

## HOOFSTUK 5

### 'N INTERVENSIEMODEL VIR DIE MIDDELKINDERJARE-KIND WAT SEKSUEEL MISBRUIK IS

#### 5.1 INLEIDING

Daar bestaan 'n dringende behoefte aan effektiewe, gestruktureerde, terapeutiese hulpverlening oor die kort termyn vir kinders wat seksueel misbruik is. Hierdie behoefte word veral teweeggebring deur die groot aantal kinders wat jaarliks seksueel misbruik word, beperkte mannekrag en die hoë kostes verbonde aan terapie (Finkelhor & Berliner, 1995:1420). In 'n poging om in hierdie behoefte te vervul, word 'n intervensiemodel beskryf. Hierdie model is op 'n eklektiese wyse vanuit die literatuur en praktyk saamgestel en fokus op die beskrywing van die terapeutiese hulpverlening aan die kinderhuiskind wat seksueel misbruik is. Weens praktiese redes het die navorsing op die kinderhuiskind gefokus, maar toon ook ander toepassingsmoontlikhede wat in Hoofstuk 8 aangespreek sal word. Hierdie hoofstuk hou verband met Fase 3 en Fase 4 soos deur Rothman en Thomas (1994:28) geïdentifiseer (Sien Hoofstuk 1) aangesien dit op die ontwikkeling van intervensie fokus.

In die omskrywing van die intervensiemodel word geen reëls of stappe neergelê nie, maar eerder beginsels vir hulpverlening. Die komponente waaruit die intervensiemodel bestaan sowel as die benaderings onderliggend tot hierdie model word uiteengesit. Die beskikbaarheid van resente bronne wat 'n gedetailleerde uiteensetting van intervensie bied en waar 'n misbruik gefokusde benadering onderskryf word, is uiters beperk. In hierdie hoofstuk word daar derhalwe veral van Deblinger en Heflin (1996) gebruik gemaak aangesien dit in bogenoemde behoeftes vervul.

Die intervensiemodel fokus op individuele terapie aan die middelkinderjare-kind in welke geval die kind in staat moet wees om 'n verklaring van die seksuele misbruik te kan maak. Kinders wat weens dissosiasie nie die

seksuele misbruik kan herroep nie, sowel as kinders wat seksueel aggressiewe gedrag toon, word by die ondersoek uitgesluit. Hierdie uitsluiting word gemaak op grond van die veronderstelling dat kinders wat sodanige gedrag openbaar waarskynlik langtermyn terapie benodig. Die model fokus ten tweede op die rol van die volwasse persoon, hetsy die huismoeder of maatskaplike werker, wat 'n ondersteunende rol ten opsigte van die terapie kan vervul. Dit word benadruk dat die oortreder nie hierdie rol kan vervul nie.

Die aanvanklike en deurlopende assessering van die kind word nie gedetailleerd bespreek nie, aangesien dit 'n omvattende onderwerp is wat nie deel uitmaak van hierdie navorsing nie. Daar word van die veronderstelling af uitgegaan dat die professionele persoon wat hulp aan die slagoffer van seksuele misbruik verleen, deeglik onderrig moet wees in die vaardigheid van assessering en dat assessering deurgaans geskied.

## **5.2 DIE DOEL VAN INTERVENSIE**

Die doel wat nagestreef word tydens korttermyn, gefokusde intervensie aan die kinderhuiskind is om die kind te help met die verwerking van die trauma wat deur die seksuele misbruik teweeg gebring is sodat die kind toekomsgerig kan lewe en positief op die hede fokus (Hartman & Burgess, 1993:49). Doelbereiking word in hierdie studie gemeet aan die hand van die verandering wat deur die intervensie teweeg gebring word met betrekking tot die kind se verhoudings, selfpersepsie, tevredenheid en angstigtheid. Hierdie veranderlikes sowel as die intervensiedoelwitte word in Hoofstuk 6 omskryf. Vervolgens word 'n skematiese uiteensetting van die intervensiemodel in Figuur 3 weergegee, aan die hand waarvan verdere bespreking plaasvind.

**5.3 FIGUUR 3: ‘N INTERVENSIEMODEL VIR DIE MIDDELKINDERJARE-KIND**

<b>‘N INTERVENSIEMODEL VIR DIE MIDDELKINDERJARE-KIND</b>			
<b>BENADERING</b>	Misbruik-gefokusde Benadering	Kognitiewe Gedragsterapeutiese Benadering	Psigomotoriese Benadering
<b>BEGINSELS ONDERLIGGEND TOT MODEL</b>	Veiligheid van die kind Eerlikheid Benutting van verskillende hulpmiddels Aansluiting by die kind se taalontwikkeling Afwisseling van aktiwiteite Voorspelbaarheid Individualisering van terapeutiese hulpverlening Die benutting van fisieke aktiwiteite Betrokkenheid van nie-oortredende ouer of betekenisvolle volwasse persone		
<b>KOMPONENTE VAN DIE INTERVENSIEMODEL</b>	Omvattende assessering Die ontwikkeling van vaardighede <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emosionele vaardighede</li> <li>• Kognitiewe selfhandhawingstrategieë</li> <li>• Ontspanningstegnieke</li> </ul> Geleidelike blootstelling aan herinneringe Kognitiewe en emosionele prosesering van die trauma Onderrig aangaande seksuele misbruik Onderrig aangaande gesonde seksualiteit Onderrig aangaande persoonlike veiligheid <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liggaamseienaarskap</li> <li>• Aanrakingskontinuum</li> <li>• Die reg om “nee” te sê</li> <li>• Geheime</li> <li>• Om iemand te vertel</li> </ul>		

### **5.3.1 BENADERING**

'n Kombinasie van 'n misbruik-gefokusde, kognitiewe gedragsterapeutiese en psigomotoriese benadering word nagevolg. Die verskillende benaderings word vervolgens kortliks toegelig.

#### **5.3.1.1 Misbruik-gefokusde benadering**

Daar bestaan geen empiriese bewyse dat 'n enkele benadering of modaliteit effektief is in die behandeling van die kind wat seksueel misbruik is nie (Lamers-Winkelmann, 1997:109). Dit blyk egter wel dat direkte terapie, in vergelyking met nie-direktiewe terapie, meer suksesvol is in die behandeling van simptome wat met seksuele misbruik verband hou (Cohen & Mannarino, 1997:1234). Friedrich (1994:799) ondersteun die gedagte aan terapie wat op die seksuele misbruik fokus en noem dat die kind vanweë sy ongemak asook vrees vir die herbelewing van trauma, geïnhibeer word om spontaan oor sy ervaring van seksuele misbruik te praat. Die kind het derhalwe nodig om die geleentheid gebied te word om op direkte of indirekte wyse sy ervaring van seksuele misbruik bekend te maak en te verwerk.

Misbruik-gefokusde terapie fokus volgens Karp en Butler (1996a:xxii) op die herbelewing van traumatiese gedagtes en beelde. Hierdie herbelewing behoort in 'n veilige, terapeutiese omgewing plaas te vind waar daar 'n mate van kontrole teenwoordig is (Trowell, 1999:111). Volgens Finkelhor en Berliner (1995:1419) asook Trowell (1999:113) word daar binne die raamwerk van misbruik-gefokusde terapie van die kind verwag om gevoelens wat met die seksuele misbruik verband hou, te verbaliseer en om foutiewe oortuigings te klarifiseer. Terapie het onder meer ten doel om aan die kind die nodige vaardighede te leer om homself in die toekoms te beskerm en om die belewenis van geïsoleerdheid en gestigmatiseerdheid te verminder. Die fokus is volgens Karp en Butler (1996a:xxii) primêr op die kind en vanuit die kind se perspektief probeer die terapeut begryp watter betekenis en impak die seksuele misbruik het.

Aannames onderliggend tot 'n misbruik-gefokusde benadering, gebaseer op Finkelhor en Berliner (1995:1419) behels die volgende:

- Seksuele misbruik hou na alle waarskynlikheid sekere gevolge vir die slagoffer in. Dikwels toon die kind nie onmiddelik simptome as gevolg van die trauma nie, maar gebeur dit wel dat die kind langtermyngevolge ervaar. Om hierdie rede is dit dus noodsaaklik dat alle kinders wat seksueel misbruik is, terapie ontvang.
- Terapie moet genesend en voorkomend van aard wees. Die slagoffer moet weerbaar gemaak word om homself teen verdere seksuele misbruik te beskerm.
- Dit is voordelig vir die kind om die verband tussen die seksuele misbruik en huidige ongemak te identifiseer. Die kind kan sodoende begrip ontwikkel vir sy reaksies (Ochberg, 1993:773).
- Die kind se reaksies as gevolg van die seksuele misbruik moet as oorlewingstrategieë voorgehou word. Sodoende kan die gevoel van gestigmatiseerdheid bekamp word en kan die kind homself as "normaal" beleef.

Vanuit die misbruik-gefokusde benadering word die belangrikheid onderskryf dat die kind so ver moontlik gehelp moet word om die seksuele misbruik te herroep sodat ongemak en vrees wat met herinneringe geassosieer word, hanteer en gewysig kan word. Die simptome wat as gevolg van die seksuele misbruik ontstaan, kan dus behandel word deurdat die oorsaak, naamlik die traumatiese ervaring, aangespreek word.

### **5.3.1.2 Kognitiewe gedragsterapeutiese benadering**

In hierdie intervensiemodel word daar van 'n kognitiewe gedragsterapeutiese benadering gebruik gemaak waar daar van die veronderstelling af uitgegaan

word dat kognisies, gedrag en emosies interafhanklik van mekaar is. Wanneer een van hierdie areas dus doelgerig tydens intervensie aangespreek word, word verwag dat dit 'n indirekte effek op die ander areas van menslike funksionering en aanpassing sal hê. (Vgl. Deblinger & Heflin, 1996:4; Salovey & Singer, 1991:366-370 en Swenson & Hanson, 1998:475.)

Kognitiewe gedragsterapie behels onder meer dat die kind gehelp moet word om die seksuele misbruik te aanvaar as 'n gebeurtenis wat plaasgevind het en wat nie geïgnoreer of ontken kan word nie. Die kind moet uitdrukking gee aan die emosies wat met die seksuele misbruik verband hou, verwronge kognisies moet gekonfronteer en gekorrigeer word en sekere vaardighede behoort aangeleer te word. (Vgl. Beck, 1970:187; Resick & Schnicke, 1993:19; Salovey & Singer, 1991:373-374 en Verduyn & Calam, 1999:1999.) Terapeutiese sessies is doelgerig en aktiewe deelname van beide die terapeut en kind word verlang. Opvoedkundige metodes word geïnkorporeer tydens die terapie en huiswerk kan aan die kind gegee word. (Vgl. Dattilio & Freeman, 1992:7; Hoffman, 1984:5 en Verduyn & Calam, 1999:199.)

'n Kognitiewe gedragsterapeutiese benadering is volgens Deblinger en Heflin (1996:4) veral geskik om probleme wat met seksuele misbruik verband hou aan te spreek, weens die volgende redes:

- Kognitiewe gedragsterapie is toepaslik vir 'n verskeidenheid psigologiese probleme. Aangesien seksuele misbruik verband hou met 'n groot diversiteit van simptome is dit noodsaaklik dat 'n verskeidenheid kognitiewe strategieë, gedragsprosedures en emosionele prosesseringstegnieke tydens behandeling beskikbaar moet wees.
- Die rasionaal en strategieë van kognitiewe gedragsterapie word aan die kind bekend gemaak sodat die kind bewus is van die terapeutiese plan en die verwagte uitkoms. Op dié manier word daar voorsiening gemaak in die kind se behoefte aan kontrole aangesien die ervaring van seksuele misbruik dikwels meebring dat die kind kontroleverlies ervaar. Tydens die

aanvang van intervensie word daar byvoorbeeld aan die kind verduidelik dat hy nodig het om oor sy “slegte ervaringe” te praat sodat dit met hom kan beter gaan.

- Kognitiewe gedragsterapie vereis dat die terapeut en die kind saam moet werk om terapie daar te stel. Medewerking van die kind en die nie-oortredende ouer of versorger word ook aangemoedig en bevorder bemaagtiging, kontrole en selfrespek by die kind.
- Die doel van kognitiewe gedragsterapie is om aan die kind vaardighede te leer wat ook na afloop van die terapie benut kan word. Aangesien die impak van seksuele misbruik verskillend beleef word tydens die onderskeie lewensfases, is dit belangrik dat die kind en die nie-oortredende ouer met vaardighede toegerus word om toekomstige probleme te kan hanteer.
- Die aktiewe, gestruktureerde en direkte aard van kognitiewe gedragsterapie bring mee dat dit geskik is vir kinders van verskillende godsdienstige en etniese agtergronde. Die tegnieke wat benut word, is eenvoudig sodat die huismoeder of maatskaplike dit saam met die kind kan toepas. Tydens die intervensie is daar byvoorbeeld van ‘n sterkaart vir beloning van goeie gedrag gebruik gemaak.

Uit bogenoemde inligting blyk dit dat kognitiewe gedragsterapie veral van waarde is vir die daarstel van korttermyn terapie weens die direkte en gestruktureerde aard daarvan. Die klem wat op die aanleer van vaardighede en die benutting van ‘n versorger of nie-oortredende ouer geplaas word, bring mee dat die effek van die terapie waarskynlik kan voortduur nadat terapie gestaak is.

### 5.3.1.3 Psigomotoriese benadering

Psigomotoriese terapie word volgens Vermeer, Bosscher en Broadhead (1997:7) gedefinieër as die professionele gebruik van menslike beweging en liggaamservaringe met die doel om verandering in gedrag te bewerkstellig by persone wat ekstra hulp nodig het om aanvaarbaar te funksioneer. Dit kan verder omskryf word as 'n komplekse liggaamsgeorieënteerde terapeutiese benadering wat sentreer rondom fisieke aktiwiteite maar gelyktydig emosionele ervaringe, kognitiewe prosesse, sosiale verhoudings en omgewingsinvloede insluit. Psigomotoriese terapie berus dus op oefening-, ervaring- en konflikgesentreerde metodes (Lamers-Winkelman, 1998:1).

Enkele gedagtes wat deur psigomotoriese terapie onderskryf word, sluit volgens Vermeer *et al.* (1997:7) die volgende in:

- Menslike beweging is 'n fundamentele kategorie van menslike ontwikkeling en ervaring.
- Die mens demonstreer sy gevoelens, gemoedstemming, gedagtes en begeertes deur middel van sy liggaamshouding.
- Liggaamservaring speel 'n belangrike rol in die daarstel van sosiale interaksie en die ontwikkeling van 'n bekwaamheidsgevoel.
- Beweging kan 'n bydrae lewer tot die totstandkoming van alternatiewe vorme van gedrag, wat weer benut kan word vir alledaagse funksionering.
- Die herinneringe aan seksuele misbruik word soms as 'n liggaamlike toestand ervaar (Pesso in Lamers-Winkelman, 1998:3).
- Deur middel van beweging kan die kind mag en bekwaamheid ontwikkel wat hom kan help in die hantering van lewensomstandighede (Slavson in Lamers-Winkelman, 1998:3).



Psigomotoriese terapie met kinders wat seksueel misbruik is, is veral waardevol aangesien die kind die geleentheid gebied word om die volgende doelstellings te bereik:

- sy liggaam te ervaar op 'n manier wat nuut is;
- vertroue in sy liggaam te herwin;
- positiewe, nie-seksuele kontak te geniet;
- bekwaamheid te ontwikkel en vreugde te ervaar deurdat 'n aktiwiteit bemeester word (Lamers-Winkelman, 1998:2).

Uit bogenoemde inligting blyk dit dat die interkonneksie tussen die liggaam, emosies, denke en gedrag in ag geneem moet word tydens terapeutiese hulpverlening. Die standpunt wat deur Lamers-Winkelman (1998:3) gehuldig word, naamlik dat fisieke aktiwiteite essensieël is in die behandeling van die kind wat seksueel misbruik is, word ondersteun. Die kernwaarhede van die drie benaderings is geïntegreer in die formulering van die beginsels onderliggend aan die intervensiemodel wat vervolgens bespreek word.

### **5.3.2 BEGINSELS ONDERLIGGEND AAN DIE INTERVENSIEMODEL**

Verskillende kundiges se standpunte, die navorser sy praktykervaring asook die drie fundamentele benaderings soos reeds bespreek, dien as vertrekpunt vir die daarstel van die beginsels onderliggend aan hierdie intervensiemodel. Hierdie beginsels kan ook verwoord word as die essensiële veranderlikes wat in terapie aanwesig moet wees. Inligting van die middelkinderjare, seksuele misbruik en impak van seksuele misbruik word in gedagte gehou tydens die formulering van hierdie beginsels. Tydens die beplanning en uitvoering van terapie behoort hierdie beginsels as 'n kriteria gebruik te word.

#### **5.3.2.1 Veiligheid van die kind**

Die versekering van die kind se veiligheid word as 'n voorvereiste vir suksesvolle terapie beskou. (Vgl. Courtois, 1999:180; Trepper & Barrett in

Friedrich, 1994:799 en Swenson & Hanson, 1998:487.) Volgens Friedrich (1995:13) beteken veiligheid dat die kind nie aan verdere seksuele misbruik, verliese of verwydering blootgestel sal word nie. Veiligheid impliseer verder dat die kind nie aan potensiële bedreiging blootgestel word nie.

Veiligheid is volgens Saywitz (1995:132) belangrik aangesien 'n veilige omgewing 'n positiewe invloed het op die kwaliteit van die traumatiese inligting wat herroep word. Dit blyk dus dat die kind wat 'n gebrek aan veiligheid beleef, nie in staat is om sy emosionele energie op die daarstel van 'n terapeutiese verhouding te fokus nie. Volgens Friedrich (1994:799) is dit kritiek belangrik dat die kind se huis vir hom 'n veilige basis moet bied en dat die kind se ouers of versorgers die onthulling van die seksuele misbruik moet ondersteun. Faktore wat die kind se veiligheid kan bedreig is onder meer die oortreder se voortgesette toegang tot die kind, 'n pleegsorgplasing wat nie ondersteunend is nie asook die kind se bewustheid dat sy verklaring tot sy eie verwydering of tot die vervolging van een van sy gesinslede kan lei (Friedrich, 1995:13). Dit kan ook gebeur dat die kind se veiligheid bedreig word deurdat hy in 'n versorgingsinstansie geplaas word waar hy aan verdere seksuele misbruik blootgestel word. Tydens die implimentering van hierdie model het dit aan die lig gekom dat twee van die respondente aan voortgesette seksuele misbruik blootgestel word. Nadat die kinders beveilig is, het die kinders se aggressiewe gedrag afgeneem en hulle samewerking verbeter.

Die terapeut moet tydens terapie 'n omgewing skep waarin die kind veiligheid beleef. Dit kan gedoen word deur opregte belangstelling in die kind te kommunikeer en aansluiting by die kind se leefwêreld te vind. Die benutting van spelaktiwiteite kan veral ook help om die kind op sy gemak te stel. Wieland (1998:26) noem dat die verskil tussen die verlede en die hede uitgewys kan word om die kind se veiligheid te beklemtoon. Daar kan byvoorbeeld aan die kind genoem word dat hy nie meer aan die oortreder blootgestel word nie en dat hy nou in 'n veilige omgewing is.

In teenstelling met Macdonald, Lambie en Simmonds (1995:104) wat van mening is dat gekommunikeerde grense aan die kind 'n gevoel van veiligheid verleen, noem Deblinger en Heflin (1996:29) dat sommige kinders wat nie grense benodig nie, angstigheid kan ervaar wanneer reëls en riglyne daargestel word. Die terapeut behoort dus tydens die assessering vas te stel tot watter mate grense nodig is. By die neerlê van grense behoort spesifieke gedrag aangespreek te word en moet daar so min as moontlik beperkinge op die kind geplaas word. Wanneer die kind byvoorbeeld die terapeut slaan en seermaak kan die terapeut noem dat die kind nie toegelaat sal word om homself of enige iemand seer te maak nie. Die terapeut kan aan die kind voorstel om eerder 'n pop of slaansak te slaan. Indien die kind poog om die terapeut op 'n seksuele wyse te betas is dit noodsaaklik dat die terapeut duidelike grense stel. Die terapeut kan byvoorbeeld noem dat die betasting van privaat liggaamsdele nie toegelaat word nie, maar dat die kind wel die terapeut se hand mag vashou.

Situasies in die terapie wat die kind potensieël onveilig kan laat voel, is volgens Lamers-Winkelman (1997:110) 'n geslote kamerdeur, fisieke aanraking of nabyheid van die terapeut sonder dat die kind daarna vra. Al drie die respondente het tydens die ondersoek verkies om nie langs nie, maar teenoor die navorser te sit. Met verloop van tyd het die respondente gemaklik gevoel om nader aan die navorser te sit.

Die terapeut moet volgens Lamers-Winkelman (1997:110) daarteen waak om die kind uit te nooi om saam met hom of haar te "gaan speel" aangesien dit angstigheid by die kind kan veroorsaak indien die seksuele misbruik as 'n spel voorgedhou is. Dit blyk dus dat die terapeut sensitiwiteit moet openbaar vir die uniekheid van die kind se belewenis van die dinge wat hom onveilig laat voel.

### **5.3.2.2 Eerlikheid**

Die terapeut het nodig om eerlik te wees met die kind. Aangesien die kind se vertroue in mense waarskynlik as gevolg van die seksuele misbruik geskend is, is dit noodsaaklik dat beloftes te alle tye nagekom word. Die terapeut kan

nie aan die kind algehele konfidensialiteit belowe nie aangesien dit in die kind se belang is dat sekere inligting soms bekend gemaak word. (Vgl. Courtois, 1999:169 & Doyle, 1990:42.) Die kind kan die gerusstelling gebied word dat private inligting slegs aan sekere outoriteitsfigure bekend gemaak sal word wanneer dit noodsaaklik is om die kind te beskerm en dat dit met sy medewete sal geskied.

### **5.3.2.3 Benutting van verskillende hulpmiddels**

Die middelkinderjare-kind beskik nie oor dieselfde verbale vermoëns as dié van 'n tiener of volwassene nie en derhalwe is dit belangrik om 'n verskeidenheid aktiwiteite as hulpmiddels te gebruik om kommunikasie tydens terapie te bewerkstellig. (Vgl. Berliner & Wheeler, 1988:422; Macdonald, *et al.* 1995:104.) Buiten gesprekvoering kan daar dus van hulpmiddels soos tekeninge, die skryf van briewe, gevoelskaarte, klei-spel, handpoppe en rolle-spel gebruik gemaak word. Hulpmiddels wat die kind se deelname by die terapeutiese proses intensifiseer, is veral belangrik aangesien dit 'n positiewe invloed op die geheuevermoë van die kind het. Hulpmiddels moet derhalwe by die kind se belangstellings- en lewenswêreld aansluiting vind.

### **5.3.2.4 Aansluiting by die kind se taalontwikkeling**

Die terapeut moet gebruik maak van eenvoudige grammatika sodat die middelkinderjare-kind vrae en opmerkings tydens die terapie kan verstaan. Die terapeut moet uitvind watter woorde die kind gebruik om die seksuele misbruik en genitalieë te beskryf. Dit is die navorser se ervaring dat die kind wat toestemming ontvang om hierdie woorde te gebruik, gedesensitiseer word om oor seksuele gebeure te praat.

### **5.3.2.5 Afwisseling van aktiwiteite**

Die afwisseling van gesprekvoering en fynmotoriese aktiwiteite met grootmotoriese aktiwiteite is nodig om terapie interessant te maak en is

volgens die psigomotoriese benadering essensieel vir die daarstel van genesing (Vermeer, *et al.* 1997:7). Volgens Santrock (1996:176) is dit noodsaaklik om aktiwiteite af te wissel aangesien dit vir die middelkinderjare-kind vermoeiend is om vir lang periodes stil te sit. Volgens Friedrich (1995:15) is dit vir die skoolgaande kind moeilik om vir 'n periode van 45 minute slegs oor negatiewe ervarings te praat en behoort 'n terapie-sessie derhalwe verdeel te word in werk en speelyd.

### **5.3.2.6 Voorspelbaarheid**

Dit is belangrik om voorspelbaarheid aan die kind te verleen aangesien die seksuele misbruik dikwels meebring dat die kind onvoorspelbaarheid en 'n verlies aan kontrole beleef. Voorspelbaarheid in die terapiessessie is volgens Ballester en Pierre (1995:132) ook belangrik sodat vertroue uiteindelik daargestel kan word. Voorspelbaarheid kan daargestel word deurdat daar in die aanvangsfase van terapie aan die kind verduidelik word wat die doel van terapie is. Die verloop van die terapie behoort ook verduidelik te word en die kind moet gerus gestel word dat niks teen sy wil sal gebeur nie. (Vgl. Lamers-Winkelman, 1997:111 en Friedrich, 1995:16.) Tydens die uitvoering van die intervensieprogram is die aard en doel van die terapie aan die kind verduidelik deur gebruik te maak van die boek "A terrible thing happened" (Holmes, 2000).

Slegs 'n algemene verduideliking van die inhoud van die terapie is volgens Deblinger en Heflin (1996:75) nodig, aangesien die kind se angstigtheid verhoog kan word wanneer die besonderhede verstrekkend word. Met ouer kinders is dit soms moontlik om 'n ooreenkoms aan te gaan met betrekking tot die tempo waarteen sensitiewe inligting hanteer word, sodat geleidelike blootstelling bewerkstellig kan word.

### **5.3.2.7 Individualisering van terapeutiese hulpverlening**

Dit is volgens Finkelhor en Berliner (1995:1419) belangrik dat die behandelingsplan by die spesifieke behoeftes van die kind aansluiting sal vind. In dié verband noem Finkelhor en Berliner (1995:1420) die volgende: “Therapists assess the extent to which each particular target is a problem and assign therapeutic modules accordingly. For those areas in which children evince little or no disturbance, a brief review and clarification is sufficient, whereas substantial focused effort is exerted on problem areas”. Dit blyk dus dat ‘n aanvanklike assessering waartydens ‘n behoeftebepaling gedoen word, noodsaaklik is om effektiewe en doelgerige behandeling daar te stel.

Die belangrikheid dat die kind se ontwikkelingsvlak en individuele geskiedenis in ag geneem moet word tydens die terapie word deur Cuffe en Frick-Helms (1995:232) asook Ochberg (1993:774) beklemtoon. Die kind se voorkeure, belangstellings, persoonlikheid, temperament en ondersteuningsstelsel moet ook in berekening gebring word tydens die daarstel van ‘n behandelingsplan.

### **5.3.2.8 Die benutting van fisieke aktiwiteite**

Een van die ontwikkelingsmylpale tydens die middelkinderjare is die verfyning van motoriese vaardighede wat meebring dat die kind sy liggaam ontdek en genoegdoening ervaar. In teenstelling hiermee beleef die kind wat seksueel misbruik is dikwels dat sy liggaam beskadig en sy persoonlike ruimte binnegedring is (Wieland, 1998:8). Volgens Lamers-Winkelmann (1997:109) is dit noodsaaklik om fisieke aktiwiteite tydens terapie te benut aangesien die kind sodoende die geleentheid kry om sy liggaam op ‘n nuwe wyse te beleef asook om kontrole en bekwaamheid te ervaar. Die kind kan deur middel van fisieke aktiwiteite vertroue in sy liggaam herwin en positiewe, nie-seksuele liggaamsaanraking ervaar. Mandjiebal, hokkie, sokker, fietsry, wegkruipertjie en bergklim is voorbeelde van fisieke aktiwiteite wat vir terapeutiese doeleindes benut kan word. Tydens die ondersoek is daar gebruik gemaak van spel soos jagertjie, krieket, balspel en hasie-spring.

### **5.3.2.9      Betrokkenheid van nie-oortredende ouers of betekenisvolle persone**

Die kind se verhouding met die oortreder lei dikwels tot 'n patroon van interaksie wat 'n impak het op alle ander verhoudings of potensiële verhoudings (Hewitt, 1999:86). Die kind wat seksueel misbruik is, kan byvoorbeeld internaliseer dat mense naby aan hom emosionele pyn veroorsaak en nie betroubaar is nie waardeur die kind se vermoë om intimiteit te ervaar, benadeel word. Tydens terapeutiese intervensie sou dit dus belangrik wees om 'n nuwe patroon van interaksie daar te stel waarbinne die kind onder andere kan leer dat nie alle persone onbetroubaar en oortreders is nie.

Die gedagte dat betekenisvolle volwasse persone vanuit die kind se leefwêreld by terapie betrek word, word deur verskeie skrywers ondersteun. (Vgl. Verduyn & Calam, 1999:199 en Faller, 1988:284.) Swenson en Hanson (1998:487) beskou dit as 'n voorvereiste vir effektiewe terapie dat die kind deur 'n versorger ondersteun moet word en so ook noem Bannister (1997:80) dat die totstandkoming van 'n vertrouensverhouding tussen die kind en 'n volwasse persoon, essensieel is vir die daarstel van genesing.

Alhoewel die terapeut 'n belangrike rol speel om aan die kind aanvaarding en nuwe interaksiepatrone te kommunikeer (Friedrich, 1995:54), kan betekenisvolle persone vanuit die kind se lewenswêreld ook met hierdie doel in gedagte, betrek word. Bannister (1997:80) is van mening dat betekenisvolle persone nie noodwendig familieledede hoef te wees nie, maar kan ook pleegouers of veiligheidsouers wees.

Die betrokkenheid van nie-oortredende ouers of betekenisvolle persone by die terapeutiese proses, word sterk benadruk. Dit blyk dat die impak van terapie op dié manier gemaksimaliseer kan word deurdat boodskappe en ervarings kan voortduur selfs na die terapisessie. Deur middel van deelname kan betrokke volwasse persone volgens Friedrich (1994:799) insig ontwikkel

in die relevansie van terapie en kan die kind aangemoedig word om die terapeutiese proses te voltooi. Die nie-oortredende ouer kan veral ook 'n positiewe bydrae lewer deur die kind tydens die aanvang van terapie toestemming te gee om oor die seksuele misbruik te praat. In hierdie ondersoek is die twee huismoeders en 'n maatskaplike werker by die terapie betrek wat 'n ondersteunende rol ten opsigte van die intervensie vervul het.

Aspekte waarby die nie-oortredende ouer of betekenisvolle volwasse persoon betrek kan word, is die volgende:

- hantering van die kind na afloop van 'n terapisessie;
- gee positiewe aandag aan die kind;
- kommunikasie van emosies;
- bied inligting met betrekking tot seksuele ontwikkeling;
- gesprekvoering met die kind oor seksuele misbruik (indien dit die kind se behoefte is);
- die daarstel van sekuriteit en 'n gevoel van veiligheid;
- die gee van komplimente aan die kind;
- die aanleer en positiewe versterking van vaardighede sodat die kind homself teen verdere viktimisasie kan beskerm;
- die aanmoediging en versterking van emosionele en sosialiseringvaardighede.

### **5.3.3 KOMPONENTE VAN DIE INTERVENSIEMODEL**

Die komponente van die intervensiemodel verwys na die fokuspunte van die terapie asook essensiële handeling wat uitgevoer moet word. Die drie fundamentele benaderings dien as uitgangspunt in die formulering van die komponente. Die komponente van die intervensiemodel word vervolgens toegelig, naamlik: omvattende assessering, die ontwikkeling van vaardighede, die geleidelike blootstelling aan herinneringe, kognitiewe en emosionele prosessering asook onderrig aangaande seksuele misbruik, gesonde seksualiteit en persoonlike veiligheid.



### 5.3.3.1 **Omvattende assessering**

Die omvattende assessering van die kind wat seksueel misbruik is, is essensieel tot die daarstel van behandeling (Deblinger & Heflin, 1996:31; Faller, 1995:211; Lamers-Winkelmann, 1997:107 en Trowell, 1999:110). Deblinger en Heflin (1996:31) is van mening dat die terapeut altyd 'n onafhanklike ondersoek na die bewering van seksuele misbruik moet doen. Die rede hiervoor is dat die assessering waardevol is om die impak van die trauma op die kind en sy gesin vas te stel, waarvolgens terapeutiese doelwitte geformuleer behoort te word.

Tydens die assessering moet daar volgens Craig, Erooga, Morrison en Shearer (1997:71) op die kind in geheel gefokus word, nie net op die seksuele misbruik nie. Die boodskap moet reeds tydens die assessering aan die kind oorgedra word dat sy totale menswees vir die terapeut belangrik is. Die terapeut het volgens Faller (1995:212) ten doel om inligting in te win aangaande die legitimiteit van die seksuele misbruik, die aard van die seksuele misbruik, die impak van die seksuele misbruik op die kind en sy algemene psigologiese funksionering. Die veiligheid van die kind en die risiko van verdere seksuele misbruik moet ook vasgestel word (Swenson & Hanson, 1998:477). Hierdie inligting beïnvloed uiteindelik die soort terapie wat benodig word. Die kind wat byvoorbeeld disossiasie as verdedigingsmeganisme gebruik se terapeutiese proses sal aansienlik verskil van die kind wat in staat is om 'n verbale verklaring aangaande die seksuele misbruik te gee.

Individuele onderhoude met die onderskeie gesinslede en gesamentlike gesinsbesprekings moet volgens Leahy (1991:393) deel uitmaak van die assesseringsproses. Die mening word gehuldig dat die assessering van die gesinsinteraksie belangrik is sodat die gesinsdinamika en die gesin se reaksie op die beweerde seksuele misbruik bepaal kan word. Tydens individuele onderhoude met gesinslede moet daar vasgestel word tot watter mate gesinsfaktore aanwesig is wat moontlik tot die seksuele misbruik gelei het of daartoe bygedra het. Dit is ook belangrik om die gesin se beskouing van die

seksuele misbruik te assesser aangesien dit soms gebeur dat ouers hulleself vir die trauma blameer (Macdonald, *et al.* 1995:155). Dikwels vrees ouers ook dat die kind nie van die trauma sal herstel nie.

'n Assessering wat die onderskeie gesinslede insluit, is dikwels vanwee finansiële en praktiese redes nie moontlik nie. Dikwels is gesinslede onbereikbaar of onwillig om by die terapeutiese proses betrokke te raak. Die kinders wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, het geen of beperkte kontak met hulle gesinslede gehad en derhalwe is daar gefokus op kinderhuispersoneel wat ten tye van die terapie by die kind betrokke was.

Die assessering van die kind het dikwels terapeutiese waarde aangesien dit stimuli bied wat die herroeping van inligting bewerkstellig. Die kind kan sodoende in kontak kom met sy ervaring van die seksuele misbruik. Nog 'n voordeel van die assessering is dat dit aan die terapeut die geleentheid bied om die kind te leer ken en rapport met die kind te bewerkstellig.

Die assessering van die kind vind vir die doeleindes van hierdie navorsing volgens twee modelle plaas wat deur dr Renée Potgieter ontwerp is, naamlik: "Model vir assessering van die kind binne sy maatskaplike konteks" (Potgieter, 1993) en "'n Model vir die assessering van die seksueel gemolesteerde kind onder die ouderdom van vyf jaar – 'n Maatskaplikewerk-perspektief" (Potgieter, 1996:187). In die praktyk word hierdie modelle suksesvol gebruik met kinders van alle ouderdomme en blyk dit veral van waarde te wees aangesien inligting op 'n sistematiese en kindervriendelike wyse ingesamel word.

### **5.3.3.2 Die ontwikkeling van vaardighede**

Die kind het nodig om vaardighede aan te leer sodat hy die verskeidenheid emosies, wat die gevolg van die seksuele misbruik is, kan hanteer. Die trauma van die seksuele misbruik veroorsaak volgens Deblinger en Heflin (1996:51) dat 'n groot aantal kinders gekonfronteer word met emosionele

belewensse wat ongekend is in terme van die intensiteit van die emosie. Die kind het ondersteuning nodig ten einde hierdie emosies met ander te deel en effektief te hanteer. Courtois (1999:180) is van mening dat daar reeds vroeg in die terapeutiese proses op die ontwikkeling van vaardighede gefokus moet word. Sodoende kan die kind hierdie vaardighede benut wanneer die trauma geprosesseer word.

Tydens terapie behoort daar veral gefokus te word op die vermoë om uitdrukking te gee aan emosies, kognitiewe selfhandhawingstrategieë en ontspanningstegnieke. Hierdie vaardighede is nodig vir die prosessering van gedagtes en gevoelens wat deur die seksuele misbruik veroorsaak is (Deblinger en Heflin, 1996:51). Afhangende van die behoefte van die kind, kan die terapeut ook op ander vaardighede fokus soos sosiale en probleemoplossende vaardighede. Vervolgens word emosionele vaardighede, kognitiewe selfhandhawingsvaardighede (cognitive coping skills) en ontspanningstegnieke kortliks toegelig.

#### **5.3.3.2.1 Emosionele vaardighede**

Die emosionele vaardighede wat die kind moet leer behels die benoeming van emosies, die identifisering van eie emosies asook die identifisering van ander se emosies. Die identifisering van emosies behels onder meer dat die kind gehelp word om te verstaan hoe sy liggaam op emosie reageer. Die kind moet ook leer hoe om op 'n toepaslike wyse uitdrukking aan emosies te gee (Deblinger & Heflin, 1996:51). Aangesien die middelkinderjare-kind nog in 'n proses is om hierdie ontwikkelingsmylpale te bemeester, blyk dit noodsaaklik te wees om in terapie hieraan aandag te gee.

Kinders ervaar dikwels probleme wanneer hulle op ontoepaslike wyse uitdrukking aan hulle woede gee. 'n Verskeidenheid terapeutiese tegnieke behoort volgens Deblinger en Heflin (1996:51) benut te word om geleentheid te bied tot die ontlading van woede. Die terapeut kan die kind byvoorbeeld aanmoedig om te praat oor sy woede of 'n prent van die oortreder of die

woede te teken. In plaas daarvan om die kind aan te moedig om vir 'n verlengde periode in 'n staat van woede te bly, behoort die kind eerder insig te ontwikkel in sy ervaring van woede. Volgens Deblinger en Heflin (1996:51) fokus sommige kinders op hulle aggressie in 'n poging om hulself van ander pynlike emosies te distansieër. Hierdie kinders moet aangemoedig word om die breë spektrum van emosies te identifiseer en daaraan uitdrukking te gee.

Tydens terapie kan die kind geleer word om gedagtes wat woede opwek, te vervang met kalmerende en positiewe gedagtes (Deblinger & Heflin, 1996:51). Voorbeelde van sulke gedagtes is byvoorbeeld "Ek gaan nie toelaat dat hy (die oortreder) my meer ontstel nie" of "ek gaan daarop fokus om 'n wonderlike toekoms te hê". Die terapeut kan die kind leer om sy aandag weg van die woede te verskuif deur ontspanningsoefeninge te doen of op ander aktiwiteite te fokus. Die uiteindelijke doel is dus nie om toepaslike woede te elimineer nie, maar om te voorkom dat die kind oorweldig word deur sy woede en gevolglik daaraan uiting gee op maniere wat vir hom skadelik is.

#### **5.3.3.2.2 Kognitiewe selfhandhawingstrategieë**

Die kind poog om sin en betekenis aan sy ervaringe te gee, deur bepaalde boodskappe in sy semantiese geheue te inkodeer. Hierdie geïnkodeerde boodskappe word uiteindelik die kind se kernwaarhede aangaande homself en sy wêreld (Knopp & Benson, 1996:86). Die laerskoolkind se onvermoë om abstrak en hipoteties te dink (Davies, 1999:316) lei daartoe dat hy nie in staat is om alle aspekte van die seksuele misbruik in ag te neem nie (Kuehnle, 1996:50). Gevolglik is die kind se denke aangaande die seksuele misbruik dikwels foutief, deurmekaar en disfunksioneel. Dit is noodsaaklik dat die kind bewus word van sy denke aangaande die seksuele misbruik en dat hy dit met die terapeut deel. Volgens Deblinger en Heflin (1996:59) is dit die terapeut se verantwoordelikheid om aan die kind kognitiewe strategieë te leer sodat negatiewe en onakkurate denke gewysig kan word.

Die aanleer van kognitiewe selfhandhawingstrategieë behels volgens Deblinger en Heflin (1996:56) die ontwikkeling van insig met betrekking tot:

- die onderlinge verband tussen denke, gevoelens en gedrag;
- die impak van verskillende denke op emosie;
- die kontroleerbaarheid van denke;
- die beredenering van negatiewe gedagtes en die vervanging daarvan met positiewe, optimistiese denke.

‘n Rollespel kan gebruik word om negatiewe denke te identifiseer en gevolglik met positiewe denke te vervang. Nog ‘n metode om disfunksionele denke te wysig is deur aan die kind positiewe selfverklarings te leer (Deblinger & Heflin, 1996:56). Hierdie selfverklarings moet daarop gemik wees om probleme wat die kind ervaar, aan te spreek. Die kind wat byvoorbeeld glo dat die seksuele misbruik sy skuld is, kan geleer word om te sê “ek het niks gedoen wat die seksuele misbruik veroorsaak het nie”.

#### **5.3.3.2.3 Ontspanningstegnieke**

Kinders wat uitermatige angstigheids ervaar en wat gesprekke oor die seksuele misbruik vermy, kan baat vind by die aanleer van ontspanningstegnieke (Deblinger & Herflin, 1996:70; Friedrich, 1995:16). Die aanleer van ontspanningstegnieke blyk veral vir die kind van waarde te wees tydens slapenstyd aangesien bedreiging dikwels met die slaapkamer of slapenstyd geassosieer word (Friedrich, 1995:16).

Progressiewe ontspanning kan aan die kind geleer word. Dit behels diep asemhaling sowel as die inspanning en daarna die ontspanning van verskillende spiere (Macdonald, *et al.* 1995:238). Visualiseringstegnieke kan ook benut word. Die kind kan homself in sy gedagtes voorstel as ‘n bliksoeldaat wat verander in ‘n nat spaghetti en sodoende visualiseer hoe sy liggaam ontspan (Deblinger & Heflin, 1996:70). Nog ‘n metode is waar die kind deur die terapeut begelei word om ‘n aangename en rustige toneel te visualiseer.

Alternatiewelik kan die kind 'n denkbeeldige of werklike plek herroep waar hy veilig en ontspanne voel en homself na hierdie plek verplaas (Macdonald, *et al.* 1995:239).

#### **5.3.3.4 Geleidelike blootstelling aan herinneringe**

In die literatuur bestaan daar kontroversie oor die mate waarin daar in terapie op die herbelewenis van trauma gefokus moet word (Friedrich, 1995:3). Die standpunt van Friedrich (1995:14) word ondersteun, naamlik dat die effektiwiteit van hulpverlening beperk word wanneer die seksuele misbruik nie geartikuleer en geprosesseer word nie. Die terapeut moet wel in gedagte hou dat die kind meer is as 'n slagoffer en derhalwe behoort alle aspekte van die kind se lewe belangrik geag te word.

Die doel van geleidelike blootstelling aan herinneringe is sodat die interkonneksie tussen angstigheid en stimuli, wat die kind aan die seksuele misbruik herinner, verbreek kan word (Swenson & Hanson, 1998:489). Traumatiese herinneringe wat nie deurgewerk is nie kan volgens Wieland (1998:30) tot ontwrigte funksionering aanleiding gee deur die aanwesigheid van indringende gedagtes, nagmerries, angsaanvalle en herhaaldelike terugflitse.

'n Voorvereiste vir die hantering van herinneringe is dat die kind veilig en gemaklik moet voel in die terapeut se teenwoordigheid en dat die kind 'n ondersteuningsstelsel moet hê (Wieland, 1998:30). Die blootstelling aan gedagtes en herinneringe wat met die seksuele misbruik verband hou, moet volgens Heflin (1996:73) geleidelik plaasvind. Friedrich (1995:15) noem dat die terapeut aan die kind moet verduidelik waarom dit nodig is om herinneringe te onthul en dat die uiteindelige doel is dat die kind geen angstigheid moet ervaar wanneer hy aan die seksuele misbruik dink nie.

Die terapeut behoort volgens Deblinger en Heflin (1996:74) tydens die aanvangsassessment vas te stel watter spesifieke situasies, voorwerpe en herinneringe angstigheid by die kind veroorsaak en deur die kind vermy word, soos donkerte, badkamers, slapenstyd en om alleen te wees saam met vrouens of manspersone. Herinneringe wat die minste bedreiging veroorsaak, word eerste in die terapie hanteer en geleidelik word die kind gekonfronteer met meer intense belewenisse. Die kind en die terapeut kan byvoorbeeld eers oor seksuele misbruik in die algemeen gesels en oor die kind se belewenis van positiewe interaksie met die oortreder. Hierna kan die kind gehelp word om geleidelik die seksuele misbruik te onthul totdat die situasies wat die meeste verleentheid en spanning veroorsaak, bekend gemaak is (Deblinger & Heflin, 1996:80). Die identifikasie en konfrontasie van sensasies, gevoelens, gedagtes en beelde wat met die seksuele misbruik geassosieer word, moet dus aangemoedig word. Behalwe gesprekvoering kan daar van ander hulpmiddels en tegnieke gebruik gemaak word om herinneringe te identifiseer. Die kind kan byvoorbeeld gevra word om die seksuele misbruik te teken of om dit met poppe te demonstreer.

Blootstelling aan herinneringe moet volgens Deblinger en Heflin (1996:88) voortduur totdat daar 'n vermindering in angstigheid by die kind teenwoordig is. Hierna kan strategieë aan die kind geleer word om die herinneringe te hanteer soos onspanningstegnieke, die herhaling van kognitiewe stellings of beelde waar daar 'n positiewe uitkoms is. Die aanleer van strategieë alvorens die kind herinneringe herroep, blyk soms noodsaaklik te wees, veral in die geval waar die kind emosioneel oorweldig word deur sy herinneringe. Die huismoeder of maatskaplike werker kan die kind aanmoedig om hierdie strategieë te benut wanneer hy indringende of oorweldigende emosies buite die terapie-kamer beleef.

#### **5.3.3.5 Kognitiewe en emosionele prosessering van die trauma**

Dit is noodsaaklik dat die seksuele misbruik nie net herskep word nie, maar dat die kind geleentheid tot katarsis of emosionele ontlading gebied word

(Macdonald, *et al.* 1995:166). Die kind moet dus uitdrukking kan gee aan sy emosies soos pyn, hartseer en teleurstelling. Volgens Deblinger en Heflin (1996:89) is dit van terapeutiese waarde dat die kind sy gevoelens en gedagtes aangaande die seksuele misbruik met die terapeut deel.

Die kind moet dikwels eers 'n mate van kontrole ervaar alvorens hy sy weerloosheid kan ontbloot (Bannister, 1997:79). Die kind se fantasieë oor wat hy aan die oortreder wil doen en sê, kan volgens Friedrich (1995:17) benut word om 'n gevoel van mag en beheer te bewerkstellig. Die kind behoort derhalwe aangemoedig te word om tydens die terapie sy fantasieë uit te speel of uit te beeld. Die kind behoort toegelaat te word om vrylik uiting te gee aan sy aggressie ten opsigte van die oortreder, maar moet volgens Macdonald *et al.* (1995:166) bewus wees daarvan dat hy in die terapeutiese situasie dinge mag sê en doen wat andersinds nie moontlik is nie. Die kind moet bekend wees met die reël dat dit onaanvaarbaar is om homself of enige iemand anders seer te maak.

'n Belangrike aspek van die kognitiewe en emosionele prosessering van seksuele misbruik is die vervanging van traumatiese beelde met veilige of meer gewenste beelde. Hierdie proses staan bekend as "imagery rescripting" (Smucker, Dancu, Foa & Niederee, 1995:10). Visualisering word gebruik om bedreigende beelde te vervang met beelde waar die kind mag en kontrole ervaar. Die kind kan byvoorbeeld 'n reddingstoneel visualiseer waar hy deur homself of 'n helper gered word. (Vgl. Doyle, 1995:161 en Macdonald, *et al.* 1995:168.)

Prosessering van gevoelens en gedagtes behels dat disfunksionele gedagtes geëksploreer, geklarifiseer en gekorrigeer word. Hierdie aspek van terapie blyk noodsaaklik te wees aangesien die kind se disfunksionele gedagtes die basis vorm vir die vertolking van toekomstige gebeure en nuwe inligting. Prosessering van gevoelens en gedagtes kan plaasvind deurdat kognitiewe selfhandhawingsvaardighede aan die kind geleer word (Deblinger & Heflin,



1996:89). Die kind het ook nodig om van inligting rakende seksuele misbruik voorsien te word ten einde wanopvattinge te ontbloot.

Dit is belangrik om by die spesifieke disfunksionele en onakkurate persepsies van die kind aansluiting te vind en nie te veralgemeen nie. Deblinger en Heflin (1996:93) noem in die verband die volgend: "...the message of "It's not your fault" should not be routinely presented to all children without respect for their individual situation and circumstances. Indiscriminately providing such messages may, in fact, be confusing to children who never considered themselves responsible in the first place". Die internaliseringsmodel van Wieland (1998:8) kan as 'n riglyn gebruik word vir die eksplorering van moontlike onakkurate persepsies.

#### **5.3.3.6 Onderrig aangaande seksuele misbruik**

Die kind het nodig om van basiese feite rakende seksuele misbruik voorsien te word sodat wanpersepsies gekonfronteer en reggestel kan word. Volgens Cuffe en Frick-Helms (1995:247) is inligting oor seksuele misbruik veral waardevol deurdat dit kan bydra tot 'n mindere gevoel van geïsoleerdheid by die kind. Verder kan die kind begrip ontwikkel vir sy reaksie op die seksuele misbruik en dit as normaal beskou.

Inligting met betrekking tot die volgende aspekte moet volgens Deblinger en Heflin (1996:104) voorsien word:

- 'n definisie van seksuele misbruik;
- die voorkoms van seksuele misbruik;
- wie verantwoordelik is vir die seksuele misbruik;
- wie daardeur geraak word;
- waarom seksuele misbruik plaasvind;
- wat moontlike maniere is waarop kinders reageer wanneer hulle seksueel misbruik word.

### **5.3.3.7 Onderrig aangaande gesonde seksualiteit**

Seksuele misbruik stel die kind op 'n premature en ontoepaslike wyse aan seksuele aktiwiteite bekend en het dikwels 'n negatiewe invloed op die kind se seksuele ontwikkeling (Crisci, *et al.* 1998:365). Dit gebeur meestal dat kinders wat seksueel misbruik word oor weinig toepaslike inligting rakende seks beskik, met die gevolg dat destruktiewe wanopvattinge oor seksualiteit ontstaan (Cuffe & Frick-Helms, 1995:247). Dit is noodsaaklik dat die kind van ouderdomstoepaslike inligting rakende gesonde seksualiteit voorsien word. Die nie-oortredende ouer of 'n betekenisvolle versorger kan bemagtig word om hierdie inligting tuis of tydens gesamentlike terapieesessies met die kind te bespreek.

### **5.3.3.8 Onderrig aangaande persoonlike veiligheid**

Die kind moet bemagtig word om homself teen verdere viktimisasie te beskerm. Hierdie onderrig moet verkieslik eers plaasvind nadat die geleidelike blootstelling aan herinneringe plaasgevind het. Indien dit voor die blootstelling aan herinneringe plaasvind, kan die kind moontlik skuld ervaar omdat hy homself in die verlede nie kon beveilig nie (Deblinger & Heflin, 1996:107). Die volgende konsepte en vaardighede moet aan die kind geleer word:

#### **5.3.3.8.1 Liggaamseienaarskap**

Die kind moet leer dat sy liggaam aan hom behoort en dat hy die reg het om toegang tot sy liggaam te beheer. Die kind mag met ander woorde "nee" sê as iemand hom wil aanraak of soen (Doyle, 1995:163). Die kind moet volgens Deblinger en Heflin (1996:107) verstaan dat alle liggaamsdele belangrik is en dat niemand die reg het om enige deel van sy liggaam seer te maak nie.

#### **5.3.3.8.2 Aanrakingskontinuum**

Die kind moet verstaan dat daar verskillende maniere is waarop iemand aangeraak kan word en dat nie alle vorme van aanraking aanvaarbaar is nie (Macdonald, *et al.* 1995:122). Volgens Deblinger en Heflin (1996:109) moet die kind begrip ontwikkel vir die gereedmakingsproses (“grooming”) wat die oortreder dikwels gebruik en besef dat aanraking wat nie noodwendig verkeerd is nie, maar wat ongemak by die kind veroorsaak, deel kan wees van dié gereedmakingsproses. Die behoefte aan genotvolle en veilige aanraking en maniere om daaraan uiting te gee, moet volgens Crisci *et al.* (1998:376) geëksploreer en aangemoedig word.

#### **5.3.3.8.3 Die reg om “nee” te sê**

Die terapeut moet die kind leer dat hy die reg het om “nee” te sê wanneer hy op ‘n onaanvaarbare wyse aangeraak word (Deblinger & Heflin, 1996:124). Die kind moet besef dat hy selfs vir ‘n volwasse persoon wat onaanvaarbaar optree, mag “nee” sê (Macdonald, *et al.* 1995:124). Dit is veral van waarde indien die kind kan oefen om duidelik “nee” te sê.

#### **5.3.3.8.4 Geheime**

Die verskil tussen toepaslike en ontoepaslike geheime moet aan die kind verduidelik word (Deblinger & Heflin, 1996:111, Macdonald, *et al.* 1995:124 en Lamers-Winkelman & Bicanic, 2000:61). Toepaslike of “goeie” geheime kan gedefinieer word as geheime wat vir ‘n kort rukkie gehou word met die doel om iemand te verras. ‘n Voorbeeld van ‘n toepaslike geheim is wanneer die kind ‘n verjaardag geskenk vir sy maat koop en dit ‘n geheim gehou. ‘n Ontoepaslike of “slegte” geheim veroorsaak ongemak by die kind en kan met behulp van voorbeelde verduidelik word. ‘n Slegte geheim is byvoorbeeld wanneer iemand ‘n lekker by die snoepie gesteel het en vir die kind vra om vir niemand daarvan te vertel nie (Lamers-Winkelman & Bicanic, 2000:61).

Crisci *et al.* (1998:144) maak die onderskeid tussen veilige en gevaarlike geheime en beklemtoon dat veilige geheime pret is en veroorsaak dat die kind opgewonde en lekker voel. Gevaarlike geheime laat die kind bang, onseker en verward voel. Volgens Crisci *et al.* (1998:141) moet die terapeut erkenning verleen aan die redes waarom die kind moontlik die seksuele misbruik 'n geheim gehou het sodat die kind nie verdere skuld internaliseer nie.

#### **5.3.3.8.5 Om iemand te vertel**

Die kind moet aangemoedig word om so gou as moontlik met iemand te praat wanneer hy 'n negatiewe ervaring het of seksueel misbruik word. Die terapeut en kind kan saam 'n lys maak van persone wat die kind vertrou. Gesinslede en nie-gesinslede moet hierby ingesluit word aangesien seksuele misbruik dikwels in die gesin plaasvind. Die kind moet aangespoor word om aan te hou om van negatiewe ervaringe te vertel totdat iemand hom help (Deblinger & Heflin, 1996:111).

### **5.4 SAMEVATTING**

'n Intervensiemodel vir die middelkinderjare-kind wat seksueel misbruik is, is in hierdie hoofstuk beskryf. Die oogmerk van hierdie model is nie om terapie tot 'n enkele behandelingsprogram te vereenvoudig nie, maar om 'n teoretiese raamwerk te bied van die komponente van behandeling, die benaderings asook beginsels wat nodig blyk te wees vir die daarstel van gestruktureerde, effektiewe, korttermyn behandeling.

Die kombinasie van 'n misbruik-gefokusde benadering, kognitiewe gedragsterapeutiese benadering en 'n psigomotoriese benadering word in die intervensiemodel nagevolg. 'n Misbruik-gefokusde benadering onderskryf die belangrikheid van die herbelewenis en onthulling van die seksuele misbruik, hetsy op direkte of indirekte wyse, sodat gevoelens, beelde en oortuigings wat met die seksuele misbruik verband hou, geklarifiseer en gekorrigeer kan word. 'n Kognitiewe gedragsterapeutiese benadering benadruk doelgerigte

intervensie waartydens die interafhanklikheid van kognisies, gedrag en emosies gebruik word om verandering te bewerkstellig. Die benutting van liggaamsbeweging en liggaamservaringe word deur die psigomotoriese benadering onderskryf.

Die beginsels onderliggend aan die intervensiemodel verwys na die essensiële veranderlikes wat in terapie aanwesig moet wees. Die veiligheid van die kind, eerlikheid, benutting van verskillende hulpmiddels, aansluiting by die kind se taalontwikkeling, afwisseling van aktiwiteite, voorspelbaarheid, individualisering van terapeutiese hulpverlening, die benutting van fisieke aktiwiteite en betrokkenheid van nie-oortredende ouers of betekenisvolle persone word as beginsels bespreek.

Die komponente of fokuspunte van die intervensiemodel verwys na die essensiële handeling wat tydens die terapie uitgevoer moet word. Die komponente behels 'n omvattende assessering, die ontwikkeling van vaardighede, geleidelike blootstelling aan herinneringe, kognitiewe en emosionele prosessering van die trauma asook onderrig aangaande seksuele misbruik, gesonde seksualiteit en persoonlike veiligheid. In Hoofstuk 6 word die intervensieprogram uiteengesit waartydens daar veral op die beskrywing van die terapisessies gefokus word.