

# **Positieve effecten na trauma: determinanten van posttraumatische groei bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld.**

**Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie**

**Suzanne Brands**



**Universiteit Utrecht**

10 februari 2012

Studentnummer: 3280284

Werkveld: Psychotrauma centrum, Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht

Begeleider Universiteit: Dhr. prof. dr. R. J. Kleber

Begeleidster WKZ: Mw. drs. I. A. E. Bicanic



## Samenvatting

Deze studie onderzoekt positieve effecten na trauma en richt zich op determinanten van posttraumatische groei (PTG) bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld. Onder PTG wordt de positieve verandering verstaan die ervaren wordt als resultaat van het 'worstelen' met een trauma. De verwachte determinanten van PTG waren: leeftijd, posttraumatische stress symptomen, eerdere traumatische gebeurtenissen, sociale steun en sociale steun die mogelijk het effect tussen posttraumatische stress symptomen en PTG vergroot. De onderzoeksgroep bestond uit 49 Nederlandse kinderen en adolescenten (gemiddeld 16.85 jaar,  $SD= 2.54$ ) die eenmalig seksueel geweld hebben meegemaakt en die hiervoor bij het Psychotrauma centrum van het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht zijn behandeld. De cliënten hebben na afronding van behandeling de Posttraumatische Groei Vragenlijst voor Kinderen ingevuld (PTGI-C). Uit de resultaten blijkt dat sociale steun een significant negatief effect heeft op PTG ( $B = -1.68, p < .05$ ). Deze bevinding impliceert dat vriendschappen van belang zijn bij het tot stand komen van PTG en hier zou aandacht aan besteed moeten worden in behandeling. Behandelaren zouden de vrienden van cliënten in ogenschouw moeten nemen en vervolgens kunnen kijken naar hoeveel er daadwerkelijk met vrienden gedeeld wordt om sociale steun en dus posttraumatische groei te kunnen bevorderen bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld.

## Summary

This study examines positive effects after trauma and focuses on determinants of posttraumatic growth (PTG) among victims of one-time sexual violence. PTG refers to positive change experienced as a result of the struggle with trauma. The expected determinants of PTG are: age, posttraumatic stress symptoms, previous life stressors, social support and social support that could possibly enhance the effect between posttraumatic stress symptoms and PTG. A sample of 49 Dutch children and adolescents (mean age 16.85 years,  $SD= 2.54$ ) who experienced one-time sexual violence and who were treated at the Psychotrauma Unit of the Wilhelmina Children's Hospital in Utrecht participated in the study. The clients have filled out the Posttraumatic Growth Inventory for Children (PTGI-C) after finishing treatment. Results showed that only social support, in the form of having less friends, has a negative effect on PTG ( $B = -1.68, p < .05$ ). This finding suggests that friendships are important in the development of PTG and this should be implemented in treatment. Psychologists should take friendships of clients into consideration and look at how much disclosure there is in these friendships in order to promote social support and therefore PTG in victims of one-time sexual violence.

## Voorwoord

Met veel enthousiasme hebben wij ons het afgelopen jaar ingezet voor ons masteronderzoek bij het Landelijk Psychotrauma centrum te Utrecht. Wij wilden graag bijdragen aan onderzoek over posttraumatische groei bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld, omdat daar onzes inziens veel te weinig over geschreven is. Wij hopen dat onze inzichten zullen bijdragen aan betere behandeling en opvang van deze slachtoffers. Graag spreken wij onze dank uit aan een aantal mensen die het mogelijk heeft gemaakt dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Ten eerste willen wij Iva Bicanic bedanken voor haar enthousiaste begeleiding en de kennis en ervaring die wij mochten opdoen. Daarnaast willen wij Eva Alisic bedanken voor het altijd bereikbaar zijn, zelfs vanaf de andere kant van de wereld, voor heldere feedback. Rolf Kleber willen wij graag bedanken voor zijn opmerkingen en constructieve houding ten aanzien van de scriptie, maar vooral voor het vrijlaten en aanmoedigen van ons als 'onderzoekers'. Dit hebben wij als zeer plezierig ervaren. Joran Jongerling met zijn inspirerende kijk op methodologische problemen en zijn grootse inzicht in statistische perikelen heeft ervoor gezorgd dat we steeds met frisse moed verder konden gaan. Ten slotte willen wij Jonas en Truke bedanken voor het luisterende oor en steun achter de schermen en Paul voor zijn uitmuntende speurwerk naar fouten en de laatste kritische blik. Wij hebben hard gewerkt om binnen een halfjaar een mooi product af te leveren. Het eindresultaat ligt nu voor u.

Veel leesplezier,

Suzanne Brands en Luc Brassé

## INHOUD

1. Inleiding	Blz. 5
1.1 Leeftijd – PTG	Blz. 7
1.2 Posttraumatische stress symptomen – PTG	Blz. 8
1.3 Eerdere traumatische gebeurtenissen – PTG	Blz. 8
1.4 Sociale steun – PTG	Blz. 9
1.5 Sociale steun als moderator tussen posttraumatische stress symptomen en PTG	Blz. 9
1.6 Hypotheses	Blz. 10
2. Methoden	Blz. 11
2.1 Participanten	Blz. 11
2.2 Metingen	Blz. 12
2.3 Procedures	Blz. 13
2.4 Datavoorbereiding en analyses	Blz. 14
3. Resultaten	Blz. 16
4. Discussie	Blz. 18
4.1 Tekortkomingen	Blz. 20
4.2 Toekomstig onderzoek	Blz. 21
4.3 Praktische implicaties	Blz. 22
5. Literatuur	Blz. 24

## 1. INLEIDING

In een onderzoek van de Vries en Olf (2009) bleek dat 80.7% van de Nederlandse bevolking op een moment in het leven een traumatische gebeurtenis meemaakt. Deze traumatische gebeurtenissen kunnen korte en lange termijn gevolgen hebben waaronder posttraumatische stress symptomen en posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Hafstad, Kilmer & Gil-Rivas, 2011). PTSS is de meest voorkomende stoornis in de nasleep van trauma (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002).

Tot nog toe zijn vooral de negatieve gevolgen van stressvolle en traumatische gebeurtenissen het onderwerp geweest van onderzoek. Meer recentelijk is er ook aandacht gekomen voor de mogelijke positieve effecten van traumatische ervaringen. Deze bieden een mogelijkheid tot psychologische groei, die niet mogelijk zou zijn zonder de uitdaging die de traumatische gebeurtenis brengt (Tedeschi & Calhoun, 1995, p. 28). Dit is beter bekend als *posttraumatische groei* (PTG): de positieve verandering die ervaren wordt als resultaat van het 'worstelen' met een trauma (Kilmer & Gil-Rivas, 2010). Tedeschi en Calhoun (1995, 2004) zien posttraumatische groei als een proces waarin doelen, gedragingen, overtuigingen en de identiteit van een individu veranderen naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis. Dit daagt iemands bestaande ideeën uit en de emotionele reactie hierop zorgt voor cognitieve verwerkingsstrategieën waarbij een slachtoffer op verschillende manieren, zoals piekeren, de (emotionele) stress die hij of zij ervaart tracht te verlagen. Deze cognitieve manier van traumaverwerking resulteert in complexere schema's en verandert iemands wereldbeeld (Tedeschi & Calhoun, 2004). Dit leidt tot positievere ideeën over het zelf, anderen en de manier van leven. Dit is de kern van het posttraumatische groeiproces.

Een begrip dat verwant is aan posttraumatische groei is *benefit finding*. Waar *benefit finding* vooral draait om het ervaren van positieve gevolgen na trauma, zoals positieve veranderingen in relaties en een grotere waardering voor het leven (Mols, Vingerhoets, Coebergh & van de Poll-Franse, 2009), gaat het bij posttraumatische groei vooral om de mate van succes waarmee mensen omgaan met de nasleep van een trauma en de veranderingen in de ideeën over zichzelf en de wereld (Tedeschi & Calhoun, 1995). Beide concepten overlappen enigszins, maar uit onderzoek is gebleken dat het hier waarschijnlijk om twee verschillende constructen gaat. Sears, Stanton en Danoff-Burg (2003) vonden dat *benefit finding* vooral werd voorspeld door persoonlijke karakteristieken zoals opleiding en

optimisme, terwijl dat bij posttraumatische groei niet het geval was. Posttraumatische groei lijkt daarnaast meer op de lange termijn te werken, en veroorzaakt te worden door het nadenken over en het omgaan met het trauma, terwijl *benefit finding* al vlak na de diagnose kan beginnen (Sears et al., 2003). Posttraumatische groei lijkt niet of minder afhankelijk te zijn van persoonlijke karakteristieken en ontstaat vooral op de lange termijn. Informatie omtrent PTG wordt daarom vergaard om de positieve aanpassingen en ontwikkelingen tijdens de behandeling te kunnen stimuleren (Clay, Knibbs, & Joseph, 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004). Het doel van dit onderzoek is om mogelijke determinanten van posttraumatische groei bij slachtoffers van seksueel geweld tussen de 12 en 24 jaar te vinden.

Seksueel geweld is een type trauma dat veel negatieve consequenties heeft. Zo vonden Rothbaum en Foa (1993) bijvoorbeeld dat 41.7% van de volwassen verkrachtingslachtoffers zes maanden posttrauma nog aan de criteria voor PTSS voldeden, vergeleken met 11.5% van slachtoffers van niet seksuele geweldpleging. Een wat recentere studie bevestigt dit en toont aan dat slachtoffers van seksueel geweld significant hogere niveaus van PTSS rapporteren dan slachtoffers van andere soorten trauma (Hapke, Schumann, Rumpf, John & Meyer, 2006). Volgens Shakespeare-Finch en de Dassel (2009) kan dit verschil verklaard worden doordat seksueel geweld een directe aanval is op de persoonlijke integriteit, en dat het een traumatische gebeurtenis is die intentioneel door een andere persoon wordt veroorzaakt. Deze factoren vind men niet terug bij auto-ongelukken of rouw (Shakespeare-Finch & de Dassel, 2009). Daarnaast is seksueel geweld extra schadelijk bij kinderen, omdat het plaatsvindt gedurende de jaren dat een kind zich nog aan het ontwikkelen is en misschien een aantal cognitieve en psychologische vaardigheden mist om hiermee om te gaan (Shakespeare-Finch & de Dassel, 2009).

Vooralsnog heeft het onderzoek naar PTG zich vooral gericht op volwassenen (Alisic, van der Schoot, Ginkel & Kleber, 2008; Linley & Joseph, 2004), hoewel er ook aanwijzingen zijn dat posttraumatische groei, in enige mate, voorkomt bij kinderen en adolescenten (Grant et al., 2003; Osofsky, 2004; Cryder, Kilmer, Tedeschi & Calhoun, 2006). Onderzoek naar PTG bij kinderen en adolescenten omvat momenteel volgens een recente meta-analyse van Meyerson, Grant, Smith-Carter & Kilmer (2011) 25 studies. Zo bleek uit deze onderzoeken dat posttraumatische groei voorkomt bij kinderen die natuurrampen (Cryder et al., 2006; Kilmer et al., 2009), terrorisme (Laufer & Solomon, 2006), verkeersongelukken (Salter &

Stallard, 2004), kanker (Barakat, Alderfer & Kazak, 2006) en een verscheidenheid aan andere traumatische gebeurtenissen (Alisic et al., 2008; Cryder et al., 2006; Phipps, Long, & Ogden, 2007; Salter & Stallard, 2004) hebben meegemaakt.

Over PTG na seksueel geweld bij kinderen en adolescenten is weinig bekend. Meyerson et al. (2011) maken maar van één onderzoek melding in hun meta-analyse over PTG bij kinderen en adolescenten die seksueel geweld mee hebben gemaakt. Over het ervaren van het seksuele geweld bij deze kinderen worden echter geen specifieke uitspraken gedaan (Ickovics et al., 2006) en daardoor kunnen er moeilijk implicaties voor de bevordering van PTG gedaan worden. In een studie van Cole & Lynn (2010) naar volwassenen rapporteerde 74% van de slachtoffers van seksueel geweld enige vorm van posttraumatische groei. De weinige studies die PTG bij volwassen slachtoffers van seksueel geweld onderzochten vonden dat degenen die PTG rapporteerden het meeste herstel na trauma toonden (Frazier, Conlon & Glaser, 2001). Zoals eerder gemeld is er nog weinig bekend over PTG na seksueel geweld bij kinderen en adolescenten. Met de kennis van factoren die tot PTG leiden, zou PTG gestimuleerd kunnen worden in de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld, hetgeen hun herstel zou kunnen bevorderen. Een aantal mogelijke determinanten van PTG die onderwerp zijn van dit onderzoek, worden hieronder besproken.

### **1.1 Leeftijd – PTG**

Uit de meta-analyse van Meyerson et al. (2011) over PTG bij kinderen en adolescenten blijkt dat de resultaten over de relatie tussen leeftijd en PTG wisselend zijn. Sommige studies vonden een positieve relatie tussen leeftijd en PTG (Barakat et al., 2006; Currier, Hermes & Phipps, 2009; Milam, Ritt-Olsen & Unger, 2004; Phipps et al., 2007), andere vonden een negatieve relatie (Alisic et al., 2008; Kimhi, Eshel, Zysberg & Hantman, 2009ab; Laufer & Solomon, 2006; Yu et al., 2010) en enkele vonden geen relatie (Barakat et al., 2006; Cryder et al., 2006; Hafstad, Gil-Rivas, Kilmer & Raeder, 2010; Hafstad et al., 2011; Kilmer et al., 2009; Kilmer & Gil-Rivas, 2010; Phipps et al., 2007; Wolchik, Cox, Tein, Sandler & Ayers, 2009). Er moet opgemerkt worden dat Barakat et al. (2006) en Phipps et al. (2007) geen significante relatie vonden tussen leeftijd tijdens de datacollectie en PTG, maar leeftijd tijdens het stellen van de kankerdiagnose was wel gerelateerd aan PTG: hoe ouder de jeugd was op het tijdstip van de diagnose, des te meer PTG werd ervaren. Ander onderzoek suggereert dat jongere kinderen een aantal cognitieve en psychologische vaardigheden missen om met trauma om



te gaan, omdat zij nog aan het ontwikkelen zijn (Shakespeare-Finch & de Dassel, 2009). Voor jongere kinderen zou het daarom lastiger zijn om posttraumatische groei te ervaren.

### **1.2 Posttraumatische stress symptomen – PTG**

Onderzoek naar de relatie tussen posttraumatische stress symptomen en PTG heeft herhaaldelijk een positief verband aangetoond bij volwassenen (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Park, Aldwin, Fenster & Snyder, 2008) en kinderen (Alisic et al., 2008). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat groei alleen voorkomt als een traumatische gebeurtenis ernstig genoeg is om mogelijk PTSS te veroorzaken, zodat het slachtoffer gedwongen wordt om te gaan met de gevolgen (Tedeschi, Calhoun & Cann, 2007). Op deze manier dienen de posttraumatische stress symptomen als een stimulans voor PTG door een proces van cognitieve herstructurering te veroorzaken met gevolgen voor bestaande ideeën en overtuigingen over de wereld en het zelf (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, Calhoun & Cann, 2007). Dit zou betekenen dat hoe meer stress symptomen een individu doormaakt en de gevolgen daarvan moet doorstaan en doorwerken, des te meer positieve gevolgen die persoon zal ondervinden en dus meer PTG zal ervaren (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006). Uit onderzoek van Kleim en Ehlers (2009) blijkt echter dat er mogelijk een curvilineaire relatie bestaat tussen posttraumatische stress symptomen en PTG: stress symptomen hebben een positief effect op posttraumatische groei tot bepaalde hoogte. Zodra de stress symptomen een bepaalde mate van ernst hebben bereikt, valt dit effect weg en wordt het zelfs negatief. Kortom, het positieve effect van stress symptomen op PTG neemt af bij zeer ernstige stress symptomen.

### **1.3 Eerdere traumatische gebeurtenissen – PTG**

Het effect van eerdere blootstelling aan traumatische gebeurtenissen op PTG is nauwelijks onderzocht (Udwin, Boyle, Yule, Bolton & O’Ryan, 2000). Vier studies (Hafstad et al., 2011; Laufer, Raz-Hamama, Levine & Solomon, 2009; Laufer & Solomon, 2006; Yaskowich, 2003) vonden enig bewijs voor een positieve relatie tussen eerdere stressvolle levensgebeurtenissen en PTG bij kinderen. Daarnaast vond één studie een negatieve relatie tussen eerdere stressvolle levensgebeurtenissen en PTG. Eerder is het groeiproces na trauma genoemd, waarbij cognitieve verwerking en het worstelen met een traumatische gebeurtenis resulteren in complexere schema’s (Tedeschi & Calhoun, 2004). Het herhaaldelijk doorlopen

van dit groeiproces na trauma zou dit proces van groei kunnen vergemakkelijken en meer PTG tot resultaat kunnen hebben bij volgend trauma.

#### **1.4 Sociale steun – PTG**

Het onderzoek van Cadell, Regehr & Hemsworth (2003) bij volwassenen bevestigt de rol van sociale steun op posttraumatische groei. Bij kinderen en adolescenten zijn de bevindingen over de relatie tussen sociale steun en PTG wisselend. Zo vond Yaskowich (2003) geen significante positieve relatie voor sociale steun van klasgenoten en vrienden op PTG. Yu et al. (2010) vonden echter dat steun van leeftijdsgenoten wel positief geassocieerd was met PTG. Sociale steun is belangrijk voor het verwerken van een traumatische gebeurtenis. Dit blijkt uit het onderzoek van Udwin et al. (2000): overlevenden met minder sociale steun in de nasleep van een ramp hebben meer kans op het ontwikkelen van PTSS die minimaal 2 jaar duurt. Het hebben van sociale steun verkleint niet alleen de kans op negatieve effecten na trauma, maar vergroot ook de kans op positieve effecten. Sociale steun lijkt een positief effect te hebben op PTG, omdat het hebben van ondersteunende anderen het slachtoffer de mogelijkheid geeft om over het trauma te praten en het cognitief te verwerken (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001). Daarnaast lijkt sociale steun er ook voor te zorgen dat slachtoffers een traumatische gebeurtenis als minder bedreigend beschouwen (Bonanno, 2004) en is sociale steun van invloed op de manier waarop slachtoffers een traumatische gebeurtenis verwerken (Senol-Durak & Ayvasik, 2010).

#### **1.5 Het effect van sociale steun op de relatie tussen posttraumatische stress symptomen en PTG**

In de literatuur zijn beschermende factoren onderzocht die de associatie tussen trauma blootstelling en negatieve uitkomsten zouden kunnen modereren. In een review van Grant et al. (2006) is bij de helft van de 32 studies naar sociale steun bewijs gevonden dat het een beschermende functie heeft en varieerde dit effect afhankelijk van het type trauma en de bron van de sociale steun. Ten minste drie studies (Fergusson & Lynskey, 1996; Rubin et al., 1992; Wills, McNamara & Vaccaro, 1995) hebben het modererende effect onderzocht van sociale steun van leeftijdsgenoten bij kinderen en adolescenten. Eén studie vond bewijs voor de beschermende functie (Rubin et al., 1992) en de andere twee studies vonden dat negatieve invloed van leeftijdsgenoten (druggebruik, delinquent gedrag) de relatie tussen

stressoren en symptomen verergerden. Daarnaast zou de steun van vrienden ervoor kunnen zorgen dat de ernst van de ervaren stress symptomen niet dermate groot wordt dat het effect van de curvilineaire relatie tussen stress symptomen en PTG optreedt. Kortom, vrienden zouden als beschermende factor kunnen fungeren, waardoor stress symptomen niet te hoog worden.

### **1.6 Hypotheses**

Dit onderzoek richtte zich op de mogelijke determinanten van posttraumatische groei bij slachtoffers van seksueel geweld tussen de 12 en 24 jaar. Wij hadden de volgende verwachtingen:

1. Leeftijd heeft een positief effect op PTG; hoe ouder een cliënt ten tijde van het seksuele trauma, des te meer PTG ervaren zal worden.
2. Cliënten die meer posttraumatische stress symptomen ervaren na een seksueel trauma zullen ook meer PTG ervaren dan cliënten die minder posttraumatische stress symptomen ervaren.
3. Hoe meer traumatische gebeurtenissen een cliënt heeft ervaren voor het huidige seksuele trauma, des te meer PTG ervaren wordt.
4. Cliënten die meer vrienden hebben zullen meer PTG ervaren na het seksuele trauma.
5. Het hebben van meer vrienden vergroot het effect van posttraumatische stress symptomen op PTG.

## 2. METHODEN

### 2.1 Participanten

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van cliëntgegevens van het landelijk Psychotrauma centrum voor kinderen en jongeren van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) in Utrecht. Het Psychotrauma centrum biedt zorg voor kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar, die een schokkende gebeurtenis hebben meegemaakt, zoals een ernstig ongeval, de plotselinge dood van een dierbare of (getuige zijn van) een geweldsmisdrijf. Ook biedt het centrum ondersteuning en onderwijs aan iedereen die met getraumatiseerde kinderen te maken heeft of kan krijgen, zoals kinder- en jeugdartsen, politie, hulpverleners, leerkrachten en gezinsvoogden. Daarnaast wordt er opvang en behandeling geboden aan (de ouders van) jongeren tot en met 25 jaar na het meemaken van eenmalig seksueel geweld, zoals een aanranding of verkrachting. De gegevens van deze laatste groep zijn voor dit onderzoek gebruikt.

Sinds de oprichting van het centrum in december 2003 is een cliëntenbestand ontstaan met 2989 vooraanmeldingen, consulten en medische dossiers en dit bestand breidt ook nu nog voortdurend uit. Tevens zijn er van alle cliënten testgegevens beschikbaar uit de verschillende vragenlijsten die zijn afgenomen. Cliënten kunnen zichzelf aanmelden of na doorverwijzing bij het Psychotrauma centrum terechtkomen. Ook kunnen ouders hun kind (rechtstreeks) aanmelden. Bij doorverwijzing valt te denken aan eerste- en tweedelijns hulpverleners, zoals kinderartsen, huisartsen, schoolartsen, psychologen, maatschappelijk werkers, politie, medewerkers van Bureau Slachtofferhulp, Bureau Jeugdzorg, GGD-en, crèches, scholen en schoolbegeleidingsdiensten.

Van alle cliënten van het Psychotrauma centrum wordt een voormeting gedaan bij de intake en een nameting na de behandeling, evenals meerdere follow-ups waarbij de vragenlijsten steeds opnieuw worden afgenomen. In 2009 is de Posttraumatische Groei Vragenlijst voor Kinderen (PTGI-C) toegevoegd aan de nameting van de cliënten. Voor dit onderzoek zijn alleen de cliënten geselecteerd, waarbij een PTGI-C is afgenomen: sinds 2009 zijn dat er 49.

De benodigde data voor dit onderzoek zijn verzameld in september en oktober van 2011 en komen uit de medische dossiers en testgegevens. Het gaat om 47 vrouwen en 2 mannen van 12 tot en met 24 jaar. De gemiddelde leeftijd was 16.85 jaar (SD = 2.54 jaren).

De periode tussen het ervaren van seksueel trauma en het zoeken van hulp bij het Psychotrauma centrum bedroeg bij onze steekproef gemiddeld zeven maanden. 85.7% (N = 42) van de cliënten was van Nederlandse afkomst. Zoals eerder genoemd is het Psychotrauma centrum een landelijke instelling en komen cliënten niet alleen uit de provincie Utrecht, maar uit heel Nederland. Daaronder vallen ook cliënten die ten tijde van het seksuele trauma in het buitenland verbleven.

## 2.2 Metingen

**Demografische gegevens.** De medische dossiers en testgegevens van de cliënten verschaften informatie over leeftijd, geslacht en etniciteit. Er is gebruik gemaakt van de leeftijd ten tijde van het trauma.

**Blootstelling aan eerdere traumatische gebeurtenissen.** Tijdens de intake is cliënten gevraagd naar eerdere traumatische gebeurtenissen. Dit betrof een open vraag waarbij elk antwoord van de cliënt genoteerd werd als eerdere traumatische gebeurtenis. Onder meer werden genoemd: overlijden van een dierbaar persoon, eerder seksueel trauma, het meemaken van geweld, ernstige ziektes en (verkeers)ongelukken. De vraag werd gesteld door een gecertificeerde hulpverlener, meestal een medisch psycholoog of maatschappelijk werker. De gegevens werden opgeslagen in de medische dossiers. Het aantal eerdere traumatische gebeurtenissen is voor dit onderzoek gebruikt.

**Sociale steun.** Van de Child Behavior Checklist (CBCL) voor kinderen is ook een Youth Self Report versie beschikbaar (CBCL-YSR). In dit onderzoek is de Nederlandse vertaling gebruikt (Verhulst, van der Ende & Koot, 1996) van de versie uit 2001 van de ASEBA formulieren voor de leeftijdsgroep 11-18 jaar (Achenbach & Rescorla, 2001). De YSR is een vragenlijst waarop jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen. Jongeren kunnen bij elke vraag aangeven hoe goed de vraag bij hen past in de afgelopen zes maanden. De YSR omvat de schalen Activiteiten, Sociaal, Totale Vaardigheden en empirische en DSM-schalen. Om sociale steun te meten is uit de CBCL-YSR de volgende vraag gebruikt: "Hoeveel echte vrienden en/of vriendinnen heb je?". Deze vraag impliceert het verschil tussen bekenden en minder goede vrienden, tegenover vrienden waarmee een hechtere band bestaat die eventueel steun kunnen bieden na een traumatische gebeurtenis. De vraag betrof vier antwoordcategorieën: geen, één, 2 of

3, 4 of meer. Wegens beperkte informatie uit de intakes is deze vraag als meest representatief gekozen om sociale steun van leeftijdsgenoten te meten.

**Posttraumatische stress symptomen.** Cliënten hebben de Nederlandse versie ingevuld van de Children's Responses to Trauma Inventory (Alisic, Eland & Kleber, 2006). Dit is de Schokverwerkingslijst voor Kinderen (SVLK); een vragenlijst van 34 items die de weerslag van een schokkende gebeurtenis inventariseert. Door het meten van de ernst van posttraumatische stress symptomen volgens de richtlijnen van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) kan de SVLK gekoppeld worden aan de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het gaat daarbij steeds om de gevoelens en gedachten gedurende de afgelopen zeven dagen. Men vult de lijst in met betrekking tot een specifieke gebeurtenis, bijvoorbeeld de gebeurtenis die de aanleiding vormde voor de hulpvraag. Iedere vraag wordt op een vijf-punt Likertschaal beantwoord. De vijf antwoordcategorieën krijgen het volgende getal: niet of nooit = 1; bijna niet of nooit = 2; een beetje of soms = 3; nogal of redelijk vaak = 4; heel erg of altijd = 5. In dit onderzoek wordt de totaalscore van de SVLK gebruikt. Bij de SVLK wordt een afkapscore van 91 aanbevolen om de aanwezigheid van PTSS in wetenschappelijk onderzoek te bepalen. De betrouwbaarheid van dit instrument is goed tot uitstekend: de Cronbachs alpha is .92 voor het totale instrument (Alisic & Kleber, 2010). De SVLK is bij 47 van de 49 cliënten afgenomen bij de intake.

**Posttraumatische groei.** De Post Traumatic Growth Inventory for Children (de PTGI-C) (Kilmer et al., 2006) meet posttraumatische groei bij kinderen. Deze vragenlijst is in het Nederlands vertaald door Alisic (2006) en hernoemd tot Posttraumatische Groei Vragenlijst voor Kinderen. Het gaat in deze vragenlijst steeds om hoeveel verandering er is sinds de traumatische gebeurtenis. De vragenlijst bevat tien vragen en iedere vraag wordt op een vier-punt Likertschaal beantwoord. De vier antwoordcategorieën krijgen het volgende getal: geen verandering = 0; een beetje = 1; wat meer = 2; een heleboel = 3. De Posttraumatische Groei Vragenlijst voor Kinderen heeft in dit onderzoek een Cronbachs alpha van .81. De vragenlijst is afgenomen na voltooiing van behandeling bij het Psychotrauma centrum. De totaalscore van de vragenlijst is in dit onderzoek gebruikt.

### **2.3 Procedures**

Alle cliënten zijn tevoren geïnformeerd dat test- en gespreksgegevens gebruikt kunnen worden voor onderzoeksdoeleinden en hebben hiermee ingestemd door een

toestemmingsverklaring in te vullen. Ook de ouders van cliënten onder de 18 jaar hebben een toestemmingsverklaring ingevuld. De gebruikte gegevens van de cliënten zijn geanonimiseerd.

#### **2.4 Data voorbereiding en analyses**

Het onderzoek duurde een half jaar en werd uitgevoerd in het kader van een masteronderzoek voor de Universiteit Utrecht. Bij het WKZ is posttraumatische groei een belangrijk onderwerp van onderzoek. Aangezien de auteurs van dit onderzoek het belang van dit onderwerp onderschreven, gingen zij een samenwerkingsverband aan om determinanten van posttraumatische groei te onderzoeken. Posttraumatische groei is gekozen als afhankelijke variabele. Zoals eerder vermeld is de PTGI-C alleen als nameting toegevoegd in verband met ethische aspecten. Omdat een voormeting van de afhankelijke variabele ontbrak, is gekozen voor een regressieanalyse. Naast de factoren die in de literatuur van belang zijn voor PTG hebben we gekeken naar andere beschikbare data in de medische dossiers en testgegevens van de 49 participanten. In de methodologie zijn vuistregels gemaakt om de kwaliteit van de analyses te waarborgen. Deze zijn ontwikkeld om de kans te vergroten dat een gevonden effect in een steekproef ook daadwerkelijk voorkomt in de populatie. Zo zijn er in een regressieanalyse ongeveer tien à vijftien participanten nodig per te onderzoeken effect. Aangezien er voor dit onderzoek 49 participanten zijn geselecteerd is ervoor gekozen om maximaal vijf effecten te meten. Dit zijn vier onafhankelijke variabelen en één interactie-effect: leeftijd, blootstelling aan eerdere traumatische gebeurtenissen, sociale steun, posttraumatische stress symptomen en sociale steun als moderator tussen PTSS en PTG.

Bij sociale steun is al genoemd dat een vraag is gebruikt waarbij geantwoord is door middel van een vier-punt Likertschaal. In SPSS (versie 16.0) zou dit echter een categorische variabele opgeleverd hebben, wat zou leiden tot drie dummies en dus ook tot meer dan vijf effecten in de regressieanalyse. Omdat dit afbreuk zou doen aan de methodologische kwaliteit zijn in SPSS de onderwaarden per antwoordcategorie gekozen. Op deze manier werd de vier-punt Likertschaal in SPSS omgescoord tot een score van 0, 1, 2, of 4. Hierdoor was dit effect als continue variabele mee te nemen in de analyse. Dit heeft tot gevolg dat bij een significant effect voor sociale steun, de sterkte van dit effect niet precies te bepalen is.

Voor de analyse is gebruik gemaakt van het statistische pakket voor Sociale

Wetenschappen (SPSS versie 16.0). Er is een lineaire regressie uitgevoerd waarbij de vier onafhankelijke variabelen op PTG werden onderzocht en waarbij het interactie-effect tegelijkertijd werd meegenomen in de analyse.



### 3. RESULTATEN

Gemiddelden en standaarddeviaties van dit onderzoek zijn weergegeven in tabel 1. Er is een lineaire regressie uitgevoerd waarbij alle hoofdfactoren en de interactievariabele gelijktijdig werden geanalyseerd om vast te stellen of de variabelen in de analyse posttraumatische groei cross-sectioneel konden vergroten. De gebruikte variabelen waren leeftijd, posttraumatische stress symptomen, eerdere traumatische ervaringen, aantal vrienden en het interactie-effect van sociale steun op de relatie tussen posttraumatische stress symptomen en posttraumatische groei. PTGI-C scores lopen van 0 tot 30 en de scores van cliënten in dit onderzoek varieerden van 2 tot 24. Het gemiddelde was 14.53 (SD = 5.43), wat enige mate van ervaren verandering suggereert. Alisic et al. (2008) vonden een overeenkomende gemiddelde PTGI-C score van 13.0 (SD = 7.6) onder kinderen die blootgesteld waren aan trauma (N = 246). Voor de SVLK score vonden zij echter een veel lagere gemiddelde score van 70.9 (SD = 22.0) dan de SVLK score van 100.32 (SD = 19.2) in dit onderzoek (zie tabel 1). Dit laat zien dat de slachtoffers van eenmalig seksueel geweld in dit onderzoek hoog scoren op posttraumatische stress symptomen. Tevens ligt de SVLK score boven de eerder genoemde afkapscore van 91 om de aanwezigheid van PTSS in wetenschappelijk onderzoek te bepalen.

Tabel 1 *Gemiddelden en standaarddeviaties per onderzochte variabele*

	M	(SD)
Leeftijd	16.04	(2.16)
Aantal vrienden	3.27	(1.11)
Eerdere traumatische gebeurtenissen	1.49	(1.18)
SVLK score	100.32	(19.2)
PTGI-C score	14.53	(5.43)

De F-ratio werd gebruikt om de significantie van het regressiemodel te bepalen. Regressieanalyse gaf aan dat onze variabelen samen 14.5% van de variantie verklaren ( $R = .381$ ,  $R^2 = .145$ ;  $F = 1.29$ ,  $df = 5$ ).

Slachtoffers van seksueel geweld, die ten tijde van het trauma ouder waren, scoorden niet hoger op PTG dan jongere slachtoffers. Het effect van leeftijd op PTG bleek niet

significant ( $B = .31, p > .05$ ). Onze verwachting was dat cliënten die na een seksueel trauma meer posttraumatische stress symptomen hadden ook meer PTG zouden ervaren dan cliënten die minder posttraumatische stress symptomen hadden. Dit werd niet bevestigd ( $B = -.01, p > .05$ ). Daarnaast bleken cliënten die voor het huidige seksuele trauma al eerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt hadden, niet hoger te scoren op PTG ( $B = .75, p = .54, > .05$ ). Sociale steun bleek als enige determinant een positief effect te hebben op PTG. Cliënten die minder vrienden hadden ervoeren meer PTG na seksueel trauma ( $B = -1.68, p < .05$ ). Sociale steun verklaarde 10.8% van de variantie in PTG. Tot slot bleek het interactie-effect niet significant te zijn ( $B = .01, p > .05$ ). Of het hebben van meer vrienden het effect van posttraumatische stress symptomen op PTG vergroot, kan niet worden bevestigd.

In tabel 2 zijn de onderlinge correlaties van leeftijd, sociale steun, eerdere traumatische gebeurtenissen, posttraumatische stress symptomen en het interactie-effect weergegeven evenals de correlaties van deze variabelen op PTG. Alleen sociale steun heeft een significante correlatie van  $r = -0.33$  op PTG, hetgeen een negatief verband tussen aantal echte vrienden en PTG suggereert. Hoe minder echte vrienden een slachtoffer heeft, des te meer PTG hij of zij zal ervaren.

Tabel 2 *Correlaties van de onderzochte variabelen onderling en op PTG*

	PTG	Leeftijd	Posttraumatische stress symptomen	Eerdere traumatische gebeurtenissen	Sociale steun	Interactie
PTG		.073	-.012	.017	-.330*	-.073
Leeftijd	.073		.115	-.115	-.049	-.104
Posttraumatische stress symptomen	-.012	.115		.182	-.033	-.009
Eerdere traumatische gebeurtenissen	.017	-.115	.182		.074	.103
Sociale steun	-.330*	-.049	-.033	.074		.276
Interactie	-.073	-.104	-.009	.103	.276	

\* = significante correlatie

#### 4. DISCUSSIE

In deze studie zijn de mogelijke determinanten van posttraumatische groei bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld tussen de 12 en 24 jaar onderzocht. Onze hypothesen konden voor een groot deel niet bevestigd worden. De determinanten waren: leeftijd, posttraumatische stress symptomen, eerdere traumatische gebeurtenissen, sociale steun en het hebben van meer vrienden die mogelijk het effect van posttraumatische stress symptomen op PTG vergroot. Allereerst staan we stil bij de ambivalentie ten aanzien van het onderzoeken van groei na seksueel geweld. Het is in geen geval de bedoeling om de focus van de negatieve gevolgen van seksueel geweld weg te nemen of om de ernst van het trauma te bagatelliseren of onderschatten. Bovendien is het voorstelbaar dat praten over groei na aanranding of verkrachting tot woede kan leiden bij slachtoffers of hun omgeving. Het zou echter niet goed zijn om de positieve kanten onbelicht te laten. De sterke kanten van een individu en de positieve ontwikkelingen die tijdens de behandeling doorgemaakt kunnen worden zijn van belang om het herstel te bevorderen en op de lange termijn te behouden. Posttraumatische groei bleek immers op de lange termijn te werken (Sears et al., 2003) en slachtoffers die PTG rapporteren, vertonen ook het meeste herstel na trauma (Fazier, Conlon & Glaser, 2001). Om die reden wilde deze studie graag bijdragen aan het bevorderen van PTG bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld.

De eerste hypothese betref het effect van leeftijd op PTG. Er werd verwacht dat hoe ouder een cliënt ten tijde van het seksuele trauma was, des te meer PTG hij of zij zou ervaren. Gezien de gehypothetiseerde rol van cognitieve processen in het posttraumatische groeiproces, is het mogelijk dat kinderen op verschillende leeftijden verschillende niveaus van PTG ervaren (Milam et al., 2004). Voor dit verband werd geen bewijs gevonden in dit onderzoek. Ook toonden resultaten van eerder onderzoek naar de relatie tussen leeftijd en PTG geen verband (o.a. Barakat et al., 2006; Cryder et al., 2006). Het zou kunnen dat leeftijd een minder grote rol speelt bij het ontstaan van posttraumatische groei. Tevens is het mogelijk dat het ontstaan van posttraumatische groei niet afhankelijk is van cognitieve processen die (zich) in de kinderjaren ontwikkelen. Tot slot is het mogelijk dat seksueel geweld een dermate ingrijpende gebeurtenis is die, ongeacht de leeftijd van het slachtoffer, een grote invloed heeft.

Ook de tweede hypothese werd niet bevestigd. Cliënten die meer posttraumatische stress symptomen ervoeren na het seksuele trauma scoorden niet hoger op PTG dan cliënten die minder posttraumatische stress symptomen ervoeren. Eerder onderzoek naar de relatie tussen posttraumatische stress symptomen en PTG heeft wel herhaaldelijk een positief verband aangetoond onder zowel volwassenen (Helgeson et al., 2006; Park et al., 2008) als kinderen (Alisic et al., 2008). Dat zou kunnen betekenen dat de curvilineaire relatie van stress symptomen op PTG in dit onderzoek een rol speelt (Kleim en Ehlers, 2009). Deze auteurs stelden dat het positieve effect van stress symptomen op PTG afneemt bij zeer ernstige stress symptomen. In vergelijking met het onderzoek van Alisic et al. (2008) bleken de slachtoffers van eenmalig seksueel geweld in dit onderzoek inderdaad gemiddeld meer posttraumatische stress symptomen te ervaren, waardoor mogelijk het positieve effect van posttraumatische stress symptomen op PTG is verdwenen.

De derde hypothese stelde dat het meegemaakt hebben van eerdere traumatische gebeurtenissen een positief effect heeft op PTG na het seksuele trauma. Ook dit verband werd niet aangetoond. Het effect van eerdere traumatische gebeurtenissen op PTG na een nieuw trauma is tot dusver weinig onderzocht. De uitkomsten van de aanwezige onderzoeken naar dit onderwerp zijn tegenstrijdig. Het herhaaldelijk meemaken van traumatische gebeurtenissen zou resulteren in complexere schema's door de cognitieve traumaverwerking die leidt tot positievere ideeën over het zelf, anderen en de manier van leven (Tedeschi & Calhoun, 2004). Er werd al gesteld dat het herhaaldelijk doorlopen van dit groeiproces ervoor kan zorgen dat het beleven van een nieuw trauma sneller voor PTG zorgt als deze cognitieve ontwikkeling al eerder is doorlopen. Seksueel geweld wordt gemiddeld als heviger ervaren dan andere typen trauma, doordat seksueel geweld een directe aanval is op de persoonlijke integriteit en omdat het een traumatische gebeurtenis is die intentioneel door een andere persoon wordt veroorzaakt (Shakespeare-Finch & de Dassel, 2009). Daardoor kan het zo zijn dat de veranderde schema's die andere typen trauma's veroorzaakt hebben, geen effect hebben op het verwerken van seksueel geweld.

Sociale steun bleek als enige effect wel significant. Tegen onze verwachtingen in bleek dit een negatief effect te zijn. Dat zou betekenen dat cliënten die meer vrienden hebben, minder PTG zullen ervaren. Dit is tegenspraak met de uitkomsten van eerdere onderzoeken die ofwel een positief effect impliceren (Cadell et al., 2003; Yu et al., 2010; Udwin et al., 2000) of geen enkel effect (Yaskowich, 2003). Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat

het hebben van een klein aantal goede vrienden beter voor de ontwikkeling van PTG is dan het hebben van een groot aantal minder goede vrienden en bekenden. Dit hangt echter af van de interpretatie van de vraag door cliënten. Wellicht heeft ook een bepaalde vorm van sociale wenselijkheid meegespeeld, waardoor ook minder goede vrienden vermeld worden als “echte vrienden”. Daarnaast heerst er een groot taboe op (de onthulling van) seksueel geweld, hetgeen het ontvangen van steun van vrienden kan belemmeren. Bovendien kan het effect verklaard worden door te stellen dat de hoeveelheid echte vrienden niets zegt over hoeveel er daadwerkelijk met die vrienden gedeeld wordt of hoeveel steun er aan die vrienden ontleend wordt in de nasleep van een trauma. Er werd immers al gesteld dat dit een groot onderdeel is van het positieve effect van sociale steun op PTG (Cordova et al., 2001). Daar komt bij dat mensen die slechts één of een paar goede vrienden hebben, waarschijnlijk ook sneller geneigd zullen zijn iets met die vriend(en) te delen. Niet te vergeten is dat bij seksueel geweld in de meeste gevallen bekende daders betrokken zijn (Tjaden & Thoennes, 2006) waardoor het vertrouwen in interpersoonlijke relaties aangetast kan worden. Het is mogelijk dat om die reden vrienden niet meer als veilige bron van steun worden gezien.

Tot slot bleek het interactie-effect evenmin significant. In dit onderzoek hebben vrienden geen aantoonbare werking op de relatie tussen stress symptomen en PTG. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het effect van echte vrienden niet groot genoeg is om de ernst van de posttraumatische stress symptomen in dergelijke mate te verlagen opdat het effect van de curvilineaire relatie niet optreedt en er meer posttraumatische groei ervaren wordt. Ook suggereren Rubin et al. (1992) dat het modererende effect van sociale steun mogelijk verschilt voor jongens en meisjes, waarbij voor jongens vooral steun van leeftijdsgenoten belangrijk is en voor meisjes vooral de steun uit de familiekring.

#### **4.1 Tekortkomingen**

Deze studie heeft gebruik gemaakt van een kleine steekproef met voornamelijk vrouwen. Of de cliënten in dit onderzoek representatief zijn voor slachtoffers van aanranding of verkrachting is lastig te zeggen. In dit onderzoek ligt de focus op eenmalig seksueel geweld, wat zich onderscheidt van langdurig misbruik of herhaaldelijke aanrandingen en verkrachtingen. Het betreft verder uitsluitend cliënten die zelf hulp hebben gezocht of doorverwezen zijn na zichzelf aangemeld te hebben bij huisarts of instantie. Dergelijke

slachtoffers zouden in meerdere opzichten kunnen verschillen van slachtoffers die geen hulp zoeken. Ook het verstrijken van tijd tussen het ervaren van trauma en het zoeken van professionele hulp voor het verwerken ervan zou een effect kunnen hebben op de uitkomsten, en daar is in dit onderzoek niet voor gecontroleerd. Betreffende de determinanten is het de vraag of de operationalisatie van eerdere traumatische gebeurtenissen meet wat er gemeten moet worden. Het is onduidelijk welke van de door de cliënt genoemde gebeurtenissen als traumatisch ervaren zijn, en zo ja, of het daarbij zou moeten gaan om de subjectieve ervaring door de cliënt of om een meer objectievere inschatting van de hevigheid van het betreffende trauma door buitenstaanders. Ook de operationalisatie van sociale steun zou ontoereikend kunnen zijn: er is slechts gebruik gemaakt van een enkele vraag om dit construct te meten en het is onduidelijk hoe cliënten deze vraag naar "echte vrienden" hebben geïnterpreteerd. De overgrote meerderheid van de cliënten beantwoordde de vraag met de hoogste antwoordcategorie: "4 of meer". Het effect zou geheel anders uit kunnen vallen indien er gegevens voorhanden waren over specifieke aantallen vrienden. Het feit dat het een categorische vraag betrof die voor de statistische berekening continu gemaakt moest worden, waardoor enige informatie verloren is gegaan, kan ook een rol hebben gespeeld in de afwijkende uitkomst. Tot slot is van posttraumatische groei alleen een nameting beschikbaar. Het is mogelijk dat de behandeling effecten heeft gehad op posttraumatische groei, die nu verklaard lijken te worden door de onderzochte determinanten. De vraag blijft of cliënten voor het begin van de behandeling ook al PTG ervoeren, in hoeverre deze posttraumatische groei tijdens de behandeling toeneemt, en in hoeverre dit door de behandeling veroorzaakt wordt.

#### **4.2 Toekomstig onderzoek**

Voor toekomstig onderzoek is het interessant om een nameting van PTG toe te voegen die langere tijd na afronding van de behandeling wordt afgenomen. De huidige nameting van PTG wordt aan het eind van de behandeling gedaan. Dit is gemiddeld twee maanden na de intake. De vraag is in hoeverre een cliënt in twee maanden posttraumatische groei kan ondervinden. Een meting na één of meerdere jaren zou wellicht kunnen resulteren in een hogere PTG score en door de verstreken tijd sinds het trauma zouden, bijvoorbeeld, cognitieve vaardigheden beter ontwikkeld kunnen zijn. Ook kan men zich afvragen in hoeverre de Posttraumatische Groei Vragenlijst geschikt is voor slachtoffers van eenmalig

seksueel geweld. Van de tien vragen zijn er twee vragen die met geloof of God te maken hebben, terwijl het overgrote gedeelte van de cliënten aangaf niet gelovig te zijn. Bovendien impliceren de vragen “ik voel me dichter bij andere mensen (vrienden en familie) dan eerst” en “ik heb geleerd hoe aardig en behulpzaam sommige mensen kunnen zijn” een bepaalde mate van intimiteit. Juist na verkrachting spelen intimiteitsproblemen een rol, waardoor deze vraag voor slachtoffers van eenmalig seksueel geweld misschien minder geschikt is. Om methodologische kwaliteit te behouden kon leeftijd in dit onderzoek niet in groepen opgesplitst worden. Het opsplitsen van leeftijd in relevante groepen zou bij toekomstig onderzoek eventueel wel een verband voor leeftijd aan kunnen tonen. Er is immers al gesuggereerd dat het voor jongere kinderen lastiger zou kunnen zijn om PTG te ervaren, omdat zij een aantal cognitieve en psychologische vaardigheden missen om met trauma om te gaan (Shakespeare-Finch & de Dassel, 2009). Bij traumatische gebeurtenissen kan gekeken worden of specifieke eerdere traumatische gebeurtenissen wel een effect hebben. Bijvoorbeeld of eerdere gebeurtenissen die vergelijkbaar zijn met het huidige trauma misschien wel een positief effect hebben. Voor de beschermende rol van sociale steun in de relatie tussen posttraumatische stress symptomen en PTG kan gekeken worden naar de belangrijkste bron van sociale steun op basis van geslacht (Rubin et al., 1992).

### **4.3 Praktische Implicaties**

Dit onderzoek richtte zich op een nog nauwelijks onderzochte populatie. Determinanten die kunnen bijdragen aan posttraumatische groei kunnen essentieel zijn voor sneller en beter herstel na eenmalig seksueel geweld. In de meta-analyse van Meyerson et al. (2011) werd een model gehypothetiseerd over de werking van PTG bij kinderen en adolescenten. In het huidige onderzoek zijn de determinanten leeftijd, sociale processen, blootstelling aan eerdere traumatische gebeurtenissen en posttraumatische stress symptomen bekeken, die ook in het model van Meyerson et al. (2011) werden voorgesteld als zijnde van invloed op PTG. In dit onderzoek kon dit model grotendeels niet bevestigd worden. Alleen de rol van sociale processen die in het model van Meyerson et al. (2011) een directe invloed heeft op PTG werd in de huidige studie bevestigd, echter in een andere richting dan verwacht. Dit betekent echter wel dat sociale processen van invloed zijn op PTG en dat, ongeacht een positieve of negatieve relatie, vriendschappen van belang zijn bij het tot stand komen van PTG. Deze bevinding sluit aan bij het model. Het feit dat de effecten van eerder aangetoonde

determinanten van PTG niet herhaald worden in dit onderzoek betekent niet dat ze geen invloed op PTG kunnen hebben. Het zegt misschien wel iets over de ernst van seksueel trauma of een andere manier van traumaverwerking na seksueel geweld. Resumerend werd in dit onderzoek aangetoond dat sociale steun een belangrijke rol speelt bij het tot stand komen van PTG. Ongeacht of dit een negatief of positief effect betreft, blijken vriendschappen van belang te zijn en zou hier aandacht aan besteed moeten worden in de behandeling. Belangrijk is het bespreekbaar maken van het taboe omtrent seksueel geweld en van mogelijke intimiteitsproblemen. Behandelaren zouden de vrienden van cliënten in ogenschouw moeten nemen en vervolgens kunnen kijken naar hoeveel er daadwerkelijk met vrienden gedeeld wordt om sociale steun en dus posttraumatische groei te kunnen bevorderen bij slachtoffers van eenmalig seksueel geweld.



## 5. LITERATUUR

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Aliscic, E. (2006). Posttraumatische Groei Vragenlijst voor Kinderen – Nederlandse versie. Utrecht: Psychotrauma centrum voor kinderen en jeugd (Universitair Medische Centrum Utrecht).
- Alicic, E., Eland, J., & Kleber, R. J. (2006). Schokverwerkingslijst voor Kinderen herziene versie. Zaltbommel/Utrecht: Instituut voor Psychotrauma in samenwerking met Klinische Psychologie (Universiteit van Utrecht) en Psychotrauma centrum voor kinderen en jeugd (Universitair Medische Centrum Utrecht).
- Aliscic, E., & Kleber, R. J. (2010). Measuring posttraumatic stress reactions in children: A preliminary validation of the Children's Responses to Trauma Inventory. *Journal of Child and Adolescent trauma, 3*, 192-204.
- Aliscic, E., Schoot, T. A. W. van der, Ginkel, J. R. van, & Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 1455-1461.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 413-419.
- Bonanno, G. A. (2008). Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*, 101-113.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*, 279-287.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clay, R., Knibbs, J., & Joseph, S. (2009). Measurement of posttraumatic growth in Young people: A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*, 411-422.

- Cole, A. S., & Lynn, S. J. (2010). Adjustment of sexual assault survivors: hardiness and acceptance coping in posttraumatic growth. *Imagination, Cognition and Personality, 30*, 111-127.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlos, C. R., & Adrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20* (3), 176-185.
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 65-69.
- Currier, J. M., Hermes, S., & Phipps, S. (2009). Children's response to serious illness: Perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 1129-1134.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37* (3), 281-292.
- Frans, O., Rimmo, P., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 291-299.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1048-1055.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin, 129*, 447-466.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campell, A. J., Krochock, K., & Westerholm, R. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 257-283.
- Hafstad, G. S., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Raeder, S. (2010). Parental adjustment, family functioning and posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents following a natural disaster. *The American Journal of Orthopsychiatry, 80*, 248-257.
- Hafstad, G. S., Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2011). Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescent exposed to the 2004 tsunami. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 3*, 130-138.

- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., John, U., & Meyer, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 299-306.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 797-816.
- Ickovics, J. R., Mead, C. S., Kershaw, T. S., Milan, S., Lewis, J. B., & Ethier, K. A. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 841-850.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2006). Posttraumatic Growth Inventory for Children. Charlotte: University of North Carolina.
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2009). Use of The Revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal of Traumatic Stress*, *22* (3), 248-253.
- Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2010). Exploring posttraumatic growth in children impacted by hurricane Katrina: Correlates of the phenomenon and developmental considerations. *Child Development*, *81*, 1211-1227.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., & Hantman, S. (2009a). Getting a life: Gender differences in postwar recovery. *Sex Roles*, *61*, 554-565.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., & Hantman, S. (2009b). Postwar winners and losers in the long run: Determinants of war related stress symptoms and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, *46*, 10-19.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth in post-trauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *22* (1), 45-52.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*, 429-447.

- Laufer, A., Raz-Hamama, Y., Levine, S. Z., & Solomon, Z. (2009). Posttraumatic growth in adolescents: The role of religiosity, distress, and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 862-880.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17* (1), 11-21.
- Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2005). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 7-17.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Smith-Carter, J., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 31*, 949-964.
- Milam, J. E., Ritt-Olsen, A., & Unger, J. B. (2004). Posttraumatic growth among adolescents. *Journal of Adolescent Research, 19*, 192-204.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W., & Poll-Franse, L. V. van de (2009). Well begin, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health, 24* (5), 583-595.
- Osofsky, J. D. (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New York: Guilford Press.
- Park, C. L., Aldwin, C. M. Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11th, 2001, terrorist attacks. *The American Journal of Orthopsychiatry, 78*, 300-312.
- Phipps, S., Long, A. M., & Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 32*, 1264-1271.
- Rothbaum en Foa (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (eds.). *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 25-35). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rubin, C., Rubenstein, J., Stechler, G., Heeren, T., Halton, A., Housman, D., et al. (1992). Depressive affect in "normal" adolescents: Relationship to life stress, family, and friends. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 430-441.

- Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 335-340.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., & Bernardy, N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 887-889.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*, 487-497.
- Senol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17*, 150-158.
- Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2010). Trauma type and posttrauma outcomes: differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and bereavement. *Journal of Loss and Trauma, 15*, 69-82.
- Shakespeare-Finch, J., & Dassel, T. de (2009). The impact of child sexual abuse on victims/survivors: Exploring posttraumatic outcomes as a function of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*, 623-640.
- SPSS inc. SPSS voor Windows, Uitgave 16.0. Chicago, III: SPSS in; 2009.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review, 56*, 396-406.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2006). *Extent, nature, and consequences of rape victimization: Findings from the national violence against women survey*. Washington, DC: Department of justice (US).
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 969-979.

- Verhulst, F. S., Ende, J. van der & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/ Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vrana, S., Lauterbach, B. (1994). Prevalence of traumatic events and posttraumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.
- Vries, G. de, Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22* (4), 259–267.
- Wills, T. A., McNamara, G., Vaccaro, D. (1995). Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: Development of a meditational model. *Health Psychology, 14*, 464-478.
- Wolchik, S. A., Coxe, A., Tein, J. Y., Sandler, I. W., & Ayers, T. S. (2009). Six-year long longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *Journal of Death and Dying, 58*, 107-128.
- Yaskowich, K. M. (2003). Posttraumatic growth in children and adolescents with cancer. Dissertation Abstracts International: *The Sciences and Engineering, 63* (8b), 3948.
- Yu, X., Lau, J. T. F., Zhang, J., Mak, W. W. S., Choi, K. C., Lui, W. W. S. et al. (2010). Posttraumatic growth and reduced suicidal ideation among adolescents at month 1 after the Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders, 123*, 327-313.