

Interventie

Horizonmethodiek

Samenvatting

Doelgroep

De methodiek is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar, die problemen ondervinden door seksueel misbruik door iemand van binnen of buiten het gezin.

Doel

Het doel van de Horizonmethodiek is dat bij het seksueel misbruikte kind de gevolgen van het seksueel misbruik (traumasymptomen en externaliserende en internaliserende gedragsproblemen) zijn verminderd en de verdere ontwikkeling van deze problemen is voorkomen.

Aanpak

Het betreft een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling van 14 bijeenkomsten met een parallelaanbod voor hun niet-misbruikende ouder(s). De methodiek is opgebouwd rond vaste thema's die van belang zijn bij traumabehandeling en verwerking van seksueel misbruik. Er wordt hier op verschillende manieren aan gewerkt, zoals middels praten, tekenen, rollenspelen, spel en beweging.

Materiaal

Zowel voor de kindergroepen als oudergroepen zijn er therapeutenhandleidingen ontwikkeld met een bijbehorend losbladig werkboek voor kind en ouder.

Onderbouwing

Seksueel misbruik beïnvloedt een kind. Het tast de normale seksuele ontwikkeling van het kind aan, kinderen kunnen zich verraden en gestigmatiseerd voelen en ernstige gevoelens van machteloosheid ervaren. Deze kinderen hebben een verhoogd risico op een posttraumatische stressstoornis, internaliserende en externaliserende problemen. Vaak zijn ouders handelingsverlegen in de omgang met hun seksueel misbruikte kind, de natuurlijke emotionele communicatie kan zijn aangetast. Door middel van traumagerichte cognitiefgedragtherapeutische principes in combinatie met psychomotore technieken en een groepsaanpak wordt gewerkt aan het herstellen van deze factoren.

Onderzoek

Veranderingsonderzoek laat een significante vermindering zien direct na de behandeling van (seksuele) gedragsproblemen. Voor de niet-seksuele gedragsproblemen zet die significante vermindering zelfs verder door in de zes maanden na de therapie. Er is een significante verbetering direct na de therapie gemeten op dissociatief gedrag. De onderzoekers vonden verder een significante afname voor angst, depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS). Buitenlands onderzoek naar een vergelijkbaar behandelmodel (zowel individueel als in groepsverband) toont ook significante verbeteringen bij kinderen aan wat betreft posttraumatische stressstoornis, depressie en externaliserende gedragsproblemen.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 06-11-2015

Oordeel: Goed onderbouwd

Toelichting:

De Horizonmethodiek zit goed in elkaar: doelgroep, doelen en aanpak zijn goed uitgewerkt en de onderbouwing bevat een goede analyse van de met de problematiek samenhangende factoren.

De referentie naar dit document is:

Lamers-Winkelman, F., Van Heteren, J., Van Delft, I., & De Schipper, J. C.

(Juni 2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Horizonmethodiek'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

De Horizonmethodiek is ontwikkeld voor kinderen die seksueel misbruikt zijn. Bij seksueel misbruik gaat het om: 'seksuele handelingen met misbruik van een afhankelijkheidsrelatie' (Zedenalmanak, Ministerie van Justitie, Afdeling Criminaliteitspreventie, 2003), waaronder misbruik door volwassenen en misbruik tussen kinderen onderling valt. Seksuele contacten/handelingen zijn alle daadwerkelijke aanrakingen - van het aanraken of doen aanraken van borsten en genitaliën, kussen met seksuele bedoelingen tot en met geslachtsgemeenschap (vaginaal, oraal of rectaal), of het binnendringen van vagina of rectum met voorwerpen of vingers. De pleger van het misbruik kan een kind, jongere of een volwassen persoon zijn al of niet behorende tot het gezin van het slachtoffer.

1.2 Spreiding

In 2010 is er een grootschalig onderzoek gedaan naar de prevalentie van kindermishandeling in Nederland. Dit onderzoek laat zien dat 2,8% van de meldingen bij het AMK seksueel misbruikt betreft. Per 1.000 kinderen van 0 t/m 17 jaar zijn er 0,8 in 2010 in aanraking gekomen met seksueel misbruik. 91 op de 1.000 jongeren van 12-17 jaar heeft ooit te maken gehad met seksueel misbruik (Alink, Pannebakker, Euser, Bakermans-Kranenburg, Vogels & Van IJzendoorn, 2011). Jongeren in een residentiële instelling hebben 2, 5 keer meer kans om seksueel misbruikt te worden dan de gemiddelde Nederlandse jongere (Commissie Samson, 2012), vooral wanneer jongeren een verstandelijke beperking hebben (Euser, 2013).

1.3 Gevolgen

Seksueel misbruik vormt een groot risico voor de sociaal-emotionele, cognitieve en gedragsmatige ontwikkeling van kinderen. Uit neurobiologisch onderzoek blijkt dat traumatische stress, die door (zowel verkrachting als langdurig) seksueel misbruik kan worden veroorzaakt, van invloed is op het zich ontwikkelende neurologische systeem. Functies als aandacht en concentratie ontwikkelen zich daardoor minder goed (zie onder andere Van der Kolk, 1996; Bicanic, De Roos, Van Wesel, Sinnema & Putte, 2014). De problemen die genoemd worden in verband met seksueel misbruik zijn uiteenlopend (zie onder andere LeClair, 2012; Maniglio, 2009; Trickett, Noll & Putman, 2011). De volgende problemen komen op elke leeftijd voor: internaliserende gedragsproblemen zoals somberheid en angst, slapeloosheid, piekeren, bedplassen, lage zelfwaardering, excessieve afhankelijkheid, passiviteit, slechte leerprestaties, sociale problemen, (psycho)somatische klachten en identiteitsproblemen (zie onder andere Collin-Vézina et al., 2013; Olafson, 2011; Putnam, 2003; Wolfe, 2007) en externaliserende gedragsproblemen, zoals agressie, vechtpartijen, oppositionele gedragsproblemen, druk gedrag en vernielzucht. Symptomen van posttraumatische stress (PTSS) worden in min of meer ernstige mate waargenomen bij seksueel misbruikte kinderen (zie onder andere Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010). De percentages van deze symptomen in de literatuur variëren van 42 tot 90%. Daarbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld nachtmerries. De gevolgen hangen voor een deel ook samen met de leeftijd van een kind. Kleuters vertonen vooral angst, posttraumatische stressstoornis, internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en niet passend seksueel gedrag, zoals objecten in de vagina of anus proberen te doen. Bij kinderen in de basisschool leeftijd komen daar nog eens school- en leerproblemen en hyperactiviteit bij.

In de volwassenheid ontwikkelen slachtoffers van seksueel misbruik vaker psychiatrische stoornissen zoals depressie, posttraumatische stressstoornis, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Affi et al., 2011; Jonas et al., 2011).

Hoewel er in de literatuur van uit wordt gegaan dat de (lange termijn) gevolgen van seksueel misbruik voor mannen overeenkomen met die van vrouwen (Banyard, Williams, & Siegel, 2004; Young, Harford, Kinder, & Savell, 2007), worden soms specifieke mannelijke sekse gerelateerde gevolgen beschreven. Widom en Morris (1997) vonden dat mannen minder geneigd waren (dan vrouwen) om de seksuele handelingen die zij in hun jeugd hadden ondergaan als 'misbruik' te benoemen (16% versus 64%). Jongens onthullen hun misbruik veel later dan meisjes hetgeen Lamb en Edgar-Smith (1994) suggereren, zou kunnen leiden tot ernstiger lange termijn gevolgen. Specifieke effecten van seksueel misbruik voor mannen zijn schaamte met betrekking tot de mannelijke seksuele identiteit (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Mendel, 1995; Spataro, Moss, & Wells, 2001), en angst om als homoseksueel en als een slachtoffer gezien te worden (Allagia, 2004).

De gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen zijn ernstiger naar mate de ernst van het misbruik groter is, er dwang gebruikt is en er een nauwe relatie met de dader is of was (Tyler, 2002).

Seksueel misbruik in de kinderleeftijd heeft ook materiële gevolgen voor het kind, het gezin en de maatschappij. Seksueel misbruikte kinderen, mits niet behandeld, kunnen hun potentieel niet waarmaken, zij falen vaker op school en lopen het risico gebruik te moeten maken van scholen voor buitengewoon onderwijs, zij lopen het risico op een criminele ontwikkeling (Widom & Ames, 1994; Widom, 1995, 1996), lopen in hun (jong) volwassenheid meer risico op werkuitval/werkeloosheid, maken meer gebruik van de (geestelijke) gezondheidszorg (Dube et al., 2005) en hebben een groter risico op problemen met betrekking tot het ouderschap (Dubowitz et al., 2001). Behandeling wordt dan ook noodzakelijk geacht.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De Horizonmethodiek is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar, die problemen ondervinden door seksueel misbruik door iemand van binnen of buiten het gezin. Dit kan zowel een volwassene als een ander kind zijn en het betreft zowel

eenmalig als langdurig misbruik. Zowel kinderen die thuis wonen als kinderen die zijn ondergebracht bij een pleeggezin of in een tehuis kunnen deelnemen.

Het misbruik hoeft niet juridisch bewezen te zijn, maar de verwijzers en therapeuten moeten er wel van overtuigd zijn dat er sprake is geweest van seksueel misbruik.

Intermediaire doelgroep

Naast de behandelgroep voor de kinderen is er een parallelaanbod voor behandeling voor de niet-misbrukende ouder(s)/verzorger(s) van het kind.

Selectie van doelgroepen

De kinderen worden meestal verwezen door hun huisarts of door Bureau Jeugdzorg, maar ook door algemene GGZ instellingen. Ouders vinden ook zelf de weg naar de specialistische centra. Zowel met het kind als met de ouder wordt een apart intakegesprek gevoerd, daarna volgt een diagnostiekfase. In de diagnostiekfase worden o.a. vragenlijsten afgenomen (zowel bij kind als bij de ouder). In het gesprek met de ouders en het kind (in de intake en in de diagnostiekfase) wordt ook navraag gedaan naar de trauma-gerelateerde symptomen die kinderen laten zien en wordt nagegaan in hoeverre symptomen samenhangen met het seksueel misbruik. Dit wordt uitgevoerd door een GZ psycholoog / orthopedagoog generalist, Klinisch psycholoog / psychotherapeut. Voor een uitgebreide richtlijn voor diagnostiek verwijzen we naar de Expertgroep complex trauma (2013). Een belangrijk criterium in de diagnostiek is de last van het trauma (impairment) die het kind ondervindt in het dagelijks functioneren (AACAP, 2010). Informatie wordt zo mogelijk verzameld bij verschillende informanten: kind, ouder en eventueel school.

In een enkel geval is geen sprake van problemen, vooral wanneer het misbruik niet ernstig of eenmalig was en het kind door de ouders goed is opgevangen. In een dergelijke situatie wordt eerder een lichtere en kortere vorm van ondersteuning aangeboden aan ouders en/of kind, met aandacht voor psycho-educatie.

Er is een aantal indicaties en contra-indicaties die bepalen of een kind de (groeps)behandeling kan volgen.

Indicaties:

De behandeling wordt aangeboden als sprake is geweest van langdurig seksueel misbruik, als duidelijk is dat het misbruik gestopt is, als de situatie voor het kind voldoende veilig is en als het kind een of meerdere van de volgende problemen heeft die het gevolg zijn van of verband houden met het seksueel misbruik:

- . posttraumatische stressstoornis,
- . agressieproblemen,
- . seksuele gedragsproblemen,
- . specifieke angststoornis,
- . dissociatieve stoornis,
- . gedrags- en/of emotionele problemen.

De volgende vragenlijsten zijn belangrijk voor diagnostiek en selectie om de bovengenoemde problemen in kaart te brengen:

Vragenlijsten voor kinderen

- . Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996; Nederlandse vertaling Bal, De Bourdeaudhuij & Van Oost, 1998).
- . The Child Behavior Checklist Youth Self-Report (CBCL-YSR; Achenbach & Rescorla, 2001; Nederlandse vertaling Verhulst, van der Ende & Koot, 1996).

Vragenlijsten voor ouders

- . Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere et al., 2001, Nederlandse vertaling: Tierolf, B. & Lamers-Winkelmann, F. (2014). TSCYC Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- . The Child Behavior Checklist Parent-Report Form (CBCL-PRF; Achenbach & Rescorla, 2001; Nederlandse vertaling Verhulst, van der Ende & Koot, 1996).
- . Child Sexual Behavior Inventory (CSBI; Friedrich, 1997, Nederlandse vertaling: Schoentjes & Lamers-Winkelmann, 1998).

Voor de diagnostiek wordt gekeken of kinderen in het klinisch of subklinisch gebied scoren op (subschalen van) deze vragenlijsten en of deze problemen verband houden met het misbruik.

Aanvullende vragenlijsten kunnen bijdragen aan een totaal beeld van de problematiek van het kind (ook bij deze lijsten wordt bepaald of kinderen een score hebben in het (sub)klinisch gebied op de totaal schaal of een relevante subschaal):

Vragenlijsten voor kinderen

- . Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Revised (SCARED-R; Muris, Bodden, Hale, Birmaher, Mayer, 2007).
- . The Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1982; Nederlandse vertaling: Timbremont, Braet & Roelofs, 2008).

Vragenlijsten voor ouders

- . The Child Dissociation Checklist (CDC, Putnam, Helmers & Trickett, 1993; Nederlandse vertaling: Hartveld & Janssen, 1992).

Contra-indicaties:

De behandeling vindt niet plaats als het seksueel misbruik nog niet gestopt is. Daarnaast kan het kind in principe niet deelnemen als:

- . er sprake is van eenmalig seksueel misbruik (meestal is een kortdurende behandeling dan voldoende).
- . het kind niet in staat is de Nederlandse taal te begrijpen en te gebruiken.
- . het kind een verstandelijke beperking heeft (IQ < 70). Voor kinderen met een laag IQ (tussen 50-70) is een bewerking van de Horizonmethodiek beschikbaar die individueel wordt aangeboden.
- . het kind zelf, na het misbruik, op ernstige wijze andere kinderen heeft misbruikt, bijvoorbeeld door hen te dwingen tot het ondergaan of uitvoeren van seksuele handelingen.
- . er sprake is van ernstige psychopathologie die zodanig is dat (eerst) individuele kinderpsychiatrische behandeling noodzakelijk is. Het betreft psychopathologie waardoor het kind een gevaar is voor zichzelf (c.q. suicidaal gedrag vertoont) of voor andere kinderen. Het kan bijvoorbeeld gaan om zelfbeschadigend gedrag, ernstige mate van dissociatie (te meten met de Child Dissociation Checklist (Putnam, et al., 1993)), of agressief seksueel gedrag dat verwarrend of beschadigend is voor andere kinderen. Dit kan bijvoorbeeld gemeten worden met de Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich, 1997), aangevuld met bevindingen uit het intake interview.
- . er sprake is geweest van (extreme) vormen van kinderprostitutie en/of vervaardiging van commerciële kinderpornografie. Indien er sprake is geweest van vervaardiging van (commerciële) kinderpornografie is het niet mogelijk om voor het kind te komen tot afsluiting van het misbruik ('closure'). De permanentie van de beelden blijft een (be)dreiging voor het kind. Terwijl in de behandeling van (voorbij) seksueel misbruik onderscheid kan gemaakt worden tussen toen (het nog gebeurde) en nu (het niet meer gebeurt en het dus veilig is), is het maken van dat onderscheid voor deze kinderen niet mogelijk (Bazelon, 2013, citaat van Joyanna Silberg). Omdat er tot op heden nog geen mogelijkheden zijn om kinderpornografische beelden van het internet te verwijderen blijven die beelden, of de angst dat die beelden opduiken, de kinderen achtervolgen. Angst om (alsnog) herkend te worden, angst en afschuw omdat volwassenen de beelden waarop hun misbruik is te zien gebruiken voor hun seksuele gratificatie, angst dat de beelden gebruikt zullen worden om andere kinderen te 'groomen' voor misbruik (Apsac, 2013). Tot op heden zijn er nog geen behandelingen ontwikkeld waarin de additionele problemen voor slachtoffers van kinderpornografie worden meegenomen. (Von Weiler, Haardt-Becker & Schulte 2010).
- . de ouder/verzorger niet in staat is het kind toestemming te geven om in een groep rondom seksueel misbruik te werken, dat wil zeggen dat de ouder(s), vaak gebaseerd op hun culturele of religieuze achtergrond, niet willen dat anderen weet hebben van het seksueel misbruik van hun kind, en niet willen dat met hun kind gepraat wordt over seksualiteit. Het niet geven van deze toestemming komt in de praktijk nauwelijks voor. Voor deze cliënten is individuele therapie, afgestemd op hun cultuur en/of religie, meer geschikt.

In bovenstaande gevallen wordt individuele therapie geadviseerd, wel kunnen daarbij elementen uit de Horizonmethode worden aangeboden.

Aan het parallelaanbod kan in principe iedere ouder deelnemen, behalve als de ouder/verzorger zelf het misbruik gepleegd heeft.

Daarnaast is deelname uitgesloten als:

- . er bij de ouder/verzorger sprake is van ernstige psychopathologie die het functioneren in een groep niet mogelijk maakt (bijv. psychose, schizofrenie of afhankelijkheid van stimulerende middelen).
- . de ouder/verzorger problemen heeft met onverwerkte kindermishandeling of seksueel misbruik in de eigen jeugd.
- . de ouder/verzorger ontkent dat er seksueel misbruik heeft plaatsgevonden.
- . ouders niet voldoende beschikbaar zijn om hun kind te ondersteunen omdat ze in beslag genomen worden door ernstige relatieproblemen.

Wanneer een ouder/de ouders niet voldoet/voldoen aan criteria voor deelname, kan een verzorger (bijvoorbeeld pleegouder) meedoen aan de parallele oudergroepen. Kinderen kunnen ook zonder ouder deelnemen aan de interventie, doch getracht wordt een steunfiguur voor het kind te vinden (bijv. oma, tante) die het kind begeleidt naar en van de therapie en zo mogelijk ook deelneemt. Voor kinderen die in een residentiele setting wonen worden nabesprekingen met de mentor van het kind gerealiseerd.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van de Horizonmethodiek is dat bij het seksueel misbruikte kind de gevolgen van het seksueel misbruik (traumasymptomen en externaliserende en internaliserende gedragsproblemen) zijn verminderd en de verdere ontwikkeling van deze problemen is voorkomen.

Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal ondersteuning te bieden bij het verwerken van de ervaringen.

Deze doelen kunnen zo mogelijk worden geëvalueerd door opnieuw de gebruikte vragenlijsten bij de intake af te nemen.

Subdoelen

Subdoelen voor kinderen zijn:

- o Het kind weet dat reacties zoals nachtmerries normaal zijn na seksueel misbruik.
- o Het kind ervaart dat het niet de enige is die seksueel misbruikt is.
- o Het kind heeft verminderde gevoelens van schuld en schaamte of voelt zich in zijn geheel niet schuldig over wat er is gebeurd, het kind

weet met beladen geheimen om te gaan.

o Het kind is minder angstig en heeft meer zelfvertrouwen.

o Het kind is (opnieuw) in staat tot het aangaan en genieten van sociale relaties (waaronder grenzen stellen en bewaken, spel met aanraking); het vertrouwen in anderen is hersteld.

o Het kind is in staat op een goede manier om te gaan met verdriet en boosheid ten gevolge van het misbruik.

o Het kind heeft een positievere lichaamsbeleving: fysieke gevoelloosheid en overmatige lichaamsspanning ten gevolge van het misbruik zijn verminderd.

Subdoelen voor ouders zijn:

o De ouder kan wat er is gebeurd koppelen aan de klachten die het kind heeft (bijvoorbeeld onschuldige zaken die heftige emoties oproepen) en weet daarop te reageren.

o De ouder is in staat gevoelens van het kind te er- en herkennen.

o De ouder is in staat het kind te ondersteunen bij het reguleren van gevoelens.

o De ouder is in staat om op een adequate manier met het kind over het misbruik te praten.

o De positieve opvoedvaardigheden van de ouder zijn versterkt, bijvoorbeeld het geven van complimenten.

o De ouder is in staat om om te gaan met de eigen gevoelens ten aanzien van het seksueel misbruik, waaronder verdriet en schuld- en schaamtegevoelens en is daarin een positief rolmodel voor het kind.

o De ouder heeft minder zorgen over de toekomst van het kind en gelooft in het herstelvermogen van het kind.

o De ouder voelt zich in staat het kind tegen toekomstig misbruik te beschermen.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De Horizonmethodiek is een cognitief-gedragsmatige groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt met een parallelaanbod voor hun niet-misbrukende ouder(s). Wanneer het misbruik niet door een van de ouders/verzorgers is gepleegd, is het ideaal als beide ouders/verzorgers deelnemen aan het parallelaanbod.

Duur en structuur

Voor de eerste sessie vinden er intakegesprekken plaats, waarin ouders en kinderen individueel kennis maken met de therapeuten.

De methodiek bestaat uit 14 wekelijkse groepssessies van 90 minuten voor ouders en kinderen apart van elkaar. In iedere sessie staat één thema centraal. Alle sessies kennen eenzelfde vaste structuur. Voor de kinderen is deze als volgt:

. 15 minuten: start met limonade en het gevoelsblad 'hoe voel jij je vandaag'

. 5 minuten: bewegingsspelletje

. 50 minuten: hoofdthema: (2 x 15 minuten een trauma- en themagerichte opdracht en 10 minuten tussendoor een themagericht spelletje)

. 10 minuten: spel/activiteit (ontspanning)

. 10 minuten: afronding, naar ouders en vertellen wat er in de sessie is gedaan.

De sessies van de ouders/verzorgers vinden op hetzelfde tijdstip plaats als die van de kinderen. Het aantal sessies is gelijk. De structuur van de sessies is als volgt:

. 15 minuten: hoe ging het afgelopen week met u en uw kind

. 15 minuten: bespreking van het huiswerk

. 40 minuten: hoofdthema

. 5 minuten: bespreken huiswerk volgende keer

. 5 minuten: vertellen wat de kinderen in de volgende sessie gaan doen

. 10 minuten: afronding, kinderen vertellen wat er in de sessie is gedaan.

Aan het einde van de therapie vindt een afsluitend gesprek plaats met de ouders en kinderen. Er wordt dan ook, indien mogelijk op basis van scores op opnieuw ingevulde vragenlijsten en de rapportages van de ouders, geëvalueerd of en zo ja, welke vervolgbehandeling er nog nodig is. Dit wordt vooraf besproken in een multi-disciplinair team. Indien nodig, kunnen het kind en zijn/haar ouders na afloop van de therapie enkele individuele sessies aangeboden krijgen. Het verdient de voorkeur die te laten doen door de therapeut(en) die de groepen gedraaid hebben.

Samenstelling groepen

De Horizonmethode is geschikt voor maximaal acht kinderen per groep. De kindergroepen worden ingedeeld in drie leeftijdscategorieën: 4 - 5 jaar, 6 - 8 jaar en 9 - 12 jaar. De leeftijdsgrenzen hoeven echter niet strikt gehanteerd te worden, zodat er rekening gehouden kan worden met het ontwikkelingsniveau van het kind. Het protocol is voor alle leeftijdsgroepen gelijk, schrijven en lezen wordt voor de jongste groep bijvoorbeeld gedaan door de therapeuten. Er wordt geen verschil gemaakt in welke klachten de kinderen ten gevolge van het seksueel misbruik hebben.

Tot de leeftijd van 12 jaar kunnen jongens en meisjes samen in een groep, onder de voorwaarde dat van elke sekse minstens twee kinderen deelnemen (dus dat er niet bijvoorbeeld maar één jongen in de groep zit). De ideale grootte van een groep is zes, het maximum is acht.

Locatie en uitvoerders

De behandeling wordt geboden in een ruimte waarin door (maximaal acht) kinderen goed bewogen kan worden, er zijn vrijwel geen stoelen en tafels aanwezig. Tijdens de sessies zitten de kinderen en de therapeuten op de (zachte) grond. Voor tekenen en schrijven zijn er harde onderleggers aanwezig.

De oudersessies worden uitgevoerd in een groepssessie kamer. Ouders en therapeuten zitten om een grote tafel om hen het schrijven (en een enkele keer het tekenen) mogelijk te maken.

De kindersessies dienen uitgevoerd te worden door twee (kinder)therapeuten: een ervaren kindertherapeut (GZ psycholoog: bij voorkeur ook ervaring met groepsbehandeling) bijgestaan door een basispsycholoog of een kindertherapeut in opleiding. De oudersessies worden eveneens uitgevoerd door twee therapeuten, een ervaren GZ psycholoog bijgestaan door een basispsycholoog of een therapeut in opleiding. De behandeling wordt meestal gegeven vanuit een (jeugd)GGZ instelling.

Inhoud van de interventie

De methodiek is opgebouwd rond vaste thema's die van belang zijn bij traumabehandeling en verwerking van seksueel misbruik. De behandeling is traumagericht: vanaf de eerste sessie wordt het seksueel misbruik dat heeft plaatsgevonden aan de orde gesteld. Er wordt hier op verschillende manieren aan gewerkt, zoals middels praten, tekenen, rollenspelen, spel en beweging. Het individuele verhaal over het meegemaakte trauma van elk kind wordt binnen de groep individueel besproken, plenair wordt meer algemeen over misbruik gepraat. In een residentiële of semi residentiële setting wordt extra benadrukt dat wat er in de groep besproken wordt, niet buiten de groep besproken mag worden.

De thema's voor de kinderen zijn:

- Sessie 1 Introductie
- Sessie 2 Elkaar beter leren kennen
- Sessie 3 Gevoelens
- Sessie 4 Schuld 1
- Sessie 5 Boos
- Sessie 6 Straf
- Sessie 7 Een heleboel gevoelens tegelijk
- Sessie 8 Aanzitten 1
- Sessie 9 Aanzitten 2
- Sessie 10 Hard en zacht
- Sessie 11 Geheimen
- Sessie 12 Dromen en nachtmerries
- Sessie 13 Schuld 2
- Sessie 14 Het einde

De oudersessies hebben de volgende thema's:

- Sessie 1 Introductie
- Sessie 2 De problemen met of van uw kind
- Sessie 3 Gevoelens
- Sessie 4 Boos
- Sessie 5 Praten
- Sessie 6 Schuld
- Sessie 7 De wet en het misbruik
- Sessie 8 Hoe bescherm ik mijn kind?
- Sessie 9 Angsten voor de toekomst van mijn kind
- Sessie 10 Complimenten
- Sessie 11 Als ik de pleger weer tegen kom?
- Sessie 12 En nu ik!
- Sessie 13 We zijn er bijna
- Sessie 14 De laatste keer

Om een indruk te geven van hoe een sessie verloopt, worden hier twee sessies beschreven, sessie 5 met als thema voor de kinderen 'boos' en voor de ouders het thema 'praten' en sessie 8, die voor de kinderen over 'aanzitten' gaat en voor de ouders over 'hoe bescherm ik mijn kind?'.

Sessie 5

De kinderen starten met het werkblad 'hoe voel jij je vandaag?'. Daarna lezen de therapeuten samen met de kinderen het werkblad over boos, en leggen uit dat het gevoel boos zich op allerlei manieren kan manifesteren. 'Soms heb je niet eens in de gaten dat er van binnen

nog steeds boos zit. Maar als iemand, bijvoorbeeld een kind op school iets tegen je zegt wat jij niet leuk vindt, dan springt dat boos ineens naar buiten'. Na het bespreken van het werkblad mogen de kinderen gecontroleerd en in tijd beperkt 'boos' zijn: schoppen, schreeuwen of iets dergelijks tegen een zachte mat, een blok schuimrubber. De therapeut en kinderen praten over hoe ze thuis boos kunnen zijn zonder dat ze zichzelf of iemand anders pijn doen ('veilig boos zijn'). Daarna leest de therapeut de regels van het boos zijn voor en vraagt de kinderen of zij nog meer manieren van veilig boos zijn kunnen opnoemen. De kinderen sluiten hun groep af met een vrolijk en bekend bewegingsspelletje en gaan vervolgens naar de ouders om te vertellen wat ze hebben gedaan.

De ouders zijn begonnen met bespreken hoe het de afgelopen week met hen en hun kind is gegaan. Daarna vertellen ze over hoe het met het ergste probleem is gegaan (als een probleem opgelost is kiest de ouder een volgend probleem). Ze bespreken hun huiswerk, aan ouders was gevraagd op te schrijven hoe de vader hun kind onder druk heeft gezet om te zwijgen. Door middel van een rollenspel oefenen ouders met goede en verkeerde reacties op het kind als deze (weer) over het misbruik begint. Ouders lezen vervolgens het werkblad 'hoe moet ik met mijn kind over het misbruik praten?'. Samen met de ouders wordt een plan gemaakt hoe te reageren als het kind wil praten. Vervolgens oefenen de ouders in tweetallen en vullen zij het werkblad 'achteraf is makkelijk praten' in ('het gebeurt altijd bij een ander en dat het ons, ons kind, kan overkomen, dat komt niet in ons op. Dat zijn geen goedkope smoezen, zo werkt dat eigenlijk bij iedereen.'). Er wordt daarbij aandacht besteed aan de emoties van ouders. Ouders worden vervolgens gevraagd de komende week thuis na te denken over waarom ze denken of gedacht hebben dat zij schuld hebben aan het misbruik. Net als bij elke sessie wordt besproken wat de kinderen de volgende week gaan doen en komen de kinderen vertellen over hun sessie.

Sessie 8

Na het werkblad 'hoe voel jij je vandaag' leest de therapeut samen met de kinderen het werkblad over aanzitten. De therapeut legt uit dat niemand aan je lijf mag zitten als jij dat niet wilt, en geeft voorbeelden van wanneer het wel en wanneer het niet mag. Vervolgens wordt het bewegingsspel tikkertje gespeeld als voorbeeld van aanraken dat wel mag. Vervolgens doen de kinderen een oefening. De therapeut gaat in het midden staan en de kinderen mogen een voor een naar hem/haar lopen en 'ergens' aanraken. De therapeut geeft op iedere aanraking commentaar 'dat vond ik prettig' of 'dat vond ik niet prettig'. Daarna oefenen alle kinderen in het midden met aangeraakt worden en commentaar geven. Kinderen en therapeuten zingen samen het liedje 'Mijn lijf is mijn lijf', en bewegen daarbij op de muziek. Het huiswerk voor de aankomende week is om op te letten wie hen aanraakt en hoe ze dat vinden, en dat op te schrijven op hun werkblad. De kinderen sluiten weer af met een bewegingsspelletje en het vertellen aan de ouders.

Na de vaste structuur van het vertellen over de afgelopen week en over het probleem, is voor de ouders het thema aan de beurt 'hoe bescherm ik mijn kind voor nog meer misbruik?'. Ouders lezen een werkblad, bedenken één of twee manieren van beschermen en schrijven die op het werkblad. Ook wordt weer besproken wat de kinderen de volgende week gaan doen (inclusief het laten zien van de werkbladen) waarna de kinderen komen vertellen over hun sessie.

Op een vergelijkbare manier worden ook de andere thema's met de kinderen en de ouders behandeld.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De feedback van ouders en kinderen die deze therapie hebben gevolgd is voortdurend meegenomen in de ontwikkeling van de interventie. De eerste druk verscheen in 2000 en was voor die tijd uitgevoerd en steeds aangepast (aan de hand van de ervaringen van therapeuten, kinderen en ouders) bij twee Riagg's (in Emmen en Rotterdam).

Op basis van kleinschalige evaluatie onderzoek van Oosterwijk (2007) bijvoorbeeld, is er in trainingen van therapeuten extra aandacht op het kind voldoende ruimte en veiligheid ervaart zijn/haar verhaal te vertellen. De nabespreking door de therapeuten na een sessie heeft (o.a.) als doel steeds te letten op het voldoende aansluiten van de interventie bij alle kinderen in de groep.

Buitenlandse interventie

De interventie is in Nederland ontwikkeld, maar wel gelijktijdig ontwikkeld met buitenlandse therapieën voor seksueel misbruik bij kinderen. De interventie is ontstaan vanuit de ervaring van mw. F. Lamers Winkelman met het werken met seksueel misbruikte kinderen onder de 12 jaar in een Medisch Kleuterdagverblijf en een Medisch Kinderthuis. De interventie heeft later mede vorm gekregen door de in Amerika ontwikkelde interventie 'Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy', een individuele therapie voor kinderen die traumatische ervaringen hebben meegemaakt. Mede op basis van onderzoek (Nelki & Watters, 1989) is ze in groepen gaan werken. Na overleg met collega's uit de Verenigde Staten, waaronder Esther Deblinger, heeft ze samen met Iva Bicanic een eerste versie op papier gezet. Deze is verder uitgegroeid tot de huidige vorm van therapie.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

In Nederland worden geen interventies uitgevoerd die één-op-één vergelijkbaar zijn met de Horizonmethodiek. Enigszins vergelijkbare interventies zijn Write Junior, STEPS en Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). Write Junior en EMDR zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Daarnaast wordt individuele cognitieve gedragstherapie gebruikt bij traumatische ervaringen, die vaak mede is gebaseerd op TF-CBT. Deze interventie is niet als methodiek beschreven in de Databank

Effectieve Jeugdinterventies.

Overeenkomsten en verschillen

WriteJunior maakt, net als de Horizonmethodiek, gebruik van cognitieve gedragstherapie. Een verschil met WriteJunior is dat kinderen zich bij de Horizonmethodiek meer uiten via bewegen (PMT) in plaats van via schrijven wat bij WriteJunior gebeurt. Ook wordt er bij de Horizonmethode minder gebruik gemaakt van exposure als werkzaam element. Ten slotte is Write Junior een individuele therapie en richt het zich op getraumatiseerde kinderen in het algemeen.

STEPS is net als de Horizonmethodiek bedoeld voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Bij STEPS betreft het echter meisjes in de leeftijd van 13 tot 18 jaar, terwijl het bij de Horizonmethodiek om jongere kinderen gaat en zowel jongens als meisjes betreft.

EMDR is net als de Horizonmethodiek een behandelmethodiek voor traumagerelateerde stoornissen en het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen. EMDR heeft echter een andere aanpak en is bedoeld voor een bredere doelgroep.

Toegevoegde waarde

Er zijn nog geen vergelijkbare interventies die zich op deze specifieke doelgroep richten. Ten opzichte van de bovengenoemde interventies zijn er verschillende punten uniek: de groepsaanpak, de toespitsing op problemen die met seksueel misbruik te maken hebben (zoals problemen in de lichaamsbeleving) en de psychomotore elementen, die een belangrijke taal voor kinderen vormen.

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

De manier waarop seksueel misbruik kinderen in hun ontwikkeling aantast is complex (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Een model wat veel gebruikt wordt, is het model van Finkelhor en Browne (1985). Zij onderscheiden de volgende kindfactoren: problemen in de seksuele ontwikkeling; het gevoel verraden te zijn; machteloosheid en stigmatisering. Het cognitieve model dat zijn oorsprong vindt bij Beck (1976) veronderstelt dat cognities de gevoelens en het handelen van mensen beïnvloeden. In het bijzonder automatische gedachten en kernopvattingen kunnen in dit model bijdragen aan het verklaren van gedrag en gevoelens van personen. Gedachten zoals stigmatisering en zichzelf de schuld geven zijn dysfunctionele gedachten die er volgens het cognitieve model voor kunnen zorgen, dat kinderen minder positieve gevoelens hebben en dat zij zich meer terugtrekken in interacties met hun omgeving. Het cognitieve model sluit goed aan bij de vierde factor in het model van Finkelhor en Browne (1985), namelijk stigmatisering. Hieronder worden de vier factoren die Finkelhor en Browne onderscheiden nader toelicht, waarbij de laatste factor stigmatisering iets breder is geformuleerd en ook gekeken wordt naar andere dysfunctionele gedachten na seksueel misbruik zoals zichzelf de schuld geven en beladen geheim.

A. Problemen in de seksuele ontwikkeling

B. Het gevoel verraden te zijn

C. Machteloosheid

D. Dysfunctionele gedachten: Stigmatisering, zichzelf de schuld geven, beladen geheim

A. Problemen in de seksuele ontwikkeling / spel met aanraken / lichaamsbeleving

Seksueel misbruik is van invloed op de seksuele ontwikkeling van kinderen. Deze kinderen zijn gedwongen tot handelingen die niet passend zijn bij hun ontwikkelingsniveau, hebben vreemde ideeën over seksueel gedrag en/of associëren seksueel contact met hun angstige herinneringen. Aanraken en aangeraakt worden kan voor seksueel misbruikte kinderen herinneringen aan het misbruik oproepen, en daarmee angst. Ze missen daarmee de 'speltaal' van hun leeftijdsgenoten (stoeien, met de armen om elkaar over het schoolplein lopen, kietelen, plagen et cetera). Angst voor aanraking is één van de veelvuldig gerapporteerde gevolgen van seksueel misbruik (o.a. V.S.K., 1983; Lamers-Winkelmann & Baartman, 1985).

Seksueel misbruik kan bij het kind leiden tot afkeer van het eigen lichaam, fysieke gevoelloosheid en overmatige lichaamsspanning (Van der Kolk, 2005). Kinderen zijn door de ervaringen van het misbruik voortdurend in een alarmtoestand (vechten, vluchten of bevriezen). Ze hebben geleerd dat er overal gevaar kan dreigen, en staan als het ware voortdurend 'op scherp' om aan het gevaar te kunnen ontsnappen. Hierdoor zijn ze, uit zichzelf, niet in staat tot ontspanning.

B. Gevoel verraden te zijn

Kinderen die seksueel misbruikt zijn, voelen zich vaak alleen en verraden. Ze zijn erachter gekomen dat iemand die ze vertrouwden hen gemanipuleerd heeft. Ze zijn niet alleen het vertrouwen in de pleger kwijtgeraakt, maar ook het vertrouwen in volwassenen. Immers andere volwassenen hebben het kind niet kunnen beschermen voor het misbruik (Briere & Elliott, 1994). Ook hebben volwassenen vóór het bekend worden van het misbruik vaak 'verkeerd' gereageerd op de signalen van het kind. Het kind was bijvoorbeeld vervelend en kreeg meer straf. Andere kinderen werden misschien stil en teruggetrokken of gingen achteruit op school. Tegelijkertijd groeide in het kind het besef dat de ouder hem niet kon/wilde helpen, waarmee vanuit het kind het vertrouwen in de ouder werd ondermijnd (Cicchetti & Rizley, 1981). Vertrouwen in de beschikbaarheid van anderen is essentieel voor een gezonde ontwikkeling (zie bijv. Kerns, 2008).

C. Machteloosheid: angst, verlies van zelfvertrouwen

Kinderen kunnen verward zijn over reacties zoals nachtmerries en zij kunnen hun gevoelens niet meer reguleren.

Bij seksueel misbruik is er geen rekening gehouden met de wensen, emoties en lichaamsgrenzen van kinderen. Vervolgens zijn vaak ook hun pogingen om het misbruik te stoppen, hun angst te reguleren en volwassenen duidelijk te maken dat er iets mis is op niets uitgelopen. Hun idee dat ze invloed hebben op zichzelf en wat er met hen gebeurt is daardoor uitgelopen op machteloosheid.

Ook na het stoppen van het misbruik ervaren deze kinderen machteloosheid, bijvoorbeeld in het omgaan met traumasymptomen zoals nachtmerries. Ze weten uit zichzelf niet dat nachtmerries 'horen' bij seksueel misbruik, dat bijna alle kinderen die misbruikt zijn dat hebben, en dat ze na verloop van tijd overgaan (Cohen, Berliner, & Mannarino, 2003).

Ook ervaren ze zich machteloos in het omgaan met gevoelens (Briere & Elliott, 1994). Ze ervaren heftige emoties waar ze zelf geen controle over hebben. Hun lichaam vertoont bij triggers al snel stressreacties. Hun gevoelsleven is in de war, omdat de pleger hun negatieve gevoelens genegeerd of ontkracht heeft ('het is wel fijn', of 'later zal je het wel fijn vinden'). Door deze emotionele verwarring durven ze niet meer op hun reacties te vertrouwen als een effectief waarschuwingssysteem (Van der Kolk, 1996; Cicchetti & White, 1990).

D. Dysfunctionele gedachten: Stigmatisering, zichzelf de schuld geven, beladen geheim

De meeste kinderen geloven dat het misbruik gekomen is omdat zij iets deden of juist niet deden. Dit aan zichzelf toeschrijven van schuld heeft te maken met de egocentriciteit van (jonge) kinderen maar wordt versterkt door de pleger die nogal eens de schuld bij het kind legt. Kinderen hebben daardoor het idee buitengesloten te worden of hebben overtuigingen waardoor ze denken zichzelf buiten te moeten sluiten. Door deze cognities ontstaan stigmatisering en isolatie. Cohen en Mannarino (1996) vonden voor 7 tot 14 jarige kinderen dat het (gevoel hebben) niet geloofd (te) worden of de schuld voor het misbruik bij zichzelf zoeken voorspellend was voor significant hogere scores op depressie (Cohen & Mannarino, 2000).

Meiser-Stedman (2002) heeft het cognitieve model als verklaring voor posttraumatische stress (PTS) symptomen bij volwassenen (o.a. Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996 en Ehlers & Clark, 2000) onderbouwd en aangevuld voor PTS symptomen en andere uitkomsten bij kinderen na een ingrijpende gebeurtenis. Cognitieve processen zoals de betekenisverlening die kinderen geven aan de traumatische gebeurtenis (appraisals) dragen volgens dit model bij aan het in stand houden van PTS klachten en andere emotionele en gedragsproblemen (Meiser-Stedman, Dalgleish, Glucksman, Yule, & Smith, 2009). In een pilot RCT voor cognitieve gedragstherapie na een traumatische ervaring blijkt vermindering van dysfunctionele gedachten bij kinderen en adolescenten samen te hangen met een sterkere vermindering van PTS klachten na de interventie (Smith, Yule, Perrin, Tranah, Dalgleish, & Clark, 2007).

Het misbruik is tijdens de periode dat het plaatsvindt een beladen geheim. De pleger zet het kind vaak op allerlei manieren onder druk om het niet aan anderen te vertellen (bijvoorbeeld door dreiging het kind of een dierbare te vermoorden). Geheimen zorgen vaak voor het vermijden van intieme relaties met anderen, om zo negatieve reacties en afwijzing door anderen te voorkomen (Pachankis, 2007). Het actief geheim houden van persoonlijke informatie zorgt daarnaast voor verhoogde stress niveaus (Pennebaker, 1989). Inderdaad lijkt geheimhouding door kinderen een verklaring te zijn voor het verband tussen seksueel misbruik en het vaker voorkomen van psychopathologie bij deze kinderen (van Delft, Finkenauer, de Schipper, Lamers-Winkelmann & Visser, 2015).

Reactie en steun van ouders

Emotionele steun en opvoedingsvaardigheden.

Belangrijke beschermende factoren voor kinderen die seksueel misbruikt zijn, zijn steun vanuit het gezin en nauwlettende begeleiding (monitoring) door ouders (Tyler, 2002, Spaccarelli & Kim, 1995; Romans, Martin, Anderson, Herbison & Mullen, 1995; Romans, Martin & Mullen, 1997; Lynskey & Ferguson, 1997).

Het is voor ouders niet eenvoudig hun kind te begeleiden rondom het seksueel misbruik. Ouders rapporteren 'onmacht' m.b.t. de omgang met hun seksueel misbruikte kind (opvoedingsverlegenheid; Lamers-Winkelmann, 2002). Ouders zijn regelmatig bang om grenzen te stellen, ze 'sparen' het kind meer omdat het zo veel heeft meegemaakt, (Pynoos et al., 1987) en hebben de neiging tot overbescherming (Regehr, 1990).

Reguleren eigen emoties

De ontdekking van het misbruik van een kind haalt het geloof van de ouder in zijn/haar ouder-capaciteiten overhoop, beschadigt het vertrouwen in anderen, en veroorzaakt twijfel omtrent de veiligheid van het bestaan (Willingham, 2007).

Ouders hebben te kampen met hun eigen emoties nadat bekend is geworden dat hun kind seksueel misbruikt is: boosheid ten opzichte van de pleger, schuld en schaamte, ontkenning, hulpeloosheid en angst voor de toekomst van het kind (Elliott & Carnes, 2001; Manion et al., 1996). Stauffer en Deblinger (1996) vonden bij ouders verhoogde niveaus van psychosociale stress tot twee jaar na de onthulling van het misbruik. Dit kan leiden tot psychologische en/of psychiatrische problemen (bijv. depressie, ptss symptomen, somatische problemen, symptomen van rouw) (Newberger, Gremy, Waternaux, & Newberger, 1993; Deblinger et al., 1993; Elliott & Carnes, 2001; Manion et al., 1996; Grosz, Kempe, & Kelly, 2000). Deze eigen problemen kunnen hen in de weg zitten om emotioneel beschikbaar te zijn voor hun kind als het wil praten over het misbruik. Ouders gaan dan bijvoorbeeld huilen of nemen er geen tijd voor. Deze reacties bij de ouder kunnen bij het kind de schuldgevoelens en angst aanwakkeren en verdere stigmatisering veroorzaken. De 'natuurlijke' emotionele communicatie en het onderlinge vertrouwen tussen ouder en kind is vaak verstoord geraakt.

Het verband tussen de ernst van problemen bij seksueel misbruikte kinderen en de mate waarin ouders hebben leren omgaan met hun eigen gevoelens rondom het misbruik is in onderzoek aangetoond. Een significante relatie werd gevonden tussen de ontreddering van de moeder met de door misbruikte kinderen zelf gerapporteerde angst (Hanson, Saunders, & Lipovsky, 1992).

Ook is hoop op herstel van invloed op de verdere ontwikkeling. Na seksueel misbruik hebben ouders vaak angst dat het kind 'voor het leven beschadigd is' (Pynoos et al., 1987). Ouders die weinig hoop hadden voor hun kinderen na seksueel misbruik, rapporteerden vaker problemen die kinderen zelf niet zagen in vergelijking met ouders die meer hoop hadden voor hun kinderen (Kouyoumdjian, Perry & Hansen, 2009).

3.2 Aan te pakken factoren

Het verband tussen de hierboven genoemde factoren en de subdoelen is als volgt:

- A. Problemen in de seksuele ontwikkeling
- B. Het gevoel verraden te zijn
- C. Machteloosheid
- D. Dysfunctionele gedachten: Stigmatisering, zichzelf de schuld geven, beladen geheim

Het kind heeft een positievere lichaamsbeleving: fysieke gevoelloosheid en overmatige lichaamsspanning ten gevolge van het misbruik zijn verminderd (A).

Het kind is (opnieuw) in staat tot het aangaan en genieten van sociale relaties (waaronder grenzen stellen en bewaken, spel met aanraking); het vertrouwen in anderen is hersteld (A, B en D).

Het kind ervaart dat het niet de enige is die seksueel misbruikt is (D).

Het kind heeft verminderde gevoelens van schuld en schaamte of voelt zich in zijn geheel niet schuldig over wat er is gebeurd, het kind weet met beladen geheimen om te gaan (D).

Het kind is minder angstig en heeft meer zelfvertrouwen (C).

Het kind weet dat reacties zoals nachtmerries normaal zijn na seksueel misbruik (C).

Het kind is in staat op een goede manier om te gaan met verdriet en boosheid ten gevolge van het misbruik (C).

Reactie en steun van ouders

Om ouders te helpen met het ondersteunen van de kinderen bij het verwerken van het seksueel misbruik zijn er ouderdoelen opgesteld. De doelen onderscheiden zich in enerzijds doelen die zich richten op het bieden van emotionele steun aan kinderen en opvoedingsvaardigheden en anderzijds op het reguleren van eigen emoties.

De doelen dragen bij aan het versterken van de aan te pakken kind-factoren, in het bijzonder aan de factor B. het gevoel verraden te zijn.

Emotionele steun en opvoedingsvaardigheden

Eerder werd genoemd dat de 'normale' emotionele communicatie tussen ouder en kind is verstoord. Het is van belang dat ouders ondersteunend kunnen zijn als hun kind wil praten over het misbruik. Ervaren opvoedingsonmacht en overbescherming kunnen worden aangepakt. Hierbij zijn de volgende doelen geformuleerd:

De ouder kan wat er is gebeurd koppelen aan de klachten die het kind heeft (bijvoorbeeld onschuldige zaken die heftige emoties oproepen) en weet daarop te reageren.

De ouder is in staat gevoelens van het kind te er- en herkennen.

De ouder is in staat het kind te ondersteunen bij het reguleren van gevoelens.

De ouder versterkt zijn positieve opvoedvaardigheden.

De ouder is in staat om op een adequate manier met het kind over het misbruik te praten.

Reguleren van eigen emoties

Om de bovenstaande ouderdoelen te kunnen realiseren, is het van belang dat ouders zelf omgaan met hun eigen traumatische beleving van het seksueel misbruik van hun kind. Door hen te helpen de emoties weer te reguleren kunnen zij hun kind helpen ook zijn/haar emoties te reguleren (King et al., 2000):

De ouder is in staat om te gaan met de eigen gevoelens ten aanzien van het seksueel misbruik, waaronder verdriet en schuld- en schaamtegevoelens en is daarin een positief rolmodel voor het kind.

De ouder heeft minder zorgen over de toekomst van het kind en gelooft in het herstelvermogen van het kind.

De ouder voelt zich in staat het kind tegen toekomstig misbruik te beschermen.

3.3 Verantwoording

De methodiek is opgebouwd rond vaste technieken en thema's die van belang zijn bij traumabehandeling en verwerking van seksueel misbruik. Trauma-gerichte therapie wordt gezien als meest effectief na trauma bij kinderen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010). Trauma-gerichte cognitieve gedragstherapie (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF CBT), Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) is een van de meest onderzochte en effectieve vormen van trauma-gerichte therapieën (AACAP, 2010; Silverman, et al., 2008). Dit is een vorm van cognitieve gedragstherapie die als uitgangspunt heeft dat cognitie, gedrag en emoties sterk van elkaar afhankelijk zijn. De volgende werkzame elementen worden in TF-CBT toegepast: psychoeducatie, opvoedvaardigheden versterken, relaxatie, expressie en modulatie van affect, veranderen van cognities, het traumaverhaal, het kunnen omgaan met wat aan het trauma herinnert en veiligheid versterken (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008). Hoewel de Horizon tegelijk is ontwikkeld met de interventie TF-CBT en dus niet direct en alleen voortbouwt op deze interventie, zijn er diverse elementen uit TF-CBT die nauw

aansluiten bij de interventie elementen van Horizon, aangevuld met psychomotorische elementen. De volgende elementen uit TF CBT sluiten nauw aan bij de aan te pakken factoren in Horizon: relaxatie (A. problemen in de seksuele ontwikkeling); expressie en modulatie van affect en het trauma verhaal (B. Het gevoel verraden te zijn en C. machteloosheid); veranderen van cognities, en het kunnen omgaan met wat aan het trauma herinnert (D. Dysfunctionele gedachten: Stigmatisering, zichzelf de schuld geven, beladen geheim). Aansluitend bij de adviezen in de practice guidelines van de American Association for Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2010) is Horizon een duidelijk trauma-gerichte interventie.

In de Horizonmethodiek worden elementen uit de cognitieve gedragstherapie aangevuld met elementen uit de psychomotorische therapie, verder afgekort als PMT. Van der Kolk (1996) benadrukt dat getraumatiseerde kinderen (en volwassenen) vaak niet in staat zijn om hun gevoelens in woorden uit te drukken. Het gebruik van beweging of tekenen bijvoorbeeld kan hen helpen toch uiting te geven aan gevoelens. De therapeut kan het bewegen verwoorden (ik zie dat je boos loopt) en daarmee het kind helpen woorden voor emoties te vinden. Het motorisch spel, gehanteerd binnen de therapeutische situatie, biedt de mogelijkheid kinderen te helpen competentiegevoelens/zelfrespect te ontwikkelen. Jonge kinderen beoordelen elkaar voornamelijk op grond van de motorische vaardigheden (Van Rossum, 1982). Door het herstel van de motorische competenties (motoric self-regulation; Van der Kolk, 2005) krijgt het kind de mogelijkheid om anders te reageren dan met de (door het misbruik aangeleerde) vechten, vluchten of bevrozen reactie. Het creëren van situaties waarin kinderen hun motorische competenties kunnen ontwikkelen en kunnen vergelijken met die van andere kinderen is dan ook van belang voor de opbouw en het herstel van het zelfrespect. Deze psychomotorische elementen dragen bij aan de aan te pakken factor A. problemen in de seksuele ontwikkeling.

De Horizonmethodiek is een groepstherapie. Silverman en collega's (2008) vergeleken verschillende vormen van evidence based behandelingen voor getraumatiseerde kinderen en vonden dat cognitieve gedragstherapie ook in een groep goede resultaten opleverde (zie ook AACAP, 2010). Een meta analyse van Trask, Walsh en DiLillo (2011) toont aan dat er voor kinderen geen verschil is in effectiviteit tussen een groepsinterventie en individuele interventie na seksueel misbruik. Miffitt (2014) noemt een aantal voordelen van een groepsaanpak voor kinderen die seksueel misbruikt zijn: het is goedkoper, kinderen, vooral de oudere, leren van elkaar en meedoen aan een groep is mogelijk minder bedreigend dan een vorm van individuele therapie. Ten slotte biedt een groep mogelijkheden om de isolatie van het kind en de geheimhouding te doorbreken. Daarnaast kunnen schaamte- en schuldgevoelens, en gedachten dat je schuldig bent aan het misbruik, juist omdat ook andere kinderen hetzelfde hebben meegemaakt, beter gedefinieerd worden. De groepsgerichte aanpak kan hierdoor bijdragen aan het aanpakken van factor D: dysfunctionele gedachten naar aanleiding van het misbruik.

Er is consensus onder therapeuten dat een groep van zes tot acht kinderen optimaal is in groepstherapieën voor seksueel misbruik (Sturkey, 2013). Op die manier is er voor ieder kind voldoende tijd, blijft de fysieke veiligheid gewaarborgd en zijn de kinderen in de gelegenheid elkaar te leren kennen. Vanwege het herkennen vinden bij anderen wordt ervoor gezorgd dat een jongetje (of meisje) niet de enige van die sekse in de groep is. Het delen van het traumaverhaal gebeurt individueel om daarmee hertraumatisering te voorkomen.

Aanpak per verklarende factor

Om weer te geven wat de concrete aanpak is bij de verschillende verklarende factoren wordt per aan te pakken factor beschreven op welke manier dit wordt gedaan. Bij elk van deze factoren wordt (nogmaals) aangegeven welke subdoelen (deels) worden gerealiseerd onder elke aan te pakken factor.

A. Problemen in de seksuele ontwikkeling

Het kind heeft een positievere lichaamsbeleving: fysieke gevoelloosheid en lichaamsspanning als gevolg van het misbruik zijn verminderd

Het kind is (opnieuw) in staat tot het aangaan en genieten van sociale relaties (waaronder grenzen stellen en bewaken, spel met aanraking); het vertrouwen in anderen is hersteld.

Seksueel misbruik kan bij het kind leiden tot afkeer van het eigen lichaam, fysieke gevoelloosheid en overmatige lichaamsspanning (Van der Kolk, 2005). Kinderen leren in de sessies hun eigen lichaam te herontdekken en doen ontspanningsoefeningen. Zo leren ze voelen wanneer ze het niet meer prettig vinden als iemand dichtbij komt en krijgen ze een flesje 'toverlotion' mee, waarmee ze lichaamsdelen die ze vies vinden een week lang mogen insmeren (sessie 8, 9). Kinderen leren te voelen (welke stukken van je lijf zijn hard, welke zacht) (sessie 10). Daarbij wordt gebruik gemaakt van de techniek relaxatie uit de TF-CBT, aangevuld met technieken uit de PMT. In elke sessie is aandacht voor spel en bewegen. Kinderen praten over wat fijn en niet fijn is aan 'aanraken', leren welk aanraken wel mag (bijvoorbeeld tikkertje) en oefenen daarmee. Ook leren kinderen hun grenzen te kennen en die van anderen te accepteren (sessie 8, 9). Deze algemene en traumaspecifieke ontspanningsoefeningen kunnen bijdragen aan een positievere lichaamsbeleving, het bewaken van grenzen en oefening in het aangaan en genieten van sociale interacties en hierdoor aan het herstellen van een gezonde seksuele ontwikkeling van kinderen.

B. Het gevoel verraden te zijn

Het kind is (opnieuw) in staat tot het aangaan en genieten van sociale relaties (waaronder grenzen stellen en bewaken, spel met aanraking); het vertrouwen in anderen is hersteld.

Kinderen kunnen minder vertrouwen in volwassenen hebben, door verraad en onbegrip. De pleger heeft hun vertrouwen geschonden, maar ook kunnen ze ervaren dat ze minder vertrouwen op hun ouders, of andere volwassenen die hen niet hebben kunnen beschermen (Briere & Elliott, 1994; Cicchetti & Rizley, 1981). In de interventie kunnen kinderen positieve ervaringen met kinderen en volwassenen opdoen: kinderen oefenen in de groep hoe ze het beste met elkaar om kunnen gaan (elke sessie). Kinderen ervaren de betrouwbaarheid en beschikbaarheid van de therapeut, dit draagt bij aan hun herstel (McLeod, 2011). Ook het herkennen en omgaan met 'triggers' van het trauma uit TF-CBT komt als techniek aan de orde. Hierdoor leren kinderen omgaan met deze triggers in interacties met anderen, waardoor zij met meer vertrouwen interacties kunnen aangaan. Hierbij wordt gebruik gemaakt van in vivo exposure in sessie 8 en 9 (een bekend element uit TF-CBT). Deze verschillende interventie elementen dragen er aan bij dat kinderen ervaren er weer bij te mogen horen. Zij zijn (opnieuw) in staat sociale relaties aan te gaan, er van te genieten en te vertrouwen in andere mensen.

C. Machteloosheid

Het kind is minder angstig en heeft meer zelfvertrouwen

Het kind weet dat reacties zoals nachtmerries normaal zijn na seksueel misbruik

Het kind is in staat op een goede manier om te gaan met verdriet en boosheid ten gevolge van het misbruik.

Eén van de technieken van TF-CBT is 'veiligheid versterken'. Kinderen worden zich (opnieuw) bewust van hun gevoel van veiligheid en onveiligheid en van de invloed die ze daar zelf op hebben. In Horizon doen kinderen dat bijvoorbeeld door in de therapie met behulp van materialen (kegels, krijt, blokken e.d.) een veilige plek te creëren (sessie 2). In sessie 11 en 12 komt dit veiligheid versterken expliciet aan de orde. Daarnaast ervaren de kinderen in de groep dat ze wat waard zijn (bijvoorbeeld in de groep een ander kind helpen, door andere kinderen gecompimenteerd worden en de verwoording van de therapeut). Op deze manieren wordt de ervaren machteloosheid van kinderen doorbroken: de kinderen ervaren dat wat zij doen ertoe doet en dat ze invloed op hun omgeving hebben.

Er wordt een expliciete link gelegd tussen de klachten die de kinderen hebben en het meemaken van seksueel misbruik en daarbij wordt uitgelegd dat dit normale reacties zijn op het misbruik. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de techniek psycho-educatie ook bekend in TF-CBT. Er wordt ook beeldend gewerkt. Zo worden bijvoorbeeld samen de nachtmerries weggejaagd (sessie 11, 12). Psycho-educatie komt in de meeste kind-sessies voor. De kinderen hebben op deze manier meer begrip van en daarmee ook meer grip op hun ervaringen, dit kan het gevoel van machteloosheid verminderen.

Kinderen worden aangemoedigd gevoelens te ervaren, uit te beelden en te benoemen, onder meer door te tekenen en te bewegen op muziek. Kinderen leren hoe ze om kunnen gaan met boosheid, woorden te geven aan gevoelens, de lichaamshouding aan te passen aan gevoelens, en leren aan de lichaamshouding van andere kinderen te herkennen hoe de ander zich voelt (sessies 3, 5, 7). Er wordt op deze manier in diverse sessies gebruik gemaakt van de techniek 'expressie en modulatie van affect bevorderen' uit de TF-CBT (sessie 3, 4, 5, 6, 7, 10).

In de trauma narrative werkt een kind aan zijn verhaal van het misbruik. Dit is een tweede belangrijk trauma-specifiek element van de Horizon. Kinderen krijgen individueel ondersteuning van een therapeut tijdens de groepssessie bij het werken aan hun trauma verhaal. Kinderen beslissen zelf of en zo ja welk deel van het verhaal ze in een latere sessie willen delen met andere kinderen. Dit vindt plaats in sessie 4, 5 en 6. Aandacht voor deze trauma narrative vindt pas plaats nadat er sessies rond emotieregulatie zijn geweest. Het toevoegen van de 'trauma narrative' aan een interventie voor kinderen na seksueel misbruik zorgde voor een sterkere reductie in misbruik gerelateerde angst en angst in het algemeen (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon & Steer, 2011).

Doordat kinderen hun emoties op een goede manier leren uiten en kunnen hanteren, en doordat zij hun trauma verhaal goed leren begrijpen en integreren, worden ze minder overspoeld door hun emoties en wordt bijvoorbeeld voorkomen dat ze gestraft worden om hun emotionele uitbarstingen of zich in machteloosheid en hulpeloosheid terugtrekken.

D. Dysfunctionele gedachten: Stigmatisering, zichzelf de schuld geven, beladen geheim

Het kind is (opnieuw) in staat tot het aangaan en genieten van sociale relaties (waaronder grenzen stellen en bewaken, spel met aanraking); het vertrouwen in anderen is hersteld.

Het kind ervaart dat het niet de enige is die seksueel misbruikt is.

Het kind heeft verminderde gevoelens van schuld en schaamte of voelt zich in zijn geheel niet schuldig over wat er is gebeurd; het kind weet met beladen geheimen om te gaan

Kinderen die zichzelf de schuld geven van het misbruik functioneren psychisch minder goed (Cohen & Mannarino, 2000). In een pilot RCT voor cognitieve gedragstherapie na een traumatische ervaring blijkt vermindering van dysfunctionele gedachten bij kinderen en adolescenten samen te hangen met een sterkere vermindering van PTS klachten na een traumagerichte cognitieve interventie (Smith et al., 2007).

Cognitieve coping technieken zijn een belangrijk element in TF-CBT en in Cognitieve Gedragstherapie (Korrelboom & Ten Broeke, 2004) om verandering in gedrag en welzijn te realiseren. Er is in Horizon ook aandacht voor het veranderen van cognities. Er is in het bijzonder aandacht voor de gedachte van kinderen dat zij schuld hebben aan het misbruik. Er wordt al vroeg in de interventie uitgesproken en

uitgebeeld dat kinderen niet schuldig zijn aan het misbruik. Kinderen oefenen om het schuldgevoel van zich af te zetten, onder meer door de tekening van de dader te verfrommelen en weg te gooien (sessie 4). Kinderen voeren een 'niet mijn schuld dans' uit, kegelen schuld weg, gooien pitzzakken naar een symbolische pleger. In een latere sessie worden technieken voor cognitieve herstructurering gebruikt om de irrationele gedachte dat je schuldig bent om te zetten in meer rationele gedachten. De ervaren last door het hebben van geheimen wordt met de kinderen uitgebeeld in spel. Kinderen doen ieder een naar geheim (gesymboliseerd door een pitzzakje) in een zak of mand en dragen die de ruimte door. Kinderen bespreken wat leuke en niet leuke geheimen zijn en met wie ze het kunnen delen. Ook lopen ze nog een keer met een lege mand door de ruimte en ervaren hoeveel lichter dat is (sessie 11). Cognitieve coping technieken komen expliciet aan de orde in sessie 4 en 13.

Het groeps karakter kan kinderen ondersteunen bij het ervaren dat ze niet de enige zijn die zijn misbruikt (elke sessie).

Er wordt gebruik gemaakt van het veranderen van cognities, in het bijzonder rond schuld, en van psycho-educatie, dit zijn technieken die TF-CBT ook kent. Daarnaast zorgt de groepsaanpak ervoor dat de kinderen andere kinderen ontmoeten die hetzelfde hebben meegemaakt. Op deze manieren wordt stigmatisering doorbroken en worden dysfunctionele gedachten herzien.

E. Reactie en steun van ouders

De oudersessies hebben als belangrijkste doel bij te dragen aan het verminderen van het gevoel verraden te zijn (aan te pakken factor B) door ondersteuning te bieden aan het kind en beschikbaar te zijn.

Emotionele steun en opvoedingsvaardigheden

De ouder kan wat er is gebeurd koppelen aan de klachten die het kind heeft (bijvoorbeeld onschuldige zaken die heftige emoties oproepen) en weet daarop te reageren.

De ouder is in staat gevoelens van het kind te herkennen.

De ouder is in staat het kind te ondersteunen bij het reguleren van gevoelens

De ouder is in staat om op een adequate manier met het kind over het misbruik te praten.

De ouder versterkt zijn positieve opvoedingsvaardigheden

Ook bij de oudersessies wordt gebruik gemaakt van technieken die deels aansluiten bij TF-CBT.

Er wordt een expliciete link gelegd tussen de klachten die de kinderen hebben en het meemaken van seksueel misbruik en daarbij wordt uitgelegd dat dit normale reacties zijn op het misbruik. Er wordt uitleg gegeven over de gevolgen van traumatische ervaringen (bijv. uitleggen dat veel reacties van hun kind pogingen zijn om het gevoel van ontredde (distress) te reguleren). Bijvoorbeeld: "Een meisje dat was misbruikt door een oudere heer ging 'geloven' dat alle oudere heren misbruikers waren. Haar opa's waar ze eerder dol op was, ging ze vermijden, ze kregen geen kus meer en ze ontliet hen. Na verloop van tijd kreeg ze koorts als ze bij de grootouders op bezoek ging." (Lamers-Winkelmann, 2000a, p. 230) (sessie 1). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de techniek psycho-educatie uit de TF-CBT. Ouders leren in een dergelijk geval bijvoorbeeld hoe het komt dat hun kind met een bepaalde actie reageert (koorts in dit geval). Ze kunnen dat dan begrijpen, er makkelijker mee omgaan en het zo mogelijk aan hun kind uitleggen. Bovendien kunnen ze hun kind, aan de hand van het geleerde, voorbereiden op het bezoek aan opa.

Eerder is genoemd dat kinderen in Horizon leren met hun emoties om te gaan om daarmee problemen te voorkomen. Dit kan niet zonder ondersteuning van de ouders: steun van ouders en kwaliteit van de ouder-kind relatie blijken belangrijke moderatoren te zijn die bijdragen aan minder sterke effecten van misbruik op (PTS) klachten van kinderen (Tyler, 2002; Spaccarelli & Kim, 1995; Romans et al., 1995; Romans et al., 1997; Lynskey & Ferguson, 1997).

Als ouders zich meer bewust worden van hun emoties en die van hun kinderen, gaan zij emoties meer exploreren, tonen zij meer empathie, kennis over emoties bij kinderen neemt toe en gedragsproblemen van kinderen nemen af (Havighurst, Wilson, Harley, Prior, & Kehoe, 2010). Aandacht voor betere communicatie over emoties in interventies voor ouders is van belang: het toevoegen van dit element aan interventies draagt bij aan betere opvoedingsvaardigheden van ouders en minder externaliserende problemen van kinderen (Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008). Ook draagt aandacht voor sensitieve responsiviteit van ouders in interventies bij aan de afname van gedragsproblemen bij kinderen (Kaminski et al., 2008). Ouders vullen op het werkblad in hoe zij bepaalde emoties bij hun kind herkennen en oefenen daar thuis mee (sessies 2, 3). 'voor de kinderen hebben we een blad gemaakt waarop staat hoe ze hun boosheid kunnen uiten zonder anderen verdriet of pijn te doen. Vraag eens aan uw kind welke manieren daar allemaal op staan' (sessie 4). Expressie en modulatie van affect bevorderen is een techniek die ook in kind sessies in TF-CBT wordt gebruikt. Ouders leren in Horizon hoe ze het beste kunnen praten met hun kind over het misbruik. Ze krijgen daarvoor tips op een werkblad, bijvoorbeeld 'begin met het kind te vertellen dat u het in het begin best moeilijk vond om in de therapie over het misbruik te praten, maar dat u blij bent dat u het wel gedaan heeft. Vraag het kind of hij/zij het ook moeilijk vindt' (sessie 5). Daarbij gaat het opnieuw om psycho-educatie als werkzaam element. Doordat kinderen over het misbruik kunnen en mogen praten, krijgt het kind de juiste ondersteuning in de thuissituatie om het misbruik te verwerken.

Aandacht voor positieve interactie met kinderen in ouderprogramma's draagt bij aan de effectiviteit van dat programma (Kaminski et al., 2008). In de eerste sessies bespreken ouders hun ervaren problemen met hun kind. Ouders leren en oefenen hierna om hun kind complimentjes en positieve aandacht te geven en oefenen hiermee. Opvoedingsvaardigheden versterken is een belangrijk onderdeel van de TF-CBT maar er ligt in TF-CBT veel minder nadruk op positieve parenting in vergelijking met Horizon.

De ouder leert met deze positieve opvoedingsvaardigheden om naast en in plaats van de overbezorgdheid en opvoedingsonmacht die na seksueel misbruik vaak vóórkomen weer plezier en luchtige momenten te hebben met het kind, wat het herstel bevordert.

Reactie van ouders

De ouder is in staat om te gaan met de eigen gevoelens ten aanzien van het seksueel misbruik, waaronder verdriet en schuld- en schaamtegevoelens en is daarin een positief rolmodel voor het kind.

De ouder heeft minder zorgen over de toekomst van het kind en gelooft in het herstelvermogen van het kind.

De ouder voelt zich in staat het kind tegen toekomstig misbruik te beschermen

Er is een significant verband gevonden tussen de ontredde van de moeder en door misbruikte kinderen gerapporteerde angst (Hanson, Saunders, & Lipovsky, 1992). Eerder beschreven we dat aandacht voor de eigen emoties van ouders bijdraagt aan verbetering van vaardigheden van ouders (Kaminski et al, 2008).

Ouders krijgen ruimte om hun boosheid te uiten, ouders bespreken of hun eigen schuldgevoelens terecht zijn, ouders leren goed voor zichzelf te zorgen (sessies 3, 5, 6, 12). Daarbij gaat het om expressie en modulatie van affect bij de ouder bevorderen. Het kunnen omgaan met de eigen emoties is nodig om emotioneel beschikbaar te zijn voor het kind en het bijvoorbeeld te kunnen troosten als het verdrietig is of het te kunnen begrijpen als het boos is en dat niet persoonlijk op te vatten. Als de emoties bij het kind vooral eigen emoties bij de ouder 'triggeren', die ze niet kunnen hanteren, is het gevaar groot dat het kind het idee krijgt dat het de ouder gerust moet stellen in plaats van andersom.

Ouders leren wat de meest voorkomende fabels zijn over de gevolgen van het misbruik, zoals 'seksueel misbruikte kinderen kunnen later niet meer genieten van een seksuele relatie' (sessie 9). Een grotere verwachting van herstel, zal ook meer herstel opleveren, het wegnemen van negatieve gedachtepatronen helpt daarbij. Er is hier aandacht voor het werkzame element cognitief herstructureren (Bogels & Van Oppen, 2011). De verwachting is dat de ouder zich hierdoor meer beschikbaar kan opstellen naar het kind.

Alle ouders vertellen over hoe zij denken dat hun kind zal reageren als deze de pleger tegenkomt en de reacties worden in de groep besproken. Samen bedenken/bespreken ouders hoe het kind hier op voor te bereiden. Daarna oefenen ze de voorbereiding van het gesprek met het kind in een rollenspel in tweetallen (sessies 8, 12). Het gaat daarbij om het onderdeel veiligheid versterken uit de TF CBT: bewust zijn van het gevoel van veiligheid en de eigen invloed daarop. Als de ouder ervaart dat hij/zij zijn kind beter kan beschermen tegen misbruik, kunnen kinderen meer beschikbaarheid van en vertrouwen in hun ouder ervaren.

3.4 Werkzame elementen

Samengevat zijn de werkzame ingrediënten in kindsessies:

- . Cognitieve gedragstherapie
- o Het gebruik van emotieregulatietechnieken
- o Cognitieve herstructurering bij kinderen en bij ouders (geloof in herstelvermogen van kind)
- . Trauma focused cognitieve gedragstherapie (Cohen et al., 2006)
- o Het geven van psycho educatie over de gevolgen van seksueel misbruik
- o Trauma verhaal (trauma narrative)
- o Het gebruik van ontspanningstechnieken waaronder leren (her)ontdekken van hoe emoties zich in het lichaam uiten
- o Ontschuldigen van kinderen
- o Het bieden van handvatten voor het creëren van veiligheid in de toekomst (bijvoorbeeld als het kind de dader weer tegenkomt)
- . Psychomotore elementen
- . Groepsaanpak in een veilige sfeer

Werkzame elementen in oudersessies:

- . Het betrekken van zowel kinderen als ouders
- . Ouder-kind communicatie over emoties
- . Het bevorderen van positieve interacties tussen ouders en kinderen.
- . Ouders herkennen hun emotionele reacties rond het seksueel misbruik (expressie en modulatie van affect)
- . Trauma focused cognitieve gedragstherapie (Cohen et al., 2006)
- o Het geven van psycho educatie over de gevolgen van seksueel misbruik
- o Ontschuldigen van ouders
- o Het bieden van handvatten voor het creëren van veiligheid in de toekomst (bijvoorbeeld als het kind de dader weer tegenkomt)

4. Uitvoering

4.1 Materialen

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.

Verkrijgbaar via de boekhandel of rechtstreeks bij Uitgeverij SWP, www.swpbook.com.

- Een cd met liedjes die worden gebruikt in de therapie is voor €15 verkrijgbaar bij het Kinder- en Jeugdtraumacentrum, Zuiderhoutlaan 12, 2012 PJ Haarlem, 023-5127777.

4.2 Type organisatie

De methodiek is ontwikkeld binnen de (jeugd)GGZ maar kan ook aangeboden worden in andere organisaties. De methodiek is toepasbaar in alle instellingen waar hulp aan (jonge) kinderen wordt aangeboden: ambulant, semi-residentieel en residentieel.

4.3 Opleidingen en competenties

De kindersessies dienen uitgevoerd te worden door twee (kinder)therapeuten. De ene therapeut heeft minimaal een opleiding tot GZ psycholoog afgerond, de andere minimaal een opleiding tot basispsycholoog of vergelijkbaar. Voor de oudergroepen geldt hetzelfde. Van de GZ psycholoog van de kindergroep is daarnaast ervaring met therapie met kinderen noodzakelijk. Daarnaast dienen de therapeuten de online cursus TF-CBT (www.nctsn.org/products/nctsn-affiliated.../tf-cbt-web?) en de tweedaagse training in de Horizonmethodiek die gegeven wordt door het Landelijk OpleidingsCentrum Kindermishandeling (LOCK) met goed gevolg te hebben gevolgd. Zowel bij de kinder- als oudergroepen heeft de combinatie man-vrouw de voorkeur.

De Horizonmethodiek wordt gedoceerd in een tweedaagse cursus met open inschrijving, die vooral incompany wordt aangeboden, waardoor een bestaand team gezamenlijk getraind kan worden. De cursus heeft de volgende inhoud:

- . Kennis over traumagerelateerde problematiek en juiste indicatie stellen voor deelname aan de Horizontgroep, voor ouders en kinderen;
- . Rationale achter de verschillende thema's in de therapie en de volgorde daarvan;
- . Rationale achter de thema's in de ouderbegeleidingsgroep en kunnen het onderscheid maken tussen ouderbegeleiding en therapie voor ouders;
- . Oefenen met verschillende onderdelen, waaronder psychomotorische interventies.

Bij incompany trainingen wordt een intervisie traject geboden, om de kwaliteit van de implementatie van het geleerde naar de praktijk te bewaken. Indien de cursus via de open inschrijving is gevolgd volgt na zes maanden een supervisie bijeenkomst waarin de cursisten (delen van) de video opnamen van een volledige therapie aan de opleiders laten zien. Tevens zijn er mogelijkheden dat een ervaren therapeut van het Kinder en Jeugd Trauma Centrum samen met een therapeut die onervaren is in de Horizonmethodiek de gehele therapiegroep op een externe instelling draait. Op die manier wordt er 'hands on' geleerd en kennis overgedragen.

4.4 Kwaliteitsbewaking

Na iedere kind- en oudersessie dienen de therapeuten van beide groepen bij elkaar te komen om het verloop van de sessies te bespreken, waarbij onder meer aandacht is voor het functioneren van de therapeuten, de vraag of het protocol van de methodiek gevolgd is en wat aandachtspunten zijn voor de volgende sessie. De kwaliteit van de interventie wordt landelijk niet bewaakt.

4.5 Randvoorwaarden

In de opleiding komen randvoorwaarden aan bod, die de deelnemers zelf moeten vertalen naar de mogelijkheden van de eigen werkpraktijk. Zoals eerder omschreven, kan een intervisietraject of werkbegeleiding op maat vanuit het LOCK ondersteunend zijn. Wekelijks overleg/intervisie tussen de behandelaars is noodzakelijk (zie hieronder). Werkbegeleiding voor de therapeuten wordt (dringend) aanbevolen.

Randvoorwaarden die worden besproken en bediscussieerd zijn: voldoende tijd om voor - en na te bespreken (advies: 0,5 uur voorbespreken en 1 uur nabespreken). De voorbespreking dient om: onderling af te stemmen tussen ouder- en kindtherapeuten over het programma, het uitwisselen van informatie over cliënten die tussen de sessies door naar voren is gekomen (bv. een telefoontje van een ouder) en het klaarzetten van het materiaal voor de sessie. De nabespreking dient om de sessie per kind/ouder door te spreken: bijzonderheden, verloop proces, met aandacht voor de beleving van de therapeut en uitwisseling hiervan in het kader van de therapeutische gezondheid. Er wordt geadviseerd de sessies, met toestemming van ouders, te filmen, zodat het therapieproces nauwkeurig gevolgd kan worden en in werkbegeleiding besproken kan worden.

Voor een goede uitvoering van de Horizonmethodiek is het van belang dat er een grote ruimte aanwezig is voor de kinderen, zodat de psycho-motorische onderdelen van de behandeling uitgevoerd kunnen worden. Daarnaast is het belangrijk dat kinderen genoeg ruimte hebben om een eigen 'veilige plek' te kunnen maken, zodat ze naast het groeps gedeelte ook kunnen werken aan individuele traumaverwerking. Al het materiaal dat nodig is voor de therapeutische sessies moet in voldoende mate en in goede staat aanwezig zijn.

In een residentiële of semi residentiële setting wordt extra benadrukt dat wat er in de groep besproken wordt, niet buiten de groep (c.q. in de leefgroep) besproken mag worden. Als het mogelijk is worden (per definitie) ook ouders van kinderen in de (semi-) residentieel setting uitgenodigd om deel te nemen aan de oudergroep. Als het niet mogelijk is om de ouders in de groep te krijgen, dan worden de mentoren begeleidt.

4.6 Implementatie

De implementatie vindt plaats middels de hiervoor genoemde cursus. De werkboeken en handleidingen zijn tot op heden 'vrij' verkrijgbaar.

4.7 Kosten

Personele kosten

Intake en eindgesprek

Intake en eindgesprek behoeven tezamen ongeveer 10 uur per systeem (kind en ouder). In de 10 uur valt tevens het bespreken van de bevindingen uit de intake (diagnose, geschiktheid tot het volgen van de groepstherapie e.d.) en de bevindingen (omtrent de vooruitgang van het kind/gezin) t.b.v. beëindiging van de behandeling (of voorzetting van behandeling indien nodig). Beide besprekingen worden gevoerd door een multidisciplinair team. Het gaat om 10 uur per systeem, voor een groep van 8 kinderen komt dat dan op 80 werkuren.

De sessies:

30 minuten: Voorafgaand aan iedere sessie komen de therapeuten van de kinder- en de oudergroep (en de stagiaires van de twee groepen) bijeen om uit te wisselen of er in de afgelopen week nog informatie (bijv. telefoontjes met de ouder, de school o.i.d.) is die van invloed zou kunnen zijn op het verloop van de sessie.

90 minuten: Uitvoering van de sessie.

60 minuten: Na de sessie komen de kinder- en oudertherapeuten (en de stagiaires) bijeen om het verloop van de kinder- en de oudersessie door te spreken. Ieder systeem (ouder + kind) wordt besproken, acties die in de komende week moeten worden uitgevoerd (bijv. bellen met de school van het kind), geïnventariseerd, en moeilijkheden in de uitvoering van de behandeling nagegaan.

Samenvattend:

14 kindersessies van 3 uur voor 2 therapeuten (1 GZ Psycholoog en 1 basis psycholoog), inclusief overhead (o.a. gebouw, management, administratie e.d.)

+ 14 oudersessies van 3 uur voor 2 therapeuten (1 GZ psycholoog + 1 basis psycholoog), inclusief overhead.

Per groep is dit:

14 kindersessies x 3 uur x 2 therapeuten = 84 uur

plus 14 oudersessies x 3 uur x 2 therapeuten = 84 uur samen opgeteld 168 uur per groep.

Training

Duur: 2 dagen van 9.00-16:30

Kosten: €390,- bij open inschrijven (juli 2014). Bij in company trainingen wordt met de instelling een bedrag overeen gekomen.

Aanbieder: Landelijk opleidingscentrum kindermishandeling (LOCK)

Materiële kosten

Werkboek voor ouders: €18,00

Werkboek voor kinderen: €19,00

Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor ouders: €13,60 (eenmalig)

Therapeutenhandleiding bij een werkboek voor kinderen: €15,40 (eenmalig)

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

A. Oosterwijk (2007)

B. Interview onder twaalf kinderen en twaalf ouders die zes tot vierentwintig maanden daarvoor de Horizonmethodiek voor seksueel misbruik of de Horizonmethodiek voor geweld in het gezin hadden gevolgd.

C. Uit de resultaten van het interview blijkt dat de ouders/verzorgers en de kinderen over het algemeen tevreden zijn over zowel de therapie voor de kinderen als de parallelle ouderbegeleidingsgroep. Op de vraag welk cijfer de kinderen aan de therapie als geheel gaven, noemden zij cijfers tussen de 4 en 9,5 en het gemiddelde bedroeg 7,7. Het cijfer dat de ouders aan de therapie gaven, varieerde van een 6 tot een 9 met een gemiddelde van 7,8 dat gebaseerd is op negen antwoorden. Groepstherapie wordt ten opzichte van individuele behandeling door de kinderen voornamelijk als positief ervaren om verschillende redenen, waaronder het herkennen van dezelfde ervaringen, het feit dat anderen je begrijpen en hetzelfde gevoel hebben. Drie kinderen waren achteraf gezien geen voorstander van de groepsvorm: twee ervan hadden liever alleen therapie gehad omdat zij dan makkelijker kunnen praten en niet de oudste zijn. De spelletjes vonden ze het leukste. In de oudergroep was behoefte om meer ruimte te hebben voor het verhaal van de ouders/verzorgers en individuele gesprekjes over de kindtherapie. Ook hadden de ouders behoefte aan reünie bijeenkomsten.

A. Van Delft (2013)

B. Evaluatie met therapeuten van de Horizonmethodiek voor seksueel misbruik. Momenteel wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het toevoegen van een extra sessie, waarbij kinderen het verhaal van het seksueel misbruik aan hun ouder vertellen. Aan zes therapeuten bij Fier Fryslân werd gevraagd naar therapietrouw en hun ideeën over het nut van de Horizonmethodiek ten opzichte van bijvoorbeeld EMDR.

C. Het protocol werd gevolgd, met enkele uitzonderingen: rollenspellen met ouders lukten niet altijd, het bekogelen van de dader was soms te beladen, omdat het iemand uit de familie betrof. Ontspanningsoefeningen in de oudergroep werden toegevoegd. Over het nut van de Horizonmethodiek vertelden ze dat het groepsproces voor ouders en kinderen nuttig was (de helft van de kinderen dacht dat ze de enige waren) en dat de ouders naar aanleiding van de groep nog vaak hulp voor zichzelf zoeken.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

A. Huiskes & Plugge, 2004

B. Er is een veranderingsonderzoek gedaan naar de Horizonmethodiek onder 71 seksueel misbruikte kinderen (31 jongens, 37 meisjes) en hun ouders. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 7,9 jaar (SD = 2,4). De psychologische symptomatologie van de kinderen is op drie meetmomenten vastgesteld: voorafgaand aan de therapie (T1), direct na afloop van de therapie (T2) en minimaal zes maanden na afloop van de therapie (T3).

Daarvoor zijn zeven verschillende vragenlijsten gebruikt:

Voor de ouder(s)/verzorger(s):

- . Child Behavior Checklist - Parent Report Form (CBCL - PRF)
- . Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)
- . Child Dissociative Checklist (CDC)
- . Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)

Voor de kinderen:

- . Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)
- . Vragenlijst voor Angst bij Kinderen / Sexual Abuse Fear Evaluation (VAK/SAFE)

Voor de leerkracht:

- . Child Behavior Checklist - Teacher Report Form (CBCL - PRF)

C. Er is sprake van een significante vermindering van seksuele gedragsproblemen (dCSBI=.364) en niet-seksuele gedragsproblemen (T1-T2: dCBCL-PRF=.390) direct na de behandeling. Deze significante vermindering in niet-seksuele gedragsproblemen zet zich zelfs verder door in de zes maanden na de therapie (T1-T3: dCBCL-PRF=.594). Er is een significante verbetering direct na de therapie gemeten op dissociatie (dCDC=.512). Deze verbetering zet zich niet door in de zes maanden na de therapie (dCDC=.487). De klinisch significante verandering van voormeting tot de follow-up meting geeft aan dat 20 procent van de kinderen veranderd is van hoog dissociatief naar normaal. De onderzoekers vonden een significante afname voor angst, depressie en posttraumatische stressstoornis (T1-T2: dTSCYC=.386, dTSCC=.309; T1-T3: dTSCYC=.513, dTSCC=.485). De ruwe data van de SAFE laat significante verschillen zien direct na de behandeling waar het gaat om seksuele angst (dSAFE=.195). Een Nederlandse normscore ontbreekt echter voor dit meetinstrument. Van de VAK nam een aantal subschalen af, maar de totale angstscore nam niet significant af. Er was geen sprake van een significante daling van de seksuele zorgen. Direct na de therapie was er zelfs een toename. Zes maanden na de therapie bleken die echter weer verminderd te zijn tot onder het niveau van de meting voorafgaand aan de therapie. De onderzoekers geven als mogelijke verklaring dat er kinderen zijn die de seksuele zorgen bij aanvang van de therapie ontkend hebben en in de loop van de therapie zijn gaan erkennen.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

A. Silverman, Ortiz, Viswesvaran, Burns, Kolko, Putnam & Amaya-Jackson, 2008

B. In een review is gekeken naar effectieve behandeling voor kinderen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Er zijn 21 studies betrokken die gedaan zijn tussen 1993 en 2007, waarvan 11 studies naar seksueel misbruik.

C. TF-CBT werd benoemd als enige 'well-established' psychosociale behandeling volgens criteria van Chabes en collega's (1996). Dit betekent dat de effectiviteit van de behandeling voldoende is gebleken en het onderzoek van goede kwaliteit was.

A. Cohen, Mannarino & Knudsen, 2005

B. In een randomized controlled trial is gekeken naar de effectiviteit van TF-CBT ten opzichte van non-directieve steunende therapie bij een groep van 82 seksueel misbruikte kinderen. De twee therapieën werden vergeleken op uitkomsten 6 en 12 maanden na de therapie.

C. De kinderen in de TF-CBT groep hadden significant minder angst, depressie, seksuele problemen, dissociatie en PTSD bij de follow-up metingen in vergelijking met de andere kinderen. Effectgroottes varieerden tussen .09 (depressie) en .21 (angst).

A. Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004

B. In een randomized controlled trial is gekeken naar de effectiviteit van TF-CBT in vergelijking met Child Centered Therapy (CCT) bij een groep van 229 seksueel misbruikte kinderen.

C. De kinderen in de TF-CBT groep hadden op de nameting significant minder PTSS, gedragsproblemen, depressie en schaamte en meer interpersoonlijk vertrouwen. Daarnaast hadden ouders minder depressie, minder emotionele reacties ten aanzien van het misbruik, verbeterde oudervaardigheden en een meer steunende houding ten opzichte van hun kind. Effectgroottes waren medium tot groot en varieerden van .30 (depressie kind) tot .81 (emotionele reactie ouder).

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

Vrije Universiteit Amsterdam

Afdeling Ontwikkelingspedagogiek / Department of Clinical Child and Family Studies

V.d. Boechorststraat 1

7.2 Websites

http://www.jeugdriagg.nl/Jeugdriagg_traumacentrum.html; <http://www.ockhetspalier.nl/traumacentrum/index.html>

8. Aangehaalde literatuur

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile.
- Affifi, T.O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., et al. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6):814-22.
- Alink, L., Pannebakker, F., Euser, S., Bakermans-Kranenburg, M., Vogels, T., & IJzendoorn, R. van (2013). Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(7), 396-404.
- Allagia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 28, 1213-1227.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- APSAC Statement on the Harm to Child Pornography Victims Adopted October 18, 2013
- Bal, S., Bourdeaudhuij, I. de, & Oost, P. van (1998). Modererende factoren na seksueel trauma bij adolescenten. *Kind en adolescent*, 19(4), 234-245.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238.
- Bazelon, E. (2013). The Price of a Stolen Childhood. *The New York Times*, 24-1-2013.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bicanic, I.A.E., Roos, C. de., Wesel, F. van., Sinnema, G., & Putte, E.M. van der (2014). Rape-related symptoms in adolescents: short- and long-term outcomes after cognitive behaviour group therapy. *European Journal of Psycho-traumatology*, 5. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.22969>
- Bogels, S.M., & Oppen, B. van (2011). *Cognitieve Therapie: Theorie en Praktijk*. Houten: Bohn, Stafleu & van Lochem.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Briere, J. (1996). Trauma symptom checklist for children. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 00253-8.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future of Children*, 4(2), 54-69.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., ... & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child abuse & neglect*, 25(8), 1001-1014.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1981(11), 31-55.
- Cicchetti, D., & White, J. (1990). Emotion and developmental psychopathology. In N. Stein, B. Leventhal, & T. Trebasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 359-382). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. P. (2003). Psychosocial and pharmacological interventions for child crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 175-186.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode: Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment study for sexually abused preschool children: Initial findings. *J Amer Acad Child & Adol Psychiatry*, 35, 42-50.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M., (2005). Comparing Dissociation and PTSD in Sexually Abused School-Aged Girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 47-52.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg, toch niet veilig*. Amsterdam: Boom.
- Deblinger, E., Hathaway, C. R., Lippmann, J., & Steer, R. (1993). Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 155-168.
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., & Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, sexual abuse characteristics and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 619-639.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*, 28(5), 430-438.
- Dubowitz, H., Black, M. M., Cox, C. E., Kerr, M. A., Litrownik, A. J., Radhakrishna, A. R., English, D. J., Schneider, M. W., & Runyan, D. K. (2001). Father involvement and children's functioning at age 6 years: A multisite study. *Child Maltreatment*, 6, 300-309.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.

Euser, S. (2013). Child maltreatment in numbers : a multimethod study of year prevalence rates and risk factors. Doctoral Thesis. Leiden University.

Expertgroep Complex Trauma. (2013). Diagnostisch traject complex trauma bij jeugdigen en hun ouders. Retrieved July 14 2015 from: http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadables_trauma_en_kindermishandeling_bijlagen/Diagnostisch_traject_bij_complex_trauma.pdf

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530.

Friedrich, W.N. (1997). Child sexual behavior inventory: Professional manual. PAR Psychological Assessment Resources, Inc.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). Test review behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235-238.

Grosz, C. A., Kempe, R. S., & Kelly, M. (2000). Extrafamilial sexual abuse: Treatment for child victims and their families. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 9-23.

Hanson, R. F., Saunders, B. E., & Lipovsky, J. A. (1992). The relationship between self-reported levels of distress in parents and victims of incest families. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 49 -61.

Hartveld, G. & Janssen, M. (1992). Nederlandse vertaling van de Child dissociative Checklist (CDC). Vrije Universiteit, Amsterdam.

Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Prior, M. R., & Kehoe, C. (2010). Tuning in to Kids: Improving emotion socialization practices in parents of preschool children - findings from a community trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1342-1350.

Huiskes, S. & Plugge, K. (2004) Het effect van de Horizonmethode, een therapie voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., ... & Brugha, T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological medicine*, 41(4), 709-719.

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical child and family psychology review*, 13(1), 46-76.

Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164 - 180.

Kerns, K.A. (2008). Attachment in middle childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment. Theory, research and clinical application*. New York: Guilford.

King, N.J., Tonge, B., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., Ollendick, T. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.

Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk. Bussum: Coutinho.

Kouyoumdjian, H., Perry, A.R., & David J. Hansen, D.J. (2009). Nonoffending Parent Expectations of Sexually Abused Children: Predictive Factors and Influence on Children's Recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18, 40-60.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*. 21. 995-998.

Lamb, S. & Edgar-Smith, S. (1994). Aspects of disclosure: Mediators of outcome of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 307-326.

Lamers-Winkelman, F. (2000a). Protocol behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen. In P. Prins & Pameijer, N. (Eds.), *Protocolen in de jeugdzorg: Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie* (pp.227-242). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Lamers-Winkelman, F. (2002). Seksueel misbruikte Jongeren. In J. Hermans (Red.), *Handboek Jeugdzorg*, april 2002, C.7-1-C.7-20.

Lamers-Winkelman, F. & Baartman, I. (1985). Psychomotorisch Therapeuten en hun ervaring met de behandeling van slachtoffers van incest. *Bewegen en Hulpverlening*, 2, 129-139.

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.

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.

LeClair, E.A. (2012). Childhood Sexual Abuse and Social Functioning: A Systematic Review of Reviews" Honors Scholar Theses. Paper 253. http://digitalcommons.uconn.edu/srhonors_theses/253

Lynskey, M.T., & Fergusson, D.M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 177-1190.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*, 29(7), 647-657.

Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095-1109.

McLeod, B. D., (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A Meta Analysis. *Clinical Psychological Review*, 31, 603-616.

Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family*

Psychology Review, 5(4), 217-232.

Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 778-787.

Mendel, M. P. (1995). *The male survivor: The impact of sexual abuse*. Thousand Oaks, California: Sage.

Miffitt, L.A. (2014). State of the Science: Group Therapy Interventions for Sexually Abused children. *Archives of Psychiatric Nursing, 28*, 174-179.

Ministerie van Justitie, Afdeling Criminaliteitspreventie. (2003). *Zedenalmanak*. Zedenalmanak, Ministerie van Justitie, Afdeling Criminaliteitspreventie, 2003. Gedownload op 4 juli 2014 van www.huiselijkgeweld.nl/publicaties/handboeken/zedenalmanak

Muris, P., Bodden, D., Hale, W. W., Birmaher, B., & Mayer, B. (2007). *SCARED NL: Vragenlijst over angst en bang-zijn bij kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

Nelki, J., S., & Watters, J. (1989). A group for sexually abused young children: unraveling the web. *Child Abuse and Neglect, 13*, 369-378.

Newberger, C.M., Gremy, I.M., Waternaux, C.M., & Newberger, E.H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*, 92-102.

Oosterwijk, C. (2007). *Horizonhoogte. Lange termijn effect en waardering van de Horizonmethode voor getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Vrije universiteit. Doctoraalscriptie.

Olafson, E. (2011). Child sexual abuse: Demography, impact, and interventions. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 4*(1), 8-21.

Pachankis, J.E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin, 133*, 328-345.

Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, Vol. 22 (pp. 211-244). New York: Academic Press.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278.

Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect, 17*(6), 731-741.

Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., ... & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of general psychiatry, 44*(12), 1057-1063.

Regehr, C. (1990). Parental responses to extrafamilial child sexual assault. *Child Abuse & Neglect, 14*(1), 113-120.

Romans, S. E., Martin, J. & Mullen, P. E. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems: neither necessary, sufficient nor acting along. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7*, 327 - 338.

Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self harm. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1336 - 1342.

Rossum, J.H. A. van (1982). Spel in relatie tot motorische ontwikkeling. In R. de Groot, H. Rost & H. de Wijs (red.) *Compendium Spel en Speelgoed (1607-1 t/m 1607-24)*. Alphen aan den Rijn: Samson Uitg.

Schoentjes, E. & Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Experimentele Nederlandse vertaling van de Child Sexual Behavior Inventory (CBSI)*. Amsterdam, Vrije Universiteit.

Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 156-183.

Smidts, D., & Huizinga, M. (2009). *BRIEF executieve functies Gedragsvragenlijst: Handleiding*.

Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D.M. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(8), 1051-1061.

Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 19*, 1171 - 1182.

Spataro, J., Moss, S. A., & Wells, D. L. (2001). Child sexual abuse: A reality for both sexes. *Australian Psychologist, 36*(3), 177-183.

Stauffer, L. B., & Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment, 1*(1), 65-76.

Sturkey, K. (2013). Group treatment of child sexual abuse victims: a review. In: W. O'Donohue & Geer, J. H. (eds.). *The Sexual Abuse of Children: Volume II: Clinical Issues* (pp 331-364). Hillsdale, NJ: Routledge.

Swagers & Jolet (juni 2007). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'STEPS'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 10-4-2012 van www.nji.nl

Tierolf, B. & Lamers-Winkelmann, F. (2014). *TSCYC Vragenlijst over traumasymptomen bij jonge kinderen*. Amsterdam

Timbremont, B., Braet, C., & Roelofs, J. (2008). *Handleiding children's depression inventory (herziene versie)*

Trask, E.V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior, 16*, 6-19.

Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*(2), 453.

Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*(6), 567-589.

Van Delft, I. (2013). *Evaluatie SMB groep en onderzoek Fier Frieslan. (aantekeningen in het kader van lopend onderzoek)*. Vrije Universiteit.

- Van Delft, I., Finkenauer, C., De Schipper, J. C., Lamers-Winkelmann, F., & Visser, M. M. (2015, in press). The Mediating Role of Secrecy in The Development of Psychopathology in Sexually Abused Children. *Child Abuse and Neglect*, 41.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Red.) *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York: The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, J. M. (1996). Handleiding voor de CBCL/4-18. Afdeling Kinder-en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Von Weiler, J., Haardt-Becker, A., & Schulte, S. (2010). Care and treatment of child victims of child pornographic exploitation (CPE) in Germany. *Journal of sexual aggression*, 16(2), 211-222.
- Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling in het Gezin (1983). *De straf op zwijgen is levenslang. Over seksuele kindermishandeling binnen het gezin*. Amsterdam, Feministische Uitgeverij Sara.
- Widom, C. S., & Ames, M. A. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child abuse & neglect*, 18(4), 303-318.
- Widom, C.S. (1995). *Victims of Childhood Sexual Abuse: Later Criminal Consequences*. Research in brief, National Institute of Justice.
- Widom, C. S. (1996). Childhood sexual abuse and its criminal consequences. *Society*, 33(4), 47-53.
- Widom, C. S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9(1), 34-46.
- Willingham, E. U. (2007). Maternal perceptions and responses to child sexual abuse. Gedownload 17 september 2014 van http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=cps_diss
- Wolfe, V.V. (2007). Child sexual abuse. In E.J. Mash & R.A. Barkely, *Assessment of childhood disorders*. 4th edition. (pp.685-748). New York, NY: Guilford.
- Young, M. S., Harford, K. L., Kinder, B., & Savell, J. K. (2007). The Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Adult Mental Health Among Undergraduates Victim Gender Doesn't Matter. *Journal of interpersonal violence*, 22(10), 1315-1331.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

