsslachtoffers wordt binnen de eerste lijn behandeld. Binnen de instellingen die zowel mannen als vrouwen behandelen, is 15% van de seksueel geweldsslachtoffers man en 85% vrouw. Over het aandeel allochtone slachtoffers van seksueel geweld zijn nauwelijks betrouwbare uitspraken te doen vanwege te weinig gegevens. In de 15 instellingen die hierover gegevens konden verstrekken was gemiddeld 13% van de seksueel geweldsslachtoffers van allochtone afkomst.

Lang niet alle hulpverleners beschikken over specifieke deskundigheid om seksueel geweldsslachtoffers te kunnen behandelen. Volgens instellingsmanagers is gemiddeld 40% van de hulpverleners specifiek deskundig op dit terrein. De grootste kans een deskundige hulpverlener te treffen hebben cliënten in de autonome eerstelijns hulpverlening, bijvoorbeeld bij de VSK, in de vrouwentherapiecentra, de vrouwengezondheidscentra, en bij de FIOM. Relatief schaars

is de deskundigheid op PAAZ-afdelingen en bij bureaus voor Algemeen Maatschappelijk Werk (respectievelijk 16% en 28%).

Aandacht voor seksueel geweldshulpverlening op beleidsniveau

In ruim twee derde van de instellingen blijkt op beleidsniveau geen of slechts weinig specifieke aandacht voor seksueel geweldshulpverlening te bestaan. Bij nog geen kwart van de instellingen wordt in het jaarverslag 2000 iets gezegd over seksueel geweldshulpverlening (zie Tabel 3). Aandacht op beleidsniveau voor hulpverlening aan specifieke slachtoffergroepen zoals jongens / mannen, allochtone vrouwen, en verstandelijk gehandicapte slachtoffers is er nauwelijks. Gemiddeld heeft in 8% van de instellingen de hulpverlening aan allochtone vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld aandacht op beleidsniveau, in 6% van de instellingen is er aandacht voor de groep mannelijke slachtoffers en in slechts 1% van de instellingen heeft men in het beleid aandacht voor hulpverlening aan verstandelijk gehandicapte slachtoffers van seksueel geweld. Met name voor deze groep slachtoffers is de situatie zorgelijk, aangezien het, in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg, binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg het streven is om de psychosociale hulpverlening binnen de reguliere instellingen te laten plaatsvinden. Hier zal zich vermoedelijk een groot knelpunt voordoen. Voor de RIAGG's, AMW's en de FIOM was het mogelijk een vergelijking te maken tussen ge-

gevens uit 1996 (De Savornin-Lohmann & van Lonkhuijsen) en 2001 voor wat betreft de beleidsaandacht voor specifieke doelgroepen. Hieruit bleek dat, ondanks stimulerende overheidsmaatregelen, de situatie binnen de RIAGGS en het AMW in het geheel niet is verbeterd, maar daarentegen sterk is verslechterd.

Omvang en aard van het instellingsaanbod

Gemiddeld hebben 43% van alle bevroegde instellingen een specifiek aanbod voor slachtoffers van seksueel geweld en in 23% van de instellingen heeft men of participeert men in een zorgprogramma seksueel geweld (zie Tabel 4). In 9% van de instellingen wordt seksueel geweldshulpverlening binnen een aanbod 'seksespecifieke hulpverlening' uitgevoerd, en in de overige instellingen worden slachtoffers van seksueel geweld binnen het reguliere aanbod behandeld.

Het individuele specifieke aanbod bestaat vooral uit inzichtgevende gesprekken en structurerende gesprekken (beide in 36% van de instellingen). EMDR, een van de aangetoond effectieve behandelingsprotocollen die ook voor de Nederlandse markt zijn bewerkt, wordt slechts in 23% van de tweedelijns instellingen aangeboden, het meest in de RIAGG's (42%). Bij groepsaanbod gaat het meestal om incestverwerkingsgroepen (35% van de instellingen).

Protocolgebruik door hulpverleners

Het inzetten van geprotocolleerde behandelingen heeft nog geen brede ingang gevonden. Ruim een kwart (27%) van de hulpverleners zegt bij de behandeling van seksueel geweldsslachtoffers vaak tot zeer vaak

een protocol te gebruiken, 44% doet dit zelden of nooit. De overige hulpverleners zeggen 'soms' een protocol te gebruiken. Het meest is in laatste twee jaar een protocol voor de behandeling van depressie toegepast (door 17% van de hulpverleners), gevolgd door protocollen voor de verwerking van een eenmalig trauma en een protocol voor de verwerking van meermalig trauma (beide 16%). Protocollen voor de behandeling van borderline-persoonlijkheidsstoornissen en voor dissociatieve stoornissen zijn beide door 12% van de hulpverleners gebruikt. Een kwart van de hulpverleners gebruikt een door henzelf ontworpen protocol.

Dat behandelprotocollen weinig worden ingezet kan deels te wijten zijn aan de onbekendheid met protocollen. De Rationeel Emotieve Therapie (RET) van Ellis is vrij algemeen bekend onder hulpverleners (bij 68%), de cognitieve herstructurering van Beck en de dialectische therapie voor borderline-persoonlijkheidsstoornissen van Linehan bij respectievelijk 46% en 43%. Specifiekere protocollen als EMDR (Shapiro) en herhaalde blootstelling (Foa en Rothbaum) zijn al een stuk minder bekend (bij respectievelijk 26% en 15% van de hulpverleners).

Behandelvoorgeschiedenis en aanmeldingsklachten van de prototypische cliënt

De beschrijving van de inhoud van de hulpverlening is gebaseerd op gegevens van de hulpverleners over een prototypische cliënt. De aldus beschreven cliënten zijn voornamelijk slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd (80%), waarvan 22% ook in hun latere leven wederom seksueel geweld heeft ervaren.

Tabel 4: Omvang en aard van het specifieke aanbod naar instellingstype

	N	specifiek aanbod		specifiek individueel aanbod		specifiek groepsaanbod		(participatie in) zorgprogramma seksueel geweld	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
AMW	84	21	(17)	16	(13)	18	(15)	11	(10)
FIOM	1	100	(1)	100	(1)	100	(1)	100	(1)
VO	12	58	(7)	58	(7)	58	(7)	33	(4)
VSK	4	100	(4)	75	(3)	100	(4)	25	(1)
VGC	6	83	(5)	83	(5)	67	(4)	40	(3)
VTC	4	75	(3)	75	(3)	50	(2)	20	(1)
totaal 1e lijn	111	34	(37)	29	(32)	30	(33)	16	(20)
APZ	6	50	(3)	50	(3)	50	(3)	20	(1)
Cat. GGZ	6	67	(4)	33	(2)	50	(3)	17	(1)
Géint. GGZ	56	61	(33)	57	(32)	57	(32)	33	(18)
PAAZ	28	23	(6)	25	(7)	25	(7)	11	(3)
RIAGG	12	75	(9)	75	(9)	75	(9)	67	(8)
totaal 2e lijn	108	53	(55)	49	(53)	51	(54)	29	(31)
Totaal	219	43	(92)	39	(85)	40	(87)	23	(51)

Respectievelijk 13% en 7% van de prototypische cliënten zijn slachtoffers van geweld in de partnerrelatie en slachtoffers van verkrachting op volwassen leeftijd. Mannelijke cliënten en allochtone cliënten worden, overeenkomstig hun representatie in de GGZ-cliëntenpopulatie, slechts sporadisch beschreven en maken, respectievelijk, 10% en 8% van de prototypische cases uit. De gemiddelde leeftijd van de prototypische cliënt is 37 jaar.

Rond driekwart van alle prototypische cliënten is eerder in behandeling geweest (gemiddeld 1,7 eerdere behandelingen). Van hen heeft 39% in die eerdere behandelingen niet over het seksuele geweld gesproken. Cliënten in eerstelijns instellingen staan met gemiddeld 1,2 eerdere behandelingen vaker aan het begin van een hulpverleningsloopbaan, cliënten bij vrijgevestigde hulpverleners hebben vaak al een langere gang door de instellingen achter de rug (2,4 eerdere behandelingen). Cliënten van eerstelijns hulpverleners hebben een significant lagere traumacore ($M=4,8$) dan cliënten van vrijgevestigde hulpverleners ($M=6,1$). Cliënten van ambulante en intramuraal werkende hulpverleners zitten hier tussenin (respectievelijk $M=5,3$ en $5,1$).

Bijna driekwart van alle cliënten (72%) heeft bij aanmelding last van depressieve klachten dan wel een depressieve stoornis. Andere vaak voorkomende klachten zijn angstklachten (55%), relationele problemen (53%), slaapproblemen (52%), PTSS-klachten (51%) en psychosomatische klachten (40%). Seksuele problemen, persoonlijkheidsproblemen, lichamelijke problemen, dissociatieve klachten en eetproblemen zijn steeds bij circa een derde van de cliënten één van de aanmeldingsklachten. Gemiddeld hebben cliënten bij aanmelding 4,6 aanmeldingsklachten. Cliënten op klinische afdelingen van GGZ-instellingen hebben bij aanmelding vaker persoonlijkheidsproblemen dan cliënten in eerstelijns instellingen en bij vrijgevestigde hulpverleners (respectievelijk 49%, 28% en 22%). Cliënten bij vrijgevestigde hulpverleners hebben daarentegen weer meer dissociatieve klachten dan cliënten in eerstelijns instellingen (47% versus 20%). Relationele problemen spelen vaker bij cliënten in eerstelijns instellingen en bij vrijgevestigden (in beide bij 63%) dan bij cliënten op klinische GGZ-afdelingen (33%). Materiële problemen als aanmeldingsklacht komen vooral in eerstelijns instellingen voor (28%).

Inzake verschillen tussen de slachtoffergroepen zoals gerapporteerd door de hulpverleners wordt, onder andere, het volgende gevonden. Slachtoffers van verkrachting hebben minder vaak relationele problemen dan slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd, minder psychosomatische klachten dan gehertraumati-

seerde slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd, en minder lichamelijke klachten en minder opvoedingsproblemen dan slachtoffers van partnergeweld. Bij verkrachtingsslachtoffers worden daarentegen vaker psychosen of schizofrenie geconstateerd dan bij slachtoffers van partnermishandeling en gehertraumatiseerde slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd. Slachtoffers van mishandeling in de partnerrelatie hebben minder vaak dissociatieve klachten bij aanmelding dan gehertraumatiseerde slachtoffers van seksueel misbruik in de jeugd.

Aard van de behandeling

De behandeling van de prototypische cliënten varieert voornamelijk naar type instelling en nauwelijks naar het type geweld in de voorgeschiedenis. Bijna alle cliënten krijgen een individuele behandeling, ruim een derde krijgt daarnaast ook een groepsbehandeling. Een klein aantal cliënten (18%) wordt binnen een zorgprogramma behandeld. Binnen de meeste behandelingen is er veel aandacht voor traumageleerde emoties. Zelfdestructief gedrag krijgt binnen de eerstelijns behandelingen minder aandacht dan binnen de andere instellingstypen. Praktische zaken krijgen binnen de behandelingen in het algemeen weinig aandacht. Het gebruik van technieken voor het ingaan op herinneringen vormt gemiddeld slechts een klein aandeel van de behandeling. In ruim 40% van de behandelingen wordt dan ook niet dieper op de herinneringen ingegaan. Bij de meer openleggende behandelingen worden in steeds 8 tot 9 van de 10 gevallen technieken gebruikt als over de herinneringen praten, de betekenis ervan bespreken, belemmerende cognities rondom de herinneringen aanpakken en het geven van psycho-educatie.

Of er tijdens de behandeling dieper op de herinneringen wordt ingegaan blijkt nauwelijks samen te hangen met kenmerken van de cliënt, diens traumacore, voorgeschiedenis in de hulpverlening of de aanmeldingsklachten, maar vooral met de inschatting van de eigen kennis en ervaring van de therapeut en het instellingsbeleid. Naarmate hulpverleners tevredener zijn over de mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering en de preventie van compassiemoeheid, passen zij bij hun cliënten vaker een openleggende behandeling toe. Redenen die gegeven worden om niet dieper op de herinneringen in te gaan zijn dat de behandeling hedengericht is (49%), er een te grote kans op verslechtering is (29%) en dat de cliënt het niet wilde (22%).

Ruim de helft van de hulpverleners (53%) werkt niet uitsluitend met bestaande of spontaan opkomende herinneringen, maar haalt bij hun cliënten actief herinneringen aan het seksuele geweld naar boven. Bijna

Tabel 5: Aard van de behandeling van prototypische cliënt

	1e lijn n=61	Vrijgevestigde hulpverlener n=32	GGZ ambulant n=53	GGZ klinisch n=44	totaal n=189
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Individuele behandeling	95 (58)a*	100 (32)a	93 (49)a	93 (40)a	95 (179)
Groepsbehandeling	38 (23)ab	16 (5)b	34 (18)ab	54 (23)a	37 (69)
Zorgprogramma	12 (7)ab	6 (2)b	23 (12)ab	31 (13)a	18 (34)
<i>Thema's in de behandeling</i> (Gemiddelde schaalscores):					
	M	M	M	M	M
Aandacht voor emoties	3,9a	4,3a	4,1a	4,0a	4,1
Aandacht voor zelfdestructief gedrag	2,5b	2,9a	2,9a	3,0a	2,8
Aandacht voor praktische zaken	1,7a	1,3b	1,5a	1,6ab	1,6
Mate van gebruik van technieken voor het ingaan op herinneringen	2,1b	2,7a	2,4	1,9b	2,2
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Openleggende therapie	48 (29)b	81 (26)a	66 (35)ab	51 (22)b	59 (112)
Actief naar boven halen van herinneringen	46 (28)ab	72 (23)a	59 (31)ab	44 (19)b	53 (101)
Duur behandeling > 1 jaar	18 (10)	84 (27)	62 (30)	66 (27)	53 (96)

* verschillende indices verwijzen naar significante verschillen, $p < .05$

een kwart van deze hulpverleners (23%) maakt daarbij gebruik van regressietherapie, een vanwege het risico op 'false memories' omstreden methode. Vrijgevestigde hulpverleners halen significant vaker actief herinneringen naar boven dan hulpverleners in een klinische setting en onder de vrijgevestigden die dat doen maakt zelfs 70% gebruik van regressietherapie. Bijna een op de tien (9%) van de hulpverleners die actief herinneringen naar boven halen rapporteert minstens enige twijfel aan het waarheidsgehalte van de naar boven gehaalde herinneringen.

Meer dan de helft van de behandelingen blijkt zeer langdurig (langer dan een jaar) te zijn. Van cliënten die bij vrijgevestigden behandeld worden heeft zelfs 84% een behandeling gehad die langer dan 1 jaar heeft geduurd.

Klachtenniveau en tevredenheid na afloop

De uitkomsten van de behandelingen zijn uiteraard gemeten bij de groep cliënten die zelf de vragenlijst heeft ingevuld, een andere groep dan die waarover de hulpverleners informatie hebben verstrekt. De twee

Tabel 6: Klachten op klinisch hoog niveau na afloop of in de laatste fase van de behandeling

	Eerstelijns n=39		Vrijgevestigd n=36		GGZ ambulant n=33		GGZ klinisch n=27		Totaal n=135	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
PTSS	36	(14)a*	56	(20)ab	55	(18)ab	74	(20)b	53	(72)
Depressie	21	(8)a	23	(8)a	30	(10)a	63	(17)b	32	(43)
Psychosomatische klachten	51	(20)a	44	(16)a	52	(17)a	82	(22)b	56	(75)
Alexithymia	72	(28)a	50	(18)a	49	(16)a	82	(22)a	62	(84)
Dissociatie	42	(16)a	44	(16)a	44	(14)a	67	(18)a	48	(64)
Cumulatieve klachtenscore	182,8a		185,4a		186,5a		230,4b		194,1	
Aantal klinische klachten	2,2a		2,2a		2,3a		3,7b		2,5	

* verschillende indices verwijzen naar significante verschillen, $p < .05$

groepen verschillen op enkele kenmerken van elkaar. De respondenten die de cliëntenvragenlijst zelf hebben ingevuld hebben ernstigere geweldservaringen achter de rug, hebben meer voorgaande behandelingen genoten en hebben meer aanmeldingsklachten dan de cliënten waarover de hulpverleners informatie hebben verstrekt. Enkele centrale thema's zoals de behandelrelatie, traumagelieerde emoties en patronen in man-vrouw relaties kwamen minder aan bod dan bij de prototypische cliënten van de hulpverleners. Hun behandelingen hebben langer geduurd en zijn vaker voortijdig afgebroken. Het gaat dus om een groep cliënten die mogelijk met ernstiger problematiek kampt en moeilijker te behandelen is dan de prototypische cases van de hulpverleners. Anderzijds is het mogelijk dat hulpverleners een te positief beeld hebben geschetst doordat zij relatief vaak een 'succescliënt' hebben beschreven.

Het algemene klachtenniveau na de behandeling is bij de cliënten nog vrij hoog, waarbij zij die in een klinische setting behandeld zijn (klinische GGZ-instellingen en PAAZ-afdelingen) er het ergst aan toe zijn. Driekwart van hen heeft na behandeling nog ernstige tot zeer ernstige posttraumatische stressklachten en tweederde kampt nog met een depressie. Ook het niveau van psychosomatische klachten en alexithymia is hoog. Tabel 6 geeft een overzicht van de percentages cliënten die na de behandeling (nog) boven de klinische norm voor de verschillende klachten scores. De verschillen in uitkomsten blijken vooral samen te hangen met het type instelling waar de behandeling heeft plaatsgevonden, en niet met het type geweldservaring.

Ruim een kwart van de cliënten heeft geen subjectieve verbetering in het psychisch functioneren ervaren, en zelfs 45% geen subjectieve verbetering in het seksueel functioneren. Ook aan de hulpverleners is gevraagd de uitkomst van de behandeling van hun prototypische cliënt te beschrijven. Zij zijn over het algemeen meer tevreden met het behandelresultaat dan cliënten. Slechts 6% vindt dat de behandeling onvoldoende heeft geholpen.

Werkzame en belemmerende factoren

Een groot aantal kenmerken van de behandeling is in verband gebracht met het klachtenniveau van cliënten na afloop van de behandeling (onder controle voor het aantal psychische aanmeldingsklachten) en met tevredenheid van cliënten en hulpverleners met het behandelresultaat. Ook hier blijken weer aanzienlijke verschillen tussen de instellingstypen te bestaan. Over de gehele linie blijken echter twee non-specifieke factoren het sterkst samen te hangen met het totale klachtenniveau na afloop, namelijk een onrustig behandelver-

loop, met veel overplaatsingen tijdens de behandeling en onderbrekingen tijdens de sessies en (met uitzondering van de klinische GGZ), een goede behandelrelatie, waarin de behandelaar, naar het oordeel van de cliënt, goed luisterde en goed kon inschatten wat de cliënt wel/niet aankon. Van allerlei kenmerken met betrekking tot de inhoud van de behandeling blijken verder slechts een tweetal thema's over alle instellingen heen (met uitzondering van de klinische GGZ) positief bij te dragen aan de behandeluitkomsten, namelijk aandacht voor traumagelieerde emoties en aandacht voor patronen in man-vrouw relaties. Veel aandacht voor praktische problemen hangt voor vrijwel de gehele groep cliënten (met uitzondering van hen die behandeld zijn bij vrijevestigden) samen met een hoger klachtenniveau na afloop. Mogelijk gaat dit ten koste van de behandeling van de psychische klachten.

Een rustig behandelverloop, een goede behandelrelatie, veel aandacht voor traumagelieerde emoties en voor patronen in man-vrouw relaties hangen ook samen met een positievere subjectieve evaluatie van het behandelresultaat bij cliënten, zowel wat verbetering in psychisch functioneren als verbetering in seksueel functioneren betreft. Maar ook aandacht voor de andere thema's (zoals voor seksualiteit en voor seksueel geweld in het algemeen), met uitzondering van aandacht voor praktische problemen, hangt significant samen met een positievere subjectieve evaluatie. Daarnaast zijn er voor wat betreft de subjectieve evaluatie van cliënten ook allerlei andere factoren die een significante rol spelen, waarbij vooral aspecten van inspraak en gelijkwaardigheid een opvallende rol spelen: voorlichting over de beschikbare behandelingen en de kosten van de behandeling, een regelmatige evaluatie van behandeldoelen, inspraak bij meningsverschillen en keuzemogelijkheden met betrekking tot de te volgen therapie hangen over de gehele linie samen met een positiever ervaren behandelresultaat.

De tevredenheid van hulpverleners met het behandelresultaat van hun prototypische cliënt hangt, gemiddeld, evenals bij cliënten, het sterkst samen met de kwaliteit van de behandelrelatie. Opvallend is echter dat bij behandelingen in de tweedelijns ambulante GGZ-instellingen een dergelijke samenhang ontbreekt. Aandacht voor traumagelieerde emoties hangt over de hele groep hulpverleners genomen ook samen met een positievere evaluatie, maar bij uitsplitsing naar instellingstype zijn de samenhangen voor vrijevestigden en klinisch werkende hulpverleners niet significant. Evenals bij de cliënten hangt bij de hulpverleners aandacht voor het thema seksualiteit positief samen met de tevredenheid met het behandelresultaat. Bij de hulpverleners spelen ook randvoorwaarden in de sfeer van

het instellingsbeleid een rol. Naarmate zij meer tevreden zijn met hun mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering en de preventie van compassiemoeheid, de samenwerking met andere hulpverleners en de mate waarin de continuïteit van de behandeling bij ziekte of uitval is gewaarborgd, zijn zij meer tevreden met het behandelresultaat.

Nieuwe ontwikkelingen in de hulpverlening, zoals zorgprogramma's en behandelprotocollen lijken nog geen garantie voor een groter behandelingsucces. Noch voor wat betreft het klachtenniveau na afloop, noch voor wat betreft de subjectieve evaluatie levert het behandeld worden in een (relatief willekeurig) zorgprogramma of met een (relatief willekeurig) protocol een positieve bijdrage aan het behandelingsucces bij de groep cliënten als geheel. Analyses op het niveau van specifieke zorgprogramma's of specifieke protocollen (en bij specifieke groepen cliënten) waren in deze studie vanwege het geringe gebruik ervan niet mogelijk.

Zijn openleggende behandelingen effectiever?

Het dieper ingaan op traumatische herinneringen tendert in alle instellingstypen, behalve de klinische GGZ, samen te hangen met een lager klachtenniveau na afloop, al is deze samenhang net niet significant. Het zomaar praten over de herinneringen blijkt over het algemeen echter geen effectieve strategie: over de gehele linie hangt dit samen met een hoger klachtenniveau, en deze samenhang is het sterkst bij vrijgevestigden. Er zijn grote verschillen voor wat betreft het behandelingsucces dat in de verschillende instellingstypen met diverse openleggende technieken behaald wordt. Vooral in de eerstelijns behandelingen zijn er meerdere technieken die samenhangen met een lager klachtenniveau, bijvoorbeeld exposure-achtige technieken en aandacht voor lichamelijke sensaties. In de tweedelijns ambulante behandelingen hangt psychoeducatie

over traumatische herinneringen samen met een lager klachtenniveau. In de klinische GGZ slaan openleggende therapieën over het geheel genomen minder goed aan: de meeste openleggende technieken hangen samen met een hoger klachtenniveau na afloop.

Kijkt men echter naar de subjectieve evaluaties van cliënten, dan hangen openleggende behandelingen veel sterker samen met een positief ervaren behandelresultaat en dit geldt ook voor klinische behandelingen. Wederom hangen in de eerstelijns behandelingen allerlei technieken het sterkst samen met een positieve evaluatie. Hoewel openleggende behandelingen bij vrijgevestigde hulpverleners het sterkst samenhangen met een positieve evaluatie door cliënten, dragen de afzonderlijke (bevroegde) technieken hier nauwelijks toe bij, of zijn er zelfs negatieve samenhangen. Alleen aandacht voor lichamelijke gevoelens lijkt een positieve bijdrage te leveren. In de klinische GGZ evalueren cliënten de behandelingen weer positiever naarmate zij meer over de herinneringen hebben kunnen schrijven. Al bij al lijkt een openleggende behandeling dus wel degelijk gewaardeerd te worden door cliënten, maar er wordt nog weinig duidelijkheid verkregen over de specifieke technieken die hiervoor verantwoordelijk zijn.

Positieve evaluaties hangen bij de hulpverleners minder duidelijk samen met openleggende behandelingen dan bij cliënten. Alleen hulpverleners in tweedelijns ambulante instellingen behalen een subjectief positiever behandelresultaat naarmate in de behandeling meer is ingegaan op de traumatische herinneringen. De evaluaties blijken ook veel minder samen te hangen met specifieke openleggende technieken. Eerstelijns hulpverleners evalueren de behandeling positiever naarmate er meer sprake is geweest van herkenning en erkenning door lotgenotencontact, en belemmerende cognities meer zijn aangepakt. Vrijgevestigde

Tabel 7. Samenhang tussen ingaan op bestaande dan wel tijdens therapie naar bovengehaalde herinneringen en klachtenniveau respectievelijk subjectief ervaren behandelresultaat.

	Mate van gebruik van technieken voor het ingaan op herinneringen	
	(werken met bestaande of spontane herinneringen)	(werken met actief naar gehaalde herinneringen)
PTSS	-.25*	.00
Depressie	-.25*	-.03
Psychosomatische klachten	-.27**	-.08
Alexithymia	-.11	.03
Totaal klachtenniveau	-.18	-.07
Tevredenheid met behandelresultaat	.40**	.55**

* : $p < .05$, ** : $p < .01$.

hulpverleners evalueren de behandeling negatiever naarmate er meer psycho-educatie en voorlichting is gegeven. Bij tweedelijns ambulante hulpverleners hangt geen van de openleggende technieken samen met de evaluatie van de behandeling, terwijl klinische hulpverleners de behandeling negatiever beoordelen naarmate er meer over de herinneringen is gepraat.

Het nut van het actief naar boven halen van herinneringen bij cliënten die voor de therapie geen of slechts vage herinneringen hadden kan bestreden worden: openleggende therapieën hangen in die gevallen niet samen met een lager klachtenniveau na afloop, terwijl dit wel het geval is indien er gewerkt wordt met reeds aanwezige herinneringen, of herinneringen die spontaan komen (zie Tabel 7). Wel zijn cliënten in alle gevallen meer tevreden met het behandelresultaat indien meer aandacht is besteed aan de herinneringen, of het nu om reeds bestaande of in de therapie naar boven gehaalde herinneringen gaat.

Samenvatting en discussie

Gemiddeld blijkt tenminste 20 tot 30% van alle cliënten in GGZ-instellingen een voorgeschiedenis van seksueel geweld te hebben. In specifieke sectoren van de hulpverlening zijn eerder vergelijkbare percentages gevonden. (Draijer, 1996; Vroege, 1993; van der Hallen, Rijnders & Nicolai, 1996), maar er waren tot nu toe geen aanwijzingen dat een dergelijk percentage over de gehele linie van de GGZ geldt. In 1996 werd geraamd, dat circa 35.000 slachtoffers van seksueel geweld jaarlijks een beroep doen op psychosociale en psychiatrische hulpverlening (De Savornin-Lohman & van Lonkhuijsen, 1996). In onderhavige studie wordt een ondergrens van 138.000 geschat. Dat het hier om een werkelijke verviervoudiging van het aantal hulpzoekenden gaat lijkt onwaarschijnlijk. Eerder moet worden aangenomen dat de cijfers uit 1996 een verkeerd beeld schetsen, hetgeen tot een onderschatting van de problematiek in de instellingen heeft geleid.

Niet alleen in aantallen maar ook in termen van aantal behandelingen per cliënt (gemiddeld 2,7), complexiteit van de behandelingen (gemiddeld 4,6 aanmeldingsklachten per cliënt) en behandelduur (bij meer dan de helft van de cliënten langer dan een jaar) vormt de behandeling van seksueel geweldsslachtoffers een substantieel onderdeel van de totale GGZ-hulpverlening. De vraag is of het aanbod voldoende is toegesneden op de specifieke behoeften van deze cliënten. Dit lijkt nauwelijks het geval. Nog steeds heeft nog niet de helft van de instellingen een specifiek aanbod voor deze doelgroep. Er is minder beleidsaandacht voor specifieke doelgroepen (mannelijke slachtoffers, allochtone vrouwen, verstandelijk gehandicapten) dan in 1995.

Nog niet de helft van de hulpverleners in de eerste- en tweedelijns GGZ is specifiek deskundig. Slechts een kleine groep van 16% van de hulpverleners maakt bij de behandeling gebruik van een behandelprotocol voor traumaverwerking. Ook het feit dat er weinig verschillen zijn in de inhoud van de behandelingen voor verschillende typen seksueel geweldsslachtoffers en binnen verschillende behandelsettings kan duiden op een veelal ongedifferentieerde aanpak van de problematiek. Openleggende behandelingen waarbij dieper op de herinneringen aan het seksueel geweld wordt ingegaan worden bij 60% van de cliënten toegepast. Of dit gebeurt hangt eerder samen met de deskundigheid van de therapeut en diens ondersteuning vanuit de instelling dan met kenmerken van de cliënt en diens problematiek. Iets meer dan de helft van de hulpverleners zegt bij de cliënt actief herinneringen naar boven te halen. Met name vrijgevestigde hulpverleners gebruiken hierbij technieken als regressietherapie, droominterpretatie en geleide fantasie. Het gebruik van dergelijke technieken is in de literatuur tamelijk omstreden vanwege de grote kans op fictieve herinneringen (Loftus, 1993, van Koppen, 1997, Wessel & Merckelbach, 1995).

Over het algemeen lijkt de doeltreffendheid van de behandelingen met name voor wat betreft de aanpak van posttraumatische klachten beperkt. Ondanks herhaalde en vaak langdurige behandelingen heeft ruim de helft van de cliënten na afloop nog ernstige tot zeer ernstige posttraumatische klachten. Dit is veel in vergelijking met scores van cliëntengroepen die aan effectief gebleken behandelingen hebben meegedaan (Chard, Weaver & Resick, 1997; Smucker et al, 1996). In zijn algemeenheid blijkt het behandel succes voornamelijk samen te hangen met een tweetal non-specifieke factoren, namelijk rust en continuïteit in de behandeling en een goede behandelrelatie. Een goede behandelrelatie stelt cliënten in staat een positieve hechtingsstijl te ontwikkelen. Hechting is een voorwaarde om het seksueel geweld een plaats te geven en in het dagelijks leven goed te functioneren. (Roche et al., 1999). De subjectieve beleving van behandel succes hangt ook samen met andere non-specifieke factoren zoals: inspraak in de behandeling, voorlichting over de diagnose en de behandeling, regelmatige evaluatie van behandel doelen. Indien er in dit opzicht meer sprake is van transparantie ervaren de cliënten de behandeling als succesvoller. Allerlei inhoudelijke kenmerken van de behandeling en gebruikte technieken doen er in de praktijk gemiddeld veel minder toe. Een uitzondering hierop vormen: het ingaan op trauma-geleide emoties en aandacht voor man-vrouw patronen in de relatie. Deze uitkomsten stroken met be-

staande theorieën over de relatie tussen de inhibitie van emoties en het (voort)bestaan van psychische klachten (zie ook Ensink 2002 en Ensink & van Berlo, 1999) enerzijds en met het aangetoonde behandel-succes van feministische therapieën anderzijds (van Engen et. al, 2002).

De vraag of openleggende behandelingen in z'n algemeenheid leiden tot een beter behandelresultaat kan niet eenduidig beantwoord worden. Over de hele groep heen is er een tendens dat openleggende behandelingen samenhangen met een lager klachtenniveau na afloop. Echter, deze samenhang is niet significant en wordt niet gevonden bij cliënten die in de klinische GGZ zijn behandeld. De manier waarop gewerkt wordt met herinneringen lijkt ook van belang: het zomaar praten over herinneringen toont geen samenhang met een lager klachtenniveau. Vooral in de eerstelijns behandelingen zijn er echter een aantal openleggende behandelmethodieken die wel vruchten lijken af te werpen. Mogelijk hangt dit samen met minder ernstige problematiek van cliënten. Cliënten evalueren over de hele linie hun behandelingen wel veel positiever naarmate er dieper op de herinneringen is ingegaan, mogelijk ervaren zij het behandel-succes op andere vlakken dan de gemeten psychische klachten. Het actief naar boven halen van herinneringen blijkt geen aan te bevelen strategie. Behandelingen waarin gewerkt wordt met bestaande of spontaan opkomende herinneringen tonen wel een samenhang met een lager klachtenniveau, indien gewerkt wordt met actief naar boven gehaalde herinneringen verdwijnt deze samenhang.

De vraag is hoe dit hoge klachtenniveau bij behandelde cliënten te verklaren is. Te denken valt aan een aantal factoren. Enerzijds zijn veel behandelingen nog ongedifferentieerd; meer dan de helft van alle GGZ-instellingen heeft immers geen specifiek behandel-aanbod voor deze doelgroep, en ook van de kant van de hulpverleners worden zelden specifieke, uit onderzoek effectief gebleken traumabehandelingen ingezet. Dit vraagt om meer aandacht van de kant van het instellingsmanagement, en om meer aandacht voor de problematiek bij de scholing van hulpverleners. Met name in de klinische psychiatrie zijn de problemen groot: weinig van de tot nu toe gebruikte behandelmethodieken slaan aan bij deze groep cliënten. Mogelijk spelen andere factoren een rol, zoals de sekseheterogene setting die veel triggers bevat, of discontinuïteit door overplaatsingen van afdeling naar afdeling. Ook kan de zwaardere problematiek bij deze cliënten het ontwikkelen van een vertrouwelijke behandelrelatie en (samenhangend) behandel-succes sterk bemoeilijken. Mogelijk biedt de inzet van gestructureerde, fasegerichte behandelingen waarin op

een effectieve wijze aandacht is voor affectregulatie en sociale competentie (bijvoorbeeld zoals beschreven door Cloitre et al, 2002) meer mogelijkheden. Anderzijds laat deze studie zien dat een goede behandelrelatie één van de belangrijkste voorwaarden voor behandel-succes is. Ook specifiek voor de doelgroep ontwikkelde behandelingen zullen vermoedelijk pas aanslaan als aan deze voorwaarde is voldaan. In behandelprotocollen voor cliënten met seksuele trauma's krijgt dit aspect dan ook bijzondere aandacht. Het ontwikkelen van een vertrouwelijke behandelrelatie met cliënten die diep in hun vertrouwen in anderen beschadigd zijn vereist echter van de hulpverlener specifieke deskundigheid en uithoudingsvermogen. Mogelijk kunnen deskundigheidsbevordering en professionele ondersteuning vanuit de instelling door bijvoorbeeld intervisiegroepen hier uitkomst bieden.

Tenslotte zijn er enkele methodologische kanttekeningen bij deze studie te maken. Onduidelijk is hoe representatief de groep cliënten uit dit onderzoek is voor de Nederlandse praktijk. Een deel van de steekproef waarbij de klachten zijn gemeten is immers verkregen door zelfselectie. In vergelijking met de cliënten die door random selectie van hulpverleners beschreven zijn als prototypische cases, is de problematiek van deze cliënten zwaarder en is er in de behandeling minder aandacht geweest voor belangrijk gebleken onderwerpen als traumagelieerde emoties en man-vrouw-patronen. Of er verschillen zijn in de kwaliteit van de behandelrelatie en onrust in de behandeling valt niet te zeggen. Anderzijds is het ook de vraag hoe representatief de prototypische cases zijn: hulpverleners kunnen immers ook hun 'succescliënten' hebben beschreven. Het feit dat 54% van de behandelingen nog niet helemaal was afgesloten, is eveneens van invloed op de uitkomst. Met name voor PTSS-klachten geldt dat deze ook na de behandeling nog verder afnemen, wat als een gunstig doorwerken van de behandeling gezien kan worden (Cloitre, Cohen, Koenen & Han, 2002).

Betekenen deze uitkomsten nu dat de Nederlandse aanpak bij de behandeling van seksueel gewelds-slachtoffers onder de maat is? Inderdaad kan er in de instellingen en bij vrijgevestigde hulpverleners op het gebied van ontwikkeling van specifieke behandelingen en deskundigheid in de toekomst nog veel verbeterd worden. Dat neemt niet weg dat ook relatief kleine behandel-successen voor cliënten met ernstige klachten aanzienlijke winst kunnen betekenen. En vermoedelijk zal er bij een klein deel van de cliënten sprake zijn van ernstige, irreversibele schade door de seksuele mishandeling, die tot blijvende neurologische veranderingen heeft geleid (Teicher, 2000). Leren leven

met de beperkingen is in sommige gevallen mogelijk het maximaal haalbare.

Literatuurlijst

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Baljon, M., Kramers, M., & Verveld, S. (1998). Waar woorden tekort schieten: psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 12, 1212-1221.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Borgesius, E. (1992). *Over leven met seksueel misbruik*. Delft: Eburon.
- Bradley, R.G., & Follingstad, D.R. (2001). Utilizing disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21, 1-32.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Cense, M., & Chew, L. (1999). *Help de hulpverlening: Resultaten van het telefonisch meldpunt over hulp na seksueel geweld*. Utrecht: Transact.
- Chard, K.M., Weaver, T.L., & Resick, P.A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31-52.
- Cloitre, M., Cohen, L., Koenen, K., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- De Savornin-Lohman, P., & van Lonkhuijsen, M. (1996). *Evaluatie VWS-beleid bestrijding seksueel geweld (1991 - 1995)*. Amsterdam: Van Dijk, Van Someren en Partners.
- Draijer, N. (1996). Trauma, persoonlijkheidsstoornissen en andere psychiatrische diagnoses. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 1134-1149.
- Engen van, A., Ensink, B., Höing, M., & Vanwesenbeeck, I. (2002). Effectstudies naar de behandeling van seksueel misbruik in de jeugd. In N. Nicolai (Red.), *Handboek psychotherapie na seksueel geweld*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ensink, B.J. (1994). Psychiatrische klachten na een misbruikverleden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 387-404.
- Ensink, B. (2002). Seksuele trauma's. In N. Nicolai (Red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ensink, B.J., & van Berlo, W. (1999). *Indringende herinneringen. De ontwikkeling van klachten na een verkrachting*. Delft, Eburon.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), Manual*. Minneapolis: National Computer Systems Inc.
- Frenken, J., & van Stolk, B. (1987). *Hulpverleners en incest-slachtoffers, onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Green, A. (1993). Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.
- Hallen, v.d. J., Rijnders, P., & Nicolai, N. (1996). *Hulpverlening door de Riagg aan vrouwen met een seksuele geweldservaring: een oriëntatie*. Goes: Emergis.
- Huijts, G. (1993). *Gezocht: kwaliteit; een onderzoek naar kwaliteitseisen voor de ambulante reguliere hulpverlening aan witte en zwarte/migrantenvrouwen met fysieke en/of seksuele geweldservaringen*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Höing, M. (2000). *Werk in uitvoering: Cliëntgestuurd kwaliteitsonderzoek in de GGZ*. Tilburg: Wetenschapswinkel UvT.
- Höing, M., van Engen, A., Ensink, B., Vennix, P., & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Een inventarisatie en kwaliteitsevaluatie van de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld in de GGZ en de vrouwenopvang*. Delft: Eburon
- Knight, C. (1997). Therapist's affective reactions to working with adult survivors of child sexual abuse: an explanatory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 17-41.
- Koppen, P.J. van (1997). *Hervonden misdrijven: Over aangiftes van seksueel misbruik na therapie*. Leiden: Nederlands Studiecencentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.
- Linden, P. v.d., & Smulders, E. (1998). *Kwaliteitscriteria inzake hulpverlening na seksueel geweld*. Utrecht: Transact.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Mechanic, M.B., & Resick, P.A. (in voorbereiding) *The Personal beliefs and Reactions Scale: Assessing Rape-related cognitions*.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., van Dijck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96, 311-318.

- Roche, D.N., Runtz, M.G., & Hunter, M.A. (1999). Adult attachment: a mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 184 - 207
- Silverman, A, Reinherz, H., & Giaconia, R. (1996). The long term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and neglect, 20*, 709-723.
- Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B., & Niedere, J.L (1996). Het script herschrijven en opnieuw verbeelden: een nieuwe behandeling voor voormalige slachtoffers van seksueel misbruik die aan post-traumatische stress lijden. *Psychotherapie, 2*, 217-237.
- Steketee, M., & Rijkschroeff R. (2000). *De cliënt als toetsers van de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.
- Teicher, M.H. (2000). The neurobiology of child abuse. *Cerebrum, 2*, 50-67.
- Vroege, J. (1993). Riagg-hulp bij seksuele moeilijkheden, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 48*, 247-259.
- Wessel, I., & Merckelbach, H. (1995). Over totale amnesie en pseudoherinneringen. *De Psycholoog, 30*, 102-105.
- Woertman, L., & van Zessen, G. (1997). *Dagbehandeling na seksueel misbruik*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Abstract

Professional help for survivors of sexual violence in the Netherlands: Volume, type, and quality.

As an answer to feminist criticism in the seventies, it has been the policy of the Dutch government during the past 20 years, to improve mental health care for adult survivors of sexual violence, such as child sexual abuse, rape or intimate partner violence. The present (government funded) study provides an overview of the state of mental health care for this group of clients in the Netherlands anno 2000. A cross-sectional survey among 219 managers, representing 60% of all mental health care institutions, 194 randomly selected therapists and 135 self-selected survivors who recently completed therapy was administered to investigate the scope, nature and results of the provided care.

Across all institutions 20 - 30% of the clients (men and women) have a history of sexual violence, which amounts to probably as much as 138.000 victims of sexual violence per year represented in Dutch mental health care. Only 43% of all providers offer specific treatment facilities to this group, and no more than 40% of all therapists in these institutions are trained for treating survivors of sexual violence.

The nature of the treatment provided by therapists varies little by type of institution and even less by the nature of sexual trauma of their clients, indicating that a more generalistic therapeutic approach is common. Most time is spent at establishing a working relationship with the client and coping with trauma-related emotions, such as anger, guilt, shame and grief. In 60% of the therapies the traumatic memories are unravelled at least to some extent.

After treatment, 53% of the clients still suffer from severe symptoms of posttraumatic stress, 32% has symptoms of a severe depression, 56% has more than average psychosomatic complaints, 62% suffer from clinically significant alexithymia and 48% show dissociative symptoms. Outcome-measures correlate more with the quality of client-therapist relationship than with the nature of therapeutic intervention. Since no pre-treatment measurement has taken place strictly no comments can be made on the effect of therapy. Yet these high prevalences of severe psychological distress underscore the need to employ more effective therapeutic strategies and skills, especially in establishing a working relationship. To improve the Dutch mental health care for people with a history of sexual abuse, policy-makers in mental health care have to invest more in facilitating, training and supporting those who treat survivors of sexual violence.