

**Samenhangende hulp:
Interventies voor mishandelde kinderen
en hun ouders**

Samenhangende hulp:

***Interventies voor mishandelde kinderen
en hun ouders***

© 2004 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Deze publicatie is te downloaden van de website www.kindermishandeling.info

Auteurs:

M.A. Berger

I.J. ten Berge

E. Geurts

NIZW Jeugd

Expertisecentrum Kindermishandeling

Utrecht, 2004

Inhoud

Inleiding	7
1. Kindermishandeling: een meervoudig probleem	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Definitie en vormen van kindermishandeling.....	9
1.3 Factoren die samenhangen met mishandeling en verwaarlozing	10
1.4 Factoren die samenhangen met seksueel misbruik	17
1.5 Implicaties voor het hulpaanbod	21
2. Hulpaanbod na kindermishandeling in Nederland	25
2.1 Inleiding	25
2.2 Interventies voor kinderen en jeugdigen	26
2.3 Interventies voor niet-mishandelende ouders	27
2.4 Interventies voor plegers van seksueel misbruik.....	28
2.5 Parallelinterventies voor jeugdigen en hun ouders.....	29
2.6 Gezinsgerichte interventies	30
2.7 Samenwerking en afstemming	34
2.8 Conclusie	39
3. Effectief hulpaanbod in de Verenigde Staten	41
3.1 Inleiding	41
3.2 Interventies voor kinderen en jeugdigen	41
3.3 Interventies voor mishandelende en niet-mishandelende ouders	44
3.4 Interventies voor plegers van seksueel misbruik.....	45
3.5 Parallelinterventies voor kinderen en hun ouders	46
3.6 Gezinsgerichte interventies	48
3.7 Samenwerking en afstemming	52
3.9 Conclusie	55
4. Conclusie en mogelijkheden voor versterking van het hulpaanbod	57
4.1 Conclusie	57
4.2 Mogelijkheden voor versterking van het hulpaanbod in Nederland	58
Referenties	63
Bijlage 1 Geraadpleegde experts	69
Bijlage 2 Beschrijving interventies	70
Bijlage 3 Beschrijving samenwerkingsvormen	93

Inleiding

In 2003 verscheen het rapport 'Op weg naar een goed hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders' (Ten Berge, Bruggeman & Vinke, 2003). Dit kwam tot stand op basis van de inzichten en ervaringen van experts uit wetenschap en praktijk rondom hulp na kindermishandeling en bevat een aanzet tot verbeteringen in het hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders.¹ De nadruk ligt daarbij op verbetering van het hulpaanbod voor situaties waarin kindermishandeling in het gezin plaats vindt. De betrokkenen brachten hierin naar voren dat er weinig goed hulpaanbod voor deze doelgroep beschikbaar is. Deze constatering sluit aan bij de conclusies uit het rapport 'Jonge kinderen in de knel', waarin de aanpak van kindermishandeling bij 0- tot 4-jarigen in kaart is gebracht (Baeten, Ten Berge, Geurts & Kooijman, 2001).

Deze publicatie is te beschouwen als een vervolg op 'Op weg naar een goed hulpaanbod...' en levert een bijdrage aan de inhoudelijke versterking van het hulpaanbod. Deze bijdrage is in de eerste plaats gebaseerd op kennis over de problematiek van mishandelde kinderen en hun ouders. Hieruit wordt duidelijk welke problemen en doelen in het hulpaanbod centraal moeten staan. Daarnaast komt de bijdrage voort uit wat we weten over effectieve hulpvormen na kindermishandeling.

Vraagstelling

De volgende vragen staan in dit rapport centraal:

- Wat zijn de specifieke factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van kindermishandeling?
- Welk hulpaanbod na kindermishandeling is in Nederland in beschreven vorm beschikbaar?
- Sluit dit hulpaanbod aan bij de specifieke problematiek rond kindermishandeling?
- Wat kunnen we leren uit het buitenland over effectieve interventies na kindermishandeling?
- Welke mogelijkheden zijn er om het Nederlandse hulpaanbod te versterken?

De antwoorden op deze vragen bieden gedragswetenschappers, managers en beleidsmakers concrete informatie over de problematiek van mishandelde kinderen en hun ouders, het beschreven hulpaanbod dat er in Nederland voor hen beschikbaar is en over mogelijkheden voor verbetering van het eigen hulpaanbod na kindermishandeling.

Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 1 gaan we in op de meervoudige problematiek van mishandelde kinderen en hun ouders en op de consequenties die dit heeft voor het hulpaanbod voor deze doelgroep. Hierna wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de vraag welke hulp in Nederland na kindermishandeling wordt ingezet. Om hier een overzicht van te krijgen hebben we een inventarisatie naar beschreven interventies en samenwerkings

¹ Waar in de tekst gesproken wordt over de ouder(s) of opvoeder(s) wordt (worden) de primaire opvoeder(s) van het kind bedoeld, dat wil zeggen diegene(n) die de opvoeding en verzorging van het kind grotendeels op zich neemt (nemen).

vormen na kindermishandeling uitgevoerd². In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens in op de belangrijkste resultaten van een internationale literatuurverkenning naar effectieve interventies na kindermishandeling. In hoofdstuk 4 trekken we een aantal conclusies en bieden we aanknopingspunten voor versterking van het hulpaanbod in Nederland.

Het project 'Aanpakken in samenhang'

Dit rapport is verschenen in het kader van het project 'Aanpakken in samenhang', dat uitgevoerd wordt door het Expertisecentrum Kindermishandeling van NIZW Jeugd. Het doel van dit project is een bijdrage te leveren aan de versterking van het hulpaanbod na kindermishandeling voor jeugdigen en hun gezinnen. Dit vindt onder meer plaats door het leveren van een methodische bijdrage aan het hulpaanbod na kindermishandeling in enkele RAAK-proefregio's, het leveren van een inhoudelijke bijdrage aan de professionalisering van IPT-ers (Intensieve Pedagogische Thuishulpverleners), het verspreiden van kennis over evidence-based interventies na kindermishandeling en het inventariseren van diagnostische instrumenten die na kindermishandeling kunnen worden ingezet. Meer informatie over dit project is te verkrijgen via het secretariaat van het Expertisecentrum Kindermishandeling (g.koedam@nizw.nl).

² Aan deze inventarisatie is een bijdrage geleverd door Carinda Jansen, tot eind 2003 werkzaam bij NIZW Jeugd.

1. Kindermishandeling: een meervoudig probleem

1.1 Inleiding

Kindermishandeling is een maatschappelijk probleem dat een ernstige bedreiging vormt voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en het opgroeiende kind blijvend kan beschadigen. Het is geen eenvoudig probleem: kindermishandeling kent veel verschillende uitingsvormen en gevolgen en is vrijwel altijd bepaald door meerdere factoren. In dit hoofdstuk gaan we vanuit theoretische inzichten en empirische gegevens in op aard en achtergronden van kindermishandeling en de gevolgen die dit heeft voor betrokkenen.

De indeling is als volgt. In paragraaf 1.2 komen eerst de definitie en uitingsvormen van kindermishandeling aan bod. Vervolgens gaan we in paragraaf 1.3 in op wat uit onderzoek bekend is over factoren die samenhangen met mishandeling en verwaarlozing. Factoren die samenhangen met seksueel misbruik worden in paragraaf 1.4 besproken. In paragraaf 1.5 sluiten we af met de implicaties voor het hulpaanbod.

1.2 Definitie en vormen van kindermishandeling

De Nederlandse overheid heeft in de Wet op de Jeugdzorg de volgende definitie van kindermishandeling vastgelegd: 'Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel'. In dit rapport concentreren wij ons op kindermishandeling binnen het gezin, hetgeen betekent dat de nadruk ligt op kindermishandeling door de ouder(s) of primaire opvoeder(s).

Uit de definitie blijkt dat onder de algemene noemer 'kindermishandeling' uiteenlopende vormen van geweld tegen en verwaarlozing van kinderen vallen. Een veelgebruikte indeling is de volgende:

- lichamelijke (of fysieke) mishandeling
- lichamelijke (of fysieke) verwaarlozing
- psychische (of emotionele) mishandeling
- psychische (of emotionele) verwaarlozing
- seksueel misbruik

Lichamelijke mishandeling betreft situaties waarin een ouder lichamelijk geweld gebruikt tegen het kind, zodanig dat het kind daar lichamelijke of psychische gevolgen van ondervindt of kan ondervinden. Voorbeelden van lichamelijke mishandeling zijn slaan (al dan niet met een voorwerp), schoppen, branden en hardhandig door elkaar schudden.

We spreken van *lichamelijke verwaarlozing* wanneer de ouders niet voorzien in de fysieke basisbehoeften van het kind. Het gaat daarbij zowel om de dagelijkse verzorging, als om bescherming van het kind. Inadequate verzorging blijkt bijvoorbeeld uit het ontbreken van voldoende voedsel, geschikte kleding en basale

hygiëne. Het onthouden van noodzakelijke medische zorg valt hier ook onder. Voorbeelden van tekortschietende bescherming zijn onvoldoende of ongepast toezicht, geen onderdak en een onveilige leefomgeving (bijvoorbeeld door de aanwezigheid van gevaarlijke stoffen).

Psychische mishandeling betreft gedrag en houding van ouders waaruit afwijzing van en vijandigheid naar het kind blijkt. Het kind wordt bijvoorbeeld systematisch gekleineerd, bekritiseerd of uitgescholden. Regels en grenzen worden afgedwongen door verbale machtsuitoefening, zoals schreeuwen en dreigen.

Bij *psychische verwaarlozing* spelen ouders niet in op de basale behoeften van het kind aan warmte, geborgenheid, emotionele steun en stimulering. Psychische verwaarlozing uit zich bijvoorbeeld in het systematisch negeren van het kind, het kind langere tijd alleen laten, geen regels en grenzen stellen en geen betrokkenheid tonen bij het wel en wee van het kind.

Van *seksueel misbruik* is sprake als de ouder het kind betreft bij seksuele activiteiten, met als doel bevrediging van seksuele behoeften en/of financieel gewin voor de ouder zelf. Seksuele activiteiten variëren van bekluren en aanraken tot gedwongen penetratie. Wanneer seksueel misbruik plaatsvindt binnen het gezin, spreken we van incest.

Overigens gaat het vaak om een combinatie van vormen: zo gaan fysiek geweld en verwaarlozing vaak samen (Baartman, 1996) en is bij lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik meestal ook sprake van emotionele mishandeling (Browne, 1988). Geschat wordt dat in 70% van de gevallen sprake is van een combinatie van vormen (Rogosch, Cicchetti, Shields, & Toth, 1995).

Kindermishandeling betreft dus uiteenlopende problematiek. Behalve dat er verschillende uitingvormen bestaan, zijn er ook variaties in onder meer ernst, duur, frequentie, symptomen en gevolgen. Toch zijn er in het algemeen wel factoren aan te wijzen die samenhangen met kindermishandeling. Deze factoren worden hierna besproken. Daarbij gaan we ervan uit dat kindermishandeling beschouwd kan worden als een vorm van ernstige opvoedingsproblematiek. Een uitzondering vormt seksueel misbruik: hoewel ook bij seksueel misbruik sprake is van een ernstig verstoorde relatie tussen ouder en kind en problematische gezinsdynamiek, gaat het om ouderlijk gedrag dat op veel punten afwijkt van de problemen in het opvoedend handelen die bij andere vormen van mishandeling spelen (Rogosch et al., 1995). Factoren die samenhangen met seksueel misbruik bespreken we daarom apart.

1.3 Factoren die samenhangen met mishandeling en verwaarlozing³

In het denken over determinanten van kindermishandeling is de afgelopen decennia een verschuiving opgetreden van unidimensionele benaderingen naar multidimensionele, transactionele modellen (Ten Berge, 1998). De eerste verklaringsmodellen voor kindermishandeling richtten zich bijvoorbeeld op het functioneren van de ouder of op maatschappelijke omstandigheden. Psychopathologie of psychische problemen bij de ouder en een voorgeschiedenis van mishandeling in de eigen jeugd werden als belangrijke oorzakelijke factoren beschouwd. Anderen

³ Deze paragraaf is gebaseerd op overzichten van Cicchetti & Olson (1990), Kolko & Swenson (2002), Macdonald & Winkley (1999) Rogosch et al. (1995) en Ten Berge (1998).

legden de nadruk op maatschappelijke determinanten, zoals armoede, sociale isolatie en culturele normen en standaarden.

Tegenwoordig wordt kindermishandeling gezien als het resultaat van een complexe interactie van risicofactoren op individueel en omgevingsniveau, die onvoldoende gecompenseerd wordt door beschermende factoren.⁴ Twee invloedrijke multidimensionele modellen zijn ontwikkeld door Cicchetti en Rizley (1981) en Belsky (1980, 1984). Deze modellen leren ons:

- dat kindermishandeling het resultaat is van een ingewikkeld samenspel van factoren op het niveau van het kind, de ouder, het gezin en de omgeving;
- dat er daarbij sprake is van een dynamisch proces: kind, ouder en omgeving werken op elkaar in en veranderen onder invloed van hun interactie;
- dat sommige factoren de kans op het ontstaan van kindermishandeling vergroten (de zogenaamde risicofactoren), terwijl andere factoren - bij aanwezigheid van risicofactoren - de kans daarop verkleinen (de zogenaamde beschermende factoren);
- dat sommige risico- en beschermende factoren blijvend of chronisch van aard zijn (bijvoorbeeld ontwikkelingsgeschiedenis van de ouder, handicap van het kind), terwijl andere van voorbijgaande aard zijn (bijvoorbeeld stressvolle omstandigheden of steun van een leerkracht);
- dat de persoon van de opvoeder een belangrijke mediërende factor lijkt te zijn; een schakel tussen stressvolle omstandigheden en het daadwerkelijk overgaan tot kindermishandeling.

Risico- en beschermende factoren worden afgeleid uit empirisch onderzoek bij grote groepen kinderen en ouders. Op groepsniveau vergroten of verkleinen deze factoren de kans op het ontstaan van kindermishandeling. In individuele situaties zijn echter uiteenlopende combinaties van factoren mogelijk. Daarbij is het van belang te weten dat de aanwezigheid van risicofactoren niet automatisch inhoudt dat er ook daadwerkelijk sprake zal zijn van kindermishandeling. Een risicofactor vergroot de kans op mishandeling, maar er is geen sprake van een unieke causale relatie. Dit kan te maken hebben met de aanwezigheid van beschermende factoren. Daarnaast doen zich ook situaties van kindermishandeling voor waarin géén sprake is van de aanwezigheid van uit onderzoek bekende risicofactoren. Dat betekent dat we in individuele situaties altijd zorgvuldig moeten nagaan welke problemen er in die specifieke situatie spelen, welke factoren deze problemen veroorzaken of in stand houden en welke mogelijkheden er zijn om de situatie te verbeteren. Goede diagnostiek is daarvoor een voorwaarde.

Er is dus geen sprake van 'de' risicofactoren die leiden tot kindermishandeling. Wel blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat sommige kenmerken van ouder(s), kind, gezin en omgeving vaak samengaan met kindermishandeling. Meestal is onduidelijk of het daarbij gaat om een oorzakelijk verband, dat wil zeggen of het betreffende kenmerk de oorzaak is van de mishandeling. Met name kindkenmerken kunnen ook betrekking hebben op de gevolgen van mishandeling. Daarom spreken we liever van kenmerken dan van determinanten of risicofactoren. Aangezien er veel overlap bestaat tussen kenmerken bij mishandeling en verwaarlozing, bespreken wij deze

⁴ In de literatuur wordt in plaats van 'risicofactor' ook wel gesproken van 'bedreigende factor' en in plaats van 'beschermende factor' van 'protectieve factor'.

gezamenlijk. Wel noemen we geregeld voorbeelden van verschillen tussen mishandeling en verwaarlozing.

Kenmerken van ouders

Ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen onderscheiden zich van andere ouders op een drietal aspecten: persoonlijk functioneren, opvattingen over kind en opvoeding en ontwikkelingsgeschiedenis. Problemen op deze gebieden doen zich niet bij alle mishandelende of verwaarlozende ouders voor; ook hier is sprake van unieke combinaties van kenmerken bij individuele ouders.

Persoonlijk functioneren

Bij ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen is relatief vaak sprake van psychische of psychiatrische problematiek. Onderzoek wijst uit dat een aanzienlijk deel van deze ouders, in het bijzonder verwaarlozende moeders, symptomen van depressie vertoont. Ook emotionele instabiliteit en een gebrek aan zelfwaardering komen vaak voor. Depressiviteit hangt samen met een vijandige, afwijzende houding naar het kind en met verminderde responsiviteit en betrokkenheid. Ernstige psychiatrische problematiek zoals schizofrenie of psychose, komt absoluut gezien slechts bij een klein deel van de mishandelende ouders voor (naar schatting bij 5 tot 10%, Wolfe, 1987).

Aan de andere kant geldt dat zeker niet alle ouders met een psychiatrische stoornis hun kind mishandelen, hoewel wel vaak sprake is van moeilijkheden in de opvoeding. De mate van de verstoring van het ouderlijk functioneren hangt vooral samen met de ernst en chroniciteit van de stoornis en niet met de aard van de stoornis.

Een tweede probleem dat zich vaak voordoet is verslaving aan alcohol of drugs. Schattingen van verslavingsproblematiek bij verwaarlozende ouders variëren van 30% tot 90%, terwijl bij fysieke mishandeling in ongeveer de helft van de gevallen verslavingsproblematiek speelt (Chaffin, Kelleher, & Hollenberg, 1996; Gaudin, 1995). In vergelijking met ouders die hun kind niet mishandelen, zien we bij ouders die dit wel doen vaker emotionele stress en problemen in het reguleren en uitdrukken van emoties. Zij zijn bijvoorbeeld sneller prikkelbaar, explosief of vijandig. Ook een gebrekkige impulscontrole komt regelmatig voor, en uit zich onder meer agressie en bedreiging.

Tenslotte worden een laag IQ en een jonge leeftijd van de moeder bij de geboorte van het kind in verband gebracht met mishandeling. Zeer jonge moeders zijn mogelijk psychisch nog onvoldoende rijp, wat weer kan leiden tot onrealistische opvattingen en verwachtingen over het opvoeden van kinderen (Belsky & Vondra, 1989). Daarmee komen we bij het volgende cluster van ouderkenmerken.

Opvattingen, percepties en kennis over kind en opvoeding

Mishandelende ouders zijn, meer dan andere ouders, geneigd om het gedrag en karakter van hun kind negatief te interpreteren. Dat wil zeggen dat zij ongewenst gedrag opvatten als opzettelijk (ook wanneer dat gedrag past bij de ontwikkelingsfase van het kind) en het gevoel hebben dat het kind hen expres dwars zit. Daarnaast hebben deze ouders nogal eens onrealistisch hoge verwachtingen van hun kind, mede doordat zij weinig weten over de normale ontwikkeling van kinderen en het hen ontbreekt aan inzicht in de behoeften van hun kind. Overigens constateerde Crittenden (1988) dat sommige verwaarlozende ouders juist heel lage verwachtingen hebben van hun kind.

Als het gaat om algemene opvoedingsvaardigheden, zien we dat mishandelende ouders meer moeite hebben met het stellen van regels en grenzen en met emotionele ondersteuning. Mishandelende ouders maken meer gebruik van niet-effectieve disciplinerings technieken, zoals streng en/of hardhandig straffen en geen tekst en uitleg geven aan het kind. Dit gedrag vloeit deels voort uit de opvatting dat geweld een bruikbaar en acceptabel opvoedingsmiddel is. Bij verwaarlozende ouders ontbreekt het juist vaak aan het - consequent - hanteren van regels en grenzen. In beide gevallen is sprake van een tekort aan positieve disciplinerings technieken: gewenst gedrag benoemen, prijzen en belonen en uitleg geven aan het kind. Vaardigheden en cognities die een rol spelen bij de emotionele ondersteuning van het kind, zijn onder meer het zich kunnen inleven in het kind (empathie) en actief inspelen op diens emotionele behoeften. Mishandelende ouders hebben hier meer moeite mee dan andere ouders. De interactie met hun kind wordt vaker gekenmerkt door gebrekkige aandacht en betrokkenheid en het negeren van signalen van het kind. Overigens is niet alleen een gebrek aan betrokkenheid schadelijk. Ook overbescherming en overbetrokkenheid brengen de ontwikkeling van het kind in gevaar.

Baartman (1996) vat het geheel van verwachtingen, beleving, sensitiviteit en empathie van ouders jegens hun kind samen in de term 'pedagogisch besef'. Aan de hand van uitgebreide empirische onderzoeksgegevens beschrijft hij de verschillen tussen mishandelende en niet-mishandelende ouders, hetgeen resulteert in het volgende groepsbeeld van mishandelende ouders: 'Al met al ontstond er een beeld van ouders, die voor zichzelf veel vergen van hun kinderen, die zich snel door hun kinderen miskend en tekortgedaan voelen, die hun kinderen als lastpakken ervaren en zichzelf als onmachtig en die het schort aan die actieve positieve gezindheid jegens hun kinderen, die nodig is om aan te voelen wat in het belang van een kind is' (p. 67).

Ontwikkelingsgeschiedenis

Ouders die zelf als kind mishandeld zijn, of anderszins zijn opgegroeid met negatieve opvoedingservaringen en verstoorde gezinsomstandigheden, lopen een groter risico om hun eigen kind te mishandelen. Naar schatting één derde van deze ouders gaat later zelf over tot kindermishandeling. Terugkijkend, geeft een groot deel van de ouders die hun kind mishandelen of verwaarlozen aan zelf in hun jeugd mishandeld te zijn. Belsky (1984) stelt dat de relatie tussen ontwikkelingsgeschiedenis en kindermishandeling waarschijnlijk gemedieerd wordt door de persoonlijkheid en het psychisch welbevinden van de ouder: nare jeugdervaringen kunnen onder meer leiden tot depressiviteit en weinig zelfwaardering, die op hun beurt de omgang tussen ouder en kind negatief beïnvloeden.

Kenmerken van kinderen

Aangeboren en fysieke kenmerken

Sommige kinderen lopen meer risico mishandeld te worden dan andere kinderen. Ieder kind is anders en individuele kenmerken kunnen ertoe bijdragen dat het ene kind moeilijker op te voeden is dan het andere. Het gaat dan om kinderen die door lichamelijke beperkingen, gedrags- of ontwikkelingsproblemen extra zorg, aandacht en geduld van ouders vragen. Kenmerken die in dit verband worden genoemd zijn:

- prematuriteit
- een laag geboortegewicht

- een lichamelijke of verstandelijke handicap
- een moeilijk temperament
- vaak ziek zijn.

Het opvoeden van deze kinderen leidt waarschijnlijk tot meer stress en/of gevoelens van incompetentie bij de ouders. Daarnaast is het mogelijk dat ouders teleurgesteld zijn omdat hun kind niet voldoet aan hun verwachtingen. Ook ongewenste kinderen lopen een groter risico om afgewezen of mishandeld te worden.

Leeftijd

De kans om slachtoffer te worden van kindermishandeling hangt samen met de leeftijd van het kind. Jonge kinderen zijn fysiek en emotioneel nog erg afhankelijk van hun opvoeders en gezinsomgeving en daarmee extra kwetsbaar voor mishandeling en verwaarlozing.⁵ Zij brengen daarnaast het grootste deel van de tijd bij de primaire opvoeder door. Wanneer een kind ouder wordt en naar een kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of school gaat, wordt het minder afhankelijk van de ouders.

Gedrags- en ontwikkelingsproblemen

Bij mishandelde kinderen doen zich vaak gedrags- en ontwikkelingsproblemen voor. Deze problemen kunnen zowel een oorzaak, als een gevolg van mishandeling zijn. Kinderen die problematisch gedrag vertonen, doen een groot beroep op de opvoedingskwaliteiten en inspanningen van ouders en vormen daarmee een bron van stress. Aan de andere kant kan kindermishandeling deze problemen ook tot gevolg hebben. Het is ook voorstelbaar dat kind- en opvoedingsproblematiek elkaar in de loop der tijd versterken.

Het is niet zo dat alle mishandelde kinderen dezelfde problemen vertonen; er bestaat een grote variëteit aan problemen. In de literatuur vinden we verschillende indelingen. Een veelgebruikt onderscheid is dat tussen externaliserende en internaliserende gedragsproblemen:

- *Externaliserende gedragsproblemen:* Kinderen die mishandeld zijn vertonen vaker dan andere kinderen agressief en antisociaal gedrag. Ze luisteren bijvoorbeeld slecht en gedragen zich boos, opstandig of agressief naar ouders, leerkrachten en leeftijdgenoten. Andere problemen die vaak voorkomen zijn (zelf)destructief gedrag, het overtreden van regels, delinquentie en middelenmisbruik. Dergelijke problemen kunnen de vorm aannemen van psychiatrische stoornissen zoals bijvoorbeeld een Conduct Disorder (CD) of een Oppositional Defiant Disorder (ODD).
- *Internaliserende gedragsproblemen:* Bij mishandelde kinderen kan ook sprake zijn van depressief, angstig en teruggetrokken gedrag. Het zijn kinderen met een lage zelfwaardering, die veel piekeren en zich nerveus of verlegen gedragen. Ook kunnen zij last hebben van psychosomatische klachten, zoals hoofdpijn en buikpijn. Bij sommige kinderen is sprake van een (langdurige) posttraumatische stoornis (Post Traumatische Stress Stoornis - PTSS).

Onderzoek dat zich richt op de ontwikkeling van mishandelde kinderen laat zien dat deze kinderen op veel ontwikkelingsgebieden problemen kunnen krijgen. Kindermishandeling blijkt vaak samen te gaan met problemen in de sociaal-

⁵ Een specifieke leeftijdsgrens is niet te geven. Meestal wordt een leeftijdsgrens van 5 à 6 jaar aangehouden.

emotionele en cognitieve ontwikkeling. Mishandelde kinderen hebben bijvoorbeeld moeite met het differentiëren en reguleren van emoties en zijn vaker dan andere kinderen onveilig gehecht. In de contacten met leeftijdgenootjes valt op dat deze kinderen sociaal minder competent zijn. Zij gaan interacties uit de weg of gedragen zich juist vijandig en agressief naar anderen. Het problematische gedrag van deze kinderen leidt vaak tot afwijzing door de groep en toenemende isolatie van het kind. Op cognitief vlak vertonen mishandelde kinderen onder meer achterstanden op het gebied van taalverwerving, leesvaardigheid, verbale expressie en begrips- en abstractievermogen. Vaak is sprake van een opeenvolging van problemen: problemen in eerdere ontwikkelingsfasen bemoeilijken het leren beheersen van volgende ontwikkelingstaken. Op de lange termijn kan dit zelfs leiden tot psychische problemen en psychopathologie in de volwassenheid.

Bovengenoemde problemen zijn niet specifiek voor kindermishandeling. Dat wil zeggen dat ook niet-mishandelde kinderen uit andere risicogroepen dergelijke problemen kunnen vertonen. Tenslotte zijn er aanwijzingen uit onderzoek dat verwaarlozing ernstiger gevolgen heeft dan mishandeling. Gaudin (1995) geeft aan dat 40% van de dodelijke gevallen van kindermishandeling in de Verenigde Staten het gevolg is van verwaarlozing. Hij noemt verwaarlozing 'the most damaging form of maltreatment' (p. 18). Ook Baartman (1996, p. 94) haalt onderzoek aan waaruit naar voren komt dat verwaarloosde kinderen meer en ernstiger problemen ervaren dan fysiek mishandelde kinderen.

Lichamelijke gevolgen van kindermishandeling

Kindermishandeling kan ook leiden tot lichamelijke problemen. Symptomen hiervan zijn blauwe plekken, botbreuken en brandwonden. Ook groeiachterstand en problemen in de motorische ontwikkeling kunnen zich voordoen, met name bij verwaarloosde kinderen.

Uit recent onderzoek komen sterke aanwijzingen naar voren dat kindermishandeling de ontwikkeling van de hersenen en het centraal zenuwstelsel in de eerste levensjaren negatief beïnvloedt. Hierdoor kunnen cognitieve, sociaal-emotionele en gedragsmatige stoornissen ontstaan. De gevonden afwijkingen zijn prominenter naarmate het kind jonger is en de traumatische ervaringen waaraan het blootstaat ernstiger zijn en een chronisch karakter hebben (Perry, 2001).

Kenmerken van gezinnen

Gezinsklimaat

Als het gaat om de interacties tussen de gezinsleden, valt op dat deze in gezinnen waarin kindermishandeling speelt nogal eens negatief en dwingend van aard zijn. Er heerst een sfeer van kritiek, vijandigheid en beschuldigingen. Met name bij fysieke kindermishandeling is geweld kenmerkend voor de manier waarop gezinsleden met elkaar omgaan. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat in ongeveer de helft van de mishandelende gezinnen ook sprake is van conflicten en geweld in de partnerrelatie (Baeten & Geurts, 2002). Partnerrelaties in mishandelende en verwaarlozende gezinnen worden daarnaast gekenmerkt door instabiliteit en/of veel wisselingen.

Er is vaak sprake van het ontbreken van een dagelijkse structuur en routine. Het huishouden is dikwijls chaotisch en ongeregeld, waardoor alledaagse gebeurtenissen onvoorspelbaar worden. Ook hierbij geldt weer dat zich tussen individuele gezinnen

verschillen voordoen. Extreme ongeregelde en continue crisis komen vooral in verwaarlozende gezinnen voor.

Sociaal-economische omstandigheden: bronnen van stress

Kindermishandeling wordt vaak gekoppeld aan sociaal-economische problematiek. Deels betreft het hier een kenmerk van gezinnen, deels een omgevingsfactor. Problemen als werkloosheid, armoede en slechte huisvesting vormen bronnen van stress die een negatieve invloed hebben op het functioneren van de ouders als persoon en als opvoeder. Buitenlands onderzoek laat zien dat armoede een grotere rol speelt bij verwaarlozing dan bij fysieke mishandeling (Berry, 2002; Gaudin, 1995). Een belangrijk kenmerk van mishandelende en verwaarlozende gezinnen is het ontbreken van praktische en emotionele steun uit het sociaal netwerk. Niet alleen hebben de gezinsleden feitelijk minder contacten, zij beleven deze contacten ook niet als ondersteunend of staan daar wantrouwend tegenover. Sociaal isolement, dat wil zeggen het ontbreken van een ondersteunend netwerk, is karakteristiek voor verwaarlozende ouders. Ouders die hun kind fysiek mishandelen beschikken soms wel over een sociaal netwerk, maar de contacten daarmee zijn dermate conflictueus dat ouders deze niet als ondersteunend ervaren.

Gezinssamenstelling

Alleenstaand ouderschap en gezinsgrootte lijken samen te hangen met kindermishandeling, hoewel de aard van de relatie niet eenduidig is. Er bestaat bijvoorbeeld ook een relatie tussen alleenstaand ouderschap enerzijds en armoede en relatieproblematiek anderzijds, waardoor niet duidelijk is welke factoren nu daadwerkelijk bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van kindermishandeling. Wel ligt het voor de hand dat alleenstaand ouderschap en een groot gezin voor de ouder een bron van stress vormen en daarmee het functioneren als opvoeder beïnvloeden.

Kenmerken van de omgeving

Maatschappelijke context

Gezinnen waarin mishandeling plaatsvindt, wonen relatief vaak in buurten die gekenmerkt worden door sociale desorganisatie, criminaliteit, drugsproblematiek, armoede en achterstand. Deze stressverhogende factoren kunnen het ontstaan of voortbestaan van kindermishandeling bevorderen.

Sociaal-culturele context

De sociaal-culturele context van het gezin heeft invloed op de grenzen die aan het gedrag van ouders worden gesteld. Naarmate geweld in een samenleving meer getolereerd wordt, neemt bijvoorbeeld het vóórkomen van fysieke mishandeling toe. Tussen maatschappelijke groeperingen kunnen zich op basis van etnisch-culturele, religieuze of sociale achtergrond verschillen voordoen in opvattingen over acceptabel opvoedingsgedrag. Overigens bepaalt de sociaal-culturele context daarmee ook wanneer gedrag van ouders als kindermishandeling wordt betiteld, namelijk wanneer ouders bepaalde maatschappelijke normen of waarden overtreden.

Beschermende factoren

De afgelopen jaren is er in de onderzoeksliteratuur steeds meer aandacht gekomen voor de factoren die (mogelijk) bescherming bieden tegen de nadelige effecten van bedreigende factoren bij het kind, diens opvoeders en de gezinsomgeving. Van een beschermende factor is sprake wanneer uit empirisch onderzoek blijkt dat, bij aanwezigheid van risicofactoren, deze factor de kans op het ontstaan van kindermishandeling of problemen bij het kind verkleint.

Aanwijzingen voor factoren die bescherming bieden tegen het daadwerkelijk mishandelen van hun kind, vinden we in onderzoek naar de intergenerationale overdracht van kindermishandeling. Dergelijk onderzoek toont aan dat tweederde van de ouders die als kind mishandeld zijn, niet zelf overgaat tot mishandeling. Beschermende factoren die hierbij een rol spelen zijn het hebben van een harmonieuze relatie met een ondersteunende partner, het bewust zijn van de eigen jeugdervaringen en de invloed daarvan op het eigen handelen als opvoeder. In het algemeen geldt dat praktische en emotionele steun vanuit het sociale netwerk een belangrijke beschermende factor is, zowel voor ouders, als voor kinderen. Juist in stressvolle omstandigheden kan sociale steun een grote invloed hebben op de wijze waarop ouders en kinderen met deze omstandigheden omgaan.

Het is duidelijk dat kindermishandeling een belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van kinderen en tot uiteenlopende problematiek kan leiden. Niettemin lijken sommige mishandelde kinderen zonder al te veel problemen op te groeien (Ten Berge, 1998; McGloin & Widom, 2001). Het onderzoek naar factoren die bescherming bieden tegen de gevolgen van kindermishandeling, staat echter nog in de kinderschoenen en de onderzoeksresultaten spreken elkaar soms tegen. Mogelijk beschermende factoren zijn zelfwaardering, ego-veerkracht, bovengemiddelde intelligentie en goede interpersoonlijke vaardigheden (sociale competentie).

1.4 Factoren die samenhangen met seksueel misbruik⁶

De ecologische modellen die de afgelopen decennia zijn ontwikkeld om het ontstaan en de gevolgen van kindermishandeling beter te begrijpen, zijn vooral gericht op fysieke en psychische mishandeling en verwaarlozing. Deze modellen worden zelden toegepast voor seksueel misbruik. Verklaringsmodellen voor seksueel misbruik zijn, meer dan voor andere vormen van kindermishandeling, gericht op de vraag hoe plegers ertoe komen een kind te misbruiken. Een veelgebruikt model in dit verband is het model van Finkelhor (1984, in Macdonald & Winkley, 1999⁷). Finkelhor maakt onderscheid tussen de vraag hoe het komt dat sommige volwassenen seksuele belangstelling voor kinderen vertonen (de motivatie van de pleger) en het proces waarin de pleger vervolgens daadwerkelijk overgaat tot misbruik van een kind. Hij onderscheidt vier vereisten voor het plaatsvinden van het misbruik:

⁶ Deze paragraaf is gebaseerd op overzichten van Bal, Bourdeauhuij, & Van Oost (1998), Berliner & Elliot (1996), Deblinger & Heflin (1996), Kendall-Tackett, Meyer Williams & Finkelhor (1993), Leventhal (1998) en Macdonald & Winkley (1999).

⁷ Zie ook Kooijman & Wolzak (2004), Hartman & Burgess (1989).

1. *Motivatie van de pleger*

Drie factoren dragen bij aan de motivatie van de pleger om een kind seksueel te misbruiken. Ten eerste wordt verondersteld dat plegers bevrediging van hun emotionele behoeften vinden in relaties met kinderen. Een tweede factor is dat plegers seksueel opgewonden raken door kinderen. Tenslotte wordt aangenomen dat bij veel plegers sprake is van blokkades in het realiseren van bevredigende emotionele en seksuele relaties met volwassenen.

2. *Overwinnen van innerlijke remmingen*

De eerste drempel die de pleger vervolgens moet overwinnen, betreft innerlijke, sociaal geconditioneerde remmingen. Bijvoorbeeld het besef dat seksueel misbruik van kinderen niet acceptabel is. Bij plegers zien we cognitieve verdraaiingen ('distortions') die de handelingen naar het kind toe rechtvaardigen, waardoor de innerlijke remmingen het misbruik niet kunnen belemmeren.

3. *Overwinnen van externe remmingen*

De volgende drempel heeft te maken met de omstandigheden waarin het misbruik plaatsvindt. Externe factoren als toezicht op het kind binnen het gezin kunnen het misbruik bemoeilijken. Plegers van seksueel misbruik proberen de omstandigheden zo uit te zoeken, dat zij geen belemmeringen vanuit de omgeving ondervinden. Vaak is dit een zorgvuldig en goed voorbereid proces.

4. *Overwinnen van verzet bij het kind*

Tenslotte moet de pleger het kind ervan overtuigen dat het zich niet verzet tegen het misbruik. Hiertoe zal hij proberen een relatie met het kind aan te gaan, het kind omkopen met bijvoorbeeld cadeaus en/of het kind bedreigen. Ook dit kan een langdurig en voorbereid proces zijn.

Evenals bij andere vormen van kindermishandeling, is ook voor seksueel misbruik onderzoek gedaan naar factoren die daarmee samenhangen. De onderzoeksliteratuur is echter minder uitgebreid dan voor mishandeling en verwaarlozing. De meeste bevindingen hebben betrekking op kenmerken van plegers en de gevolgen van seksueel misbruik voor kinderen. Ook zijn er enkele studies waaruit aanwijzingen blijken voor risicofactoren die de kans vergroten dat een kind slachtoffer wordt van seksueel misbruik. Deze factoren lijken van invloed te zijn op de omstandigheden waarin een pleger daadwerkelijk over kan gaan op misbruik. Daarom spreken we hier, in tegenstelling tot factoren die samenhangen met mishandeling en verwaarlozing, wel van risicofactoren. De bevindingen worden hierna samengevat.

Kenmerken van plegers

Evenmin als bij ouders die hun kind misbruiken of verwaarlozen, kunnen we bij seksueel misbruik spreken van 'de' pleger. Plegers verschillen in hun relatie tot het slachtoffer (bijvoorbeeld bekende/onbekende, wel/niet familie), de leeftijd van de slachtoffers die zij uitkiezen en het gebruik van geweld. Plegers zijn vaak van het mannelijk geslacht.

Macdonald en Winkley (1999) geven een overzicht van kenmerken waarop volwassenen die kinderen seksueel misbruiken in het algemeen verschillen van andere

volwassenen.⁸ De belangrijkste conclusie is dat plegers zich onderscheiden van niet-plegers als het gaat om:

- gebrekkige sociale en interpersoonlijke vaardigheden (zoals het in gesprek kunnen gaan met volwassenen) en de perceptie van hun eigen sociale competentie;
- een gebrek aan empathie voor het slachtoffer;
- een patroon van cognitieve verdraaiingen waardoor een seksuele relatie met het kind wordt aangemoedigd of niet tegengehouden. Plegers zeggen bijvoorbeeld dat het kind het zelf wilde en/of fijn vond, dat het gebeurde niet verkeerd is, of dat het de relatie met het kind ten goede komt.
- de afwezigheid van innerlijke en externe remmingen, bijvoorbeeld slechte impulscontrole of gebrekkige socialisatie, en de aanwezigheid van ontremmende factoren, zoals alcoholgebruik.

Hoewel vaak gedacht wordt dat plegers van niet-plegers verschillen als het gaat om persoonlijkheid, gezinsklimaat en voorgeschiedenis, concluderen Macdonald en Winkley dat hiervoor geen overtuigend empirisch bewijs bestaat.⁹ Zij stellen dat er geen aanwijzingen zijn dat plegers zich van niet-plegers onderscheiden op persoonlijkheidskenmerken en psychopathologie. Ook vinden zij geen overtuigend empirisch bewijs dat plegers uit gezinnen komen die gekenmerkt worden door rolverwarring en een gebrek aan heldere (seksuele) grenzen. Tenslotte concluderen zij dat er te weinig empirische steun is voor het idee dat plegers zelf als kind misbruikt zijn, hoewel schattingen aangeven dat dit 30% van de plegers is overkomen. Onderzoek naar biologische verschillen tussen plegers en niet-plegers staat nog in de kinderschoenen en wijst vooralsnog niet in de richting van grote verschillen.

Risicofactoren voor seksueel misbruik

Risicofactoren bij het kind

Alhoewel vrijwel geen enkel kind in staat is om zichzelf te verweren tegen misbruik door een volwassene, lopen sommige kinderen toch meer risico dan anderen om misbruikt te worden. Jonge kinderen en kinderen met een handicap, chronische ziekte of ontwikkelingsachterstand zijn extra kwetsbaar.

Daarnaast is bekend dat meisjes een grotere kans hebben dan jongens om misbruikt te worden, zeker wanneer zij bij een stiefvader wonen (versus de biologische vader). Zowel voor jongens als voor meisjes geldt dat zij meer risico lopen wanneer zij opgroeien bij één biologische ouder.

Risicofactoren bij de niet-plegende ouder(s)

Een tweede categorie risicofactoren heeft betrekking op de kwantiteit en kwaliteit van de zorg van ouders voor hun kinderen. Seksueel misbruik komt vaker voor in gezinnen waarin de moeder - letterlijk of emotioneel - afwezig is. Dit kan bijvoorbeeld zijn door werk buitenshuis of opname in een ziekenhuis. Emotionele afwezigheid kan veroorzaakt worden door verslaving, depressie of ziekte.

Aspecten van de ouderlijke zorg die een risico vormen zijn het ontbreken van een ondersteunende relatie tussen ouder en kind en een tekort aan adequate ouderlijke

⁸ Dit overzicht heeft zowel betrekking op plegers binnen het gezin, als op plegers buiten het gezin.

⁹ Deze conclusies worden ondersteund door Murphy & Smith (1996).

vaardigheden. Seksueel misbruik kan ook samengaan met mishandeling en verwaarlozing.

Risicofactoren in gezin en omgeving

In gezinnen waarin seksueel misbruik speelt, kan het misbruik een van de uitingen zijn van verstoorde gezinsverhoudingen. Vaak spelen in deze gezinnen communicatieproblemen, een tekort aan emotionele betrokkenheid en flexibiliteit en sociale isolatie. Ook geweld tussen de partners doet zich voor. Zowel in geval van misbruik binnen, als buiten het gezin, worden gezinnen gekarakteriseerd als minder samenhangend ('cohesive'), slechter georganiseerd en slechter functionerend. Echter, seksueel misbruik doet zich ook voor in gezinnen die (ogenschijnlijk) goed functioneren. In tegenstelling tot andere vormen van kindermishandeling, zijn er geen aanwijzingen dat sociaal-economische status een rol speelt bij seksueel misbruik. Wel lijken plegers makkelijker interne remmingen los te laten wanneer in een samenleving tolerantie bestaat ten aanzien van seksuele belangstelling voor kinderen, kinderpornografie en afwijkend gedrag bij dronkenschap, een ideologie van voorrechten voor vaders, en misbruik niet streng wordt gestraft (Hartman & Burgess, 1989).

Bij de genoemde factoren zijn twee kanttekeningen op zijn plaats, waardoor de conclusies voorzichtig gehanteerd moeten worden. Allereerst is er slechts zeer beperkt onderzoek gedaan naar risicofactoren voor seksueel misbruik. Ten tweede blijkt de voorspellende waarde van deze risicofactoren niet erg sterk, dat wil zeggen dat zij maar voor een klein deel verklaren in welke situaties seksueel misbruik zich voor zal doen. Het al dan niet vóórkomen van seksueel misbruik is dus van veel meer factoren afhankelijk dan alleen deze risicofactoren.

Gevolgen voor kinderen

Symptomen

Kinderen kunnen op uiteenlopende manieren reageren op het seksueel misbruik. Empirisch onderzoek laat zien dat veel kinderen langdurige en/of ernstige gevolgen ondervinden (bijvoorbeeld psychiatrische problematiek), terwijl er ook kinderen zijn die weinig schade lijken te lijden. De gevolgen die het kind ondervindt, zijn onder meer afhankelijk van de duur en frequentie van het misbruik, de relatie tot de pleger, de mate van seksuele activiteit, leeftijd van het kind, leeftijd en geslacht van de pleger en de mate van geweld en agressie waarmee het misbruik gepaard gaat (Hartman & Burgess, 1989). Ernstiger gevolgen zien we bij langdurig en frequent misbruik, begaan door een gezinslid, met ingrijpende seksuele handelingen (bijvoorbeeld penetratie), begonnen op jonge leeftijd, gepleegd door een oudere, mannelijke pleger, en/of gepaard gaand met veel geweld.

Seksueel misbruikte kinderen vertonen een breed scala aan problemen (Berliner & Elliot, 1996; Kendall-Tackett et al., 1993). Emotionele problemen die veel beschreven worden zijn angst, depressie, weinig zelfwaardering, woede en schaamte. Gedragsproblematiek varieert van teruggetrokken en internaliserend gedrag tot agressiviteit, weglopen, verslaving en crimineel gedrag. In de omgang met leeftijdgenootjes zijn misbruikte kinderen minder competent en ook op school ervaren zij meer (leer)problemen. Tenslotte zien we ook lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, overgeven en problemen rond de genitaliën (zoals verwondingen, seksueel

overdraagbare aandoeningen, etc.). De gevolgen van seksueel misbruik zijn zichtbaar tot in de volwassenheid; ook dan doet zich een grote variëteit aan problemen voor. Opvallend is dat misbruikte kinderen in vergelijking met andere klinische groepen, waaronder ook fysiek mishandelde en verwaarloosde kinderen, twee symptomen beduidend vaker vertonen, namelijk geseksualiseerd gedrag en Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Geseksualiseerd gedrag heeft betrekking op gedragingen als geseksualiseerd spelen met poppen, frequente en openlijke masturbatie, het inbrengen van objecten in vagina of anus en niet bij de leeftijd passende seksuele kennis. PTSS is een psychiatrische diagnose, die gekenmerkt wordt door drie categorieën symptomen (Deblinger & Heflin, 1996):

1. herbeleving van de traumatische ervaring (bijvoorbeeld flashbacks, nachtmerries);
 2. vermijden van stimuli die aan het trauma herinneren en verminderde responsiviteit (bijvoorbeeld verminderde belangstelling voor activiteiten, onthechting en vervreemding van anderen);
 3. symptomen van verhoogde angst of prikkelbaarheid ('arousal') (bijvoorbeeld slaapproblemen, geïrriteerdheid, concentratieproblemen, overdreven schrikreacties).
- Onderzoek laat zien dat PTSS bij 32% tot 48% van de misbruikte kinderen kon worden vastgesteld (Kendall-Tackett et al., 1993; Berliner & Elliott, 1996). Daarnaast vertonen veel misbruikte kinderen aan PTSS verwante symptomen.

Beschermende factoren

Ondanks het grote potentieel aan negatieve gevolgen, lijken sommige kinderen geen nadelige gevolgen te ondervinden van seksueel misbruik. Kendall-Tackett en collega's (1993) noemen zelfs percentages van 21 tot 49 procent. Mogelijke verklaringen daarvoor zoeken zij in onderzoekstechnische problemen (meetinstrumenten, tijdstip van meting), maar ook in de mogelijkheid dat kinderen daadwerkelijk minder getroffen zijn. Hoewel er nog weinig bekend is over beschermende factoren, biedt de onderzoeksliteratuur enkele aanwijzingen voor factoren die een gunstig effect hebben op de gevolgen van seksueel misbruik (ook wel mediërende of modererende factoren genoemd).

Een van de belangrijkste mediërende factoren is de steun die het kind ondervindt van de niet-misbruikende ouder, meestal de moeder, of andere belangrijke volwassenen. De ouder steunt het kind door het te geloven en beschermend op te treden. Een kind dat zich gesteund voelt, laat minder symptomen zien en herstelt sneller dan een kind dat die steun niet ervaart.

In een literatuuroverzicht naar modererende factoren na seksueel trauma bij adolescenten, concluderen Bal en collega's (1998) dat de gevolgen van deze traumatische ervaring verminderd worden door twee soorten variabelen: sociale steun en familiaal functioneren. Naast de steun die het kind van de ouder(s) en buiten het gezin ervaart, blijkt dat een gezinsklimaat dat gekenmerkt wordt door cohesie, een positief probleemoplossend vermogen, flexibiliteit en een duidelijke gezinsorganisatie bijdraagt aan een betere verwerking van het misbruik.

1.5 Implicaties voor het hulpaanbod

Op theoretische en empirische gronden is de conclusie dat het hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders veelomvattend moet zijn. Uit onderzoek blijkt immers dat het gaat om uiteenlopende combinaties van problemen bij de ouders, het

kind, het gezin en de omgeving. Mishandelende ouders worstelen met een opeenstapeling van problemen (zowel in hun persoonlijk functioneren, als in hun functioneren als opvoeder), mishandelde kinderen vertonen een breed scala aan ontwikkelings-, gedrags- en/of gezondheidsproblemen, en materiële of emotionele steun uit de omgeving ontbreekt vaak. Ook in geval van seksueel misbruik spelen diverse problemen op het niveau van de kinderen, ouders en gezinnen. Daarbij geldt dat geen enkele situatie van kindermishandeling hetzelfde is; steeds gaat het om unieke combinaties van problemen en behoeften van kinderen en gezinnen. In deze laatste paragraaf gaan we in op de vraag wat dit betekent voor het hulpaanbod.

Een meervoudig aanbod

Het veelomvattende karakter van de problematiek bij kindermishandeling brengt met zich mee dat een enkelvoudig hulpaanbod weinig kans van slagen heeft. Hulp die zich richt op één aspect, bijvoorbeeld ouderlijke vaardigheden of lastig gedrag van het kind, biedt slechts een deeloplossing (Kolko & Swenson, 2002; Rogosch et al., 1995). Een effectieve aanpak van kindermishandeling is gericht op alle factoren die hieraan bijdragen of er het gevolg van zijn en bestaat uit interventies op verschillende niveaus. In het algemeen betekent dit dat op regionaal niveau een breed hulpaanbod beschikbaar moet zijn, dat tenminste bestaat uit hulpvormen voor het kind, de ouders en het gezin. Vanzelfsprekend maken goede diagnostiek en nazorg onderdeel uit van dit hulpaanbod. Gezien de diverse domeinen waarop problemen zich kunnen voordoen (e.g. psychisch, medisch, financieel), moet de beschikbare hulp voorts multidisciplinair zijn en zich uitstrekken over meer werkvelden (Ten Berge et al., 2003). De volgende hulpvormen moeten in ieder geval beschikbaar zijn.

▪ *Hulp aan kinderen*

In het hulpaanbod aan mishandelde kinderen staan het herstellen van de emotionele en lichamelijke schade, het verwerken van de mishandeling en het bieden van nieuwe ontwikkelingskansen centraal. Naast hulp bij het verminderen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld in de vorm van individuele of groepstherapie), moet er aanbod zijn voor kinderen die lichamelijke gevolgen ondervinden van kindermishandeling. Hiervoor is inzet van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld kindergeneeskunde, fysiotherapie) noodzakelijk. Wanneer de veiligheid van het kind binnen het gezin onvoldoende gegarandeerd kan worden, moet plaatsing in pleegzorg of residentiële zorg tot de mogelijkheden behoren.

Naast hulp aan het mishandelde kind, kan hulp aan andere kinderen in het gezin nodig zijn. Voor deze kinderen moet minimaal hulp beschikbaar zijn die zich richt op het verwerken van de emotionele gevolgen van de mishandeling van hun broertje of zusje.

▪ *Hulp aan ouders*

Mishandelende ouders hebben zowel hulp en steun nodig bij het opvoeden van hun kinderen, als bij het aanpakken van problemen in hun persoonlijk functioneren. Hulp aan ouders als opvoeders is in de eerste plaats gericht op het stoppen van de mishandeling, het versterken van hun pedagogische vaardigheden en het vergroten van inzicht in hun invloed op de situatie en de ontwikkeling van het kind. Hiervoor moeten vormen van individuele en groepsbehandeling beschikbaar zijn. Ook voor de niet-mishandelende ouder moet hulp ingezet kunnen worden, niet alleen bij het

verwerken van het gebeurde, maar ook bij het ondersteunen van het kind en diens ontwikkeling.

Voor problemen op het gebied van het persoonlijk functioneren die een belangrijke stempel drukken op de omgang tussen ouder en kind, zijn interventies gericht op de ouder als persoon nodig. Waar nodig betreft dit hulp bij psychische, psychiatrische en verslavingsproblemen. Ouders die als kind mishandeld zijn, moet hulp worden aangeboden bij het verwerken van deze ervaringen.

- *Hulp aan plegers van seksueel misbruik*

Hulp aan plegers moet in de eerste plaats gericht zijn op het stoppen van het seksueel misbruikgedrag en het voorkomen van herhaling door behandeling van de pleger (Murphy & Smith, 1996; Woelinga et al., 1992). Dadertherapie is hier een voorbeeld van. Belangrijke aandachtspunten in de behandeling zijn de motivatie en innerlijke remmingen van de pleger. De behandeling richt zich onder andere op het verminderen van cognitieve verdraaiingen en het vergroten van sociale competentie en empathie voor het slachtoffer. Ook het nemen en uitspreken van verantwoordelijkheid voor het misbruik is een belangrijk onderdeel van de behandeling. De effectiviteit van de behandeling wordt vergroot wanneer deze ondersteund wordt door betrokkenheid van justitie (strafrechtelijk kader) (Woelinga et al., 1992).

- *Hulp aan het gezin*

Voor het gezin moet in ieder geval aanbod beschikbaar zijn dat gericht is op herstel van de gezinsrelaties en het creëren van een stabiele en veilige leefomgeving voor het kind. Dit kan bijvoorbeeld door middel van hulp in de thuissituatie of gezinstherapie. Daarnaast zal vaak begeleiding van het gezin nodig zijn bij het doorbreken van sociale isolatie en het opzetten van een ondersteunend sociaal netwerk. Voor gezinnen waarin sociaal-economische problemen spelen, zoals nogal eens het geval is bij verwaarlozing, moet ondersteuning gericht op bestrijding van armoede, huisvestingsproblemen, werkloosheid en dergelijke beschikbaar zijn. Tenslotte zal in gezinnen waarin sprake is van relatieproblemen of geweld tussen de partners gewerkt moeten worden aan verbetering van de relatie.

Een dergelijk breed aanbod moet voor alle vormen van kindermishandeling beschikbaar zijn. Tussen de verschillende vormen zijn wel accentverschillen. In geval van mishandeling en verwaarlozing richt de hulp zich op een breed scala aan problemen en risicofactoren in en rond het gezin die in onderlinge samenhang de mishandeling of verwaarlozing veroorzaken en in standhouden. Natuurlijk worden ook de gevolgen voor het kind aangepakt. Bij seksueel misbruik ligt de nadruk meer op hulp aan de pleger en behandeling van de gevolgen voor het kind. Daarnaast wordt vaak begeleiding geboden aan de niet-misbruikende ouder en eventuele andere kinderen in het gezin. Vanzelfsprekend dient het hulpaanbod ook inhoudelijk afgestemd te zijn op de specifieke problematiek.

Samenhang en afstemming

De inzet van verschillende hulpvormen betekent vrijwel altijd dat er meer behandelaars en hulpverleners bij het gezin betrokken zijn. Vaak strekt het aanbod zich uit over verschillende sectoren (bijvoorbeeld jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg) en disciplines (bijvoorbeeld psychologisch, medisch en soms

juridisch). Naast hulp op vrijwillige basis is er vaak sprake van hulp die in een civielrechtelijk - en soms ook strafrechtelijk - kader aan het gezin wordt opgelegd. Een samenhangend en afgestemd hulpaanbod, waarbij sprake is van coördinatie tussen de diverse hulpverleners, is dus van groot belang.

Tenslotte

In dit hoofdstuk hebben we geconcludeerd dat, gezien de aard van de problematiek rond kindermishandeling, een meervoudig en samenhangend hulpaanbod noodzakelijk is. In het volgende hoofdstuk staat de vraag centraal welk hulpaanbod in Nederland in beschreven vorm beschikbaar is, of dit aansluit bij de specifieke problemen van de doelgroep en op welke manier samenhang wordt gebracht in dit aanbod.

2. Hulpaanbod na kindermishandeling in Nederland

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van interventies en samenwerkingsvormen die in Nederland in het kader van hulp na kindermishandeling worden ingezet. Op basis hiervan wordt de vraag beantwoord welk aanbod beschikbaar is en in welke mate dit aansluit bij de specifieke kenmerken van mishandelde kinderen en hun ouders en op welke manier hierin samenwerking wordt gebracht.

Om zicht te krijgen op het hulpaanbod is een inventarisatie gehouden van beschreven, en daarmee overdraagbare, interventies en samenwerkingsvormen. We hebben gezocht in recente Nederlandse literatuur en de resultaten zijn voorgelegd aan een aantal experts (zie bijlage 1). Relevante aanvullingen van hun kant zijn meegenomen. Er wordt vanuit gegaan dat in de praktijk meer hulp na kindermishandeling wordt geboden dan in dit overzicht naar voren komt. Denk bijvoorbeeld aan vormen van therapie die binnen de GGZ worden uitgevoerd. Aangezien het bij deze inventarisatie om modulair beschreven interventies gaat, is dit aanbod hier niet meegenomen.

Algemeen en specifiek aanbod

Bij de inventarisatie hebben we veel algemeen aanbod gevonden: interventies voor opvoedingsondersteuning, sociale vaardigheidstrainingen, gespreksgroepen en dergelijke. Ook bij hulp aan mishandelde kinderen en gezinnen wordt in de praktijk veel gebruik gemaakt van deze algemene hulpvormen, vanuit de veronderstelling dat dit aanbod passend is of misschien bij gebrek aan beter. Bij de keuze van te beschrijven interventies zijn we echter zoveel mogelijk aangesloten bij interventies die zich specifiek richten op de problematiek rond kindermishandeling.

De gegeven voorbeelden zijn met name illustratief bedoeld. Gezien de lastige scheidslijn tussen algemeen en specifiek aanbod was het niet mogelijk echt volledig te zijn. Wel hebben we geprobeerd de meest interessante voorbeelden op te nemen. Verblijfsmodules voor kinderen zijn niet meegenomen. De verblijfsmodules die we in Nederland kennen zijn - voor zover bekend - algemeen en richten zich niet specifiek op hulp na kindermishandeling. Denk bijvoorbeeld aan een therapeutisch gezinshuis. Om deze reden zijn ook geen voorbeelden van residentiële crisisinterventie opgenomen.

Opbouw

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. De interventies aan mishandelde kinderen komen in paragraaf 2.2 aan de orde, waarbij zowel individueel als groepsaanbod wordt besproken. In paragraaf 2.3 staat het parallelaanbod aan kinderen en ouders centraal. In paragraaf 2.4 gaan we in op de hulp aan de niet-mishandelende ouder en in paragraaf 2.5 op het aanbod aan mishandelende ouders (plegers). In paragraaf 2.6 staat het gezinsgerichte aanbod centraal. Paragraaf 2.7 gaat in op een aantal samenwerkingsvormen na kindermishandeling. Paragraaf 2.8. bevat conclusies naar aanleiding van de inventarisatie. De algemene typering die we per paragraaf over de

onderdelen van het hulpaanbod geven, is steeds geïllustreerd met enkele voorbeelden. Waar mogelijk is onderscheid gemaakt tussen hulp na seksueel misbruik en na andere vormen van kindermishandeling. De uitgebreide voorbeelden van de interventies zijn beschreven in bijlage 2. De voorbeelden van samenwerkingsvormen komen in meer detail aan bod in bijlage 3.

2.2 Interventies voor kinderen en jongeren

In hoofdstuk 1 is aangegeven dat de hulp aan mishandelde kinderen zich onder meer dient te richten op het herstellen van de emotionele en lichamelijke schade, het verwerken van de mishandeling, het bieden van nieuwe ontwikkelingskansen en het verminderen van gedrags- en ontwikkelingsproblemen.

In Nederland kennen we veel algemeen aanbod dat zich hierop richt. Er zijn vooral veel uiteenlopende vormen van *sociale vaardigheidstraining*, zowel individueel als groepsgewijs (zie voor een overzicht Berger & Spanjaard, 2001). Het is echter niet bekend is in hoeverre mishandelde kinderen daadwerkelijk aan deze interventies deelnemen. Buiten de trainingen die in het kader van het parallelaanbod voor kinderen ontwikkeld zijn (zie paragraaf 2.3), zijn er geen specifieke trainingen voor mishandelde kinderen gevonden.

Een voorbeeld van een interventie die zich richt op emotionele problemen is *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), die in Nederland wordt toegepast voor kinderen (en volwassenen) die te kampen hebben met posttraumatische stressstoornissen (Ten Broeke & de Jongh, 1999). Deze behandeling bestaat uit slechts twee tot drie sessies en richt zich op het vrijkomen van traumatische herinneringen en het gebruik van positieve cognities en copingstrategieën. In het overzicht van effectieve buitenlandse interventies (zie hoofdstuk 3) komt deze interventie als 'veelbelovend en aanvaardbaar' naar voren.

FIOM's en andere vormen van vrouwenopvang na huiselijk geweld besteden veel aandacht aan de verwerking van de traumatische of stressvolle gebeurtenissen voor de kinderen. Veel aanbod is echter niet beschreven. Een voorbeeld van aanbod binnen de vrouwenopvang is *Spelenderwijs*. Dit programma is ontwikkeld binnen de vrouwenopvang in Dordrecht, is gericht op jonge kinderen die met hun moeders meekomen en bestaat uit spelactiviteiten. Deze activiteiten spelen in op het leren herkennen en uiten van gevoelens, leren omgaan met angsten, vergroten van de weerbaarheid, omgaan met spanningen, reageren op pesten en het bevorderen van communicatie (Riphagen, 2000).

Ook worden in Nederland veel vormen van *creatieve therapie* toegepast. In het algemeen is deze vorm van therapie erop gericht uitdrukking te geven aan problemen wanneer dit met woorden niet of onvoldoende mogelijk is, bijvoorbeeld vanwege de jonge leeftijd van het kind. Dit algemene aanbod wordt regelmatig ingezet bij hulp na kindermishandeling. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een creatieve expressievorm, waarbij een appèl gedaan wordt op onbewuste behoeften, gevoelens en weerstanden. De therapeut gebruikt creatieve middelen en methodieken om deze bewust en hanteerbaar te maken. Drama, muziek en dans zijn voorbeelden van de middelen die de creatieve therapie inzet. Ook kunnen diverse materialen worden gebruikt, zoals hieronder 'zand' binnen de zandspeltherapie.

Zandspeltherapie (Sandplay) (Bradway, 1997)

Sandplay is een creatieve therapievorm waarbij door middel van spel met zand problemen op een symbolische wijze tot uiting komen. De therapie is gericht op het verbeteren van het emotioneel functioneren, de omgang met leeftijdgenoten, de sociale vaardigheden, de schoolsituatie, het gedrag, gezinsrelaties en de basisveiligheid.

Sandplay is bedoeld voor kinderen met gedragsproblemen. Omdat Sandplay een non-verbale therapievorm is, wordt het geschikt geacht voor kinderen die ingrijpende ervaringen niet onder woorden kunnen of willen brengen. Sandplay wordt ook aangeboden aan kinderen die te maken hebben gehad met seksueel misbruik of mishandeling. Door het spel kunnen zij zich uiten zonder iemand te moeten beschuldigen of de loyaliteit naar de ouders geweld aan te doen. Er wordt gewerkt met een zandbak met een collectie menselijke figuren van verschillende culturen, dieren, planten, mineralen, schelpen, bloemen, stenen, huizen, religieuze voorwerpen en figuren, vervoermiddelen, kastelen, gebruiksvoorwerpen, bruggen, etc. De figuren kunnen een positieve of een negatieve associatie oproepen. De therapeut werkt volgens een vastgestelde methode en spreekt de emotionele en zintuiglijke beleving van een kind aan. Tijdens het spel beschermt de therapeut de grenzen van een kind door het bijvoorbeeld te begeleiden bij boosheid of verdriet.

Interventies na seksueel misbruik

Interventies na seksueel misbruik vinden veelal plaats in de vorm van een zelfhulp- of ondersteuningsgroep voor lotgenoten. In die groepen kunnen deelnemers met elkaar praten over wat ze meemaakten als slachtoffer (Meerdink, 1996). Ook op het internet treffen lotgenoten elkaar in chatrooms of op prikborden. Een voorbeeld van een beschreven interventie is de incestverwerkingsgroep.

Incestverwerkingsgroep (Van der Kolk, 1999; Cuijper & Reesink, 1993)

Een incestverwerkingsgroep is een groepsaanbod voor jongeren (meiden) die seksueel misbruikt zijn door een gezins- of familielid of een bekende. De ernst van de problemen verschilt van jarenlang misbruik tot een eenmalige aanranding. De groep biedt de mogelijkheid tot het uitwisselen van ervaringen en het vinden van begrip en ondersteuning. Het doel van de verwerkingsgroep is het verminderen van de posttraumatische stress klachten van slachtoffers van incest. Gedurende vijftien tot twintig bijeenkomsten praat een groep van zes tot acht meisjes over wat hen is overkomen en hoe ze daarmee verder kunnen. Begeleider(s) brengen hierbij structuur aan. In een incestverwerkingsgroep leren de deelnemers woorden te geven aan het seksueel misbruik. Groepsleden leren dat ze veel op elkaar lijken en dat ze door te luisteren naar en te reageren op elkaars ervaringen en gedrag in feite reageren op zichzelf. Door te horen hoe anderen omgaan met hun emoties, slagen veel deelnemers erin om een vorm te vinden om te leren omgaan met hun problemen. Een belangrijke taak van de groep is het verkennen van en oefenen met emoties als afgunst, competitie, assertiviteit en vertrouwen.

2.3 Interventies voor niet-mishandelende ouders

Specifiek aanbod voor niet-mishandelende ouders is, in beschreven vorm, nauwelijks aangetroffen. In enkele gevallen wordt deze hulp parallel geboden aan het aanbod aan kinderen (zie paragraaf 2.5). Een aanbod voor niet-mishandelende ouders dat wel

op zichzelf staat, is het groepsaanbod voor moeders van seksueel misbruikte kinderen. Dit wordt aangeboden door de Fiom.

Groep voor moeders van seksueel misbruikte kinderen (Jonker, & Berkelder, 1989)

Een verwerkingsgroep geeft moeders steun bij het verwerken van het misbruik van hun kind. In een groep kunnen moeders erkenning, herkenning en steun vinden bij lotgenoten. Moeders krijgen inzicht in de gevolgen van het seksueel misbruik en leren hoe ze op een goede manier met de situatie om kunnen gaan. Ook het doorbreken of voorkomen van isolement is één van de doelstellingen van de gespreksgroep. De groep is bedoeld voor moeders wiens zoon(s) of dochter(s) misbruikt zijn door de partner, een ander kind uit het gezin, door een familielid of een bekende van het gezin. Thema's die aan de orde komen hangen sterk samen met de behoefte van de deelnemers. Het programma kent doorgaans drie fasen: een kennismakingsfase, gevolgd door een fase waarin vrouwen werken aan hun persoonlijke doelstellingen en tenslotte een fase waarin de vrouwen de 'balans' opmaken. In deze laatste fase wordt gekeken naar wat de gebeurtenissen hen hebben gekost en naar wat het hen heeft opgeleverd. Bovendien kijken de deelnemers naar hoe zij verder willen met hun leven. Elke bijeenkomst staat in het teken van een thema, zoals de relatie met de pleger, de relatie met de (andere) kinderen, macht en onmacht en seksualiteit. De begeleidsters geven informatie en bieden gevarieerde werkvormen aan, waardoor de gelegenheid ontstaat om ervaringen uit te wisselen en dieper op problemen in te gaan.

2.4 Interventies voor plegers van seksueel misbruik

De behandeling van plegers van seksueel misbruik wordt zowel binnen een juridisch, als binnen een vrijwillig kader gegeven. Daarnaast wordt de behandeling ambulante, vanuit een dagprogramma en intramuraal aangeboden. Er is individuele en groepsgewijze behandeling te onderscheiden (Bullens, 1997). Een voorbeeld van een groepsgewijs programma is het ambulante groepsaanbod voor plegers van seksueel geweld, een cognitief-gedragstherapeutisch programma, aangeboden door De Waag (onderdeel van de Van der Hoevenkliniek) op diverse locaties in de Randstad. Bij De Waag is ook een training voor plegers van huiselijk geweld in ontwikkeling, bestaande uit tien wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur. Beide voorbeelden zijn niet beschreven. Een voorbeeld van een beschreven programma is de individuele behandeling van incestplegers.

Behandeling van incestplegers (Frenken & Van Stolk, 1990)

De behandeling betreft een individueel aanbod aan plegers van incest, met een juridische stok achter de deur ('drang'). De behandeling is erop gericht recidive te voorkomen. Daarnaast is een doel een bijdrage te leveren aan de hulpverlening aan het misbruikte kind, waarbij het nemen van de volle verantwoordelijkheid door de pleger voor het misbruik het belangrijkste element is. Ten slotte wordt ook de verbetering van de onderlinge relaties tussen de gezinsleden nagestreefd, met het oog op het voorkomen van herhaling. De behandeling vindt plaats vanuit een cognitief-gedragstherapeutische aanpak, waarbij de analyse van het delictgedrag en het voorkomen van recidive centraal staan. In de behandeling neemt een aantal thema's een belangrijke plaats in: het door de pleger bagatelliseren van de ernst van het misbruik, het herkennen van risicovolle situaties die voorheen tot misbruik leidden, het leren kennen van rationalisaties van het misbruik, het

leren om zich in te leven in het slachtoffer, het actief op zich nemen van de verantwoordelijkheid van het misbruik ten opzichte van het slachtoffer en het aanbrengen van veranderingen in zijn manier van optreden als vader en echtgenoot. De behandelduur is gemiddeld tussen de één en anderhalf jaar en omvat twintig tot veertig sessies. De recidive blijkt, voor zover te achterhalen, drie jaar na een voltooide behandeling afwezig (Frenken, 1994, in Van der Linden, & Steketee, 1999, p.29).

2.5 Parallelinterventies voor jeugdigen en hun ouders

In Nederland zijn enkele parallelinterventies voor jeugdigen en hun ouders ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is de Horizonmethodiek, gebaseerd op het cognitief-gedragsmatige behandelingsmodel van Deblinger en Heflin (zie hoofdstuk 3). Dit programma wordt ingezet als hulpaanbod voor seksueel misbruikte kinderen en hun niet-misbruikende ouders en is ontwikkeld door het Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC) te Haarlem

Horizonmethodiek (Lamers-Winkelmann, 2000a, 2000b, 2000c)

De Horizonmethodiek is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen in de leeftijd van vier tot en met twaalf jaar die seksueel misbruik hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin en hun niet-misbruikende ouder(s). Het doel van de kindbehandeling is dat het kind de ervaringen van het misbruik emotioneel en cognitief verwerkt. De behandeling van de niet-misbruikende ouder(s) heeft als doel hen in staat te stellen optimaal steun te bieden aan hun kind bij het verwerken van de ervaringen. Daarnaast wordt gewerkt aan het overkomen van de (tijdelijke) opvoedingsonmacht en aan het leren omgaan met de eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van het kind.

Het hulpverleningsaanbod bestaat uit een groepstherapie van 12 tot 15 wekelijkse sessies van één tot anderhalf uur, gericht op een groep van vier tot zes kinderen van ongeveer dezelfde leeftijd. Er wordt gewerkt rond thema's die verband houden met traumatisering in het algemeen (bijvoorbeeld algemene angst, schuld en hulpeloosheid) en de specifieke aspecten van het doorgemaakte trauma, zoals seksuele angsten, angsten voor straf, voor het opnieuw ontmoeten van de pleger, de angst dat het opnieuw zal gebeuren en geheimen. De therapie is abuse focused, dat wil zeggen dat in de therapie het seksueel misbruik meteen ter sprake wordt gebracht om zodoende het taboe dat daar op rust weg te nemen. Uit onderzoek bleek dat deze relatief kortdurende groepstherapie positieve resultaten heeft (Lamers-Winkelmann, 2000a). De kinderen waren na afloop beter in staat hun gevoelens en emoties te uiten, en hun ouders gaven aan dat zij beduidend minder angstig en meer ontspannen waren, minder drift- en huilbuien hadden, opgewekter waren, en dat de nachtmerries waren afgenomen. Ouders noemden ook positieve veranderingen in hun eigen functioneren ten opzichte van de kinderen. Zij vertelden dat zij beter in staat waren hun kind te begrenzen, en te hebben geleerd emoties en gevoelens bij hun kind te herkennen en er adequater op te reageren. Zij voelden zich gesteund door de ouderbegeleiding en gaven aan de 'normale' opvoedingstaken te kunnen hervatten. Uit een evaluatieonderzoek van Bicanic (2002) blijkt dat (gedrags)problemen van seksueel misbruikte kinderen significant verminderden na het volgen van deze behandeling. Seksuele gedragsproblemen, angst, woede en dissociatieve problemen bleken sterk te zijn afgenomen. De verbetering van misbruikspecifieke symptomen is ook 6 maanden na de behandeling nog aanwezig (Bicanic, 2002).

Parallelprogramma's voor hulp aan fysiek mishandelde of verwaarloosde kinderen zijn niet aangetroffen. Wel zijn er enkele interventies gevonden voor kinderen die te maken hebben met huiselijk geweld tussen partners. Aangezien dit ook beschouwd kan worden als een vorm van kindermishandeling en bekend is dat dit vaak samen gaat met andere vormen van kindermishandeling, is dit aanbod in deze inventarisatie opgenomen. Een voorbeeld is het therapieprogramma *Kamil* (Steggink, in voorbereiding). Dit programma is in ontwikkeling bij het Medisch Kleuterdagverblijf Margriet te Leiderdorp, voor jonge kinderen die huiselijk geweld hebben meegemaakt en die zich op het moment van de behandeling in een redelijk veilige situatie bevinden. Bij dit programma wordt gewerkt met het kinderboek *Kamil, de groene kameleon* (Steggink, 2002). Het behandelaanbod bestaat uit groepstherapie voor kinderen (15 wekelijkse sessies) met parallel daaraan een psycho-educatief programma voor de ouders (meestal de moeders) (8 tweewekelijkse bijeenkomsten). Het programma wordt ontwikkeld voor twee doelgroepen: kinderen van 4-7 jaar en kinderen van 8-12 jaar.

Een andere beschreven interventie is het programma *Let op de Kleintjes*, dat getypeerd kan worden als een psycho-educatieve cursus. De cursus is ontwikkeld in het kader van hulp aan kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld tussen partners.

Let op de Kleintjes (De Ruiter, 1999)

Let op de Kleintjes is een psycho-educatieve cursus voor kinderen die getuige zijn (geweest) van huiselijk geweld. Het gaat hierbij om jongens en meisjes van 6 tot 12 jaar, die uit een gezin komen waarin de moeder structureel mishandeld werd door haar partner, en de moeders zelf. Doel van de cursus is het beginnen met de verwerking van de concrete ervaringen die het kind heeft, het verminderen van de gevolgen van de ervaring en het opbouwen van bescherming. Het doel van de moedergroep is het bieden van ondersteuning bij de opvoeding, gericht op de ouderrol. De cursus bestaat uit acht of negen bijeenkomsten van anderhalf uur. Per bijeenkomst wordt een thema behandeld. In de eerste bijeenkomsten komen de vier basisgevoelens (boos, blij, bang, verdrietig) aan de orde. Deze gevoelens worden gerelateerd aan de situatie thuis. Kinderen leren deze gevoelens herkennen en leren wat ze kunnen doen als ze zich bang, boos of verdrietig voelen. In latere bijeenkomsten gaat het over ruzie, geweld thuis en tenslotte over geheim en veiligheid. In de moedergroep, die parallel loopt aan de kindergroep, worden dezelfde thema's behandeld.

Uit een effectmeting blijkt dat de deelnemende kinderen gemiddeld acht potentieel stressvolle en traumatische ervaringen in hun leven hebben meegemaakt. Het percentage kinderen dat bij aanvang van het programma gedrags- en emotionele problemen vertoont, is zeer hoog. Teruggetrokken gedrag, lichamelijke klachten, angstig, depressief of agressief gedrag komt vaak voor. Nadat de kinderen het programma gevolgd hebben, is er sprake van een aantoonbare verbetering in gedrag. Op het gebied van internaliserende problematiek scoort de helft van de kinderen echter nog altijd hoog. Ook vertoont een deel van de kinderen nog posttraumatische stresssymptomen (Scoop, 2003).

2.6 Gezinsgerichte interventies

Er is in Nederland veel gezinsgericht aanbod voorhanden dat ingezet wordt bij hulp na kindermishandeling, veelal als intensieve ambulante hulp in het gezin. In het laatste decennium heeft de hulp aan gezinnen waarbij sprake is van ernstige

opvoedingsproblemen (al dan niet onder de noemer van kindermishandeling) zich meer en meer naar de thuissituatie verplaatst. In eerste instantie vond de hulp veelal plaats in de vorm van Videohometraining, waarbij veel aandacht was voor de interacties tussen ouders en kinderen (Dekker & Biemans, 1994). In de loop der jaren zijn er veel vormen van intensief ambulante hulp in het gezin bijgekomen. In een inventarisatie van Loeffen, Butselaar en Ooms (2003) kwamen er 59 naar voren. Er zijn veel overeenkomsten tussen deze varianten. Over het algemeen is het bieden van ambulante hulp in de thuisomgeving gericht op het vergroten van competenties van gezinsleden, het voorkomen van uithuisplaatsing van kinderen en het creëren van een situatie waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen.

Vrijwel alle vormen van intensief ambulante hulp in het gezin zijn bedoeld voor multi-probleemgezinnen met chronische en complexe problematiek. Er zijn vaak problemen op het gebied van opvoeding en gezag, verslaving of psychiatrie en niet zelden zijn er financiële, sociale of huishoudelijke problemen. Veel vormen van begeleiding in de eigen omgeving kunnen ook worden ingezet bij opvoedingsmoeilijkheden in gezinnen met een (licht verstandelijk) gehandicapt kind.

De intensieve hulpvormen worden vaak pas toegepast wanneer minder intensieve vormen niet in aanmerking komen of niet tot de gewenste resultaten hebben geleid. Er is meestal sprake van een contra-indicatie wanneer de veiligheid van het kind, ondanks de hulp, niet te waarborgen is. Ook wanneer de veiligheid van de hulpverlener niet zeker is of wanneer de problematiek zo ernstig is dat uithuisplaatsing de enige oplossing is, kan dat als gevolg hebben dat er een andere vorm van hulp moet worden gezocht.

In veel gevallen start een hulpverlener in crisisachtige omstandigheden, er kan sprake zijn van een dreigende uithuisplaatsing of anderszins een bedreigende situatie voor de kinderen of het hele gezin. De contactfrequentie wordt flexibel gehanteerd en wordt normaal gesproken langzaam afgebouwd. Bij sommige hulpvormen kan begeleiding in de beginperiode oplopen tot 20 uur per week. De hulp wordt in fasen vormgegeven en start na de aanmelding met het zorgen voor veiligheid en praktische en materiële randvoorwaarden. Daarna vindt een analyse van de hulpvragen en interacties plaats en is er ruimte voor pedagogische en psychologische ondersteuning. Na de werkfase volgt een afrondingsfase. Een belangrijke vorm van therapeutische hulp is het aanleren van sociale en pedagogische vaardigheden. De gezinswerker doet dit door instructie, rollenspel en het geven van voorbeelden. De hulp is gebaseerd op het versterken van positieve krachten, waarbij de mogelijkheden en alle potentiële hulpbronnen van de gezinsleden benut worden (Bakker, Berger et al., 2000). Een bekend voorbeeld is het programma Families First.

Families First (Berger, & Spanjaard, 1996)

Families First is een vorm van intensieve hulpverlening in het gezin aan gezinnen in acute crisissituaties waarbij uithuisplaatsing van een kind dreigt. Na afsluiting van het contact met de gezinswerker van Families First is de crisis idealiter bezworen, is er geen dreigende uithuisplaatsing meer en is passende vervolghulp ingeschakeld.

Het doel is door crisisinterventie de gezinssituatie tot rust te brengen. Daarna wordt er gewerkt aan het vergroten van competenties om de gezinsleden in staat te stellen zelfstandig of met hulp een positieve ontwikkeling in te zetten. De wijze waarop de hulp geboden wordt is gebaseerd op systeemtheoretische, leertheoretische en cognitief-gedragstherapeutische principes.

De hulpverlening start meestal binnen 24 uur na de aanmelding en duurt maximaal vier tot zes weken. De hulp is kortdurend, planmatig en intensief: de gezinsmedewerker is in principe 24 uur per dag bereikbaar en komt bijna dagelijks in het gezin. Na afronding van Families First kan de jeugdige of het gezin middels een zogenaamde 'knipkaart' binnen twaalf maanden nog vijfmaal een beroep doen op hulp.

Uit onderzoek blijkt dat van alle gezinnen die hulp hebben gekregen van Families First 92% van de kinderen die risico liepen uit huis geplaatst te worden, nog thuis wonen. Bij een follow-up na 3 maanden bleek dit percentage gedaald tot 85%, zes maanden later naar 84% en na een jaar naar 76%. Zowel de kinderen als de gezinnen blijken bij afsluiting en follow-up aanzienlijk beter te functioneren dan bij aanmelding. De ouders die deelgenomen hebben aan Families First zijn zeer tevreden over de hulp. Ruim tweederde van de gezinnen zou andere gezinnen de hulp van Families First zeker aanraden (De Kemp, Veerman & Ten Brink, 1998)

In het kielzog van Families First zijn veel andere nieuwe vormen van intensief ambulante hulp in de thuissituatie ontstaan. Bekend is bijvoorbeeld *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling* (IOG). Deze module is bedoeld voor multi-probleemgezinnen waarin sprake is van chronische en complexe problematiek en voor gezinnen met ernstige opvoedings- en gezagsproblemen. De module duurt minimaal 6 weken en maximaal 6 maanden en de hulpverlener komt gemiddeld 4 uur per week in het gezin. De module *Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling* (IPG) is bedoeld voor gezinnen waarbij sprake is van ernstige opvoedingsproblemen in combinatie met psychiatrische problematiek bij kinderen. Deze module duurt minimaal 6 weken, meestal 6 maanden en maximaal 9 maanden en de hulpverlener komt gemiddeld 6 uur per week in het gezin. De module *Laagfrequente Langdurige Orthopedagogische Gezinsbegeleiding* (LLOG) is bedoeld voor gezinnen die, als gevolg van multi-probleemproblematiek bij de ouders, grote moeite hebben verbeteringen op zodanig niveau vast te houden dat ze hun kinderen op kunnen voeden tot volwassenheid. Vaak worden deze modules aangeboden vanuit een Hulp-aan-Huis concept, waarbij sprake is van een intersectorale samenwerking tussen Jeugdhulpverlening, Jeugd-GGZ/Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de LVG-sector (Wijgergangs, 2002). De laatste jaren wordt binnen de intensief ambulante modules steeds meer gewerkt volgens systeemtheoretische concepten, zoals bij het programma *Hulp in Eigen Omgeving* (HEO).

Hulp in eigen omgeving (HEO)

Hulp in eigen omgeving is in Limburg bekend onder de naam 'Jeugdhulp Thuis'. De methodiek is bedoeld voor die gezinnen waarin de situatie zo ernstig is geworden dat kinderen, ouders en/of hulpverleners van mening zijn dat er ingegrepen moet worden. Het belangrijkste doel is het realiseren van hulpverlening als effectief alternatief voor uithuisplaatsing van de kinderen door gezinnen de greep op hun eigen leven terug te geven. De aandacht gaat uit naar alle systemen waar de jongere deel vanuit maakt (multisystemisch werken). Er wordt daarom intensief samengewerkt tussen de voorzieningen die behoren tot de sociale context van de jongere en het gezin. Het creëren van een sociaal vangnet in de eigen omgeving krijgt, binnen de HEO-methodiek, veel aandacht. De ondersteuning wordt door een hulpverlener geboden, die intensief werkt in de eigen leefomgeving van het gezin en daar vaak komt. Per gezin vinden er gemiddeld drie

huisbezoeken per week plaats, die twee tot drie uur duren (Hermanns, Mordang, & Mulders, 2002).

Uit onderzoek blijkt dat bij afsluiting van de hulp de problemen zijn afgenomen en de meeste jeugdigen nog thuis wonen. De problemen zijn nog niet 'over': ruim driekwart van de jeugdigen heeft nog beduidende gedragsproblemen, maar die problemen zijn minder dan bij de groep die is afgehaakt. Bovendien zijn de ouders én jeugdigen tevreden over de geboden hulp (Damen & Veerman, 2004).

Intensieve ambulante hulp in combinatie met flexibele plaatsing in een leefgroep.

Deze combinatie van plaatsing en hulp aan huis kan gezien worden als een speciale vorm van hulp aan huis. Afhankelijk van de draagkracht van het gezin en de veiligheid van het kind wordt het kind gedurende één of meerdere dagen per week geplaatst in een leefgroep. Een beschreven vorm is *Beter Met Thuis* (BMT).

Beter Met Thuis (BMT) (Van Vugt, Slot, & Choy, 2001)

Beter met Thuis is een hulpvorm waarin ambulante én residentiële hulpverlening wordt geboden aan kind en ouders. Hulpverleners verzorgen hierbij zowel de ambulante als de intramurale groepsbegeleiding. Beter met Thuis stelt zich ten doel de competenties van ouders te vergroten, hun netwerk te versterken of een ondersteunend netwerk op te bouwen en de problemen in het gezin te helpen verminderen. Ouders leren zich verantwoordelijk te voelen voor de opvoeding van hun kind en zijn daar na de interventie toe bereid en in staat.

Binnen de hulpverlening is aandacht voor alle levensterreinen van een kind en er wordt gestreefd naar een samenwerking tussen gezin, familie en omgeving van het kind. Het vergroten van de competentie van ouders en kinderen, systemische interventies, interventies gericht op probleemvermindering en het mobiliseren van een ondersteunend netwerk zijn belangrijke componenten in de methodiek van Beter met Thuis.

Uit onderzoek komt naar voren dat BMT wordt toegepast in gezinnen met extreem veel en ernstige opvoedkundige problemen. De eerste indicaties over de effecten van de behandeling duiden erop dat er geen grote veranderingen plaatsvinden in de mate waarin ouders het gedrag van hun kinderen als problematisch ervaren en dat er lichte verminderingen plaatsvinden in gevoelde onmacht door de ouders (Van den Bogaart & Van Muijen, 2001).

Gezinsdagbehandeling en klinische gezinsbehandeling

Klinische gezinsbehandeling houdt in dat het gezin als geheel (een aantal dagen per week) wordt opgenomen in een kliniek om zodoende de situatie van individuele gezinsleden en daardoor het gezinsklimaat te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is de *Triangel* (Geeraets, 2001), die zich richt op gezinnen waarbinnen psychiatrische problematiek bij ouders en/of kinderen en problematiek op meerdere levensgebieden speelt. Daarnaast zijn er verschillende vormen van gezinsdagbehandeling ontwikkeld. Een voorbeeld van een beschreven vorm is de *Gezinsdagbehandeling* zoals ontwikkeld in Limburg.

Gezinsdagbehandeling (Zuthof, Alberta, Pannemans, & Gudde, 2003)

Het doel van de gezinsdagbehandeling is in het algemeen het herstellen van de hiërarchie in een gezin als de ouders de leiding over hun kinderen kwijt zijn. Dit kan enerzijds komen doordat ze zelf als ouder niet effectief zijn vanwege eigen problemen of anderzijds doordat

het problematische gedrag van het kind zo bepalend is dat het de ouders volledig beheerst en conditioneert. Door het werken aan herstel van de hiërarchie krijgen de ouders naast inzicht in hun eigen rol en handelen ook inzicht in de problematiek van het kind en hoe het daarmee samenhangende gedrag begrepen en in banen geleid kan worden. In principe is het hele gezin na schooltijd tot 18.30 uur en op woensdag tot 16.00 uur, twee dagdelen per week in de gezinsgroep aanwezig. In de gezinsgroep zijn steeds drie gezinnen tegelijkertijd aanwezig, in steeds wisselende samenstelling. Daarnaast woont elk gezinslid een keer per week een themabijeenkomst bij die voor ouders en kinderen tegelijkertijd wordt gegeven.

2.7 Samenwerking en afstemming

Samenhang in het hulpaanbod aan de diverse betrokkenen, te weten het kind, de mishandelende ouder, de niet-mishandelende ouder, broertjes/zusjes en het gezin is van groot belang. Dit betekent dat de hulp zowel inhoudelijk als planmatig op elkaar moet worden afgestemd en over grenzen van instellingen heen uitgevoerd wordt. De coördinatie van activiteiten tussen professionals en instellingen gaat meestal niet vanzelf. Elke groep heeft zijn eigen waarden, taal, doelen, rolverwachtingen en kijkt op de werkelijkheid (Woelinga et al., 1992), hetgeen de communicatie kan bemoeilijken. Een complicerende factor is dat kinderen en ouders die te maken hebben met kindermishandeling vaak wantrouwend staan tegenover hulpverleners. Omdat zij zich bedreigd voelen, proberen zij greep op de situatie te houden door mensen tegen elkaar uit te spelen (Hekken, 1996, Rogosch et al., 1995). In dergelijke situaties draagt afstemming en samenwerking tussen de hulpverleners bij aan het voorkomen van belangenstrijd. Een voorwaarde hiervoor is dat alle betrokken hulpverleners zich verantwoordelijk voelen voor het totale cliëntsysteem en deze verantwoordelijkheid omzetten in een goed op elkaar afgestemd behandelingspakket (Hekken, 1996).

Waar in de vorige paragrafen de afzonderlijke interventies centraal stonden, gaat het in deze paragraaf over de wijze waarop in Nederland samenhang wordt gebracht tussen deze afzonderlijke interventies. Ook hierbij staat de vraag centraal of gebruik gemaakt wordt van de kennis over de specifieke factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van kindermishandeling.

Samenwerking en afstemming vanuit de contextuele visie

In de contextuele visie, die sterk beïnvloed is door de grondlegger van de contextuele therapie I. Boszormenyi-Nagy, wordt uitgegaan van een attitude van *meerzijdige partijdigheid*. Dit houdt in: partijdig met iedereen, tegen niemand. Contextuele hulpverleners maken onderscheid tussen persoon en gedrag. Ieders positie en verhaal wordt in zijn waarde gelaten om zodoende een betrouwbare hulpverlener te zijn voor alle leden van het (gezins)systeem en niet 'partij' te worden in de strijd. De contextuele visie heeft consequenties voor de hulp na kindermishandeling en de samenwerking hierbij. Er wordt gewerkt met (indien mogelijk) alle betrokkenen. Naast het mishandelde kind worden bijvoorbeeld de pleger, de niet-misbruikende ouder(s), broers en zussen en mogelijk ook grootouders bij de hulpverlening betrokken. Dit vraagt een sterk *outreachinge werkwijze*, waarin de hulpverlener actief en indien nodig aanhoudend pogingen onderneemt om betrokkenen voor de hulpverlening te motiveren.

Naast outreachend is de contextuele manier van werken ook *verbindend*. Gezinnen waarin (seksuele) kindermishandeling speelt, balanceren vaak tussen uiterlijke harmonie en innerlijke polarisatie. Binnen de harmonie ontkent en negeert het gezin de mishandeling, maar binnen de polarisatie ontkennen de gezinsleden de vaak aanwezige positieve elementen en gezinsrelaties. De hulpverlener neemt een niet-veroordelende houding aan naar alle personen in het systeem. Gedrag wordt afgekeurd, niet de persoon. Vanuit de contextuele visie heeft vrijwillige hulpverlening de voorkeur boven justitieel ingrijpen, omdat dit bijna altijd (verdere) polarisatie binnen het systeem tot gevolg heeft (Baeten, Zwikker, Baartman, & Janssen, 2000). Een voorbeeld van een samenhangend aanbod na seksueel misbruik dat op de contextuele visie is gebaseerd, is CLAS.

Contextuele Leergroepen Alle betrokkenen bij Seksueel Misbruik (CLAS) (Baeten et al., 2000; Melles & Van Montfoort, 1995).

CLAS is een intensieve ambulante vorm van hulpverlening aan alle betrokkenen bij seksueel misbruik. Doel is herstel van geschonden vertrouwen, het werken aan (enig) herstel van betrouwbaarheid in gezinsrelaties en het verwerken van het seksueel misbruik. De methode is bedoeld voor mensen van alle leeftijden, zowel voor slachtoffers als voor plegers, maar ook voor degenen die bij hen betrokken zijn, bijvoorbeeld niet-misbruikende ouders, partners van slachtoffers, broers en zussen, nieuwe partners van ouders, grootouders en andere familieleden. Vanuit CLAS worden verschillende hulpvormen ingezet. Vaak krijgen cliënten eerst individuele begeleiding en in een later stadium zogeheten 'contextgesprekken' met ouders, partners of andere familieleden die voor de cliënt belangrijk zijn. Daarnaast zijn er twee soorten groepen: homogene groepen en gemengde groepen. Homogene groepen bestaan uit ongeveer zes tot acht -in de loop van de tijd wisselende- deelnemers van hetzelfde geslacht en in min of meer dezelfde levensfase. De leden van een groep hebben met elkaar gemeen dat ze in dezelfde positie zitten wat betreft het misbruik. Daarnaast zijn er gemengde groepen van mensen die in verschillende posities met seksueel misbruik te maken hebben gehad. Doel is de dialoog op gang te brengen en de deelnemers te leren omgaan met de uiteenlopende gevoelens die het contact met betrokkenen in andere posities bij hen teweegbrengt en de verschillende betekenissen die dat voor hen heeft.

In het onderzoeksrapport *Verder met CLAS* (Baeten et al., 2000) is beschreven op welke wijze de CLAS-methodiek vorm en inhoud kreeg en wat er bereikt is in de hulpverleningsgesprekken in het project CLAS-Haaglanden. Het bleek niet mogelijk resultaten van de hulpverlening vast te stellen, omdat gegevens bij de uitstroom van cliënten ontbraken. Wel concluderen de onderzoekers voorzichtig dat 'op grond van de beschikbare informatie gezegd kan worden dat bij het grootste deel van de cliëntsystemen in elk geval positieve ontwikkelingen op gang kwamen op relationeel gebied'. Bovendien is de conclusie getrokken dat CLAS overdraagbaar is gebleken.

Samenwerking en afstemming vanuit de meersporenvisie

De meersporenvisie is ontwikkeld in de hulpverlening na seksueel misbruik, maar biedt in de praktijk ook aanknopingspunten voor hulp na andere vormen van kindermishandeling. Op basis van de meersporenvisie is het essentieel dat elk individu een eigen hulpverleningsspoor krijgt aangeboden, omdat de machtsposities in het gezin ongelijk zijn en de belangen van de verschillende partijen uiteenlopen. De onderscheiden hulpverleningsspooren zijn cruciaal om de belangen van de

afzonderlijke cliënten helder te krijgen. Het belang van het misbruikte kind is daarbij richtinggevend. Door in de beginfase van de hulpverlening een scheiding aan te brengen tussen de individuele gezinsleden, kunnen hulpverleners zich onttrekken aan de ziekmakende invloed van het gezinssysteem. Op deze manier ontstaat ruimte om vanuit een emancipatorische benadering te werken aan versterking van de positie, het zelfvertrouwen en het zelfbeeld van misbruikte kinderen en hun moeders. Op termijn wordt gefaseerd gewerkt aan hernieuwing en verbetering van het contact tussen gezinsleden.

Een belangrijk voordeel van het werken in verschillende sporen is de mogelijkheid om het krachtenveld binnen het gezin beter te reguleren. Elk spoor biedt gelegenheid de gebeurtenissen in kaart te brengen en te bepalen wat het betreffende gezinslid met de overige gezinsleden wil. Met deze aanpak heeft ieder gezinslid de gelegenheid het misbruik en de eigen rol daarin te verwerken. Ook wordt er ruimte geschapen voor een veranderingsproces en kunnen eventuele gezamenlijke gesprekken constructiever verlopen (Melles & Van Montfoort, 1995). Voorbeelden van samenwerking op basis van de meersporenvisie zijn *Casemanagement na kindermishandeling* en het *Scenario en Hulpverleningsteam Noord Brabant*.

*Casemanagement na kindermishandeling*¹⁰ (Baeten, Kooijman & Rovers, 2000)

Onder casemanagement na kindermishandeling wordt verstaan: het organiseren, op elkaar afstemmen en bewaken van (de voortgang van) hulpverlening in complexe zaken van kindermishandeling waar een meersporenaanpak noodzakelijk is. Door samenwerking kan hulpverlening op maat geboden worden vanuit een veelheid van disciplines en instellingen, waardoor effectiever gebruikgemaakt wordt van de onderscheiden deskundigheden. Het AMK is de spil in het samenwerkingsverband. De betrokken samenwerkingspartijen bespreken de melding en bekijken of het werken volgen de meersporenvisie en de inzet van de functie casemanagement geïndiceerd zijn. Afspraken worden gemaakt over de samenstelling van het casusteam, de invulling van de meersporenvisie en over de frequentie van de bijeenkomsten. De betrokken gezinsleden worden geïnformeerd over de samenstelling van het casusteam. Het casusteam is ervoor verantwoordelijk dat afspraken worden nagekomen en dat hulpverleningsplannen worden aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Taken van de casemanager zijn: bewaken van de inhoudelijke uitgangspunten van de meersporenaanpak en het protocol, coördineren en bewaken van hulpverleningslijnen en -processen en registratie. Deze functie beperkt zich uitdrukkelijk tot de fase waarin de hulpverlening wordt gestart. De inhoudelijke afstemming van de hulpverlening valt daarbuiten. Het Gelderse casemanagementproject, dat in 1996 van start ging, is echter met nadruk ook gericht op de fase van de uitvoering van de hulpverlening.

Scenario- en hulpverleningsteam Noord-Brabant (Verhoeven & Van Wanrooij, 2000).

Scenario- en hulpverleningsteams zijn multidisciplinair samengestelde teams waarin actuele en vermoedelijke zaken van (seksuele) kindermishandeling binnen het gezin worden besproken om de mishandeling zo snel mogelijk en definitief te stoppen en hulpverlening op gang te brengen. Aanmelding gebeurt via het AMK. Op grond van de analyse van de specifieke situatie wordt een 'scenario' of aanpak ontworpen voor de manier waarop de hulpverlening aan alle betrokkenen kan verlopen. Uitgangspunt is dat slachtoffer, plegende

¹⁰ De term casemanagement zoals hier gebruikt is anders ingevuld dan het casemanagement dat ingezet wordt vanuit Bureau Jeugdzorg.

en niet-plegende ouder en overige betrokken gezinsleden een eigen hulpverlener toebedeeld krijgen. Een hulpverleningsteam voert de hulpverlening uit. Dit team heeft geen vaste samenstelling, maar wordt per casus samengesteld. Samenstelling is afhankelijk van de aard en de complexiteit van de problematiek, de samenstelling van het gezin en andere factoren. Een onafhankelijke coördinator zorgt voor uitvoering van het scenario en voor de afstemming van de activiteiten van de verschillende 'sporen'. Deze coördinator heeft geen direct contact met de gezinsleden, kan bovendien verschillen tussen de instanties overbruggen en processen tussen hulpverleners in de gaten houden. De coördinator vervult de brugfunctie tussen het scenario- en het hulpverleningsteam.

Andere vormen van samenwerking en afstemming

Gezinscoaching

Gezinscoaching (Ministerie van VWS, 2003) wordt ingezet in situaties waarbij een gezin contact heeft met meerdere hulpverleners en het van belang is de benodigde hulpverlening op elkaar af te stemmen en de uitvoering ervan te coördineren. Door het inzetten van een gezinscoach wordt hulp aan gezinnen met meervoudige problematiek, waaronder kindermishandeling, meer in samenhang aangeboden. Gezinscoaching is van belang in situaties waarin gezinnen (soms al gedurende langere tijd) kampen met diverse problemen en in verband daarmee omringd worden door verschillende hulpverleners. Een gezinscoach heeft een aansturende rol ten opzichte van hulp- en dienstverleners. Zowel de gezinscoach als de overige betrokkenen moeten, waar nodig, buiten de vastgelegde procedures kunnen treden. Het hangt van de situatie en de keuze van het gezin af welke hulpverleningsinstantie het beste de gezinscoaching kan verzorgen. Dit kan een lokale instelling als het maatschappelijk werk zijn, maar ook de aanbieder van jeugdzorg als er sprake is van ernstige opgroei- en opvoedingsproblematiek. Voor een goede uitvoering van gezinscoaching is een vertrouwensrelatie tussen het gezin en de hulpverlener van essentieel belang. Gezien de behoefte aan samenhangende zorg voor cliënten is als taak van Bureau Jeugdzorg opgenomen dat het bureau bij zijn besluitvorming altijd overweegt of coördinatie van zorg noodzakelijk is. In 2003/2004 is er een experiment met de gezinscoach uitgevoerd in zes Limburgse gemeenten en een streekgewest.

Zorgprogrammering

Met zorgprogrammering wordt geprobeerd tot een effectief hulpaanbod te komen voor een bepaalde doelgroep met complexe hulpvragen. Een zorgprogramma bevat een scala aan hulpverleningsvormen, ook wel aangeduid met *modulen*, die tezamen een continuüm van hulp vormen. Hiertoe worden modulen op een zodanige manier op elkaar afgestemd dat afzonderlijke cliënten van de desbetreffende doelgroep gefaseerde zorg op maat geboden kan worden. De verschillende hulpvormen kunnen door meerdere organisaties en na elkaar of gelijktijdig worden aangeboden. Een zorgprogramma voor een bepaalde doelgroep is zodanig opgesteld dat in de praktijk de meeste modules ingezet worden. Op basis van dit zorgprogramma wordt voor een gezin een individueel traject samengesteld (Van Yperen, Carati, Schuppert, & Vermunt, 2000).

In het kader van hulpverlening na kindermishandeling zijn verschillende zorgprogramma's ontwikkeld of in ontwikkeling. Zo liep in Flevoland het project Intersectorale zorgprogrammering bij kindermishandeling. Dit project is geïnitieerd

door het Boschhuis, een multifunctionele organisatie voor Jeugdzorg. Ook is een model voor een zorgprogramma beschreven voor Noord-Limburg.

Zorgprogramma Hulpvragen gerelateerd aan seksueel misbruik (Bruggemann-Kluver & Van Montfoort, 1999)

Dit zorgprogramma heeft als doel de gevolgen van seksueel misbruik voor het kind en de overige betrokkenen maximaal te reduceren en/of hanteerbaar te maken en de ontwikkeling en opvoeding van het betrokken kind / de jeugdige (weer) te optimaliseren. Het -veelal ambulante- aanbod biedt plegers (minder- en meerderjarig, voor zover behorend tot het systeem) inzicht in oorzaken en gevolgen van seksueel misbruik, brengt hen besef bij van de aangerichte schade bij betrokkenen, leert hen verantwoordelijkheid te nemen voor hun daden en leert hen vaardigheden. Dit alles met het doel dat het misbruik stopt en de kans op recidive afneemt.

Het zorgprogramma omvat de volgende functies: consultatie en dienstverlening; voortgezette diagnostiek; begeleiding en behandeling; bescherming; coördinatie. Deze functies worden geoperationaliseerd in modules voor:

- het gezin
- (vermoedelijk) seksueel misbruikte kinderen en jeugdigen;
- kinderen en jeugdigen die seksueel misbruik plegen of gepleegd hebben;
- niet-mishandelende ouders;
- plegers.

Uit de beschikbare modules kan op individueel niveau en op basis van de behoefte van betrokkenen een programma worden samengesteld.

Het Zorgprogramma is ontwikkeld voor de regio Noord- en Midden Limburg. Het project ging in maart 1999 van start, maar is tot op heden nog niet volledig tot uitvoering gebracht.

Samenwerkingsmodel Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)

In dit samenwerkingsmodel, ontwikkeld door Hermanns en Van Montfoort (persoonlijke communicatie), staat Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT) centraal. IPT wordt niet als een hulpvorm apart van, naast of aanvullend op bestaand hulpaanbod gezien, maar als kern van een geïntegreerd pakket. Indien op basis van vastgestelde hulpvragen en/of hulpverleningsdoelen andere modules nodig zijn, kunnen deze echter alleen worden ingezet na een indicatiebesluit vanuit Bureau Jeugdzorg. De regie en zorgcoördinatie ligt bij de intensieve thuishulpverlener. Vanuit IPT wordt zowel horizontale samenhang (coördinatie) als verticale samenhang (continuïteit) aangebracht in het zorgaanbod. Het model is te typeren als een bloem, waarbij IPT het hart vormt en de andere modules - specialistische hulp, observatie, diagnostiek, verblijf en verzorging - de blaadjes. Dit impliceert dat IPT ook ingezet wordt in situaties waarin het kind tijdelijk uit huis geplaatst is. Het doel van de hulp is ook dan het realiseren van een acceptabele, ofwel het creëren van een nieuwe opvoed- en opgroeisituatie. Indien de hulpvragen van ouders een inzet vragen van voorzieningen die niet tot de jeugdzorg behoren, maar bijvoorbeeld tot de GGZ- of LVG-sector of de lokale voorzieningen zoals onderwijs, gezondheidszorg of sociale dienst, ondersteunt de IPT-er het gezin bij het initiëren en het coördineren van deze activiteiten.

2.8 Conclusie

In dit hoofdstuk is een aantal voorbeelden besproken van interventies en samenwerkingsvormen die in Nederland na kindermishandeling worden ingezet. Wat betreft het hulpaanbod is een onderscheid gemaakt tussen hulp voor het kind, parallelaanbod voor ouders en kinderen, hulp voor niet-mishandelende ouders, hulp voor mishandelende ouders en hulp voor het gezin. Op basis hiervan is een beeld ontstaan van het beschikbare -beschreven- hulpaanbod in Nederland. De vraag hierbij is in hoeverre deze interventies en samenwerkingsvormen aansluiten bij de specifieke factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van kindermishandeling.

De interventies

Wat betreft de *kindgerichte interventies* valt op dat er op individueel niveau weinig specifieke -beschreven- interventies voorhanden zijn. Wel worden algemene interventies ingezet, zoals *EMDR* en vormen van creatieve therapie, die zich in elk geval voor een deel richten op de specifieke problemen van mishandelde kinderen. Voor de behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik is een beschreven groepsaanbod voor slachtoffers voorhanden.

Daarnaast valt op dat we in Nederland over enkele interessante vormen van *parallelaanbod voor ouders en kinderen* beschikken. Een goed voorbeeld is de Horizonmethodiek, die zich richt op seksueel misbruikte kinderen en hun niet-misbruikende ouders. Dit *abuse specific* aanbod sluit aan bij de specifieke factoren die een bijdragen leveren aan en het gevolg zijn van seksueel misbruik en is daarnaast meervoudig van karakter (ouder en kind worden betrokken). Ook bestaat er een specifiek -beschreven- hulpaanbod voor plegers van seksueel misbruik in het gezin. Wat betreft de *gezinsgerichte interventies* is de conclusie dat we over we over veel vormen van intensieve hulp in de thuissituatie beschikken. Denk hierbij aan Families First, Hulp in Eigen Omgeving en Beter met Thuis. Uit onderzoek is de effectiviteit van deze hulp gebleken: ouders voelen zich competent en uithuisplaatsing wordt voorkomen (zie voor een overzicht van de effecten bijvoorbeeld Boendermaker, Van der Veldt, & Booi, 2003). De hulp is te karakteriseren als meervoudig omdat ouders en kinderen en zo mogelijk ook hun omgeving worden betrokken. Wanneer we nagaan in hoeverre de gezinsgerichte interventies aansluiten bij de specifieke kenmerken van mishandelde kinderen en hun ouders valt op dat dit slechts ten dele het geval is. De hulp is met name gericht op het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Ook risicofactoren als stress in het gezin worden verminderd en waar mogelijk wordt gekeken naar de competentie van het kind kan worden versterkt. Bij diagnostiek en behandelingsplanning wordt geen systematische aandacht besteed aan de specifieke factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van kindermishandeling. Zo komt bijvoorbeeld de afwezigheid van pedagogisch besef, in hoofdstuk 1 aangemerkt als een belangrijk kenmerk, veelal niet specifiek aan bod (zie ook Baartman, 1996). Hier liggen dan ook nog veel aanknopingspunten om dit aanbod te versterken. Hierbij is het waardevol om na te gaan wat we kunnen leren van in het buitenland ontwikkelde interventies.

De samenwerkingsvormen

In Nederland zijn diverse samenwerkingsvormen ontwikkeld om de hulp na kindermishandeling af te stemmen. Besproken zijn CLAS, Casemanagement na kindermishandeling en het Scenario- en hulpverleningsteam. Bij deze samenwerkingsvormen wordt doorgaans gewerkt vanuit een contextuele en/of een meersporenvisie. Ook is aandacht besteed aan andere modellen, te weten gezinscoaching, zorgprogrammering en het samenwerkingsmodel IPT. Opvallend is dat de samenwerkingsvormen zich vooral richten op de hulpverlening na seksueel misbruik. Er is duidelijk minder aandacht voor expliciete samenwerkingsvormen voor hulp na andere vormen van kindermishandeling, terwijl ook voor deze vormen van kindermishandeling een veelomvattend hulpaanbod nodig is. Bij samenwerkingsvormen in de hulpverlening is het van belang om gebruik te maken van een samenhangend denkkader wat als onderbouwing van de samenwerking kan dienen. De besproken samenwerkingsvormen maken vooral gebruik van de contextuele visie als denkkader. Bij geen van de samenwerkingsvormen wordt expliciet en systematisch aangesloten bij de factoren die een bijdrage leveren aan of het gevolg zijn van kindermishandeling. De Nederlandse samenwerkingsvormen kunnen onderbouwd en versterkt worden door hier naast de al gehanteerde visies meer expliciet gebruik van te maken. In het volgende hoofdstuk wordt nagegaan of in het buitenland voorbeelden gevonden kunnen worden van goede en bij voorkeur effectieve samenwerkingsmodellen die hierop gebaseerd zijn.

3. Effectief hulpaanbod in de Verenigde Staten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van goed onderbouwd en effectief hulpaanbod dat in de Verenigde Staten na kindermishandeling wordt ingezet. Er komen verschillende behandelingsvormen aan de orde. In paragraaf 3.2 staan interventies bij de behandeling van het kind centraal. In paragraaf 3.3 worden interventies voor mishandelende en niet-mishandelende ouders besproken en in paragraaf 3.4 interventies voor plegers van seksueel misbruik. In paragraaf 3.5 komen interventies voor parallelbehandeling van ouder en kind aan bod. In paragraaf 3.6 gaan we in op gezinsgerichte interventies en in paragraaf 3.7 worden enkele interventies gepresenteerd die in het kader van samenwerking en afstemming van belang zijn. In paragraaf 3.8 worden een aantal conclusies getrokken. Bij alle typen interventies hebben we waar mogelijk een onderscheid gemaakt tussen hulpverlening na seksueel misbruik en hulpverlening na de andere vormen van kindermishandeling. Steeds beginnen we met een korte algemene typering van het aanbod, waarna we voorbeelden van effectieve interventies geven. Om zoveel mogelijk informatie over de effectieve interventies te geven is gekozen voor een uitgebreide beschrijving van de voorbeelden.

Voor het overzicht hebben we veel gebruik gemaakt van een recente inventarisatie van Saunders, Berliner en Hanson (2003). Hierin zijn 24 veelgebruikte interventies bij hulp na kindermishandeling beoordeeld aan de hand van een aantal criteria. Het betreft: theoretische en klinische onderbouwing; acceptatie in de klinische praktijk; afwezigheid van risico of schade aan de cliënt, in relatie tot de voordelen; overdraagbaarheid; beschikbaarheid van onderzoek; werkzaamheid van de behandeling. Op basis hiervan zijn de beoordeelde interventies ondergebracht in één van de zes volgende categorieën:

1. Goed onderbouwd en werkzaam;
2. Onderbouwd en waarschijnlijk werkzaam;
3. Onderbouwd en aanvaardbaar;
4. Veelbelovend en aanvaardbaar;
5. Innovatief of nieuw;
6. Zorgwekkend.

De meeste (en dus niet alle) interventies die we in dit hoofdstuk beschrijven, komen uit deze inventarisatie.

3.2 Interventies voor kinderen en jeugdigen

Voor kinderen en jeugdigen bestaat er een grote variëteit in behandelingsvormen, variërend van licht ambulante hulp tot intensieve klinische behandeling (Kolko, 1998). Veel behandelingen zijn gebaseerd op cognitief-gedragsmatige uitgangspunten. De effectiviteit van deze behandelingen is meerdere malen aangetoond (Swenson & Hanson, 1998; Kolko & Swenson, 2002).

Behandeling na fysieke mishandeling

De behandeling van kinderen na fysieke kindermishandeling bestaat vaak uit gedragsmatige interventies waarmee beoogd wordt de relaties met leeftijdgenoten en de sociale aanpassing van de kinderen te verbeteren (Kolko, 1998). Een voorbeeld hiervan is de *Resilient Peer Training Intervention*.

Resilient Peer Training Intervention (Fantuzzo, Weiss, & Coolahan, 1998, in Saunders et al., 2003).

Deze training voor jonge mishandelde kinderen vindt plaats op school, waarbij mishandelde kinderen met teruggetrokken gedrag gekoppeld worden aan goed functionerende kinderen. Bij deze interventie staat toename van sociaal gedrag centraal. Tijdens dagelijks terugkerend spel van 20 minuten worden de kinderen begeleid door getrainde ouders die positieve interactie stimuleren. Uit de resultaten blijkt dat de kinderen die aan deze interventie deelnemen meer interpersoonlijke vaardigheden hebben dan de kinderen van een controlegroep. Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt in het overzicht geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Er is ook een aantal interventies ontwikkeld waarbij het helpen verwerken van de traumatische herinneringen als gevolg van de mishandeling centraal staat. Een voorbeeld is *EMDR*, dat ook in Nederland wordt toegepast (zie par. 2.2).

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) (Chemtob, 1995 in Saunders et al., 2003).

Deze behandeling bestaat uit slechts twee tot drie sessies en richt zich op het vrijkomen van traumatische herinneringen en het gebruik van positieve cognities en copingstrategieën. Bij de behandeling wordt begonnen met het aangeven van een angstig beeld met bijbehorende ongewenste cognities, het benoemen van een gewenste positieve cognitie met bijbehorende waardering, het identificeren van de emoties die gepaard gaan met de traumatische gebeurtenis en het waarden van het subjectieve niveau van angst met bijbehorende fysieke sensaties. Hierna vindt 'desensitisatie' plaats door het kind zich middels oogbewegingen te laten concentreren op het angstige beeld en de bijbehorende negatieve cognities en emoties. Vervolgens worden hier de positieve cognities voor in de plaats gesteld. Hiernaast krijgt het kind ook specifieke vaardigheden aangereikt om met toekomstige situaties om te gaan. Uit onderzoek blijkt dat kinderen die de behandeling ondergingen minder hoge angstscores in relatie tot de traumatische herinneringen hebben dan kinderen uit een controlegroep. Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Behandeling na seksueel misbruik

De behandeling na seksueel misbruik is gericht op verwerking van de traumatische gebeurtenissen, het leren omgaan met de gevolgen en het voorkomen van hernieuwd misbruik. Bij symptomen die wijzen op dissociatie, depressie en seksuele preoccupatie is vaak een intensieve behandeling (langer dan een jaar) noodzakelijk. Dit blijkt uit onderzoek van Lanktree en Briere uit 1995 (in Kolko, 1998) naar de effecten van individuele behandeling van het kind gericht op het verminderen van traumatische stress ten gevolge van seksueel misbruik.

Over het algemeen worden de beste resultaten geboekt met behulp van een cognitief-gedragsmatige benadering (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000). Veel toegepaste technieken in dit kader zijn (Swenson & Hanson, 1998):

- *cognitieve technieken*, gericht op een wijziging in 'denken' en 'doen', op basis waarvan veranderingen met betrekking tot gevoelens tot stand komen;
- *psycho-educatie*, gericht op het bespreken en in een perspectief plaatsen van gedachten rondom de mishandeling;
- *woedebeheersing*, met behulp waarvan kinderen leren om te gaan met de emoties die tijdens de therapie naar boven komen en greep leren krijgen op posttraumatische symptomen;
- *geleidelijke blootstelling ('graduated exposure')*, met als doel hiervan het doorbreken van de link tussen angst en de stimuli die herinneren aan de mishandeling.

Hiernaast wordt ook vaak aandacht besteed aan het recht om 'nee' te zeggen, informatie over seksueel overdraagbare ziektes, lichamelijk functioneren, herkennen van risicosignalen, maken van een veiligheidsplan en seksuele gevoelens en gedragingen (Saywitz et al., 2000). Een voorbeeld van een gestructureerde behandeling waarbij traumaverwerking centraal staat is de Cognitive Processing Therapy (CPT).

Cognitive Processing Therapy (CPT) (Resick & Schnicke, 1993, in Saunders et al., 2003).

Deze therapie richt zich op de verwerking van trauma's die het gevolg zijn van seksueel misbruik of mishandeling. Het gaat om een gestructureerde individuele behandeling van 12 tot 16 bijeenkomsten die is te typeren als cognitief-gedragsmatig. Ingegaan wordt op de traumatische gebeurtenis en op de gedachten en emoties die deze met zich meebrengt. Er vindt training in cognitieve herstructurering plaats en thema's als veiligheid, vertrouwen, macht/controle, waardering en intimiteit komen aan de orde. Uit onderzoek blijken positieve resultaten in vergelijking met een controlegroep (wachtlIJst) met betrekking tot posttraumatische problemen bij een follow-up van 6 maanden. Ook deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Groepsbehandeling

Vooraf voor kinderen en jongeren die seksueel misbruikt zijn, worden ook groepsgerichte behandelingen ingezet. Deze hebben als voordeel dat misbruikervaringen kunnen worden gedeeld. De groepsbehandeling voor misbruikte kinderen richt zich veelal op groepsdiscussies over de misbruikervaringen, onderlinge steun en suggesties omtrent preventie en bescherming (Kolko, 1998). Uit onderzoek blijkt dat dergelijke interventies effectief zijn in het verminderen van gedragsproblemen, angst, teruggetrokken gedrag en aandachtsproblemen (McGain & McKinzey, 1995, in Kolko, 1998). Ook uit een studie van Berliner en Saunders (1995, in Kolko, 1998) blijkt dat deelname aan gestructureerde cognitieve gedragstherapeutische groepen resulteert in onder meer vermindering van angst, depressieve gevoelens en internaliserende problemen.

3.3 Interventies voor mishandelende en niet-mishandelende ouders¹¹

Behandeling na mishandeling en verwaarlozing

Voor gezinnen waarin sprake is van fysieke kindermishandeling blijkt uit meerdere onderzoeken dat het trainen van ouders in positieve niet-gewelddadige opvoedingspraktijken, vaardigheden voor woedebeheersing en technieken voor stressmanagement één van de meest algemene en effectieve benaderingen is in het verminderen van de kans op herhaling (Kolko, 1998). Dit wordt ook geconcludeerd op basis van een meta-analyse op basis van 36 onderzoeken (Serketich & Dumas, 1996 in Corcoran, 2000). Programma's die deze elementen combineren laten verbeteringen zien bij de ouders (verminderde kans op mishandeling en depressie) en het kind (minder gedragsproblemen). Daarnaast blijkt ook bij de behandeling van ouders over het algemeen de effectiviteit van cognitief-gedragsmatige technieken. Uit onderzoek blijkt dat een groepsgewijze toepassing van deze technieken verbeteringen te zien geeft met betrekking tot woedebeheersing, communicatie en probleemoplossingvaardigheden (Wolfe, 1988, in Kolko & Swenson, 2002). Hierbij blijkt dat de effectiviteit vergroot wordt wanneer aanvullend nog enkele individuele bijeenkomsten plaatsvinden (idem).

Een belangrijk aandachtspunt is altijd het zoeken naar een balans tussen aandacht voor het probleem- of afwijkende gedrag en de persoonlijke competenties of vaardigheden (Kolko, 1998).

Een voorbeeld van een ouderprogramma is het *Parent Child Education Program for Physically Abusive Parents*.

Parent Child Education Program for Physically Abusive Parents (Wolfe, 1991, in Saunders et al., 2003).

Deze behandeling kan zowel aan huis als poliklinisch worden gegeven en heeft als doel om ouders positieve interacties en opvoedingsmethoden aan te leren, passend bij het ontwikkelingsniveau van het kind. Hiermee moet voorkomen worden dat ouders terugvallen op 'harde' opvoedingsmethoden die leiden tot verbale en fysieke mishandeling. De behandeling is gebaseerd op de attachmenttheorie en de sociale leertheorie, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van cognitieve technieken. Onderdelen van de behandeling bestaan uit het aanleren van methoden voor het vergroten van de sensitiviteit van ouders, het leren hebben van realistische verwachtingen met betrekking tot de emotionele en gedragsmatige ontwikkeling van kinderen en het aanleren van technieken en strategieën voor woedebeheersing en effectieve disciplineringsstrategieën. Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Behandeling na seksueel misbruik

Bij de hulpverlening aan ouders na seksueel misbruik wordt, naast de plegerbehandeling en de gezinsbehandeling die elders in dit hoofdstuk beschreven zijn, ook

¹¹ Onder ouders wordt hier verstaan: alle ouders die betrokken zijn bij de verschillende vormen van kindermishandeling, m.u.v. de behandeling van plegers van seksueel misbruik. Deze wordt beschreven in paragraaf 3.4

aandacht besteed aan de behandeling van de niet-misbruikende ouder. Deze behandeling dient twee hoofddoelen: vermindering van hun eigen problemen (depressie, woede, angst) en opkomen voor hun kind en leren hem/haar tegen het misbruik te beschermen. Daarnaast moeten deze ouders leren hoe zij het kind kunnen ondersteunen. Onderzoek van Deblinger en collega's (1990, in Swenson & Hanson, 1998) laat zien dat een cognitief-gedragsmatige behandeling van niet-misbruikende moeders bestaande uit informatieverstrekking, omgaan met de gevolgen, gedragsbeïnvloeding en praten met het kind over het misbruik, effectief is met betrekking tot afname van spanning en gedachten die gerelateerd zijn aan het misbruik bij de ouders en vermindering van problemen bij het kind. Deze behandeling maakt inmiddels deel uit van de parallel ouder-kind interventie die beschreven wordt in paragraaf 3.5.

3.4 Interventies voor plegers van seksueel misbruik

De literatuur over plegerbehandeling richt zich met name op de plegers van seksueel misbruik. Behandeling van plegers vindt zowel individueel als groepsgewijs plaats en richt zich doorgaans op het verminderen van afwijkende seksuele gevoelens en gedachten en het uitoefenen van aanvaardbare seksuele activiteiten. Voor plegers van seksueel misbruik in het gezin worden doorgaans meer omvattende programma's ingezet. Regelmatig worden positieve resultaten gemeten, maar over het algemeen is nog onvoldoende bekend over welk type behandeling bij welke pleger het meest effectief is (Swenson & Hanson, 1998). Hieronder volgen twee voorbeelden van plegerbehandeling na seksueel misbruik.

Adolescent Sex Offender Treatment (Henggeler, Swenson, Kaufman, & Schoenwald, 1997, in Saunders et al., 2003).

Deze behandeling is gericht op adolescenten die zich schuldig hebben gemaakt aan seksueel misbruik. De behandeling berust op de multisystemische uitgangspunten van het programma MST (Henggeler, 1998). Elementen van de behandeling bestaan uit: psycho-educatie, vergroting van het inlevingsvermogen voor het slachtoffer, het onderkennen van persoonlijke risicofactoren, werken aan 'normale' seksuele gevoelens en gedachten, sociale vaardigheidstraining, seksuele voorlichting, omgaan met boosheid en terugvalpreventie. De ouders van de jongere worden bij de behandeling betrokken. Met hen wordt onder meer gewerkt aan het uitoefenen van controle en supervisie en het herkennen van signalen die duiden op een risico voor herhaling. De behandeling heeft een duur van 30 tot 75 bijeenkomsten. Het programma wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar (classificatie '3').

Adult Child Molester Treatment (Adkerson, 2003, in Saunders et al., 2003)

Bij dit type behandeling wordt gebruik gemaakt van een cognitief-gedragsmatige aanpak met als doel om schadelijke gedachten en gedragingen van plegers te vervangen door gezonde. Ook wordt gewerkt aan vaardigheden die het risico op herhaling verminderen. Indien nodig wordt aanvullende groepstherapie gegeven. De behandelingen hebben doorgaans een duur van 1 tot 2 jaar, waarbij wekelijks contact is. Wat betreft het effect van dit type behandeling in het algemeen, blijkt uit een analyse van 79 studies naar het effect van plegerbehandeling een recidive van 8,1% bij plegers die een cognitief-gedragsmatige behandeling hebben ondergaan, ten opzichte van een recidive van 18,3% van plegers die

een andersoortige behandeling krijgen. Plegers die niet behandeld zijn hebben een recidive van 25.8%. De behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en werkzaam' (classificatie '2').

Het nemen van verantwoordelijkheid door de pleger voor zijn daden is een onderwerp dat in veel therapieën aan bod komt. Dit staat centraal bij het toewerken naar een verklaring van de pleger aan het misbruikte kind. In dit proces wordt achtereenvolgens gewerkt aan:

1. nemen van verantwoordelijkheid voor het misbruik door de pleger;
 2. bieden van verontschuldiging aan het slachtoffer en het gezin;
 3. ontwikkeling van een plan voor veiligheid van het kind door het gezin en herstructurering van het gezin (Lipovksy, Swenson, Ralston, & Saunders, 1998).
- Hiermee wordt de plegerbehandeling ook een deel van de behandeling van het gezin: de pleger werkt eerst gedurende langere tijd met de eigen therapeut aan het nemen van verantwoordelijkheid voor het misbruik. Wanneer kind en pleger zover zijn, spreekt de pleger zijn verantwoordelijkheid voor het misbruik ten overstaan van het kind uit in aanwezigheid van de therapeut van het kind.

3.5 Parallelinterventies voor kinderen en hun ouders

Veel hulp na kindermishandeling bestaat uit een combinatie van behandeling van de ouder en behandeling van het kind. Doorgaans bestaat deze parallelbehandeling uit een aantal bijeenkomsten voor ouders, individueel dan wel groepsgewijs, en uit een aantal bijeenkomsten voor het kind. Tijdens de ouderbijeenkomsten krijgen de ouders informatie over hetgeen de kinderen tijdens de behandeling leren en wordt aandacht besteed aan de wijze waarop ze dit kunnen ondersteunen. Op deze manier vullen de ouder- en kindbehandeling elkaar aan. Daarnaast wordt in de ouderbehandeling aandacht besteed aan pedagogische vaardigheden en aan het omgaan met inadequate cognities en emoties. Parallel ouder-kindbehandelingen worden zowel gegeven aan ouders die hun kind fysiek mishandeld hebben en hun kinderen, als aan ouders en hun seksueel misbruikte kinderen. In de literatuur komen meerdere effectieve voorbeelden van deze vorm van behandeling naar voren. In het overzicht van Saunders en collega's is ook één parallel ouder-kindbehandeling opgenomen die wordt beoordeeld als 'zorgwekkend'. Dit betreft de *Corrective Attachment Therapy*, waarbij de ontwikkeling van gehechtheid tussen ouder en kind centraal staat. De theoretische onderbouwing van deze interventie wordt als discutabel beoordeeld, er zijn weinig praktijkbeschrijvingen en het risico van de behandeling in relatie tot de voordelen wordt als aanzienlijk gezien.

Hieronder volgen enkele voorbeelden van effectieve parallelinterventies. Deze worden alle toegepast na seksueel misbruik.

Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Deblinger & Heflin, 1996; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999; Cohen & Mannarino, 1996, in Saunders et al., 2003).

Dit programma bestaat uit 12 tot 16 bijeenkomsten en is erop gericht de negatieve emotionele en gedragsmatige reacties van het seksueel misbruikte kind te verminderen en niet-functionele overtuigingen en attributies gerelateerd aan het misbruik te corrigeren. Het

biedt ook ondersteuning en vaardigheden aan de niet-misbruikende ouder. Het programma is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes. De behandeling richt zich op de emotionele associaties met en herinneringen aan het trauma, de verstoorde cognities over de gebeurtenis en de negatieve attributies die hier het gevolg van zijn. Dit vindt onder meer plaats middels geleidelijke blootstelling, cognitieve herstructurering en stressmanagement. Niet-misbruikende ouders worden betrokken bij de behandeling om ondersteuning voor het kind te bieden, de gebeurtenis te verwerken, en goede strategieën te leren voor het omgaan met de reacties van het kind. De ouderbijeenkomsten vinden zowel parallel aan als gelijktijdig met de kindbijeenkomsten plaats. Uit onderzoek blijkt dat de deelnemende kinderen meer verbeteringen met betrekking tot externaliserende gedragsproblemen, depressie en posttraumatische symptomen te zien geven dan de kinderen die waren toebedeeld aan een non-directieve en ondersteunende behandeling. De positieve resultaten blijken ook na een follow-up periode van twee jaar (Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999). Dit programma is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'goed onderbouwd en werkzaam' (classificatie '1'). Overigens is dit het enige programma met deze zeer hoge classificatie.

Trauma-focused Integrative Eclectic Therapy (IET) (Friedrich, 1998, in Saunders et al., 2003).

IET is een psychosociale interventie die tot doel heeft de veiligheid van het seksueel misbruikte kind in het gezin te vergroten, de kwaliteit van de ouder-kind relaties te verbeteren en het kind/de jongere te helpen bij het verwerven van adequate zelfperceptie en copingstrategieën. De tijdsduur van de behandeling, waarin zowel ouders als kind participeren, is variabel en strekt zich doorgaans uit over meerdere maanden. In het begin van de behandeling worden alle belangrijke personen die een rol spelen in het leven van het gezin in kaart gebracht en wordt een gecoördineerd behandelingsplan opgesteld. Dit bestaat uit doelen op het gebied van ouder-kind interactie en veiligheid van het kind. Daarnaast wordt gewerkt aan inadequate percepties die de ouder heeft ten aanzien van het kind. Ook is aandacht voor invloed van het eigen verleden van de ouders en de invloed die dit heeft op de opvoeding, voor het verband tussen gedachten, gevoelens en gedrag van ouders. Nadat de ouder-kind relatie is verbeterd, wordt ook gewerkt aan leeftijdsadequate manieren om met het gedrag van het kind om te gaan. Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Cognitive-behavioral and Dynamic Play Therapy for Children with Sexual Behavior Problems and Their Caregivers (Bonner, 1999, in Saunders et al., 2003).

Dit programma behelst twee groepsgewijze therapievormen voor zes- tot twaalfjarigen en hun ouders met als doel om het optreden van inadequaat en/of agressief seksueel gedrag bij kinderen te verminderen. Beide hebben een duur van twaalf weken. De cognitief gedragsmatige training is zeer gestructureerd en er wordt gebruik gemaakt van een instructieve stijl. Het ouderprogramma dat parallel aan de kindgroep loopt, richt zich op informatie over seksueel adequaat gedrag van kinderen, het leren helpen toepassen van technieken die de kinderen geleerd hebben en technieken voor gedragsbeïnvloeding. De dynamische speltherapie voor de kinderen richt zich op het verkrijgen van inzicht in eigen gedrag, het vergroten van het inzicht in eigen en andermans gedrag, het observeren en interpreteren van gevoelens, behoeften en rechten, en bereiken van doelen op een adequate manier. Uit onderzoek blijkt bij een follow-up van twee jaar dat het programma effectief is in het verminderen van seksuele gedragsproblemen van de kinderen. Deze

behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Combinatie met dag- of residentiële behandeling

Interventies gericht op ouders en kinderen vormen vaak een onderdeel van een dag- of residentiële behandeling, waarvan ook andere therapeutische activiteiten en modules (bijv. gezinscounseling) deel uitmaken (Kolko, 1998). Uit een onderzoek naar het effect van intensieve behandeling van het kind in de groep, in combinatie met hulp aan de ouders blijkt dat dit effectief is met betrekking tot cognitieve competentie, acceptatie door leeftijdgenoten, relatie met de moeder en algehele ontwikkeling (Culp, 1991, in Kolko, 1998). Een vergelijkbaar programma, KEEPSAFE (*Kempe Early Education Project Serving Abusive Families*), bestaande uit dagopvang (preschool) en huisbezoeken voor jonge seksueel of fysiek misbruikte kinderen toonde een jaar na afsluiting vooruitgang aan met betrekking tot intellectueel functioneren en adequaat taalgebruik (Oates, 1995, in Kolko, 1998). Een laatste voorbeeld is het *Therapeutic Child Development Program*.

Therapeutic Child Development Program (Moore, Armsden, & Gogerty, 1998, in Saunders et al., 2003).

Dit betreft een dagprogramma voor kinderen van nul tot vijf jaar, waarbij ouders gebruik kunnen maken van oudertraining en ouder-supportgroepen en daarnaast vaardigheden overgedragen krijgen. Er wordt gewerkt aan ontwikkeling van empathie en hechting, van controle en het zoeken van evenwicht met betrekking tot emoties, het leren van interactieve vaardigheden en er wordt voorzien in een veilige omgeving met emotioneel goed 'afgestemde' verzorgers. Bij follow-up na twaalf (!) jaar blijkt dat de kinderen minder agressief zijn, minder internaliserende gedragsproblemen hebben en minder vaak gearresteerd en minder gewelddadig zijn dan vergelijkbare kinderen. De behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

3.6 Gezinsgerichte interventies

Behandeling na mishandeling/verwaarlozing

Bij de behandeling van het gezin moet volgens Crittenden (1996) onderscheid worden gemaakt naar type mishandeling. Op basis hiervan kunnen verschillende accenten worden gelegd tijdens de behandeling. Zo beschikken ouders die hun kind fysiek mishandelen in veel gevallen doorgaans over voldoende informatie over opvoeding en ontwikkeling. In stressvolle omstandigheden zijn deze ouders echter niet in staat hier gebruik van te maken. Behandeling in situaties van fysieke kindermishandeling moet dan ook gericht zijn op het 'ombuigen' van gevaarlijk gedrag van ouders. Daarnaast moeten de ouders leren om zich te richten op het omgaan met het gedrag van het kind in plaats van zich alleen te richten op hun eigen emoties en omstandigheden. Ook moet er aandacht zijn voor het verbeteren van de communicatiepatronen in het gezin. In gezinnen waarin verwaarlozing het belangrijkste probleem is, is het van belang dat ouders leren dat hun gedrag 'ertoe doet' en dat hun inzet van belang is bij

de opvoeding en verzorging van hun kind. Daarnaast dient bij dit soort gezinnen doorgaans samengewerkt te worden met andere instanties op het gebied van bijvoorbeeld huisvesting. Aandacht voor ontwikkelingsstimulering van jonge kinderen en schoolbezoek van oudere kinderen in deze gezinnen is eveneens van belang. Door MacLeod & Nelson (2000) is een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van verschillende soorten ouder- en gezinsgerichte interventies na kindermishandeling waarbij ouders betrokken zijn. Ze concluderen dat interventies met een benadering die gericht is op *empowerment* -een aanpak die aansluit bij de krachten van gezinsleden- een positiever effect hebben op de veiligheid van het kind, dan interventies die hier niet op gebaseerd zijn. De effectgrootte neemt toe naarmate de interventie langer duurt. Programma's met twaalf of minder huisbezoeken hebben de laagste effectgrootte op veiligheid. Dit geldt ook voor de programma's die korter dan zes maanden duren. Bij programma's met voorkoming van uithuisplaatsing als uitkomstmaat hebben de interventies die ook accent leggen op sociale steun een hogere gemiddelde effectgrootte dan interventies die hieraan geen aandacht besteden.

Deze conclusies zijn in lijn met de praktijkkenmerken die Thomlison (2004) op basis van een aantal effectieve programma's na kindermishandeling heeft geformuleerd. Naast conceptuele onderbouwing en fundering op effectieve interventies, zijn belangrijke kenmerken dat ze dienen te worden uitgevoerd in de thuissituatie of in de lokale voorzieningen, dat een scala aan interventies vaak in combinatie dient te worden aangeboden en dat als de veiligheid in het geding is de interventies altijd onder toezicht moeten worden uitgevoerd.

Ander zicht op de verschillen in effectiviteit van diverse gezinsgerichte programma's wordt geboden door Gaudin (1995). Hij concludeert op basis van werk van enkele onderzoekers dat intensieve gezinshulpprogramma's effectiever zijn bij het voorkomen van uithuisplaatsing in mishandelende gezinnen dan bij verwaarlozende gezinnen. Verder zijn deze programma's meer succesvol bij niet-chronische vormen van verwaarlozing. Multiprobleem gezinnen met chronische verwaarlozing zijn meer gebaat bij langdurige *multiservice* programma's. Hieronder worden enkele voorbeelden beschreven.

Physical Abuse-informed Family Therapy (Kolko & Swenson, 2002, in Saunders et al., 2003).

Deze vorm van therapie betreft een individuele cognitief gedragsmatige behandeling voor kinderen en ouders, in gezinnen waarin sprake is van fysieke kindermishandeling. De behandeling heeft een duur van 12 tot 24 bijeenkomsten en richt zich op de toepassing van sociale leerprincipes waarbij de nadruk ligt op wederzijdse beïnvloeding tussen ouders en kinderen. Er komen zowel gedragsmatige, cognitieve als affectieve aspecten aan bod. In de eerste fase van de behandeling staat het bevorderen van samenwerking en motivatie centraal. Er wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van een gedeelde visie op de waarde van niet-dwingende interacties. Na het afsluiten van een no-violence contract wordt gewerkt aan het aanleren van opvoedings- en probleemoplossingsvaardigheden. Kolko (1998) beschrijft een eigen studie uit 1996 naar het effect van deze behandeling. In deze studie zijn 55 kinderen en hun ouders at random toegewezen aan individuele kind- en oudertherapie op cognitief-gedragsmatige basis, aan traditionele gezinstherapie en aan een regulier ondersteuningsaanbod. Zowel met behulp van de individuele kind- en oudertherapie als met de gezinstherapie worden betere resultaten behaald ten opzichte van

het reguliere ondersteuningsaanbod. Dit blijkt uit metingen van gedragsproblemen van het kind, ouderlijke stress, risico op misbruik en conflicten in het gezin. Slechts in één van de gezinnen die hadden deelgenomen aan individuele kind- en oudertherapie was bij follow-up sprake van herhaling van de mishandeling. Dit was ook bij de gezinnen die deelnamen aan traditionele gezinstherapie het geval. Bij gezinnen die het reguliere ondersteuningsaanbod ontvingen heeft de mishandeling zich in 3 gevallen herhaald. Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Intensive Family Preservation Services (IFPS) (Kinney, Haapala, & Booth, 1991, in Saunders et al., 2003).

Intensive Family Preservation Services zijn gericht op een korte interventie aan huis ter voorkoming van uithuisplaatsing van het kind en verminderen van het risico op kindermishandeling. De aanpak is cognitief-gedragsmatig en wordt toegepast op geïdentificeerde probleemgebieden. De interventie vindt plaats in de thuissituatie, er is sprake van een assessment van sterke kanten en behoeften, de interventie wordt gerelateerd aan doelen, er wordt gebruik gemaakt van cognitief-gedragsmatige en probleemoplossingstechnieken, van praktische en materiële hulp en van sociale netwerkopbouw. Er zijn meerdere varianten ontwikkeld, waarbij de maximale duur 3 tot 6 maanden bedraagt. Uit onderzoek blijkt dat deelname aan IFPS programma's kindermishandeling vermindert in vergelijking met een controlegroep. Een bekend voorbeeld van een gezinsgericht IFPS programma is 'Homebuilding', in Nederland bekend onder de naam Families First (zie hoofdstuk 2). Homebuilding is een programma voor intensieve hulp aan huis voor gezinnen in crisis en dreigende uithuisplaatsing van één of meer kinderen vanwege kindermishandeling of verwaarlozing. Van de in totaal 530 aangemelde gezinnen die aan het onderzoek deelnamen is bij 44% lichamelijke mishandeling het aanmeldingsprobleem en bij 25% verwaarlozing. Bij de andere aanmeldingen is sprake van andere vormen van kindermishandeling, waaronder seksueel misbruik, al dan niet in combinatie met een andere vorm van kindermishandeling. Effecten van het programma zijn vastgesteld voor de groep fysiek mishandelde en/of verwaarloosde kinderen (ruim 80%). Van deze groep is een jaar na afsluiting 14% van de behandelde kinderen uithuis geplaatst. Dit betekent dat voor 86% van de kinderen uithuisplaatsing voorkomen is, omdat de veiligheid van het kind in het gezin (voldoende) gegarandeerd is. Het Homebuildersprogramma blijkt de beste resultaten op te leveren in gezinnen waar bij aanmelding sprake is van lichamelijke kindermishandeling (9,6% uithuisplaatsing). In gezinnen waar bij aanmelding sprake is van verwaarlozing, is 15,3 % uithuis geplaatst. Bij de gezinnen waar beide vormen van kindermishandeling een rol speelden, was het percentage uithuisplaatsing het grootst: 24,2%. Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'veelbelovend en aanvaardbaar' (classificatie '4').

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (Urguiza & McNeil, 1996, in Saunders et al., 2001).

Parent Child Interaction Therapy is een gedragsmatige interventie gericht op kinderen van 2 tot 8 jaar en hun ouders. Doel van het programma is het verminderen van externaliserende gedragsproblemen, het versterken van positieve interacties tussen ouder en kind en het verbeteren van de ouder-kind relatie. Het programma is gebaseerd op onderzoek waaruit blijkt dat fysiek mishandelende ouders veel negatieve interacties met hun kind hebben en

over inadequate disciplineringsstrategieën beschikken. Aan de andere kant zijn fysiek mishandelde kinderen vaak agressief en ongehoorzaam, wat weer negatieve interacties kan oproepen en de kans op fysieke mishandeling doet toenemen. De interventie begint met 6 bijeenkomsten waarin het versterken van positieve interactie centraal staat. Hierna volgen 6 bijeenkomsten die gericht zijn op het verbeteren van de disciplineringsmethode. Tijdens de bijeenkomsten wordt de ouder geïnstrueerd door de therapeut in het toepassen van nieuwe vaardigheden. Dit vindt plaats vanachter een one-way screen, waarbij de ouder samen met het kind in de therapieruimte is en het kind een opdracht moet uitvoeren. Uit onderzoek blijkt dat bij 19% van de ouders die hebben deelgenomen aan deze therapie sprake is van rapportage over herhaling van de mishandeling, terwijl bij 49% van ouders die hebben deelgenomen aan een standaard oudergroep opnieuw is gerapporteerd over mishandeling. Ook is gebleken dat extra individuele hulp het effect van PCIT niet vergroot. De positieve resultaten blijken veroorzaakt te worden door een afname van negatieve interacties (Chaffin, Silovsky, Funderburk, Valle et al., 2004). Deze behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt door Saunders en collega's geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Behandeling na seksueel misbruik

Ook bij de behandeling na seksueel misbruik vormt behandeling van het gezin een belangrijk onderdeel (Swenson & Henson, 1998). Een vraag hierbij is wat verstaan dient te worden onder 'het gezin'. Als de pleger in het gezin blijft, dan is het vanzelfsprekend dat hij bij de behandeling betrokken wordt. Indien dit niet het geval is, dan moet behandeling gericht zijn op herstructurering van het gezin zonder de pleger. Het belangrijkste doel van de behandeling is de voorkoming van hernieuwd misbruik en het gehele gezin kan daar een bijdrage aan leveren, bijvoorbeeld in de vorm van hulp bij een 'preventieplan'. De pleger moet, indien hij in het gezin blijft, risicovolle situaties leren vermijden en de niet-misbruikende ouder moet verantwoordelijkheid aanvaarden bij het bieden van bescherming aan het kind, het contact met het slachtoffer versterken en beslissingen leren nemen ten aanzien van de kinderen. Het slachtoffer en de andere kinderen in het gezin moeten de regels voor veiligheid en privacy in het gezin nakomen en de niet-misbruikende ouder informeren over gevoelens van onveiligheid. Daarnaast is van belang dat de ouders werken aan hun onderlinge relatie en contacten buiten het gezin leggen teneinde isolement te voorkomen. Het gezin als geheel moet werken aan het instellen van nieuwe regels rondom veiligheid en privacy, verbetering van de communicatie en versterking van de autonomie van de gezinsleden. Volgens Meinig en Bonner (1990, in Swenson & Hanson, 1998) neemt in de nieuwe gezinsstructuur de niet-misbruikende ouder de beslissingen omtrent de kinderen, is de pleger nooit alleen met de kinderen, is de communicatie- en probleemoplossing op een hoger niveau en zijn er regelmatige gezinsbijeenkomsten. Gezinstherapie draagt in het algemeen bij aan voorkomen van herhaling van het misbruik en het bij elkaar blijven van het gezin. Een voorbeeld, genoemd door Meinig en Bonner, is de *Child Sexual Abuse Treatment*. Uit onderzoek blijkt dat slechts in 1% van de gezinnen sprake is van recidive en dat in 85% de pleger terugkeerde naar huis. Ook de beschreven IFPS-programma's worden ingezet in gezinnen waarin sprake is van seksueel misbruik.

Een belangrijk aandachtspunt bij gezinstherapie na seksueel misbruik is de volgorde. Individuele behandeling van het kind en behandeling van de niet-misbruikende ouder dienen plaats te vinden voordat begonnen wordt met gezinstherapie. Wanneer te

vroeg met gezinstherapie wordt begonnen, kan dit traumatiserend zijn voor het kind, indien nog onvoldoende ondersteuning door de ouder(s) wordt ervaren (Swenson & Henson, 1998).

3.7 Samenwerking en afstemming

Multimodale behandeling

Bij een multimodale behandeling wordt een onderling samenhangend hulpaanbod geleverd, dat zich richt op meerdere leden van het cliëntsysteem, op basis van gemeenschappelijke analyse en behandelingsplanning. Multimodale programma's zijn gericht op meerdere contexten (bijvoorbeeld kind, ouders, school, leefomgeving) en meerdere beïnvloeders. De programma's worden ingezet vanuit een analyse van de verschillende problemen, risico- en protectieve factoren in de verschillende contexten waarin een kind leeft.

In recente literatuur over effectieve en veelbelovende programma's voor jeugdigen met complexe problematiek wordt de term 'multimodaal' veelvuldig aangetroffen. Ook worden andere termen gebruikt: multicomponent, multifaceted, multimethod, multilevel, multidimensional, multicontextual. Multimodale programma's kennen een duidelijk omschreven conceptueel kader, waardoor de interventies in de verschillende contexten verbonden worden. De modules zijn inhoudelijk op elkaar afgestemd. Veelal wordt gewerkt op basis van cognitief-gedragsmatige en systeemtheoretische principes.

De effectiviteit van een multimodale behandeling na seksueel misbruik blijkt uit een onderzoek van Friedrich en collega's (in Kolko, 1992). De behandeling werd aangeboden vanuit één organisatie die zowel individuele, groeps-, als ouderbehandeling aanbood. Er zijn positieve effecten geconstateerd met betrekking tot agressie in het gezin, seksualiserend en sociaal gedrag van het kind en functioneren van het gezin. Met betrekking tot depressie en zelfwaardering van het kind zijn geen effecten gevonden. Uit ander onderzoek blijkt dat het combineren van gezinsbijeenkomsten (gericht op onder meer communicatie, veiligheid en huwelijksproblemen) en ouder/kind groepen (gericht op informatieverstrekking, zelfbescherming, ouderlijk gedrag) een positief effect heeft op een aantal behandelingsdoelen (zelfbeeld van kinderen, zicht van de ouders op de behoeften van het kind). Dit effect is groter dan wanneer alleen gezinsbijeenkomsten gevolgd worden (Kolko, 1998). Ook in andere literatuuroverzichten (bijvoorbeeld Corcoran, 2000) wordt gewezen op het belang van een multimodale aanpak. Voorbeelden van multimodale behandeling na fysieke kindermishandeling en verwaarlozing zijn het *Project 12-ways* en *Multisystemic Therapy*.

Project 12-ways (Lutzker, 1990).

Dit project is gebaseerd op een ecologische benadering en richt zich op gezinnen waarin sprake is van fysieke mishandeling en verwaarlozing. Op basis van een brede, meervoudige assessment worden verschillende modules uitgevoerd door dezelfde persoon (generalisten). Uit onderzoek blijkt dat gezinnen die hebben deelgenomen minder vaak worden gemeld wegens herhaling van de mishandeling dan gezinnen uit een controlegroep. Vanuit het

streven om de behandeling efficiënter te maken werd het programma *SafeCare* ontworpen, een kortere en meer efficiënte versie van *Project 12-ways* voor ouders van nul tot vijfjarigen, bestaande uit drie keer vijf bijeenkomsten. De gebieden waarop in dit programma de nadruk wordt gelegd zijn: zorgen voor de gezondheid van het kind, veiligheid in huis, hygiëne van het huis en bevorderen van binding, waarbij een ouder-kind interactie training en *Planned Activities Training* (PAT) centraal staan. Uit onderzoek blijkt het positieve effect van het identificeren en veranderen van omgevingsgerichte en gezondheidsgerelateerde risicofactoren en het stimuleren van een positieve ouder-kind interactie.

Multisystemic Therapy (MST) (Swenson & Henggeler, in Saunders et al., 2003).

MST is een behandelingsmethode (multisystemic treatment) gericht op 'serious, violent or substance abusing juvenile offenders, and their families' (Henggeler, 1998). Belangrijk uitgangspunt is dat antisociaal gedrag verbonden is met kenmerken van de jeugdige, de familie, de peergroup, de school en buurt. Aanpak van het antisociale gedrag moet eruit bestaan in deze elementen de risicofactoren te verminderen door vergroting van beschermende factoren. MST vindt individueel en home-based plaats. MST is een goed onderzochte behandelingsmethode, met een solide theoretische basis. De theoretische basis is de systeemtheorie, die ervan uit gaat dat de leden van een systeem hun gedrag wederzijds beïnvloeden en de sociale ecologie (Bronfenbrenner), op basis waarvan verondersteld wordt dat iemands gedrag alleen volledig begrepen kan worden als het bestudeerd wordt binnen de natuurlijke context. Daarnaast is de aanpak gebaseerd op de theorievorming rond ontwikkelingspsychopathologie en risico- en beschermende factoren die gerelateerd zijn aan het ontstaan en voortbestaan van delinquent gedrag en op gedragstherapeutische uitgangspunten en principes. De duur van de behandeling is ongeveer 4 tot 6 maanden. MST wordt ook toegepast bij gezinnen waarin kindermishandeling een rol speelt. In dit geval wordt systematisch nagegaan welke factoren hiertoe een risico vormen of een bijdrage leveren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zgn. '*fit-circles*', met behulp waarvan de belangrijkste factoren die het probleem veroorzaken of in stand houden in kaart gebracht worden. Uit onderzoek (Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987, in Kolko, 1998) blijkt dat MST toegepast in gezinnen waarin sprake is van kindermishandeling effectiever is met betrekking tot de verbetering van ouder-kind relaties dan wanneer er een oudertraining wordt gegeven. Ook zijn grotere verbeteringen met betrekking tot ouderlijke disciplineeringsvaardigheden en responsiviteit gevonden. Op dit moment wordt de toepassing van MST bij fysiek misbruikende ouders onderzocht in een gerandomiseerde trial (Swenson, persoonlijke communicatie). MST wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en aanvaardbaar' (classificatie '3').

Verwant aan het multimodale MST-programma is de werkwijze die gebaseerd is op het CIF-CBT model (*Comprehensive Individual and Family Cognitive Behavior Therapy*) (Kolko & Swenson, 2002). Ook dit model is gebaseerd op een integratie van cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie. Het bestaat uit behandeling van het kind, waarbij de behandelaar samen met het kind in kaart brengt wat er precies gebeurd is en stilstaat bij de emotionele gevolgen van het gebeurde. Vervolgens vinden cognitieve interventies plaats en wordt indien nodig gewerkt aan het verwerken van traumatische gebeurtenissen, het leren omgaan met woede en agressie en het leren van sociale vaardigheden. Ook bij de ouders wordt in de beginfase de mishandeling ter sprake gebracht. Al vroeg in de behandeling wordt met de ouder gewerkt aan het nemen van verantwoordelijkheid voor de mishandeling die de ouder ten opzichte van het

kind leert uitspreken. Ook worden met de ouders de verwachtingen die ze ten aanzien van hun kind hebben verduidelijkt en zonodig bijgesteld en leren ze hoe ze op een goede manier om kunnen gaan met het ongewenste gedrag van hun kind. Indien nodig krijgen ouders strategieën aangereikt om te leren omgaan met agressie of depressie. Door de verklaring die de ouder aan het kind aflegt wordt de individuele behandeling van ouder en kind met elkaar verbonden tot een gezinsbehandeling en wordt gewerkt aan het in balans brengen van de gezinsstructuur. Ook wordt nagegaan of er sprake is van disfunctionele coalities en wordt gewerkt aan het tot stand brengen van een adequate gezinshiërarchie.

Samenwerking en afstemming tussen meerdere interventies

Een voorbeeld van een hulpverleningsprogramma dat bestaat uit meerdere interventies is FTI (*Focused Treatment Interventions*). Opvallend is de nadruk die wordt gelegd op het beoordelen van de veiligheid en de risicosituatie voor het kind. Dit dient als uitgangspunt voor de behandelingsplanning en de inzet van afzonderlijke interventies.

Focused Treatment Interventions (FTI) (Swenson & Ralston, 1997, in Saunders et al., 2003).

FTI is een veelomvattend programma voor gecoördineerde behandeling, gericht op de veiligheid van het kind en vermindering van het risico op kindermishandeling. Het programma is ontwikkeld voor gebruik in een gecoördineerd en multidisciplinair hulpaanbod. Doelen van FTI zijn: het identificeren en doen afnemen van de bedreigingen van de veiligheid van het kind en het voorkomen van verdere mishandeling. Het programma richt zich op het bij elkaar houden van het gezin onder de voorwaarde dat de veiligheid van het kind gewaarborgd is en persoonlijke verantwoordelijkheid van de ouders voor de mishandeling aanvaard wordt. In de eerste fase van de behandeling worden risicofactoren die bijdragen aan de mishandeling opgespoord en wordt een plan opgesteld om risicofactoren te verminderen. Op basis hiervan wordt een gezamenlijk plan van aanpak gemaakt op basis waarvan de benodigde interventies worden ingezet onder een eenduidige regie. De duur van het programma is ongeveer 6 tot 12 maanden.

Onderdelen van de behandeling zijn: uitgebreide taxatie van de veiligheid van en de risicosituatie voor het kind; beslissingsboom van interventies; vermindering van risicofactoren rond het kind; organiseren van een familiebijeenkomst; identificeren van protectieve factoren in het gezin en de omgeving die een bijdrage kunnen leveren aan de veiligheid van het kind; opstellen van nieuwe regels rond veiligheid, grenzen, rollen en verantwoordelijkheden; monitoren van het houden aan regels door de gezinsleden. Indien nodig kunnen ouders deelnemen aan individuele behandeling, een behandelingsgroep voor plegers, een ondersteuningsgroep voor niet-misbruikende ouders, een slachtoffer-supportgroep, relatietherapie of gezinsterapie.

De behandeling is beschreven en overdraagbaar en wordt geclassificeerd als 'onderbouwd en acceptabel' (classificatie '3').

Ondanks deze positieve beoordeling bleek uit de resultaten van het Charleston Collaborative Project (Swenson, Randall, Henggeler, & Ward, 2000), dat op FTI gebaseerd was, dat de ingezette samenwerking tussen vier organisaties in vergelijking met reguliere hulp niet de verwachte betere resultaten opleverde met betrekking tot

afname van problemen bij het kind, ouderlijke stress en aantal teruggeplaatste kinderen naar huis (na een tijdelijke plaatsing in een opvanggezin). Eén van de verklaringen die door de onderzoekers wordt aangedragen is dat de beoogde werkwijze onvoldoende werd nagekomen en dat onvoldoende gebruik werd gemaakt van evidence based interventies. Op dit type interventies dient dan ook de nadruk te worden gelegd.

3.9 Conclusie

Specificiteit

Uit het overzicht blijkt dat in de Verenigde Staten veel specifieke interventies voor hulp na kindermishandeling beschikbaar zijn. Er zijn interventies voor kinderen (individueel en groepsgewijs), voor ouders en kinderen parallel, voor niet-mishandelende ouders, voor mishandelende ouders en voor gezinnen. De diverse hulpvormen zijn gebaseerd op een grondige analyse van de factoren die een bijdrage leveren aan het ontstaan en de gevolgen van kindermishandeling en op basis hiervan is het hulpaanbod ingericht. Ook bij het vaststellen van de effectiviteit worden deze specifieke factoren regelmatig als effectmaat gehanteerd. Er zijn vooral veel specifieke interventies ontwikkeld voor hulp na seksueel misbruik. Maar ook voor andere vormen van kindermishandeling, in het bijzonder voor fysieke kindermishandeling, bestaan specifieke interventies. Er wordt dan ook gesproken van '*abuse specific*' behandeling.

Benadering en werkwijze

Daarnaast concluderen we in navolging van Saunders en collega's (2003) dat behandelingsvormen met de grootste empirische onderbouwing gebaseerd zijn op een *gedragsmatige of cognitief-gedragsmatige aanpak* en zich zowel richten op het individuele kind, als op de ouder/het gezin. Veelal wordt hierbij gebruik gemaakt van specifieke behandelingstechnieken (bijvoorbeeld cognitieve herstructurering, aanleren van vaardigheden om gedrag te reguleren) die kunnen worden toegepast bij verschillende problemen. Ook bij meer ingewikkelde casuïstiek kan gebruik worden gemaakt van de basisprincipes die aan effectieve behandelingen ten grondslag liggen. De behandelingen zijn *doelgericht*. Er wordt gewerkt aan specifieke, meetbare problemen die geïdentificeerd zijn aan de hand van diagnostiek van de situatie en de problematiek van de kinderen en de gezinnen. Er is sprake van een behandelingsplan en de voortgang wordt gemeten. Daarnaast hanteren de programma's een *gestructureerde aanpak*. Hierdoor kunnen de behandelaars systematisch en doelgericht werken en lopen minder het gevaar om afgeleid te worden door onvermijdelijke dagelijkse problemen. Ook maken de programma's gebruik van het *vergroten van vaardigheden*, nodig voor het omgaan met emotionele en gedragsproblemen. Bij de kinderen zijn deze gericht op zelfregulatie van denken, gevoel en gedrag. Bij de ouders richten ze zich op het reguleren van gewenst en ongewenst gedrag van hun kinderen en het reguleren van hun eigen gedrag en emoties. Het oefenen van de vaardigheden vindt doorgaans plaats tijdens de behandelingssessie en in natuurlijke situaties. Terecht wordt gesteld dat behandelaars die deze interventies uitvoeren deskundig moeten zijn met betrekking tot algemene gedragsmatige en cognitieve behandelingsprincipes en deze toegepast op de

behandelingsdoelen met betrekking tot verwerking en voorkomen van mishandeling dienen in te zetten.

Afstemming en samenhang

Interventies die samenwerking tijdens de behandeling bevorderen, zijn gebaseerd op vormen van parallel ouder-kindbehandeling en multimodale behandeling. In deze behandelingsvormen zijn samenwerking en afstemming in het programma ingebouwd omdat de modules opereren vanuit een eenduidige visie en theoretisch kader en inhoudelijk op elkaar afgestemd zijn. Wanneer meerdere interventies worden ingezet wordt afstemming en samenwerking bevorderd door de interventieplanning te baseren op een zorgvuldige taxatie van de veiligheid en de risico's voor herhaling van het misbruik. In te zetten interventies moeten welomschreven en doelgericht zijn.

4. Conclusie en mogelijkheden voor versterking van het hulpaanbod

4.1 Conclusie

Meervoudig aanbod

Mishandelende ouders hebben te maken met een opeenstapeling van problemen, zowel in hun persoonlijk functioneren, als in hun functioneren als opvoeder. Mishandelde kinderen vertonen een breed scala aan ontwikkelings-, gedrags- en/of gezondheidsproblemen, en materiële of emotionele steun uit de omgeving ontbreekt vaak. Ook in geval van seksueel misbruik spelen diverse problemen op het niveau van de kinderen, ouders en gezinnen. Kortom: mishandeling en verwaarlozing zijn meervoudig bepaald en doen zich meestal voor in opvoedingssituaties waar meer problemen spelen. Daarbij geldt dat geen enkele situatie van kindermishandeling hetzelfde is, steeds gaat het om unieke combinaties van problemen en behoeften van kinderen en gezinnen. Gezien de complexiteit van de problematiek biedt een enkelvoudig hulpaanbod weinig kans van slagen. Een goede aanpak van kindermishandeling is dan ook gericht op alle factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van de problematiek en bestaat uit interventies op verschillende niveaus (kind, ouders, gezin, omgeving). Daarnaast kan het hulpaanbod alleen effectief zijn als het toegespitst is op de specifieke situatie van het gezin. De hulp moet, met andere woorden, 'op maat' zijn. Dat betekent dat uit het beschikbare algemene aanbod een op het individuele gezin toegespitst pakket wordt samengesteld. Hierbij is samenhang en afstemming in het hulpaanbod van belang, zodat de verschillende hulpvormen zowel inhoudelijk, als organisatorisch goed op elkaar aansluiten.

Interventies en samenwerkingsvormen na kindermishandeling in Nederland

Bij de inventarisatie van het beschreven hulpaanbod na kindermishandeling in Nederland zijn voor hulp na seksueel misbruik een aantal specifieke interventies aangetroffen. Zo is voor de hulpverlening na seksueel misbruik een parallelaanbod voor kinderen en hun niet-misbruikende ouders ontwikkeld (de Horizonmethodiek). Voor de behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik is ook een beschreven groepsaanbod voor slachtoffers voorhanden. Ook bestaat er specifiek -beschreven- hulpaanbod voor plegers van seksueel misbruik. Overigens is voor individuele hulp aan kinderen die te maken hebben (gehad) met seksueel misbruik geen beschreven aanbod gevonden.

Voor de hulp na de andere vormen van kindermishandeling zijn minder specifieke interventies beschikbaar en wordt veel algemeen aanbod ingezet. Voor de hulp aan de kinderen zijn vooral vormen van traumaverwerking en speltherapie beschikbaar. Daarnaast zijn er veel vormen van intensieve hulp in de thuissituatie. Bij deze interventies wordt bij de diagnostiek en behandelingsplanning niet systematisch aandacht besteed aan de factoren die bijdragen aan of het gevolg zijn van kindermishandeling. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het pedagogische besef van ouders en de verwachtingen die ouders ten aanzien van hun kind hebben.

Ook in de samenwerkingsvormen wordt weinig expliciet gebruik gemaakt van de theorievorming over de factoren die een rol spelen bij kindermishandeling. Zowel de afzonderlijke interventies als de samenwerkingsvormen kunnen onderbouwd en versterkt worden door hier meer expliciet gebruik van te maken.

Effectieve interventies in de Verenigde Staten

In de Verenigde Staten zijn veel specifieke interventies voor hulp na kindermishandeling beschikbaar. Er zijn interventies voor kinderen (individueel en groepsgewijs), voor ouders en kinderen parallel, voor niet-mishandelende ouders, voor mishandelende ouders en voor gezinnen. Deze interventies zijn gebaseerd op een analyse van relevante factoren rond kindermishandeling. Er zijn veel specifieke interventies ontwikkeld voor hulp na seksueel misbruik. Maar ook voor andere vormen van kindermishandeling, in het bijzonder voor fysieke kindermishandeling, bestaan specifieke interventies.

Wat betreft de benadering en werkwijze zijn behandelingsvormen met de grootste empirische onderbouwing doorgaans gebaseerd zijn op een gedragsmatige of cognitief-gedragsmatige aanpak. De interventies zijn doelgericht. Er wordt gewerkt aan specifieke, meetbare problemen die geïdentificeerd zijn aan de hand van uitgebreide diagnostiek van de kinderen en gezinnen. Er is sprake van een behandelingsplan, een gestructureerde aanpak en de voortgang wordt gemeten. Het vergroten van vaardigheden, nodig voor het omgaan met emotionele en gedragsproblemen, is een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Interventies die samenwerking tijdens de behandeling bevorderen, zijn gebaseerd op vormen van parallel ouder-kindbehandeling en multimodale behandeling. Wanneer meerdere interventies gelijktijdig of na elkaar worden ingezet, wordt afstemming en samenwerking bevorderd door de interventieplanning te baseren op een zorgvuldige taxatie van de veiligheid en de risico's voor herhaling van het misbruik.

De Amerikaanse interventies bieden vanwege hun specificiteit en effectiviteit een aantal aanknopingspunten voor versterking van het hulpaanbod na kindermishandeling in Nederland.

4.2 Mogelijkheden voor versterking van het hulpaanbod in Nederland

Het Nederlandse hulpaanbod kan systematischer aansluiten bij de factoren die bijdragen aan of een gevolg zijn van kindermishandeling. Voor het inhoudelijk versterken van de hulp zijn meerdere mogelijkheden.

▪ **Verspreiden van effectieve specifieke interventies**

Uit de inventarisatie van het bestaande hulpaanbod in Nederland is naar voren gekomen dat er weinig beschreven 'abuse specific' aanbod beschikbaar is. En het weinige aanbod dat er is, is niet erg breed verspreid. Een goed voorbeeld hiervan is de *Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy*, die nu onder de naam Horizonmethode op kleine schaal in Nederland ingezet wordt. Maar ook een programma als Let op de Kleintjes zou op meer plaatsen kunnen worden benut.

- **Importeren van nieuwe effectieve buitenlandse specifieke interventies**

Daarnaast is het zinvol om na te gaan of effectieve buitenlandse 'abuse specific' programma's kunnen worden 'geïmporteerd'. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het multimodale MST-programma of aan de *Physical Abuse-informed Therapy*. Door het importeren van deze interventies worden niet alleen lacunes in het huidige aanbod opgevuld, maar worden ook voorbeelden neergezet van goed onderbouwde programma's die zich systematisch richten op relevante factoren rond kindermishandeling. Dit kan de werkwijze van bestaande interventies inspireren.

- **Ontwikkeling van nieuwe specifieke interventies in Nederland**

De gevonden buitenlandse programma's bieden ook inspiratie om specifieke Nederlandse interventies na kindermishandeling te ontwikkelen. Hierin kunnen elementen van buitenlandse effectieve interventies worden benut. Inspiratie hiervoor kan gevonden worden in het *Comprehensive Individual and Family Cognitive Behavior Therapy (CIF-CBT)*-model van Kolko en Swenson (2002). Dit is gebaseerd op een multimodale aanpak, waarbij gebruik wordt gemaakt van een integratie van cognitieve gedragstherapie en gezinstherapie. Kenmerkend voor de multimodale aanpak is de analyse van problemen in meerdere contexten, op basis waarvan wordt vastgesteld aan welke factoren moet worden gewerkt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de al eerder genoemde 'fit-circles'. Als onderdeel van het project 'Aanpakken in samenhang' gaat het Expertisecentrum Kindermishandeling in samenwerking met enkele RAAK-proefregio's na hoe dit in een concrete module gestalte kan krijgen. De kennis die dit oplevert zal hierna worden verspreid.

- **Versterken van bestaande Nederlandse interventies**

Ook kunnen we kijken hoe we bestaande, algemene, Nederlandse interventies meer kunnen toespitsen op de factoren die bijdragen aan en het gevolg zijn van kindermishandeling. Dit betekent bijvoorbeeld dat diagnostiek gericht plaatsvindt vanuit kennis van alle factoren die bij kindermishandeling een rol spelen en dat de behandelingsplanning daarop is gebaseerd. Interventies die van deze kennis kunnen profiteren zijn onder meer programma's voor intensieve hulp in de thuissituatie. In het kader van het project 'Aanpakken in samenhang' gaat het Expertisecentrum Kindermishandeling in samenwerking met Collegio na hoe deze specifieke kennis in de opleiding voor IPT-ers (Intensieve Pedagogische Thuishulp) kan worden geïntegreerd.

- **Versterking van de samenwerkingsvormen**

Om samenhang te kunnen brengen in het hulpaanbod aan mishandelde kinderen en hun ouders is het van belang dat dit aanbod vanuit een gedeelde visie en conceptueel kader is vormgegeven. De verschillende interventies worden daarmee inhoudelijk in een logisch verband gebracht. Afstemming betekent dat de betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van elkaars activiteiten en dat elk deelaanbod bijdraagt aan een gezamenlijke doelstelling. In de praktijk van de hulp aan gezinnen zal hiertoe regelmatig overleg noodzakelijk zijn. Daarnaast zal een casemanager of zorgcoördinator ervoor moeten zorgen dat het aanbod aan individuele gezinnen gecoördineerd verloopt.

Ter ondersteuning van dit proces kunnen de samenwerkingsvormen meer gebruik maken van theoretische en empirische inzichten rond kindermishandeling. Met behulp hiervan kan een samenhangend theoretisch kader worden gecreëerd dat de diverse interventies met elkaar verbindt. Dit samenhangende kader kan zorgen voor een eenduidige visie en eenheid van taal. Daarnaast kan inspiratie worden gevonden in de multimodale aanpak, zoals geschetst in hoofdstuk 3. Kenmerkend voor de multimodale aanpak is de analyse van problemen in meerdere contexten, op basis waarvan wordt vastgesteld aan welke factoren moet worden gewerkt. Idealiter is ook de behandelingsplanning hierop gebaseerd. Wanneer deze analyse en behandelingsplanning gezamenlijk besproken en vastgesteld worden, en de betrokken hulpverleners de gestelde doelen delen, versterkt dit de samenhang en afstemming in het hulpaanbod.

Daarnaast is een belangrijke basisvoorwaarde voor samenwerking dat van elke interventie die wordt ingezet bekend is wat doelen, duur en middelen zijn. Wanneer zorgaanbieders dit kunnen expliciteren, wordt het makkelijker om het zorgaanbod inhoudelijk en organisatorisch op elkaar af te stemmen.

- ***De centrale rol van diagnostiek***

Diagnostiek is een sleutel voor het vormgeven van de hulp aan mishandelde kinderen en het gezin waarin zij wonen. Op basis van diagnostiek wordt een hulpverleningsplan samengesteld dat is toegespitst op de problemen, krachten en behoeften van de individuele gezinsleden en van het gezin als geheel. Zonder goede diagnostiek is het niet mogelijk om passende hulp te bieden. In de diagnostiek en behandelingsplanning moet rekening worden gehouden met de mate waarin factoren veranderbaar zijn. Vaststaande kenmerken van kind, ouder of gezin (bijvoorbeeld een verstandelijke handicap of een psychiatrische stoornis) zijn minder gemakkelijk te veranderen dan factoren van voorbijgaande aard, zoals tijdelijk lastig gedrag van het kind of opvoedingsvaardigheden van ouders. Ook risicofactoren als leeftijd of geslacht van het kind zijn niet te veranderen door interventies. Interventiedoelen zullen vooral liggen in het verminderen of opheffen van veranderbare factoren en het leren omgaan met factoren die blijvend zijn.

Diagnostiek vindt idealiter plaats voorafgaand aan, tijdens en bij afsluiting van de behandeling en vormt hiermee een integrale component van het gehele hulpverleningsproces. Dit is van belang om het verloop van de problematiek en de effectiviteit van de behandeling te kunnen volgen. Speciale aandacht dient uit te gaan naar de inschatting van de veiligheid van het kind, gebaseerd op een grondige risicotaxatie. Een ander specifiek thema is de visie van de ouders op de mishandeling en de invloed die dit heeft op het betrekken van ouders bij de behandeling. Om medewerking te verkrijgen bij de uitvoering van het behandelingsplan, is het van belang om over de uitkomsten van de diagnostiek te communiceren met alle gezinsleden. Op deze manier vormt diagnostiek een eerste stap in het verkrijgen van betrokkenheid bij de behandeling. Gezinnen moeten hierbij respect ervaren voor hun specifieke omstandigheden, achtergronden en waarden. Ook moet er aandacht zijn voor de krachten en competenties van het gezin.

Diagnostiek bestaat bij voorkeur uit meerdere methoden (directe observatie, gesprekken, (vragenlijsten) en uit meerdere respondenten (het mishandelde kind, broers en zussen, de mishandelende ouder, de niet-mishandelende ouder en volwassenen buiten het gezin zoals leerkrachten, kinderopvangleidsters en

hulpverleners). Door het gebruik van meerdere methoden en respondenten wordt een zo objectief mogelijk beeld verkregen, zeker wanneer hierbij gebruik wordt gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten die zijn toegespitst op de problematiek. Het Expertisecentrum Kindermishandeling zal in het kader van het project 'Aanpakken in samenhang' een overzicht publiceren van instrumenten die in dit kader bruikbaar zijn. In dit overzicht komt ook aan bod hoe deze instrumenten in het werken met de gezinnen methodisch zijn in te zetten.

Referenties

- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen: Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Amsterdam: SWP.
- Baeten, P. (1998). Project zorgprogramma bij seksueel misbruik van kinderen binnen het gezin. In T.A. van Yperen & E. van Rest (Eds.), *Voortbouwen aan programma's in de jeugdzorg* (pp.105-130). Utrecht, NIZW.
- Baeten, P., Berge, I. ten, Geurts, E. & Kooijman, K. (2001). *Jonge kinderen in de knel. De aanpak van kindermishandeling bij 0- tot 4- jarigen onderzocht*. Utrecht: NIZW.
- Baeten, P., & Geurts, E. (2002). *In de schaduw van het geweld: Kinderen die getuige zijn van geweld tussen hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Baeten, P., Kooijman, K., & Rovers, P. (2000). *Meersporenbeleid in beweging: Ontwikkelingen in de aanpak van seksuele kindermishandeling*. Utrecht: NIZW.
- Baeten, P.A.C.M., Zwikker, M.C., Baartman, H., & Janssen, C. (2000). *Verder met CLAS: Resultaten en overdraagbaarheid van contextuele hulpverlening na seksueel geweld*. Utrecht: NIZW.
- Bakker, K., Berger, M. Jagers H., & Slot, W. (2000). *Families First. Begin in het gezin: Theorie en praktijk van crisishulp aan huis*. Utrecht: NIZW.
- Bath, H.I., & Haapala, D.I. (1994). Programma's gericht op instandhouding en verbetering van het functioneren van gezinnen met mishandelde en verwaarloosde kinderen: een onderzoek naar groepsverschillen. *Literatuurselectie kinderen en adolescenten*, jrg. 1, no. 1, 104-112 (vertaald uit: *Child Abuse & Neglect*, 17, 213-225).
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (1998). Modererende factoren na seksueel trauma bij adolescenten. *Kind en Adolescent*, 19 (4), 376-395.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 153-202). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berge, I.J. ten (1998). *Besluitvorming in de kinderbescherming: De ontwikkeling en evaluatie van een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming*. Dissertatie Universiteit Utrecht. Delft: Eburon.
- Berge, I. ten, Bruggemann, M., & Vinke, A. (2003). *Op weg naar een goed hulpaanbod voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW.
- Berger, M., & Spanjaard H. (1996). *Families First: Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Utrecht: NIZW.
- Berger, M. & Spanjaard, H. (2001). Sociale vaardigheidstraining in allerlei soorten en maten. In: Hermanns, J., Nijnatten, C. Van, Smit, M., Verheij, F. & Reuling, M. (Eds.), *Handboek Jeugdzorg*, afl. feb. A.10, (pp. 1-22). Houten/Diegem: Bohn Stafleu & Van Loghum

- Berliner, L., & Elliot, D.M. (1996). Sexual abuse of children. In J. Briere, L. Berliner, J.S. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 51-71). Thousand Oaks: SAGE.
- Berry, M., Dawson, K., & Charlson, R. (2002). *Evidence-based best practices in understanding and treating child neglect*. University of Kansas: School of social welfare.
- Bicanic, I. (2002). *Evaluation of a Group Treatment for Sexually Abused Children in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam & Children's and Youth Trauma Center.
- Boendermaker, L., Veldt, M.C. van der, & Booij, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*, Utrecht: NIZW.
- Bogaart, P. van den, & Muijen, H. van (2001). *Beter met thuis: Een onderzoek naar de ontwikkelingen en de effecten van een nieuwe werkwijze in de jeugdzorg*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
- Bradway, K. (1997). *Sandplay: Silent Workshop of the Psyche*. New York: Routledge.
- Broeke, E. ten, & Jongh, A. de (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij posttraumatische stress-stoornissen. In P.G.H. Aarts, & W.D. Visser (Eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 321-338). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Browne, K. (1988). The nature of child abuse and neglect: An overview. In K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 15-30). Chicester: John Wiley.
- Bruggemann- Kluver, M., & Montfoort, A. van (1999). *Zorgprogramma Hulpvragen gerelateerd aan Seksueel Misbruik van Kinderen en Jeugdigen*. Woerden: Adviesbureau van Montfoort.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20 (3), 191-203.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J. & Bonner, B.B. (2004). Parent-child Interaction Therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 72, no. 3, 500-510.
- Cicchetti, D., & Olson, K. (1990). The developmental psychopathology of child maltreatment. In M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 261-279). New York: Plenum.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-56.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22 (7), 563-591.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 57-85). Chicester: John Wiley.
- Crittenden, P.M. (1996). Research on maltreating families: Implications for intervention. In J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 158-174). Thousand Oaks: SAGE.
- Cuijpers, P., & Reesink, H. (1993). *De methodiek van de ondersteuningsgroep: Van theorie naar toepassing in de praktijk*. Nijkerk: Intro.

- Damen, H.R., & Veerman, J.W. (2004). Werkt het zoals bedoeld? Betekenisvolle en bruikbare interventiecomponenten van het Innovatieprogramma Jeugdzorg Limburg. *Kind en Adolescent*, jrg. 25, no. 1, 22-37.
- Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks: SAGE.
- Deblinger, E., Steer, R.A., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Dekker, J.M., & Biemans, H.M.B. (1994). *Video-hometraining in gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Frenken, J., & Stolk, B. van (1990). *Behandeling van incestplegers: Een model voor behandeling in justitieel kader*. Houten: Bohn Stafleu van Lochum.
- Gaudin, J. (1995). Evaluation and treatment: Defining and differentiating child neglect. *The APSAC Advisor*, 8 (2), 1, 16-19.
- Geeraets, M. (2001). *Zorgprogramma psychiatrische gezinsbehandeling. Concept modulebeschrijvingen*. Duivendrecht: PI Research.
- Hartman, C.R., & Burgess, A.W. (1989). Sexual abuse of children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 95-128). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hekken, S.M.J. van (1996). Verwaarlozing: Achtergronden, gevolgen en behandeling. In H. Baartman & A. van Montfoort (Eds.), *Kindermishandeling: Resultaten van multidisciplinair onderzoek* (pp. 166-185). Data medica.
- Henggeler, S.W. (1998). *Multisystemic Therapy: Blueprints for violence prevention*. Boulder: University of Colorado, Centre for the Study and Prevention of Violence.
- Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis: Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam, SWP.
- Jonker, I., & Berkelder, F. (1989). *Moeders van seksueel misbruikte kinderen: Methodiek en verantwoording van een praat- en verwerkingsgroep voor moeders van seksueel misbruikte kinderen*. Leiden: VSK
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 161-182.
- Kemp, R.A.T. de, Veerman, J.W., & Brink, L.T. ten (1998). *Evaluatie-onderzoek Families First Nederland: Een bundeling van deel een tot en met vijf*. Utrecht: NIZW.
- Kendall-Tackett, K.A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kinky, J.M., Haapala, D., & Booth, C. (1991). *Keeping Families Together: The Homebuilders Model*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kolk, B.A. van der (1999). De rol van de groep bij ontstaan en herstel van posttraumatische stress. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 355-369). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kolko, D. (1992). Individual cognitive behavioural therapy and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child maltreatment*, 1, 322-342.

- Kolko, D. (1998). Integration of research and treatment. In J.R. Lutzker (Ed.), *Handbook of Child Abuse Research and Treatment* (pp. 159-183). New York: Plenum Press.
- Kolko, D.J., & Swenson, C. -C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks: SAGE.
- Kooijman, K., & Wolzak, A. (2004). *Verkennde studie preventie kindermishandeling*. Utrecht: NIZW.
- Lamers-Winkelmann, F. (2000a). Protocol behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen. In P. Prins & N. Pameijer (Eds.), *Protocolen in de jeugdzorg: Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lamers-Winkelmann, F. (2000b). *Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor ouders van seksueel misbruikte kinderen*. Amsterdam: SWP.
- Lamers-Winkelmann, F. (2000c). *Een werkboek voor ouders van seksueel misbruikte kinderen*. Amsterdam: SWP.
- Leventhal, J.M. (1998). Epidemiology of Sexual Abuse of Children: Old Problems, New Directions. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 481-491.
- Linden, P. van der, & Steketee, M. (1999). *Daderhulpverlening in Nederland: Inventarisatie van hulpaanbod en preventie voor plegers van seksueel en huiselijk geweld*. Utrecht: TransAct.
- Lipovksy, J.A., Swenson, C.-C., Ralston, E., & Saunders, B.E. (1998). The abuse clarification process in the treatment of intrafamilial child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22 (7), 729-741.
- Loeffen, M., Butselaar, M. van, & Ooms, H. (2001). *Intensieve Pedagogische Thuishulp in vogelvlucht: Een inventarisatie van varianten in Nederland*. Utrecht: Collegio.
- Lutzker, J.R., Bigelow, K.M., Doctor, R.M., Gershater, R.M., & Greene, B.F. (1998). An ecobehavioral model for the prevention and treatment of child abuse and neglect: History and applications. In J.R. Lutzker (Ed.), *Handbook of Child Abuse Research and Treatment* (pp. 239-267). New York: Plenum Press.
- Macdonald, G., & Winkley, A. (1999). *What works in child protection?* Barkingside: Barnardo's.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2001). Programma's met het doel opvoedingskwaliteit te bevorderen en kindermishandeling te voorkomen: een meta-analytisch overzicht. *Literatuurselectie kinderen en adolescenten*, jrg. 8, no., 5-32 (vertaald uit *Child Abuse & Neglect* (2000), 24, 1127-1149).
- McGloin, J.M., & Widom, C.S. (2001). Resilience among abused and neglected children growing up. *Development and Psychopathology*, 13, 1021-1038.
- Meerdink, J. (1996). *Lotgenotencontact werkt!* Utrecht: NPCF.
- Melles, R., Bakhuizen, N., & Montfoort, A. van (1995). *Contextuele hulpverlening bij seksueel misbruik: Ontwikkeling en werkwijze van het CLAS-project*. Amsterdam: VU.
- Melles, R., & Montfoort, A.J. van (1993). *Het meersporenbeleid in de praktijk gevarieerd*. Utrecht: NIZW.
- Ministerie van VWS (2003). Pilot Gezinscoaching Limburg. *Nieuwsbrief Jeugdzorg*, no. 8, 5-6.
- Murphy, W.D., & Smith, T.A. (1996). Sex offenders against children: Empirical and clinical issues. In J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 175-191). Thousand Oaks: SAGE.

- Riphagen, M. (2000). *Spelenderwijs: Activiteitenboek doelgericht spelen voor kinderen in de hulpverlening*. Dordrecht: Stichting Blijf van m'n Lijf.
- Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S.L. (1995). Parenting dysfunction in child maltreatment. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 4. Applied and practical parenting* (pp. 127-159). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Ruiter, A. de (1999). *Let op de Kleintjes: Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: TransAct.
- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (2003). *Guidelines for the psychosocial treatment of intrafamilial child and sexual abuse*. Charleston, SC: National Crime Victims Research & Treatment Center. Verkrijgbaar via www.musc.edu/cvc/
- Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Cohen, J.A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55 (9), 1040-1049.
- Scoop (2003). *Een huilend huis: Effectmeting 'Let op de kleintjes'*. Middelburg: Scoop.
- Steggink, D. (2002). *Kamil, de groene kameleon*. Amsterdam: SWP.
- Steggink, D. (in voorbereiding). *Kamil*. Therapieprogramma voor kinderen die huiselijk geweld hebben meegemaakt. Leiderdorp: Medisch Kleuterdagverblijf Margriet.
- Swenson, C.-C., & Hanson, R.F. (1998). Sexual abuse of children: Assessment, research and treatment. In J.R. Lutzker (Ed.), *Handbook of Child Abuse Research and Treatment* (pp. 475-501). New York: Plenum Press.
- Swenson, C.-C., Randall, J., Henggeler, S.W., & Ward, D. (2000). The outcomes and costs of an interagency partnership to serve maltreated children in state custody. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 3 (4), 191-209.
- Thomlison, B. (2004). Kenmerken van effectief gebleken interventies bij kindermishandeling. *Kind & Adolescent Review*, 11, 133-159. (Vertaald uit *Child Welfare* (2003), 82, 541-569)
- Verhoeven, W., & Wanrooy, E. van (2000). *Meersporenhulp na misbruik: Methodisch hulpverleners na kindermishandeling en seksueel misbruik van kinderen en mensen met een verstandelijke handicap*. Tilburg: Provinciaal Incestteam Noord-Brabant (PIT).
- Vugt, M. van, Slot N., & Choy, Y. (2001). *Beter met thuis: Flexibele residentiële én ambulante hulp aan jeugdigen en ouders: Methodiekhandleiding*. Duivendrecht: PI Research.
- Wijgergangs, H. (2002). *Projectplan Hulp-aan-Huis Twente*. Almelo: Hulp aan Huis Twente.
- Woelinga, H., Staa, M. van, & Eeland, K. (1992). *Hulpverlening aan seksueel misbruikte kinderen en hun gezin*. Amsterdam: VU.
- Wolfe, D.A. (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Newbury Park: SAGE.
- Yperen, T. van, Carati, C., Schuppert, J., & Vermunt, C. (2000). *Modules en programma's in de jeugdzorg: Eindadvies*. Utrecht: NIZW.
- Zuthof, C., Albertz, C., Pannemans, R., & Gudde, M. (2003). *Gezinsdagbehandeling: Herstel van hiërarchie*. Amsterdam: SWP.

Bijlage 1**Geraadpleegde experts**

Dhr. H. Baartman	Vrije Universiteit / Amsterdams Centrum voor Kinderstudies, Amsterdam
Dhr. R. Bilo	Lindenhof Training en Advies, Schiedam
Mw. G. Douma	Diagnostisch Centrum Groningen, Groningen
Mw. K. Grootaers	Jeugdorp Bethanië, Horn
Mw. J. van Heijningen	Riagg Rijnmond Noord-West, Rotterdam
Dhr. B. Hendriks	De Rading, Utrecht, tevens lid landelijke CLAS-groep
Mw. M. L'Hoir	Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht
Mw. F. Lamers-Winkelman	Kinder- en Jeugdtraumacentrum, Haarlem
Mw. M. van de Merwe	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Zuid-Holland/Zeeland, Rotterdam
Dhr. A. van Montfoort	Adviesbureau Van Montfoort, Woerden
Dhr. C. van Noort	Riagg Rijnmond Noord-West, Rotterdam
Mw. M. Rauhé	Stichting voor Jeugdzorg Jarabee Twente, Enschede
Dhr. B. Rensen	GGD Utrecht, Utrecht
Mw. P. Schwencke	Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht
Mw. G. Soro	De Rading, Voorziening voor Pleegzorg, Utrecht
Mw. R. van der Starre	Riagg Rijnmond Noord-West, Rotterdam
Mw. R. Verël	De Rading, Voorziening voor Pleegzorg, Utrecht
Dhr. T. Veldkamp	Veldkamp Training en Consultancy, Den Bosch
Mw. W. Verhoeven	Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg, Tilburg
Mw. W. Wentzel	TransAct, Utrecht
Dhr. A. Zandee	Jeugdzorg Middelburg, Middelburg

Bijlage 2 Beschrijving interventies

1 *Hulpverlening aan mishandelde en/of misbruikte kinderen*

- 1.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- 1.2 Zandspeltherapie (Sandplay)
- 1.3 Incestverwerkingsgroep

2 *Parallelaanbod voor kinderen en hun ouders*

- 2.1 Horizonmethodiek
- 2.2 Let op de Kleintjes

3 *Aanbod voor niet-mishandelende ouders*

- 3.1 Groep voor moeders van seksueel misbruikte kinderen

4 *Aanbod voor mishandelende ouders*

- 4.1 Ambulant groepsaanbod voor plegers van seksueel geweld

5 *Systeemgericht hulpaanbod na kindermishandeling*

- 5.1 Families First
- 5.2 Hulp in Eigen Omgeving
- 5.3 Beter Met Thuis (BMT)
- 5.4 Gezinsdagbehandeling

1. Hulpverlening aan mishandelde en/of misbruikte kinderen

1.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Doel

EMDR is een afkorting van Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Specifiek voor EMDR is de afwisselende links- rechts stimulering van de hersenen, bijvoorbeeld via een koptelefoon of via oogbewegingen, waardoor een nieuw 'netwerk' in de hersenen ontstaat. Hierdoor ontstaan nieuwe inzichten, problematische gevoelens en nare gedachten verminderen en zelfvertrouwen en positieve gevoelens nemen toe. De cliënt ervaart na afloop het probleem als minder belastend en kan het beter relativeren.

Doelgroep

Kinderen en volwassenen die, vaak als gevolg van ingrijpende gebeurtenissen, kampen met angstwekkende beelden, negatieve gedachten en gevoelens en onplezierige lichamelijke sensaties.

Visie / theorie

EMDR, ontwikkeld in 1987 door de Amerikaanse psycholoog Francine Shapiro, is een vorm van behandeling voor mensen met klachten ten gevolge van traumatische gebeurtenissen. Shapiro ontdekte dat snelle oogbewegingen gecombineerd met het oproepen van de traumatische herinneringen een kalmerend effect heeft op storende gedachten en herinneringen. Er worden vaak vergelijkingen getrokken met de psycho-fysiologie van de REM-slaap (*Rapid Eye-Movement*). Over het algemeen wordt aangenomen dat de REM-slaap een belangrijke rol speelt bij de verwerking van onbewuste ervaringen. EMDR gaat uit van dit natuurlijke verwerkingsmechanisme, de rol van de therapeut is in feite die van 'facilitator'. Shapiro ontwikkelde EMDR tot een volwaardige therapievorm door haar te integreren met inzichten uit de psychodynamische, cognitieve en gestaltetherapie.

Functies, methodieken en activiteiten

EMDR is een complexe vorm van individuele psychotherapie die verschillende succesvolle elementen van andere therapieën integreert in combinatie met een afleidende stimulus. Door deze tactiele, auditieve of visuele stimulus (bijvoorbeeld het met de ogen volgen van de handen van de therapeut) wordt de 'dialogo' tussen beide hersenhelften en het 'informatie-verwerkings-systeem' in de hersenen gestimuleerd. De EMDR-behandeling verloopt volgens een vast protocol. Samen doorlopen de cliënt en de therapeut acht stappen:

- Vaststellen van het meest dramatische beeld van de te behandelen traumatische herinnering;
- Met dit beeld in gedachten formuleren van een disfunctionele cognitie;
- Formuleren van een positieve cognitie;
- Vaststellen van de meest op de voorgrond staande emotie die door het beeld wordt opgeroepen en het laten aangeven van de plaats van de daarmee verbonden sensaties;
- Richten van de aandacht op de traumatische herinnering, de negatieve cognitie en de lichamelijke sensaties. Daarna externe stimuli aanbieden, bijvoorbeeld het met de ogen volgen van de vingers van de therapeut (desensitisatie);
- Associëren van het beeld met de positieve cognitie en daarbij opnieuw de oogbewegingen uitvoeren;

- Checken of er ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is en zonodig voortzetten van desensitisatie;
- Afsluiting.

EMDR wordt gezien als een methodiek die voor de cliënt relatief weinig belastend is en geschikt voor kinderen omdat de verbale component beperkt kan blijven.

EMDR is niet voor iedere cliënt een geschikte behandelvorm. In de eerste plaats is het belangrijk aandacht te geven aan de stabiliteit van de levenssituatie van de cliënt. EMDR kan pas goed worden uitgevoerd als er enige rust in iemands leven is. Ook is het belangrijk veel aandacht te besteden aan het voorwerk, alvorens met de sessies te beginnen. Tijdens de eerste drie stappen van het protocol wordt gewerkt aan het creëren van een vertrouwensband en wordt de cliënt bekend gemaakt met de methode. Het is nodig dat de cliënt de traumatiserende gebeurtenis minimaal onder ogen kan zien en begrijpt waarom het zinvol is zich daarop te richten. Bij seksueel trauma, vaak met veel schaamte omgeven, is meestal meer voorwerk nodig. Ook taal- en culturele aspecten dienen een aandachtspunt te zijn, deze spelen een rol bij de mate van effectiviteit van EMDR.

Begeleiding / uitvoering

EMDR wordt door gekwalificeerde therapeuten (psychotherapeuten, psychologen en psychiaters) doorgaans ingezet binnen een meeromvattend behandelplan. De organisatie EMDR International stelt criteria op waaraan opleidingen en therapeuten moeten voldoen. Zowel de voorwaarden als de namen van bevoegde trainers worden gepubliceerd op het internet.

Voorwaarden voor toepassing

EMDR wordt zowel door vrijgevestigde therapeuten als door therapeuten in tweedelijns-organisaties toegepast. Voor vrijgevestigde therapeuten is geen indicatie of verwijzing nodig. Voor een behandelaar binnen de Jeugd-GGZ of andere gesubsidieerde instellingen is een verwijzing van een huisarts nodig.

Resultaten

Er bestaan inmiddels 17 gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR. Op dit moment is er meer empirische ondersteuning voor de effectiviteit van EMDR dan voor enige andere psychotherapeutische interventie (Ten Broeke & De Jongh, 1999). Onlangs verscheen er ook een eerste gecontroleerde effectstudie naar de effectiviteit van EMDR bij kinderen (Chemtob, Nakashima & Carlson, 2002). Een groep van 32 jonge slachtoffers van de orkaan Iniki op Hawaï, die daar met posttraumatische stressreacties op reageerden, ondergingen drie zittingen EMDR. De effecten werden vergeleken met die van kinderen in een wachtlijst-controle groep. EMDR bleek effectief in het behandelen van PTSS symptomatologie. De behandelingsresultaten bleken 6 maanden later nog steeds aanwezig. Overige bevindingen suggereren dat EMDR bij getraumatiseerde kinderen en adolescenten veelbelovend is (www.emdr.nl).

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

EMDR wordt vaak als een onderdeel van de behandeling aangeboden door zelfstandig therapeuten of door therapeuten in een organisatie voor GGZ.

Overige informatie

www.emdria.org / www.emdr.com / www.emdr.nl

- Broeke, E. ten, & de Jongh, A. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij posttraumatische stress-stoornissen. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp.321-338). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Chemtob, C., Nakashima, J., & Carlson, J. (2002). Brief Treatment for Elementary School Children with Disaster-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Field Study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99-112.
- Greenwald, R. (1999). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Child and Adolescent Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson publisher

1.2 Zandspeltherapie (Sandplay)

Doel

Sandplay is een creatieve therapievorm waarbij door middel van spel met zand problemen op een symbolische wijze tot uiting komen. De therapie is gericht op het verbeteren van het emotioneel functioneren, de omgang met leeftijdgenoten, de sociale vaardigheden, de schoolsituatie, het gedrag, gezinsrelaties en de basisveiligheid.

Doelgroep

Sandplay is bedoeld voor kinderen (en volwassenen) met gedragsproblemen (druk, impulsief, stil, snel verveeld of agressief). Ook kinderen die slecht slapen, nachtmerries hebben, angst hebben om alleen te zijn, last hebben van dwanggedachten of -handelingen, eetproblemen of leer- en concentratiestoornissen hebben, kunnen behandeld worden met behulp van Sandplay. Omdat Sandplay een non-verbale therapievorm is, is het geschikt voor kinderen die ingrijpende ervaringen niet onder woorden kunnen of willen brengen. Sandplay kan ook aangeboden worden aan kinderen die te maken hebben gehad met misbruik of mishandeling; door het spel kunnen zij zich uiten zonder iemand te moeten beschuldigen of de loyaliteit naar de ouders geweld aan te doen.

Visie / theorie

De werkwijze is gebaseerd op het Jungiaanse gedachtegoed. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is het belang van het integreren van bewuste en onbewuste processen. De huidige vorm is in de zestiger jaren ontwikkeld door de Jungiaanse analytica Dora Kalff, die Sandplay ziet als een methode om een innerlijk veranderingsproces te stimuleren.

Functies, methodieken en activiteiten

In een therapeutische omgeving is minimaal één zandbak aanwezig. De maten van de zandbak zijn door de International Society for Sandplay Therapy (ISST) vastgesteld, om fysieke begrenzing te waarborgen en om te zorgen dat de gehele bak voor een zittend persoon in één oogopslag te overzien is. Daarnaast biedt de therapeutische omgeving een breed scala aan miniaturen. De collectie is bij elke zandspeltherapeut anders, maar er wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke verscheidenheid aan figuurtjes en materialen. Meestal bestaat een collectie uit menselijke figuren van verschillende culturen, dieren, planten, mineralen, schelpen, bloemen, stenen, huizen, religieuze voorwerpen en figuren, vervoermiddelen, kastelen, gebruiksvoorwerpen, bruggen etc. De figuren kunnen een positieve of een negatieve associatie oproepen. De therapeut werkt volgens een vastgestelde methode en spreekt de emotionele en zintuiglijke beleving van een kind aan. De sessies hebben een vaste opbouw:

- de sessie begint met een informele uitwisseling van dagelijkse dingen;
- het kind wordt uitgenodigd tot spel, de therapie-activiteit wordt opgebouwd door de materialen klaar te zetten;

- afhankelijk van de wensen van het kind kan de therapeut een rol spelen in het spel;
- de therapeut kan als (diagnostisch) hulpmiddel gerichte opdrachten geven, maar ziet hier doorgaans vanaf;
- tijdens het spel beschermt de therapeut de grenzen van een kind door het bijvoorbeeld te begeleiden bij boosheid of verdriet;
- de resultaten van het spel blijven bewaard tot ná de therapie, het wordt niet afgebroken tijdens de sessie. Er wordt een foto gemaakt van het 'beeld', dat beeld kan in een later stadium nog in de therapie betrokken worden;
- de therapieactiviteit wordt langzaam afgebouwd.

Kinderen hebben meestal weinig aanmoediging nodig om over te gaan tot het spel, zij vertellen ongevraagd wat ze vinden van de miniatuurtjes. Bij kinderen die veel stimulans nodig hebben wordt er vanzelfsprekend ruimschoots de tijd genomen om te wennen. Doordat het verstandelijke en verbale aspect in de Zandspeltherapie niet op de voorgrond staat, kan een kind problemen op een -voor het kind- bekende en veilige wijze uiten. Om een verbinding tussen het intuïtieve, onbewuste spel en het bewustzijn te leggen, wordt het spel (pas na verloop van tijd) besproken met het kind. De therapeut sluit aan bij de beleving van een kind, zij of hij zal geen vragen stellen waarop het kind nog geen antwoord heeft. Er is een vertrouwen dat het kind in een creatief proces zelf een oplossing kan creëren. Een kind mag dus niet gehinderd worden door een onvoorzichtige interpretatie, waardoor een eigen oplossing niet tot stand zou kunnen komen.

Tijdens de behandeling heeft de therapeut contact met de ouders of de opvoeders. Om het gevoel van veiligheid te waarborgen krijgen ouders het spel of de resultaten in principe niet te zien.

Frequentie / duur

De sessies zijn altijd individueel en duren met de opbouw, een pauze en de afronding in totaal zo'n anderhalf uur; de therapeutische activiteit duurt ongeveer een uur.

Begeleiding / uitvoering

De opleiding tot Sandplay therapeut (methode D. Kalff) is alleen toegankelijk voor degenen die op minimaal HBO-niveau een, in Nederland erkende, therapeutische opleiding hebben genoten. De meeste Sandplay therapeuten zijn erkende (psycho-)therapeuten. Voor de theoretische onderdelen zijn studiemogelijkheden in Duitsland, Engeland en Zwitserland. Studenten in Sandplay worden gesuperviseerd door erkende docenten van de International Society for Sandplay Therapy. Er zijn intervisiegroepen in Nederland. De Sandplay opleiding conformeert zich aan de eisen van het Jung-Instituut in Zurich, Zwitserland.

Voorwaarden voor toepassing

Cliënten kunnen zich zelf aanmelden bij vrijgevestigde therapeuten.

Resultaten

Onlangs is bij het *Forschungszentrum Sandspieltherapie* in Heidelberg een internationale pilotstudie gestart naar de effectiviteit van zandspeltherapie. De studie loopt drie jaar, de resultaten worden in 2005 verwacht.

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten
Sandplay wordt op beperkte schaal in Nederland toegepast, zoals op de kinderafdeling medische psychologie in Venlo en bij een speciale jeugdzorginstelling in Oegstgeest. Daarnaast bieden vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en eerstelijns psychologen Sandplay aan voor kinderen en/of volwassenen.

Overige informatie

www.sandplay.net

www.sandplaytherapy.com

www.sandplaynederland.org

Bradway, K. (1997). *Sandplay - Silent Workshop of the Psyche*. New York: Routledge.

Kalff, D. (1983). *Sandplay: a Psychotherapeutic Approach to the Psyche*. Boston: Sigo Press.

Ryce-Menuhin, J. (1992). *Jungian Sandplay, The Wonderful Therapy*. London: Routledge.

Weinreb, E. (1983). *Images of the Self: The Sandplay Therapy Process*. Boston: Sigo Press.

1.3 Incestverwerkingsgroep

Doel

Een incestverwerkingsgroep is een groepsaanbod voor jongeren die seksueel misbruikt zijn door een gezins- of familielid of een bekende. Deze groep biedt de mogelijkheid tot het uitwisselen van ervaringen en het vinden van begrip en ondersteuning. Het doel van de verwerkingsgroep is het verminderen van de posttraumatische stressklachten van slachtoffers van incest en hen in de gelegenheid te stellen hun ervaringen ten aanzien van incest uit te wisselen. Dit kan herkenning en erkenning geven waardoor bijvoorbeeld een mogelijk isolement kan worden doorbroken of verwerkingsproblemen besproken kunnen worden.

Doelgroep

De incestverwerkingsgroep is bedoeld voor jongeren (meestal meisjes en soms jongens) die seksueel misbruikt zijn door een familielid of bekende. De ernst van de problemen verschilt van jarenlang misbruik tot een eenmalige aanranding.

Visie / theorie

In een groep kunnen deelnemers wisselende rollen aannemen. Het delen van ervaringen en gevoelens in een groep mensen die vergelijkbare dingen hebben meegemaakt, plaatst deelnemers zowel in de rol van hulpvrager als van hulpgever. Zodra de leden van een groep hun aanvankelijke schaamte en wantrouwen overwinnen, ontstaat er snel een hoge mate van cohesie. Groepsleden leren dat ze veel op elkaar lijken en dat ze door te luisteren naar en te reageren op elkaars ervaringen en gedrag in feite reageren op zichzelf. Door te horen hoe anderen omgaan met hun emoties, slagen veel deelnemers erin om een vorm te vinden voor het omgaan met hun problemen. Een belangrijke taak van de groep is het verkennen van en oefenen met emoties als afgunst, competitie, assertiviteit en vertrouwen. Dit kan pas als er sprake is van veiligheid in de groep; het waarborgen van veiligheid is een van de hoofdtaken van de begeleidende hulpverlener(s). Belangrijke aspecten in een verwerkingsgroep zijn de volgende:

- erkenning;
- herkenning;
- het vertellen van het eigen verhaal;
- informatie, praktische adviezen, psycho-educatie;

- sociaal contact;
- perspectief;
- uiten van emoties en oefenen met nieuw gedrag.

Gedurende vijftien tot twintig bijeenkomsten praat een groep van zes tot acht meisjes over wat hen is overkomen en hoe ze daarmee verder kunnen. Begeleider(s) brengen structuur aan. In een incestverwerkingsgroep leren de deelnemers woorden te geven aan het seksueel misbruik. Dat begint al in de eerste bijeenkomst. Na een introductiebijeenkomst worden de deelnemers één voor één geïnterviewd. De eerste drie bijeenkomsten staan in het teken van de opbouw van de groep. In de vierde bijeenkomst beslissen de meisjes of ze door willen gaan. Na deze vierde bijeenkomst begint de 'hoofd fase' van de verwerkingsgroep: het vertellen van Het Verhaal. Deelnemers worden hier door middel van verschillende werkvormen goed op voorbereid. Tijdens dezelfde bijeenkomst zetten alle meisjes vier vragen op papier die ze aan de andere groepsleden over het seksueel misbruik willen stellen. Na het vertellen van het verhaal schrijven of tekenen alle groepsleden iets voor degene die het verhaal heeft verteld. Tijdens de laatste bijeenkomsten wordt er aandacht besteed aan het thema seksualiteit, het thema relaties komt aan bod en omdat de meisjes zelf vaak een negatieve lichaamsbeleving hebben is er tijdens de bijeenkomsten ook aandacht voor het lichaam. Wanneer dat relevant is, wordt de politie uitgenodigd om te praten over aangifte doen en alles daaromheen. De bijeenkomsten verlopen volgens een vast stramien. Er wordt gestart met een rondje 'goed en nieuw', waarin wordt verteld over een positieve gebeurtenis van afgelopen week. Er wordt teruggekeken op de vorige bijeenkomst. En na het behandelen van het thema van die week wordt de bijeenkomst afgesloten met een spel.

Frequentie / duur

De hulpverlening beslaat vijftien tot twintig bijeenkomsten

Voorwaarden voor toepassing

Het misbruik moet zijn gestopt en de meiden moeten hun verhaal willen doen en kunnen luisteren. De indicatie wordt in veel gevallen gesteld door Bureau Jeugdzorg.

Resultaten

Er bestaan weinig studies naar het effect van groepshulpverlening en zelfhulpgroepen. Toch wordt van groepsbehandeling algemeen aangenomen dat het de aangewezen hulp is voor getraumatiseerde patiënten (Van der Kolk, 1999). Uit een literatuuronderzoek van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (Meerdink, 1996) blijkt dat contact met lotgenoten bijdraagt aan een afname van onzekerheid, negatieve gevoelens, vergroting van het gevoel van eigenwaarde en bijvoorbeeld toename van zelfzorg. Voor sommige deelnemers is het effect groter wanneer voorafgaand of aansluitend aan de groepshulpverlening een individueel hulpverleningstraject wordt gevolgd.

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

Versillende organisaties voor jeugdhulpverlening of Jeugd-GGZ bieden een vorm van groepshulpverlening aan voor kinderen en jongeren die seksueel misbruikt zijn; dit zijn meestal meidengroepen.

Overige informatie

www.lotgenoten-incest-slachtoffers.nl

www.seksueelgeweld.nl

- Kolk, B.A., van der (1999). De rol van de groep bij ontstaan en herstel van posttraumatische stress. In P.G.H. Aarts, & W.D. Visser (Eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 355-369). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Meerdink, J. (1996). *Lotgenotencontact werkt!* Utrecht: NPCF.
- Cuijpers, P., & Reesink, H. (1993). *De methodiek van de ondersteuningsgroep: van theorie naar toepassing in de praktijk*. Nijkerk: Intro.

2 Parallelaanbod voor kinderen en hun ouders

2.1 Horizonmethodiek

Doel

De Horizonmethodiek is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin en hun niet-misbruikende ouder(s).

Het doel van de behandeling van het seksueel misbruikte kind is dat hij of zij de ervaringen van het misbruik emotioneel en cognitief verwerkt. Het kind moet zich het misbruik kunnen herinneren zonder gevoelens van stress te ervaren en (leren) begrijpen dat niet hij/zij schuld draagt, maar de (volwassen) pleger. De behandeling van de niet-misbruikende ouder(s) heeft als doel hen in staat te stellen optimaal steun te bieden aan hun kind bij het verwerken van de ervaringen, het overkomen van de (tijdelijke) opvoedingsonmacht, de omgang met de eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van het kind.

Doelgroep

De behandeling richt zich op kinderen in de leeftijd van vier tot en met twaalf jaar waarbij ten gevolge van niet bij de leeftijd passende seksuele ervaringen verstoringen in de normale ontwikkeling zijn opgetreden c.q. verwacht kunnen worden. De niet-misbruikende ouder behoort eveneens tot de doelgroep.

Indicaties

Kinderen: posttraumatische stressstoornis, agressieproblemen, seksuele gedragsproblemen, specifieke angststoornis, dissociatieve stoornis, gedrags-/emotionele problemen ten gevolge van of verband houdend met seksueel misbruik.

Ouders: opvoedingsproblemen en/of opvoedingsonmacht ontstaan ten gevolge van de traumatisering van het kind door seksueel misbruik.

Contra-indicaties

Seksueel misbruik dat nog niet is beëindigd.

Kinderen: psychopathologie van zodanige aard dat kinderpsychiatrische behandeling (eerst) noodzakelijk is; kinderen die een gevaar vormen voor andere kinderen; kinderen die niet in staat zijn taal te begrijpen en te gebruiken; een verstandelijke handicap of als er is sprake (geweest) van (extreme) vormen van kinderprostitutie en/of vervaardiging van commerciële kinderpornografie.

Ouders: ernstige psychopathologie; verslaving; problemen met onverwerkte kindermishandeling en/of seksueel misbruik in de eigen jeugd en niet in staat zijn het kind toestemming te geven in een groep te werken.

Visie / theorie

De behandeling is gebaseerd op een cognitief gedragsmatig behandelingsmodel (Deblinger & Heflin, 1996, in Lamers-Winkelmann, 2000a). Centraal daarin staat dat cognitie, gedrag en emoties sterk van elkaar afhankelijk zijn. Door het misbruik ontwikkelt het kind negatieve of disfunctionele cognitieve schema's die, hoewel niet direct waarneembaar, wel waarneembaar zijn in de vorm van gedachten en gevoelens die het kind uit, en lichamelijke reacties en gedragingen. Een interventie die op één van de domeinen cognitie, gedrag of emoties gericht is, heeft ook indirecte uitwerking op de andere aspecten van het menselijk functioneren.

Functies, methodieken en activiteiten

Voor kinderen vanaf vier jaar bestaat het hulpverleningsaanbod uit een groepstherapie van 12 tot 15 wekelijkse sessies van 1 tot 1 1/2 uur. De groep bestaat uit vier tot zes kinderen van ongeveer dezelfde leeftijd. De groepstherapie bestaat uit gestructureerde modules rond thema's die verband houden met traumatisering in het algemeen (bijvoorbeeld algemene angst, schuld en hulpeloosheid) en de specifieke aspecten van het doorgemaakte trauma, zoals seksuele angsten, en angsten voor straf, voor het opnieuw ontmoeten van de pleger, de angst dat het opnieuw zal gebeuren en geheimen. Indien noodzakelijk kan na afronding van de groepstherapie nog een individueel behandeltraject gevolgd worden.

In de eerste twee sessies krijgen de kinderen expliciete toestemming en bemoediging om over hun seksuele ervaringen te praten. Uitgangspunt is overigens wel dat praten mag, maar niet hoeft. De therapeuten vertellen dat alle kinderen aan de groep deelnemen omdat ze seksueel misbruikt zijn en leggen in duidelijke bewoording uit wat seksueel misbruik is: 'dat er iemand was die met de handen, mond of piemel aan jullie plasser, poeper, piemel of mond heeft gezeten of tegen jullie zei dat je dat bij hem/haar moest doen'. Er wordt uitgelegd dat het lastig is om steeds over 'het' te praten. De therapie is bovendien *abuse focused*, dat wil zeggen dat in de therapie het seksueel misbruik meteen ter sprake wordt gebracht om zodoende het taboe dat daar op rust weg te nemen.

De werkvormen waarvan in de behandeling gebruik worden gemaakt, zijn praten, tekenen, schrijven, bewegen, dansen, zingen, rollenspelen.

Voor ouders bestaat het hulpverleningsaanbod uit een (pedagogische) groepsbegeleiding die erop gericht is hen te helpen hun kind te ondersteunen bij de verwerking van de traumatische ervaringen, het overkomen van de (tijdelijke) opvoedingsonmacht, de omgang met de eigen woede, teleurstelling, verdriet, schuld en angst voor de toekomst van het kind.

Ook de oudergroep is *abuse-focused* om op een zo vroeg mogelijk moment in de behandeling de 'zwaarte' van het onderwerp af te halen, dat wil zeggen het seksueel misbruik zo snel mogelijk respectvol te neutraliseren door het bespreekbaar te maken en hulp beschikbaar te stellen.

Kinderen en ouders krijgen een werkboek waarin de thema's uitgebreid zijn beschreven (Lamers-Winkelmann 2000b, 2000c, Lamers-Winkelmann & Bicanic, 2000a, 2000b). De sessies kennen een vaste structuur en vinden plaats op een vaste tijd en plaats, met dezelfde therapeuten.

Begeleiding en uitvoering

Het kinderprogramma wordt uitgevoerd door twee professionals waarvan één ervaren en gespecialiseerd is in traumabehandeling en seksueel misbruik (gedragswetenschapper met specialisatie).

De oudergroepen worden geleid door twee professionals waarvan één ervaren en gespecialiseerd is in het begeleiden van ouders van kinderen met emotionele en gedragsproblematiek (bijvoorbeeld maatschappelijk werker met Voortgezette Opleiding). Voor beide groepen geldt dat een man-vrouwcombinatie de voorkeur verdient.

Voorwaarden voor toepassing

Voor deelname aan de behandeling dient klinisch zeker te zijn dat van misbruik sprake is geweest. Onder 'klinisch zeker' wordt verstaan dat door minimaal twee onafhankelijke professionals is geoordeeld dat het kind slachtoffer is geweest van misbruik. Het misbruik moet beëindigd zijn. Het therapieprogramma is geschikt voor kinderen die slachtoffer zijn van intrafamiliaal en extrafamiliaal misbruik, voor kinderen die kortstondig of langdurig misbruikt zijn. Voor de ouder-pleger zal behandeling in een dader-therapieprogramma gezocht moeten worden (Van der Linden & Steketee, 1999, in Lamers-Winkelmann, 2000a).

Resultaten

Het protocol is de afgelopen tien jaar ontwikkeld en toegepast binnen het Spalier. In 1999 werd het uitgetest op twee anderen locaties (RIAGG's) met in totaal tien kinderen. Duidelijk werd dat deze relatief kortdurende groepstherapie succesvol is. De kinderen waren na afloop beter in staat hun gevoelens en emoties te uiten, en hun ouders gaven aan dat de kinderen beduidend minder angstig waren, meer ontspannen, minder drift- en huilbuien hadden, opgewekter waren, en dat de nachtmerries waren afgenomen. Ouders noemden ook positieve veranderingen in hun eigen functioneren ten opzichte van de kinderen. Zij vertelden dat zij beter in staat waren hun kind te begrenzen en te hebben geleerd emoties en gevoelens bij hun kind te herkennen en er adequater op te reageren. Zij voelden zich gesteund door de ouderbegeleiding en gaven aan de 'normale' opvoedingstaken te kunnen hervatten (Stulp, 1999, in Lamers-Winkelmann, 2000a). Uit een evaluatieonderzoek van Bicanic (2002) blijkt dat (gedrags)problemen van seksueel misbruikte kinderen significant verminderden na het volgen van deze behandeling. Seksuele gedragsproblemen, angst, woede en dissociatieve problemen bleken sterk te zijn afgenomen. De verbetering van misbruikspecifieke symptomen zijn ook 6 maanden na de behandeling nog aanwezig (Bicanic, 2002).

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

Het aanbod wordt uitgevoerd bij het Spalier, afdeling Kinder- en JeugdTraumaCentrum te Haarlem. Daarnaast ook in Rotterdam (Riagg Rijnmond Noord West), Groningen (Jeugdzorg Groningen), Hengelo (School Onder de Kap), Hengelo (Jarabee Jeugdzorg in Twente, indien genoeg deelnemers), Enschede (ook Jarabee Jeugdzorg in Twente, indien voldoende deelnemers). In Zeeland (Middelburg, Goes en Terneuzen) heeft het ook enkele malen gedraaid.

Overige informatie

Kinder- en Jeugdtraumacentrum (KJTC)
Zuiderhoutlaan 12
2012 PJ Haarlem
023 - 5127777

Bicanic, I. (2002). *Evaluation of a Group Treatment for Sexually Abused Children in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam & Children's and Youth Trauma Center.

- Lamers-Winkelman, F. (2000a). Protocol behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen. In P. Prins, & N. Pameijer (Eds.), *Protocollen in de jeugdzorg: Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie* (pp.227-242). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lamers-Winkelman, F. (2000b). *Een werkboek voor ouders van seksueel misbruikte kinderen*. Amsterdam: SWP.
- Lamers-Winkelman, F. (2000c). *Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor ouders van seksueel misbruikte kinderen*. Amsterdam: SWP.
- Lamers-Winkelman, F., & Bicanic, I. (2000a). *Een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.
- Lamers-Winkelman, F., & Bicanic, I. (2000b). *Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt*. Amsterdam: SWP.

2.2 Let op de Kleintjes

Doel

Let op de Kleintjes is een psycho-educatieve cursus voor kinderen die getuige zijn (geweest) van huiselijk geweld, wat ook een vorm van kindermishandeling is. Naast de kindergroep loopt een moedergroep. Doel is beginnen met de verwerking van de concrete ervaringen die het kind heeft, verminderen van de gevolgen van de ervaring en het opbouwen van bescherming. Het doel van de moedergroep is het bieden van ondersteuning bij de opvoeding, gericht op de ouderrol.

Doelgroep

Jongens en meisjes van 6 tot 12 jaar, die uit een gezin komen waarin de moeder structureel mishandeld wordt door haar partner, en de moeders zelf.

Visie / theorie

Het aanbod maakt gebruik van elementen uit de traumatheorie, de theorie van Nagy en de benadering van Rubin en de ontwikkelingspsychologie. Bovendien wordt rekening gehouden met sekse en culturele achtergrond. Daaruit zijn de volgende uitgangspunten gedestilleerd:

- Getuige zijn van geweld door de eigen ouders kan een trauma tot gevolg hebben.
- Het kind heeft niet zelf de schuld van de problemen die hij of zij door het trauma ervaart. De klachten en gedragsstoornissen die deze kinderen hebben zijn terug te voeren op de traumatiserende gebeurtenis en hebben meestal gediend als overlevingsmechanisme. Als zodanig moet hun gedrag ook geïnterpreteerd worden. Veelal is er geen sprake van een gezonde hechting en (daarmee) is er geen gezonde ontwikkeling van het zelfvertrouwen.
- Deze kinderen worden veelal verscheurd door hun loyaliteit aan hun vader en hun moeder.
- Veelal is er bij deze kinderen sprake van een verstoorde balans tussen geven en nemen. Er is immers een gewelddadige vader die zijn eigen tekorten afreageert en een moeder die constant in angst leeft. Zulke ouders zijn niet in staat om behoeften van hun kinderen te vervullen. Er is een grote kans op parentificatie.
- Gevolgen en manieren van verwerking kunnen verschillend zijn, afhankelijk van geslacht en herkomst.

Voor het programma Let op de kleintjes is onder andere geput uit een aantal in de Verenigde Staten beproefde programma's en op werkvormen die in Nederland worden gebruikt. Het programma is op grond van reacties van deskundigen en van ervaringen van hulpverleners met dit programma bijgesteld (De Ruiter, 1999).

Functies, methodieken en activiteiten

De bijeenkomsten hebben een vaste opbouw. Over het algemeen wordt begonnen met een 'weerbericht': de kinderen geven met zonnetjes of regenwolkjes aan hoe ze zich voelen. Daarna wordt met behulp van een verhaal dat door de hele cursus loopt een gesprek op gang gebracht. Afsluitend is er altijd een spelletje waarin de kinderen zich kunnen afreageren. Bovendien wordt gebruik gemaakt van creatieve opdrachten, zoals kleien, tekenen, toneelspelen, etc. In de bijeenkomsten is veel aandacht voor de eigen situatie van kinderen, bijvoorbeeld hoe zij de omgangsregeling met hun vader ervaren en hoe zij het vinden dat hun moeder alleen voor hen zorgt.

De insteek van het aanbod is om de kinderen te stimuleren mee te doen, mee te praten. Niets wordt geforceerd, de begeleiders volgen de kinderen, die het tempo aangeven.

Per bijeenkomst wordt een thema behandeld. De eerste bijeenkomst is gewijd aan kennismaking met elkaar en elkaars gezin. Dan volgen drie bijeenkomsten waarin de vier basisgevoelens (boos, blij, bang, verdrietig) aan de orde komen. Deze gevoelens worden gerelateerd aan de situatie thuis; kinderen leren deze gevoelens herkennen en ze leren wat ze kunnen doen als ze zich bang, boos of verdrietig voelen. Tijdens de drie daarop volgende bijeenkomsten gaat het over ruzie, geweld thuis en tenslotte over geheim en veiligheid. De zevende bijeenkomst gaat over de toekomst en de laatste bijeenkomst staat in het teken van evaluatie, afscheid en de laatste vragen. Er zijn ook groepen die direct na de kennismaking starten met het thema geweld. Dit is vanuit de gedachte dat het geweld zo snel mogelijk aan de orde moet worden gesteld.

In de moedergroep, die parallel loopt aan de kindergroep, worden dezelfde thema's behandeld. De kinderen leren en ontdekken in de groep nieuwe dingen en dat heeft invloed op hun opstelling thuis en op de omgang met hun moeders. Daarom is het van belang dat de moeders voorlichting krijgen over de groep en over het proces dat hun kinderen daarin doorlopen.

Duur en frequentie contacten

Acht of negen bijeenkomsten van anderhalf uur.

Begeleiding en uitvoering

Een hulpverlener van jeugdzorg of jeugdhulpverlening in samenwerking met een pedagoog of kinderwerker/-hulpverlener van de vrouwenopvang. Bij voorkeur is een van beide begeleiders een man, omdat het belangrijk is dat de jongens en de meisjes een mannelijk rolmodel hebben dat anders is dan hun vader.

Resultaten

Recentelijk is een effectmeting van Let op de kleintjes op vier locaties in Nederland (Middelburg, Zwolle, Eindhoven en Hengelo/Almelo) afgerond. De kinderen uit dit onderzoek hebben gemiddeld acht potentieel stressvolle en traumatische ervaringen in hun leven meegemaakt. Het percentage kinderen dat bij aanvang van het programma gedrags- en emotionele problemen vertoont is zeer hoog. Teruggetrokken gedrag, lichamelijke klachten, angstig, depressief of agressief gedrag komt vaak voor. Nadat de kinderen het programma gevolgd hebben, is er sprake van een aantoonbare verbetering in hun gedrag. Op het gebied van internaliserende problemen scoort de helft van de kinderen echter nog altijd hoog. Ook vertoont een deel van de kinderen nog posttraumatische stresssymptomen. Kinderen die geweld in huis hebben meegemaakt zijn geneigd hun angsten en problemen te bagatelliseren. Voor aanvang is het percentage kinderen dat ontkent al hoog, na afronding is dat zelfs gestegen. Meisjes worden slecht bereikt, evenals allochtone kinderen (Scoop, 2003).

Overige informatie

TransAct
Postbus 1413
3500 BK Utrecht
030 - 232 65 00
algemeen@transact.nl

Ruiter, A. de (1999). *Let op de Kleintjes: Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: TransAct.

NIZW / Clé Jansen Videoproducties (2003). *Vergeten kinderen deel 1: Een korte documentaire over de cursus Let op de Kleintjes*. Utrecht: NIZW / Clé Jansen Videoproducties.

Scoop (2003). *Een huilend huis: Effectmeting 'Let op de kleintjes'*. Middelburg: Scoop.

Riphagen, M. (2000). *Spelenderwijs: Activiteitenboek doelgericht spelen voor kinderen in de hulpverlening*. Dordrecht: Stichting Blijf van m'n Lijf Dordrecht.

3 Aanbod voor niet-mishandelende ouders

3.1 Groep voor moeders van seksueel misbruikte kinderen

Doel

Een verwerkingsgroep geeft moeders steun bij het verwerken van het misbruik van hun kind. In een groep kunnen moeders erkenning, herkenning en steun vinden bij lotgenoten. Moeders krijgen inzicht in de gevolgen van het seksueel misbruik en leren hoe ze op een goede manier met de situatie om kunnen gaan. Ook het doorbreken of voorkomen van isolement is één van de doelstellingen van de gespreksgroep.

Doelgroep

Tot de doelgroep behoren moeders wiens zoon(s) of dochter(s) misbruikt is/zijn door de partner, een ander kind uit het gezin, door een familielid of een bekende van het gezin.

Visie / theorie

Veelal worstelen moeders met schuldgevoelens over het misbruik van hun kind door hun partner, door een ander kind in het gezin of door een familielid of kennis aan wie de kinderen waren toevertrouwd. Ook ontmoeten ze veel onbegrip uit de omgeving, wat tot isolement kan leiden.

Seksueel misbruik van een kind verstoort de relatie tussen het kind en de moeder; het kan het wederzijdse vertrouwen schaden en processen in de ontwikkeling van een kind versnellen of vertragen. Loyaliteit, hechting en losmaking komen door de gebeurtenissen in een ander perspectief te staan. Moeders en kinderen doorlopen een aantal fasen in het verwerkingsproces. In die fasen zijn machteloosheid, ontkenning, boosheid, zorg en verdriet centrale thema's. De visie is gestoeld op de uitgangspunten van de vrouwenhulpverlening. De belangrijkste punten zijn:

- problemen van vrouwen houden verband met hun positie in de maatschappij en met hun socialisatie;
- er moet aandacht zijn voor lichamelijke, psychische en sociale problemen;
- vrouwen moeten hun eigen keuzes maken en leren veranderen in plaats van zich aan te passen;

- door aandacht te geven aan positieve ervaringen en eigenschappen kan er gewerkt worden aan een positief zelfbeeld en meer zelfvertrouwen.

Functies, methodieken en activiteiten

Thema's die aan de orde komen hangen sterk samen met de behoefte van de deelnemers. Het programma kent doorgaans drie fasen: een kennismakingsfase, gevolgd door een fase waarin vrouwen werken aan hun persoonlijke doelstellingen en tenslotte een fase waarin de vrouwen de 'balans' opmaken. In deze laatste fase wordt gekeken naar wat de gebeurtenissen hen hebben gekost en naar wat het hen heeft opgeleverd. Bovendien kijken de deelnemers naar hoe zij verder willen met hun leven.

Elke bijeenkomst staat in het teken van een thema, zoals de relatie met de pleger, de relatie met de (andere) kinderen, macht en onmacht en seksualiteit. De begeleidsters geven informatie en bieden gevarieerde werkvormen aan, waardoor de gelegenheid ontstaat om ervaringen uit te wisselen en dieper op problemen in te gaan.

Duur en frequentie contacten

De groepen komen in een vastgesteld aantal bijeenkomsten samen, variërend in frequentie. Een bijeenkomst duurt anderhalf uur.

Voorwaarden voor toepassing

Vrouwen kunnen zich aanmelden bij Fiom, groepen gaan van start bij voldoende aanmeldingen. Er is vooraf een intakegesprek met de begeleidsters.

Overige informatie

www.fiom.nl

De Fiom draagt haar expertise en activiteiten op het deelgebied 'seksueel geweld' over aan reguliere (lokale) hulpverleningsorganisaties.

Jonker, I., & Berkelder, F. (1989). *Moeders van seksueel misbruikte kinderen: Methodiek en verantwoording van een praat- en verwerkingsgroep voor moeders van seksueel misbruikte kinderen*. Leiden: VSK.

4 Aanbod voor mishandelende ouders

4.1 Ambulant individueel aanbod voor plegers van seksueel geweld

Doel

De behandeling is erop gericht recidive te voorkomen. Daarnaast is een doel een bijdrage te leveren aan de hulpverlening aan het misbruikte kind, waarbij het nemen van de volle verantwoordelijkheid door de pleger van incest het belangrijkste element is. Tenslotte wordt ook de verbetering van de onderlinge relaties tussen de gezinsleden nagestreefd, met het oog op het voorkomen van herhaling.

Doelgroep

Plegers van incest die tenminste een deel van het ten laste gelegde hebben bekend. Indicatiecriteria: de bereidheid om het problematische gedrag te veranderen, geen zware psychopathologie, geen extreem gewelddadige plegers, een IQ niet beneden de 80 en geen

ernstige verslavingen. Bovendien wordt enig verantwoordelijkheidsgevoel verondersteld en moet de pleger tenminste een deel van het ten laste gelegde hebben bekend.

Visie / theorie

De justitieel opgelegde behandeling van incestplegers berust op drie basisvooronderstellingen. Ten eerste wordt incest opgevat als een 'vorm van seksueel geweld en geseksualiseerde machtsuitoefening binnen gezinssituaties die mogelijk is op basis van de ongelijke machtsverhouding tussen mannen en kinderen, in vele gevallen tussen vaders en hun dochter.' Ten tweede wordt ervan uitgegaan dat de behandeling van de pleger een grotere bijdrage levert aan de preventie van seksueel misbruik van kinderen binnen het gezin dan andere vormen van straf, in het bijzonder gevangenisstraf. Ten derde wordt ervan uitgegaan dat de belangen van het slachtoffer beter gediend zijn met hulpverlening aan de dader dan met detentie.

Functies, methodieken en activiteiten

De behandelprogramma's voor incestplegers kenmerken zich door een cognitief gedragstherapeutische optiek, waarbij de analyse van het delictgedrag en het voorkomen van recidive centraal staan.

In de behandeling neemt een aantal thema's een belangrijke plaats in: het door de pleger bagatelliseren van de ernst van het misbruik, het herkennen van risicovolle situaties die voorheen tot misbruik leidden, het leren kennen van rationalisaties van het misbruik, het leren om zich in te leven in het slachtoffer, het actief op zich nemen van de verantwoordelijkheid van het misbruik ten opzichte van het slachtoffer en het aanbrengen van veranderingen in zijn manier van optreden als vader en echtgenoot.

De behandelingsdoelen worden nagestreefd door middel van een behandelingsmodel dat uit vijf fasen bestaat. De vijf fasen staan in een (psycho-)logische volgorde en elke fase kent een aantal specifieke doeleinden:

- de voorbereiding, motivatie en het delictscenario (probleemverkenning);
- analyseren van de misbruiksituatie;
- schuld- en conflictbesef en het nemen van verantwoordelijkheid en het ontschuldigen van het slachtoffer;
- compassie en eerherstel: persoonlijke ervaringen en seksualiteit;
- terugvalpreventie, verantwoordelijk gedrag, afscheid en gezinsadviesgesprekken.

De behandeling van incestplegers is in het ideale geval ingekaderd in een zogenaamd driesporenbeleid, waarbij dader, slachtoffer en moeder apart worden behandeld. In de praktijk blijven vaak twee sporen over.

Om enige continuïteit in het therapeutisch proces te bevorderen wordt frequent gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten. De opdrachten vormen een wezenlijk onderdeel van de behandeling, omdat veel cliënten geneigd zijn slechts aan hun probleem te werken gedurende de therapieessie.

Duur en frequentie contacten

De behandelduur is gemiddeld tussen de één en anderhalf jaar en omvat twintig tot veertig sessies.

Begeleiding en uitvoering

Het behandelingsprogramma veronderstelt een gedegen opleiding in de methodiek van de psychosociale hulpverlening. Bovendien wordt supervisie aangeraden en krijgen hulpverleners het advies aansluiting te zoeken bij andere behandelaars van incestplegers.

Voorwaarden voor toepassing

In de praktijk bestaan globaal twee modellen voor justitieel beleid ten aanzien van de behandeling van incestplegers; het officiersmodel en het rechtersmodel. In het kort komt het officiersmodel erop neer dat de officier van justitie de zaak seponeert onder voorwaarden. De bijzondere voorwaarde is dan het volgen van de behandeling. In het rechtersmodel loopt een zaak via de rechter die in plaats van een voorwaardelijke gevangenisstraf plegerbehandeling oplegt. Als niet wordt voldaan aan de behandeling volgt detentie. In beide gevallen is er voor de pleger dus een juridische stok achter de deur.

Resultaten

De juridische stok achter de deur is nuttig, omdat gebleken is dat plegers zich anders vroegtijdig aan de behandeling onttrekken. De recidive blijkt voor zover te achterhalen drie jaar na een voltooide behandeling afwezig (Frenken, 1994, in Van der Linden & Steketee, 1999)

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

Uit een inventarisatie uit 1999 blijkt dat van de 52 Riagg's die meededen aan het onderzoek 14 van hen een hulpaanbod hebben specifiek voor plegers van incest, gebaseerd op het model van Frenken en Van Stolk (Van der Linden & Steketee, 1999).

Overige informatie

Frenken, J., & Stolk, B. van (1990). *Behandeling van incestplegers: Een model voor behandeling in justitieel kader*. Houten: Bohn Stafleu van Lochum.

Linden, P. van der, & Steketee, M. (1999). *Daderhulpverlening in Nederland: Inventarisatie van hulpaanbod en preventie voor plegers van seksueel en huiselijk geweld*. Utrecht: TransAct.

Warner, N. (1991). De behandeling van incestplegers in het project Incest Dader Behandeling Rotterdam. In H. Spanjaard (Ed.), *Plegers van seksueel geweld: Ontwikkelingen in hulpverlening en preventie*. Stichting Mannen Tegen Seksueel Geweld, RINO Randstad Midden.

5 Gezinsgerichte interventies

5.1 Families First

Doel

Families First is een vorm van intensieve hulpverlening in het gezin aan gezinnen in acute crisissituaties waarbij uithuisplaatsing van kinderen niet meer te voorkomen lijkt. Na afsluiting van het contact met de gezinswerker van Families First is de crisis idealiter bezworen, is er geen dreigende uithuisplaatsing meer en is passende vervolghulp ingeschakeld.

Doelgroep

Het programma is bedoeld voor gezinnen in crisis waar de veiligheid dermate bedreigd is dat er sprake is van een op handen zijnde uithuisplaatsing van een of meer kinderen. Families First wordt ook ingezet in gezinnen met licht verstandelijk gehandicapte (LVG) kinderen.

Visie / theorie

Families First wordt geïndiceerd in acute crisissituaties wanneer uithuisplaatsing van kinderen niet meer te voorkomen lijkt. Het belangrijkste en eerste doel van Families First is die dreigende uithuisplaatsing te voorkomen en door crisisinterventie de gezinssituatie tot rust te brengen. Daarna wordt er gewerkt aan het vergroten van competenties om de gezinsleden in staat te stellen zelfstandig of met hulp een positieve ontwikkeling in te zetten.

Een gezinswerker biedt hulp die gericht is op het gezin en niet op het individu. De wijze waarop de hulp geboden wordt is gebaseerd op systeemtheoretische, leertheoretische en cognitief-gedragstherapeutische principes en kent vijf hoofdelementen:

- kalmte brengen (actief luisteren en structureren);
- een werkrelatie tot stand brengen;
- gegevens verzamelen (sterke en zwakke punten van een systeem analyseren);
- inventariseren en beschrijven van doelen op korte en lange termijn;
- plegen van interventies gericht op versterking van het gezin (aanleren van vaardigheden, informatie en praktische ondersteuning bieden).

Functies, methodieken en activiteiten

Berger & Spanjaard (1996) ontwikkelden een trainingshandleiding, waarin alle technieken verantwoord en beschreven zijn. De technieken zijn te verdelen in de volgende aspecten:

- Basistechnieken (actief luisteren);
- Verzamelen en analyseren van informatie over het gezin en het stellen van doelen op de korte en de lange termijn;
- Aanleren van sociale vaardigheden;
- Aanleren van cognitieve vaardigheden;
- Aanleren van vaardigheden bij het omgaan met emoties;
- Bieden van hulp bij praktische problemen;
- Bieden van hulp bij materiële, financiële of juridische problemen.

Duur en frequentie contacten

De hulpverlening start meestal binnen 24 uur na de aanmelding en duurt maximaal vier tot zes weken. De hulp is kortdurend, planmatig en intensief: de gezinsmedewerker is in principe 24 uur per dag bereikbaar en komt bijna dagelijks in het gezin. Na afronding van Families First kan de jeugdige of het gezin middels een zogenaamde 'knipkaart' binnen twaalf maanden nog vijfmaal een beroep doen op hulp.

Begeleiding en uitvoering

De intensieve hulp wordt geboden door daartoe speciaal opgeleide gezinswerkers die maximaal twee gezinnen tegelijk begeleiden. Alleen een erkende plaatser kan een gezin aanmelden bij FF. Tijdens de hulp van FF blijft de plaatser verantwoordelijk voor het gezin, er is nauw contact tussen gezinsmedewerker en plaatser.

Voorwaarden voor toepassing

Families First wordt geïndiceerd in acute crisissituaties wanneer uithuisplaatsing van kinderen niet meer te voorkomen lijkt. De indicatie wordt gesteld door Bureau Jeugdzorg.

Resultaten

Van alle gezinnen die in 1994 hulp hebben gekregen van Families First zijn de gegevens verzameld. Bij beëindiging van de op gang gekomen hulp (dit is de hulp die langer dan een

week geduurd heeft), blijkt 92% van de kinderen die risico liepen uit huis geplaatst te worden nog thuis te wonen. Bij een follow-up na 3 maanden bleek dit percentage gedaald tot 85%, zes maanden later naar 84% en na een jaar naar 76%. Zowel de kinderen, als de gezinnen blijken bij afsluiting en follow-up aanzienlijk beter te functioneren dan bij aanmelding. De ouders die deelgenomen hebben aan Families First zijn zeer tevreden over de hulp. Ruim tweederde van de gezinnen zou andere gezinnen de hulp van Families First zeker aanraden.

Overige informatie

www.collegio.nl

Bakker, K., Berger, M., Jagers, H., & Slot, W. (2000). *Families First. Begin in het gezin: Theorie en praktijk van crisishulp aan huis*. Utrecht: NIZW.

Berger, M., & Spanjaard H. (1996). *Families First: Handleiding voor gezinsmedewerkers*. Utrecht: NIZW.

Berger, M., Portengen, R., Spanjaard, H., & Heuven, L. (1997). *Families First: Handleiding voor teamleiders*. Utrecht: NIZW.

5.2 Hulp in eigen omgeving (HEO)

Doel

Hulp in eigen omgeving is in Limburg bekend onder de naam 'Jeugdhulp Thuis'. Het heeft als doel om met uithuisplaatsing bedreigde jongeren en hun ouders maximale steun te bieden in hun eigen omgeving om zodoende een alternatief te bieden voor uithuisplaatsing.

Doelgroep

Met uithuisplaatsing bedreigde jongeren en hun gezinnen. In deze gezinnen hebben zich door een opeenstapeling van risicofactoren en stressoren zoveel problemen voorgedaan dat de situatie onhoudbaar is geworden.

Visie / theorie

De theoretische uitgangspunten van Jeugdzorg Thuis kunnen als volgt worden samengevat:

- De opvoeding wordt gekenmerkt door zelfregulatie en adaptatie.
- De zelfregulatie wordt bedreigd door een cumulatie aan risicofactoren.
- Indien de zelfregulatie verstoord wordt, neemt de kans op ernstige en complexe problemen toe. Doorgaans zijn deze problemen meervoudig.
- Welk type probleem of problemen aldus ontstaat wordt bepaald door specifieke (voor een deel aangeboren) kenmerken van kind, opvoeders en door kenmerken van de sociale en culturele context.
- De effecten van de risicocumulatie worden gecompenseerd door protectieve kenmerken van kind, opvoeders en context.
- Sociale steun is een krachtige protectieve factor. (Hermanns et al., 2002)

Functies, methodieken en activiteiten

De aandacht gaat uit naar alle systemen waar de jongere deel vanuit maakt (multisysteemisch werken). Er wordt daarom intensief samengewerkt tussen de voorzieningen die behoren tot de sociale context van de jongere en het gezin. Er wordt een breed scala aan hulpverleningsmethoden aangeboden, waaronder ook Families First. Het creëren van een sociaal vangnet in de eigen omgeving krijgt, binnen de HEO-methodiek, veel aandacht.

Frequentie / duur

Na de eerste twee bijeenkomsten, waarin kennismaking centraal staat, is het verloop van de hulpverlening variabel en dus vraaggestuurd. In de praktijk blijkt het gemiddeld aantal huisbezoeken tussen de twee en drie per week te liggen. De duur van de contacten is gemiddeld zo'n twee uur. De frequentie en duur kunnen echter per gezin en afhankelijk van de fase waarin de hulpverlening zich bevindt, sterk uiteenlopen.

Voorwaarden voor toepassing

Op indicatie van Bureau Jeugdzorg.

Resultaten

Het concept 'behandeling of begeleiding in de eigen omgeving' blijkt goed te werken. Bij afsluiting van de hulp zijn de problemen afgenomen en wonen de meeste jeugdigen nog thuis. De problemen zijn nog niet 'over': ruim driekwart van de jeugdigen heeft nog beduidende gedragsproblemen, maar die problemen zijn minder dan bij de groep die is afgehaakt. Bovendien zijn de ouders én jeugdigen tevreden over de geboden hulp (Huijsman, 2003).

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

De verschillende hulpverleningsmethoden worden vaak geïndiceerd door bureaus jeugdzorg en uitgevoerd door jeugdhulpverleningsinstellingen. Er is afhankelijk van het ingezette programma nauwe samenwerking met Gespecialiseerde gezinsverzorging, Consultatiebureaus, GG&GD, Schoolbegeleidingsdiensten, huisartsen, de Raad voor de Kinderbescherming, onderwijsinstellingen, woningbouwverenigingen, bureaus budgetadvisering en de SPD.

Overige informatie

Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief voor uithuisplaatsing*. Amsterdam: SWP.

Huijsman, R. (2003). *Van scepsis naar enthousiasme: onderzoeksresultaten innovatieprogramma Jeugdzorg Limburg*. Amsterdam: SWP.

5.3 Beter Met Thuis (BMT)

Doel

Beter met Thuis is een hulpvorm waarin ambulante én residentiële hulpverlening wordt geboden aan kind en ouders; het unieke hierbij is dat de hulpverleners zowel de ambulante, als de intramurale groepsbegeleiding verzorgen.

Beter met Thuis stelt zich ten doel de competenties van ouders te vergroten, hun netwerk te versterken of een ondersteunend netwerk op te bouwen en de problemen in het gezin te helpen verminderen. Ouders leren zich verantwoordelijk te voelen voor de opvoeding van hun kind en zijn daar na de interventie toe bereid en in staat.

Doelgroep

Beter met Thuis biedt hulp aan ouders en hun kinderen, die in een zodanig problematische opvoedingssituatie verkeren dat tenminste één van de kinderen niet meer 7x24 uur thuis kan wonen. De leeftijd van de aangemelde kinderen varieert van 4 tot 14 jaar en de problematiek in de gezinnen speelt zich in ieder geval af op de volgende twee gebieden:

- De opvoeding (onder meer verstoorde gezagsverhoudingen en pedagogische onmacht).
- Het functioneren van (één van) de ouders en/of gedragsproblemen bij (één van) de kinderen.

Binnen BMT wordt er naar gestreefd dat ieder kind en iedere jongere passende hulp krijgt. In sommige situaties speelt er echter zodanige problematiek dat meer gespecialiseerde hulp beter aansluit. Hierbij valt te denken aan psychiatrische problematiek, zeer ernstige gedragsproblematiek, verslaving en/of geestelijke of lichamelijke handicaps.

Een uitgangspunt van BMT is dat een kind het beste in de thuissituatie kan verblijven, tenzij het kind aantoonbaar gevaar loopt, bijvoorbeeld ten gevolge van (doorgaande) mishandeling of verwaarlozing.

Visie / theorie

De methodiek van Beter met Thuis is gebaseerd op de multisysteembenadering en het competentiemodel. De theoretische onderbouwing van Beter met Thuis komt uit de systeemtheorie, de ontwikkelingstheorie en de leertheorie. De hulpverlening richt zich zowel op het kind, als op het gezin en vindt plaats in vier domeinen: het gezin, de leefgroep, het netwerk en de school.

Functies, methodieken en activiteiten

In Beter met Thuis wordt ambulante en residentiële hulpverlening geboden aan kind en ouders. Binnen de hulpverlening is aandacht voor alle levensterreinen van een kind en er wordt gestreefd naar een samenwerking tussen gezin, familie en omgeving van het kind.

De hulpvraag van ouders en kind vormt het uitgangspunt voor de hulpverlening van Beter met Thuis. Het vergroten van de competentie van ouders en kinderen, systemische interventies, interventies gericht op probleemvermindering en het mobiliseren van een ondersteunend netwerk zijn belangrijke componenten in de methodiek van Beter met Thuis. Het hulpaanbod is te onderscheiden in vier fasen:

- Startfase (maximaal zes weken): de gezinsgroepwerker bereidt zich voor op de kennismaking, na de kennismaking wordt een vertrouwensrelatie opgebouwd en wordt in overleg met de ouders een hulpverleningsplan opgesteld.
- Taxatiefase (zes weken): door aandacht te besteden aan de motivatie van de ouders en met respect voor het wennen aan een nieuwe dagelijkse structuur wordt een werkrelatie opgebouwd. Er wordt gewerkt aan globale doelen en de gezinsgroepwerker observeert de gezinsstijl in de thuissituatie en op de afdeling waar het kind enkele dagen per week verblijft (leergroep).
- Veranderingsfase (tweemaal drie maanden): in deze fase wordt er, zowel in de thuissituatie, als in de leergroep, aan concrete doelen gewerkt. De inzet in deze fase is een verankering van de dagelijkse routine en de nieuw geleerde vaardigheden. Om dit te bereiken worden verschillende technieken gebruikt. Er is in deze fase ook aandacht voor het formele en informele netwerk van het gezin. Nadat individuen en organisaties in kaart zijn gebracht die voor het kind en het gezin belangrijk zijn krijgen de gezinsleden handvatten aangereikt om het netwerk in de toekomst zo goed mogelijk te gebruiken.
- Afrondingsfase (zes weken): in de laatste fase is alles gericht op het consolideren van de bereikte doelen en op het beëindigen van de werkrelatie. Er worden afspraken gemaakt met het netwerk, er is een overdracht aan de plaatsvervanger en er worden follow-upafspraken gemaakt.

Voorwaarden voor toepassing

Het aanbod kan worden toegewezen op indicatie van Bureau Jeugdzorg.

Resultaten

Uit onderzoek komt naar voren dat BMT wordt toegepast in gezinnen met extreem veel en ernstige opvoedkundige problemen. De eerste indicaties over de effecten van de behandeling duiden erop dat er geen grote veranderingen plaatsvinden in de mate waarin ouders het gedrag van hun kinderen problematisch vinden en dat er lichte verminderingen plaatsvinden in gevoelde onmacht door de ouders (Van den Bogaart & Van Muijen, 2001).

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast

BMT wordt toegepast bij SaC-Amsterdam Jeugdzorg in Amsterdam.

Overige informatie

Sac Amsterdam Jeugdzorg
Fred. Roeskestraat 73
1076 EC Amsterdam
020 - 540 05 00

Bogaart, P. van den, & Muijen, H. van (2001). *Beter met thuis: Een onderzoek naar de ontwikkelingen en de effecten van een nieuwe werkwijze in de jeugdzorg*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.

Vugt, M. van, Slot, N., & Choy, Y. (2001). *Beter met thuis: Flexibele residentiële én ambulante hulp aan jeugdigen en ouders. Methodiekhandleiding*. Duivendrecht: PI Research.

5.4 Gezinsdagbehandeling

Doel

- De ouders bezetten (opnieuw) hun plaats in de hiërarchie: het ouderlijk gezag is hersteld, de ouder beseft zijn / haar verantwoordelijkheid voor zijn / haar kinderen, ouders kunnen overleggen en elkaar mandateren, ouders kunnen hun aandacht over al hun kinderen verdelen.
- De ouders geven richting aan hun eigen leven; ze nemen als het ware weer hun eigen leven in handen in plaats van zich volledig te laten leven door hun kinderen en het lot.
- Men heeft geleerd tot rust en reflectie te komen.
- Men heeft geleerd evenwicht te vinden tussen verbondenheid en autonomie.
- Men kan beter omgaan met het 'moeilijke' oorspronkelijk voor hulpverlening aangemelde kind.
- Uithuisplaatsing van het aangemelde kind is voorkomen.
- Spreiding van de problemen naar andere kinderen in het gezin is voorkomen.

Doelgroep

Gezinnen met problemen in de hiërarchie tussen ouders en kind. Er is altijd sprake van een kind met problemen waarvoor een niet vrij geïndiceerde manier van hulpverlening geïndiceerd is, zoals een (semi-)residentiële plaatsing.

Visie / theorie

De gezinsdagbehandeling staat voor hulp bieden aan gezinnen die een vraag hebben over hun functioneren. Ouders staan bovenaan in de hiërarchie en ouder- en kindrollen zijn dusdanig vormgegeven dat het gezin en ieder gezinslid optimaal kan functioneren. De gezinsdagbehandeling neemt het hele gezin in behandeling; het kindprobleem wordt verbreed naar gezinsfactoren. De behandeling krijgt gestalte via de dialoog met ouders en hun kinderen.

De methodiek is gebaseerd op verschillende theorieën waarvan de systeemtheorie en de leertheorie de twee belangrijkste zijn.

- Vanuit de systeemtheorie komt het denken in rollen en patronen in gezinnen, het denken in het hier en nu en het herstel van hiërarchie. De behandeling richt zich op het hele systeem en op de circulaire processen binnen zo'n systeem.
- De leertheorie gaat ervan uit dat gedrag geleerd wordt onder invloed van omgevingsfactoren en dus ook afgeleerd kan worden.

Functies, methodieken en activiteiten

De vier functies zijn behandeling, begeleiding, training en lotgenotencontact.

In principe is het hele gezin na schooltijd van 15.30 tot 18.30 uur (woensdag van 12.30 tot 16.00 uur), twee dagdelen per week in de gezinsgroep van de gezinsdagbehandeling aanwezig. In de gezinsgroep zijn steeds drie gezinnen tegelijkertijd aanwezig in steeds wisselende samenstelling. Daarnaast woont elk gezin minimaal eenmaal per week een themabijeenkomst bij voor ouders, moeders, vaders of kinderen.

In de gezinsgroep is een vaste dagelijkse routine; na binnenkomst tijdens het koffiedrinken met elkaar afstemmen wat en hoe er die dag geoefend wordt. De warme maaltijd wordt samen gebruikt en ieder groepslid heeft hierbij taken. De structuur is zoveel mogelijk in overleg met de ouders en vooraf bepaald.

Er zijn vier fases te onderscheiden:

1. Voorfase bestaande uit de basiscursus competentievergroting die gedeeltelijk bij het gezin thuis wordt gegeven. In deze fase wordt bekeken of sprake is van een dagelijkse routine en of de situatie thuis veilig is. Ook wordt duidelijk of de methodiek voldoende aansluit bij de hulpvraag van deze specifieke ouders / dit gezin. De eerste fase omvat ook de kennismaking met het centrum en de overige gezinnen, de diagnostiek en het verkennen, verbreden en formuleren van de hulpvraag.
2. Drie maanden gedurende twee dagen deelnemen aan de gezinsgroep en een dagdeel aan de themabijeenkomst. In de dagelijkse omgang met elkaar kijken waar de problemen in de praktijk liggen en waar aanknopingspunten zijn voor verandering en ontwikkeling.
3. Gedurende drie maanden gaat men door met het oefenen van eigen doelen en vaardigheden. Gezinnen gaan hun eigen patronen herkennen, vertrouwen meer op eigen waarneming, de autonomie wordt versterkt. Gezinsleden ervaren weer ruimte om contacten buiten het gezin aan te gaan of te herstellen.
4. In de laatste fase van drie maanden gaat het gezin de eigen kracht ervaren en is er minder ondersteuning van de gezinsgroep en gezinsbegeleiders nodig. Het gezin heeft vooral nog bevestiging nodig van de hulpverlening. Er komt ruimte voor andere zaken / problemen dan opvoeding.

Frequentie / duur

In principe twee dagdelen per week, ongeveer voor de duur van een jaar.

Voorwaarden voor toepassing

Op indicatie van Bureau Jeugdzorg.

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast

MFO Xonar Maastricht Heuvelland

Overige informatie

www.rmpi.nl

Zuthof, C., Albertz, C., Pannemans, R., & Gudde, M. (2003). *Gezinsdagbehandeling: Herstel van hiërarchie*. Amsterdam: SWP.

Bijlage 3

Beschrijving samenwerkingsvormen

- 1 Contextuele Leergroepen Alle betrokkenen bij Seksueel Misbruik (CLAS)**
- 2 Casemanagement na Kindermishandeling**
- 3 Scenario- en hulpverleningsteam**
- 4 Zorgprogramma Hulpvragen gerelateerd aan seksueel misbruik (Limburg)**

1. Contextuele Leergroepen Alle betrokkenen bij Seksueel Misbruik (CLAS)

Doel

CLAS is een intensieve ambulante vorm van hulpverlening aan alle betrokkenen bij seksueel misbruik. Doel is herstel van geschonden vertrouwen, het werken aan (enig) herstel van betrouwbaarheid in gezinsrelaties en het verwerken van het seksueel misbruik.

Doelgroep

CLAS is bedoeld voor mensen van alle leeftijden, zowel voor slachtoffers, als voor plegers, maar ook voor degenen die bij hen betrokken zijn, bijvoorbeeld niet-misbrukende ouders, partners van slachtoffers, broers en zussen, nieuwe partners van ouders, grootouders en andere familieleden.

Contra-indicatie: cliënten die lijden aan acute psychose of ernstige middelenverslaving.

Visie / theorie

CLAS is gebaseerd op de theorie van I. Boszormenyi-Nagy, die seksueel misbruik plaatst in de context van langlopende, intergenerationele familierelaties waarin elk individu is opgenomen (zie ook paragraaf 2.7 over de contextuele visie). Contextueel werken betekent dat rekening wordt gehouden met de familiebanden die tussen verschillende generaties betrokkenen bestaan -de context - en de loyaliteiten die daarvan deel uitmaken. Ook al zijn familiebanden beschadigd als gevolg van seksueel misbruik, ze blijven hoe dan ook in het leven van de betrokkenen een belangrijke rol spelen. CLAS gaat ervan uit dat het meest schadelijke van seksueel misbruik het geschonden vertrouwen is. De onderlinge gezins- en familierelaties vormen in de contextuele aanpak de belangrijkste aangrijpingspunten om te werken aan herstel van dit vertrouwen.

'Herstel van vertrouwen' betekent dat naast het mishandelde kind ook andere belangrijke gezins- en familieleden bij de hulp worden betrokken. Veelal gaat het daarbij om de pleger en de niet-mishandelende ouder, maar ook broertjes en zusjes, ooms en tantes, opa's en oma's kunnen een plek in de hulpverlening krijgen.

Andere gezins- en familieleden betrekken bij de hulpverlening vraagt een sterk outreachende en verbindende werkwijze, waarin de hulpverlener actief pogingen onderneemt om hen voor de hulpverlening te motiveren. Vanuit een attitude van meerzijdige partijdigheid (tegen niemand, voor iedereen) werken contextuele hulpverleners met alle partijen (Baeten et al., 2000).

Om aan alle aspecten van de mens recht te doen, is het noodzakelijk steeds te werken vanuit - wat in de contextuele benadering wordt genoemd - de vier dimensies van de relationele werkelijkheid (Van den Eerenbeemt & Oele, in Melles et al., 1995). Deze vier dimensies zijn:

- feiten: alle persoonsgegevens, gebeurtenissen in de familie, de feiten rondom seksueel misbruik;
- psychologie: alles wat zich aan gevoelens, gedachten en emoties afspeelt binnen het individu;
- interacties: alles wat zich in relaties tussen mensen afspeelt;
- relationele ethiek: de balans van geven en ontvangen, loyaliteit en betrouwbaarheid.

Functies, methodieken en activiteiten

Er worden verschillende hulpvormen ingezet. Vaak krijgen cliënten eerst individuele begeleiding en in een later stadium zogeheten 'contextgesprekken' met ouders, partners of andere familieleden die voor de cliënt belangrijk zijn. Doel van de gesprekken is het op gang brengen van de onderlinge dialoog met het oog op het herstel van de vertrouwensbanden. Ook in de

individuele gesprekken wordt aandacht besteed aan belangrijke familieleden. De meningen en gevoelens van kinderen zijn voor de hulpverleners vaak richtinggevend voor het verkennen van de balans van geven en nemen in de onderlinge verhoudingen.

Daarnaast kent CLAS twee soorten groepen: homogene groepen en gemengde groepen.

Homogene groepen bestaan uit ongeveer zes tot acht - in de loop van de tijd wisselende - deelnemers van hetzelfde geslacht en in min of meer dezelfde levensfase. De groepen bestaan uitsluitend uit bijvoorbeeld misbruikte kinderen, broers en zussen, plegers of niet-misbruikende ouders. De leden van een groep hebben met elkaar gemeen dat ze in dezelfde positie zitten wat betreft het misbruik. De onderlinge verschillen in persoon, situatie, ervaring en levensfase worden benut om onder begeleiding van hulpverleners elkaar te steunen en van elkaar te leren. Naast herkenning en erkenning biedt dat de deelnemers mogelijkheden om te werken aan het vinden van een nieuw evenwicht tussen geven en ontvangen in relaties. Essentieel onderdeel van dit proces is het erkennen van eigen pijn en geschaad vertrouwen, het leren aanspreken van anderen op hun schuld en verantwoordelijkheden, en - voor de plegers - het erkennen van schuld en het oppakken van de verantwoordelijkheden die daarbij horen.

Daarnaast is sprake van gemengde groepen; deze groepen hebben gedurende zes tot tien bijeenkomsten een vaste samenstelling van mensen die in verschillende posities met seksueel misbruik te maken hebben gehad. Bij de start van de groep kennen de deelnemers elkaar niet en verkeren ze in verschillende stadia van verwerking. Een groep bestaat uit drie misbruikte kinderen, drie plegers, drie niet-misbruikende ouders en drie hulpverleners, en kan eventueel naar geslacht worden ingedeeld. Doel is de dialoog op gang te brengen en de deelnemers te leren omgaan met de uiteenlopende gevoelens die het contact met betrokkenen in andere posities bij hen teweegbrengt en de verschillende betekenissen die dat voor hen heeft. Met name bij plegers en andere gezinsleden moet dit uiteindelijk leiden tot besef en erkenning van de eigen verantwoordelijkheid en van de gevolgen van hun gedrag. Gemengde groepen bieden een goede gelegenheid om hun inzicht te verruimen en vaardigheden te oefenen die de deelnemers nodig hebben voor de contacten binnen hun eigen gezin en familie.

De CLAS-hulpverleners werken zelf zoveel mogelijk in gemengde koppels, zodat zowel het mannelijk als het vrouwelijk perspectief binnen de hulpverlening aanwezig is.

Resultaten

In het onderzoeksrapport *Verder met CLAS* is beschreven op welke wijze de CLAS-methodiek vorm en inhoud kreeg en wat er bereikt is in de hulpverleningsgesprekken in het project CLAS-Haaglanden. Het bleek niet mogelijk resultaten van de hulpverlening vast te stellen, omdat gegevens bij de uitstroom van cliënten ontbraken. Uiteindelijk concluderen de onderzoekers voorzichtig dat 'op grond van de beschikbare informatie gezegd kan worden dat bij het grootste deel van de cliëntensystemen in elk geval positieve ontwikkelingen op gang kwamen op relationeel gebied' (Baeten, et al., 2000). Bovendien kan de conclusie getrokken worden dat CLAS overdraagbaar is gebleken (zie voor methodiekbeschrijving: Melles et al., 1995). Voorwaarden daarvoor zijn wel dat sprake is van intensieve scholing en werkbegeleiding en voldoende tijd om de methodiek te leren toepassen in de praktijk.

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

De CLAS-methodiek is oorspronkelijk ontwikkeld bij het voormalige Jeugdorp Bethanië in Horn (nu: Rubicon jeugdzorg) en wordt inmiddels in vier regio's in Nederland ingezet. Ook in andere regio's bestaan plannen voor het starten van CLAS-hulpverlening, vaak in het kader van zorgprogrammering.

Overige informatie

Baeten, P.A.C.M., Zwikker, M.C., Baartman, H.E.M., & Janssen, C.G.C. (2000). *Verder met CLAS: Resultaten en overdraagbaarheid van contextuele hulpverlening na seksueel misbruik*. Utrecht: NIZW.

Melles, R., Bakhuizen, N., & Montfoort, A. van (1995). *Contextuele hulpverlening bij seksueel misbruik: Ontwikkeling en werkwijze van het CLAS-project*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

2. Casemanagement na Kindermishandeling

Doel

Casemanagement na kindermishandeling heeft als doel het organiseren, op elkaar afstemmen en bewaken (van de voortgang) van hulpverlening in complexe zaken van kindermishandeling waar een meersporenaanpak noodzakelijk is. Door samenwerking kan hulpverlening op maat geboden worden vanuit een veelheid van disciplines en instellingen, waardoor effectiever gebruikgemaakt wordt van de onderscheiden deskundigheden.

Doelgroep

Kinderen en jongeren die mishandeld en/of misbruikt zijn door verwanten, plegers en belangrijke andere gezins- of familieleden.

Visie / theorie

De meest gangbare aanpak van (seksuele) kindermishandeling binnen gezins- en familieverband in Nederland is gebaseerd op het meersporenbeleid (zie ook paragraaf 2.7). Werken volgens het meersporenbeleid veronderstelt de betrokkenheid van verschillende instellingen en sectoren. Investeren in de onderlinge samenwerking en afstemming is daarom een vanzelfsprekende voorwaarde.

Om te zorgen dat de hulp aan de niet-mishandelende ouder en de behandeling van de pleger daadwerkelijk bijdragen aan de verwerking door het slachtoffer, moeten de processen binnen de verschillende sporen op elkaar worden afgestemd. Dit geldt zowel voor de richting - de doelen die worden nagestreefd - als voor het tempo waarin zij zich voltrekken. Onderlinge afstemming bereiken is niet eenvoudig, want als gevolg van de tegengestelde belangen verlopen de processen bij de individuele gezinsleden meestal heel verschillend en is er juist een sterke tendens tot divergentie. Het feit dat hulpverleners van verschillende instellingen bij het hulpverleningsproces betrokken zijn, betekent dat er in het meersporenbeleid extra aandacht en energie aan een goede afstemming moet worden besteed.

Functies / methodieken en activiteiten

Instellingen melden (een vermoeden van) kindermishandeling bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Het AMK is de spil in het samenwerkingsverband. De betrokken samenwerkingspartijen bespreken de melding, bekijken of het werken volgen de meersporenvisie en de inzet van de functie casemanagement geïndiceerd zijn. Afspraken worden gemaakt over de samenstelling van het casusteam, de invulling van de meersporenvisie en over de frequentie van de bijeenkomsten. De betrokken gezinsleden worden geïnformeerd over de samenstelling van het casusteam. Het casusteam is ervoor verantwoordelijk dat afspraken worden nagekomen en dat hulpverleningsplannen worden aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Taken van de casemanager zijn: bewaken van de inhoudelijke uitgangspunten van de meersporenaanpak en het protocol, coördineren en bewaken van hulpverleningslijnen en -processen en registratie.

Resultaten

In het rapport *Meersporenbeleid in beweging* wordt opgemerkt dat in de samenwerkingsverbanden voor de aanpak van (seksuele) kindermishandeling de afgelopen jaren op een aantal punten duidelijk vooruitgang is geboekt. Zo is de betrokkenheid van verschillende instellingen en organisaties die nodig zijn voor de uitvoering van de hulp vergroot. Het casemanagement of de coördinatie zorgt voor meer samenhang in de uitvoering van de hulp volgens een gezamenlijke visie en draagt bij aan deskundigheidsbevordering. Bovendien is sinds de invoering van de AMK's zowel in Brabant als in Gelderland het melden gecentraliseerd, de aansluiting tussen melding en hulpverlening verbeterd en de basis voor programma-evaluatie gelegd (Baeten et al., 2000).

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

Alle AMK's voeren de functie casemanagement uit. Deze functie beperkt zich uitdrukkelijk tot de fase waarin de hulpverlening wordt gestart. De inhoudelijke afstemming van de hulpverlening valt daarbuiten. Het Gelderse casemanagementproject, dat in 1996 van start ging, is echter met nadruk gericht op de fase van de uitvoering van de hulpverlening.

Overige informatie

Baeten, P.A.C.M., Kooijman, K., & Rovers, P.R.W. (2000). *Meersporenbeleid in beweging: Ontwikkelingen in de aanpak van seksuele kindermishandeling*. Utrecht: NIZW.

3. Scenario- en hulpverleningsteam

Doel

Scenario- en hulpverleningsteams zijn multidisciplinair samengestelde teams waarin actuele en vermoedelijke zaken van (seksuele) kindermishandeling binnen het gezin worden besproken om de mishandeling zo snel mogelijk en definitief te stoppen. Dit vindt plaats door het afstemmen van het hulpverleningsaanbod aan (seksueel) mishandelde kinderen en hun systeem en het op gang brengen van een gecoördineerd hulpaanbod.

Doelgroep

Kinderen en jongeren die mishandeld en /of misbruikt zijn door verwanten, plegers en andere belangrijke andere gezins- of familieleden.

Visie / theorie

Scenario- hulpverleningsteams werken vanuit een meersporenvisie (zie paragraaf 2.7).

Functies, methodieken en activiteiten

Scenarioteams zijn multidisciplinair samengestelde teams waarin actuele en vermoedelijke zaken van (seksuele) kindermishandeling binnen het gezin worden besproken. Aanmelding gebeurt via het AMK.

Op grond van de analyse van de specifieke situatie wordt een 'scenario' of aanpak ontworpen over de manier waarop de hulpverlening aan alle betrokkenen kan verlopen. Uitgangspunt van het meersporenbeleid is dat slachtoffer, plegende en niet-plegende ouder en overige betrokken gezinsleden een eigen hulpverlener toebedeeld krijgen. Een hulpverleningsteam gaat de hulpverlening uitvoeren. Dit team heeft geen vaste samenstelling, maar wordt per casus samengesteld. Samenstelling is afhankelijk van de aard en de complexiteit van de problematiek,

de samenstelling van het gezin en andere factoren. Een onafhankelijke coördinator zorgt voor uitvoering van het scenario en voor de afstemming van de activiteiten van de verschillende 'sporen'. Deze coördinator heeft geen direct contact met de gezinsleden, kan bovendien verschillen tussen de instanties overbruggen en processen tussen hulpverleners in de gaten houden. De coördinator vervult de brugfunctie tussen het scenario- en het hulpverleningsteam.

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast / regionale of lokale varianten

In de provincie Noord Brabant werkt een groot aantal instellingen sinds 1994 samen in *scenario- en hulpverleningsteams*. Het Provinciaal Incestteam (PIT) in Noord Brabant bestaat sinds 1989 en is gericht op de verbetering van de hulpverlening bij de aanpak van seksuele mishandeling van kinderen en van mensen met een verstandelijke handicap. Er bestaan ook provinciale scenarioteams die gebaseerd zijn op overeenkomstige principes, maar zich richten op omvangrijke zedenzaken en maatschappelijke onrust.

Overige informatie

Baeten, P.A.C.M., Kooijman, K., & Rovers, P.R.W. (2000). *Meersporenbeleid in beweging:*

Ontwikkelingen in de aanpak van seksuele kindermishandeling. Utrecht: NIZW.

Verhoeven, W., & Wanrooy, E. van (2000). *Meersporenhulp na misbruik: methodisch*

hulpverleners na kindermishandeling en seksueel misbruik van kinderen en mensen met een verstandelijke handicap. Tilburg: Provinciaal Incestteam Noord-Brabant (PIT).

4. Zorgprogramma Hulpvragen gerelateerd aan seksueel misbruik (Limburg)

Doel

Voor de gehele doelgroep geldt dat het zorgaanbod tot doel heeft:

- de gevolgen van het seksueel misbruik voor het kind en de overige betrokkenen maximaal te reduceren en/of hanteerbaar te maken. Een aanbod vanuit het zorgprogramma is erop gericht de ontwikkeling en opvoeding van het betrokken kind / de jeugdige (weer) te optimaliseren.
- de leden van het systeem die hulp te bieden die nodig is om weer zelfstandig, dat wil zeggen zonder verdere hulpverlening, te kunnen functioneren; doel is dit specifieke aanbod voor deze cliënt overbodig te maken en of andere wegen naar hulp te openen.

Specifiek voor plegers geldt dat het aanbod:

- plegers (minder- en meerderjarig, voor zover behorend tot het systeem) inzicht biedt in oorzaken en gevolgen van seksueel misbruik, hen besef bijbrengt van de aangerichte schade bij betrokkenen, hen leert verantwoordelijkheid te nemen voor hun daden, en vaardigheden aan te leren. Dit alles met het doel dat het misbruik stopt en de kans op recidive afneemt. (Bruggemann-Klüber & Van Montfoort, 1999)

Doelgroep

- kinderen en jeugdigen die (vermoedelijk) seksueel misbruikt zijn en/of worden
- kinderen en jeugdigen die seksueel misbruik plegen of gepleegd hebben
- volwassen plegers van seksueel misbruik binnen het systeem
- andere betrokkenen bij het aangemelde kind / de jeugdige.

Visie / theorie

In geval van seksueel misbruik binnen het systeem geldt dat het niet toevallig gebeurt: er zijn bepaalde duurzaam aanwezige situationele en contextuele omstandigheden die de pleger als

het ware uitnodigen seksueel te fantaseren over of seksuele handelingen te verrichten in actieve of passieve aanwezigheid van het kind of de jeugdige. De leden van het gezinssysteem zitten duurzaam vast in relationeel scheve patronen, die vaak al sedert generaties psychopathologie en/of seksueel misbruik produceren. Dat verklaart waarom een samenhangend aanbod aan alle betrokkenen bij seksueel misbruik nodig is: behandeling die zich beperkt tot individuele veranderingen zal geen blijvende oplossing voor het probleem van het seksueel misbruik bieden, maar het hoogstens tijdelijk laten ophouden of een generatie uitstellen. Behandeling moet daarom meervoudige aangrijpingspunten en benaderingswijzen integreren, met de bedoeling te kunnen ingrijpen op verscheidene patronen (zoals relationele, communicatieve, intergenerationale, culturele) die het misbruik mogelijk maken en/of in stand houden (Bruggemann & Van Montfoort, 1999)

Functies, methodieken en activiteiten

Een zorgprogramma dat zich richt op de aanpak van geweld tegen kinderen in de thuissituatie vereist de inzet van verschillende hulpvormen op meerdere niveaus. Uit de beschikbare modules kan op individueel niveau en op basis van de behoefte van betrokkenen een programma worden samengesteld. Bij kindermishandeling dient een individueel programma in ieder geval te bestaan uit een concreet aanbod voor het kind, de mishandelende ouder en de niet-mishandelende ouder.

Het zorgprogramma is intersectoraal: het omvat hulpvormen uit verschillende sectoren binnen de jeugdzorg. Het zorgprogramma is generalistisch van aard: het is samengesteld uit een reeks modules waaruit per cliënt een keuze moet worden gemaakt. Het zorgprogramma richt zich in eerste instantie op een ambulante aanbod aan de doelgroep.

Het zorgprogramma omvat de volgende functies:

- consultatie en dienstverlening
- voortgezette diagnostiek
- begeleiding en behandeling
- bescherming
- coördinatie.

Deze functies worden geoperationaliseerd in modules.

Modules inzetbaar voor alle betrokkenen:

- Psycho-educatie
- Gezins-systeembehandeling
- Spoedinterventie

Modules voor (vermoedelijk) seksueel misbruikte kinderen en jeugdigen:

- individuele begeleiding
- medische begeleiding
- medicamenteuze behandeling
- psychotherapie
- psychomotore therapie
- proces- of behandel diagnostiek
- verblijf
- verwerkingsgroep
- gemengde groep

Modules voor kinderen en jeugdigen die seksueel misbruik plegen of gepleegd hebben:

- individuele begeleiding
- medische begeleiding
- medicamenteuze behandeling
- psychotherapie
- psychomotore therapie
- proces- of behandel diagnostiek
- verblijf

Modules voor overige betrokkenen:

- groepsaanbod voor moeders
- individuele ondersteuning van ouders
- gemengde groepen waaraan overige betrokkenen (inclusief volwassen plegers) deelnemen
- groepsbehandeling voor volwassen plegers

Voorwaarden voor toepassing

Criteria voor instroom:

- er is sprake van een hulpvraag gerelateerd aan seksueel misbruik
- in geval van een gecombineerde problematiek bij het kind / de jeugdige staan de klachten ten gevolge van het seksueel misbruik op de voorgrond
- de hulpvraag kan worden beantwoord door een geïndiceerd, ambulante aanbod, dat wil zeggen dat er voldoende draagkracht is bij het kind / de jeugdige en/of diens systeem om het aanbod te kunnen doorlopen.

Organisaties waar de interventie veel wordt toegepast

Het Zorgprogramma is ontwikkeld voor de regio Noord- en Midden Limburg. De directies van voormalig Jeugdorp Bethanië (in 2003 opgegaan in Rubicon jeugdzorg), Stichting Zorg Circuits en Riagg Midden Limburg hebben hiertoe het initiatief genomen. Het project ging in maart 1999 van start, maar is tot op heden nog niet volledig tot uitvoering gebracht.

Overige informatie

Bruggemann-Kluver, M., & Montfoort, A. van (1999). *Zorgprogramma Hulpvragen gerelateerd aan Seksueel Misbruik van Kinderen en Jeugdigen*. Woerden: Adviesbureau van Montfoort.

NIZW Jeugd: voor kennis en innovatie in de jeugdsector

NIZW Jeugd is een publiek kennisinstituut dat werkt aan vernieuwing en verbetering van zorg- en welzijnspraktijken voor jeugdigen en hun opvoeders. Het beleid van NIZW Jeugd is erop gericht om professionals en beleidsmakers in de sector jeugd te informeren, te adviseren en samen met hen innovaties in de praktijk door te voeren. In beperkte mate richt NIZW Jeugd zich met zijn producten ook direct tot opvoeders en jeugdigen.

NIZW Jeugd houdt zich primair bezig met de volgende kennisvelden:

- Pedagogische kwaliteit en ontwikkelingsstimulering van het jonge kind in de kinderopvang, in voorzieningen voor voor- en vroegschoolse educatie, de brede school en het jeugdwelzijnswerk.
- Opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg, het gemeentelijk preventief jeugdbeleid en de (preventieve) jeugdzorg.
- Jeugdzorg: de ontwikkeling van de bureaus jeugdzorg en de geïndiceerde zorg van instellingen voor jeugdhulpverlening, voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen, jeugd-ggz, jeugdbescherming en justitiële zorg.
- Ketenzorg: de afstemming tussen onder andere onderwijs en jeugdzorg, tussen de jeugdzorg en de sector voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen, tussen de lokale en regionale zorg en tussen vrijwillige, justitiële en strafrechtelijke zorg.
- Kwaliteit en effectiviteit van (algemene, preventieve en curatieve) interventies.
- Informatievoorziening over vraagstukken op het terrein van jeugdzorg en jeugdwelzijn, bijvoorbeeld met de tijdschriften *0/25*, *Perspectief*, het e-zine *Jeugdzaken* en de infolijn NIZW Jeugd.

Het werk van NIZW Jeugd resulteert in uiteenlopende producten zoals infolijnen, websites, tijdschriften, e-zines, trendstudies, *factsheets*, databanken, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, leertrajecten, congressen en adviezen.

NIZW Jeugd maakt deel uit van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW.

Voor meer informatie: www.nizwjeugd.nl

