

# Niet meer door het lint

## Interventiebeschrijving



## Colofon

### Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Organisatie Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant  
Contactpersoon Arno van Dam  
Adres Postbus 371  
Postcode 4600 AJ  
Plaats Bergen op Zoom  
E-mail [a.vandam@ggzwnb.nl](mailto:a.vandam@ggzwnb.nl)  
Telefoon 0164 289 497  
Website [www.nietmeerderdoorhetlint.nl](http://www.nietmeerderdoorhetlint.nl)  
Linkedin groep 'Niet meer door het lint'

### Referentie in verband met publicatie

Arno van Dam en Carola van Tilburg

*Niet meer door het lint*

Databank Effectieve interventies huiselijk geweld en seksueel geweld, Databank Effectieve sociale interventies

Utrecht, Movisie

Februari 2011, herzien februari 2015

Voor meer informatie en contact verwijzen wij naar [www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies](http://www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies) en [www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effektieve-interventies](http://www.huiselijkgeweld.nl/interventies/effektieve-interventies).

Het werkblad dat gebruikt is voor het maken van deze interventiebeschrijving is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



## Inhoud

Colofon .....	2
Uitgebreide beschrijving .....	6
1. Probleemomschrijving .....	6
2. Beschrijving interventie.....	8
3. Onderbouwing .....	16
4. Uitvoering.....	22
5. Onderzoek naar praktijkervaringen .....	25
6. Onderzoek naar de effectiviteit.....	30
7. Aangehaalde literatuur .....	34
Bijlage 1 .....	40

# Samenvatting Niet meer door het Lint

---

## Doelgroep

Mannen met agressieproblemen.

De doelgroep kan tevens bestaan uit vrouwen met agressieproblematiek.

---

## Doel

Het verminderen van agressief gedrag en het versterken van het probleemoplossend vermogen.

---

## Aanpak

*Niet meer door het lint* is een cognitief-gedragstherapeutische groepstherapie. Geweldplegers leren hun gedrag te veranderen, krijgen handvatten om met moeilijke situaties om te gaan en vergaren inzicht in het ontstaan van (partner)geweld en hoe ze dit kunnen voorkomen.

Het behandelprogramma bevat standaard een groepsbehandeling voor mannen met daarnaast relatiegesprekken, zo nodig aangevuld met extra behandelmodules. De groepsbehandeling *Niet meer door het lint* hanteert een carouselmodel, er is eens per vier maanden een in- en uitstroommoment. De groepssessies vinden wekelijks plaats en bestaan uit twee onderdelen van elk een uur. Het behandelprotocol beslaat 18 sessies, cliënten beschikken over een werkboek en krijgen wekelijks huiswerkopdrachten.

---

## Uitvoerende organisaties

*Niet meer door het lint* wordt toegepast in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ WNB, GGZBreda, GGzE), in de dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking (Amarant) en binnen een penitentiaire instelling (PI Breda). SOM Amsterdam (maatschappelijke dienstverlening) werkt ook met de interventie.

---

## Onderzoek

De effectiviteit van de interventie *Niet meer door het lint* is onderzocht in een tweetal pilotonderzoeken met voor- en nameting (Ter Berg, 2006; Serie, Van Tilburg, Van Dam & De Ruiter, 2014). De resultaten laten bij de cliënten een daling in het algemene klachtenniveau zien, een significante afname van hostiliteit (vijandigheid) en een verandering in *coping* stijl. Deze resultaten hebben geleid tot de opzet van een uitgebreid effectonderzoek waarbij het effect van de interventie in samenhang met patiëntkenmerken, psychobiologische factoren en therapie-integriteit wordt geëvalueerd. Dit onderzoek wordt momenteel in samenwerking met de Universiteit Maastricht uitgevoerd.

---

## Werkzame elementen

- Een uitgebreide *assessment* aan de hand van een intake en de afname van gevalideerde vragenlijsten. Hier wordt het type dader in kaart gebracht, de mate en ernst van het geweld, de motivatie voor deelname en co-morbiditeit en/of psychosociale problematiek.
- Het carouselmodel biedt binnen het groepsproces mogelijkheden om maatwerk te leveren en de duur van de behandeling aan de individuele cliënt aan te passen. Op indicatie kunnen aanvullende behandelmodules worden toegevoegd.
- Cognitieve gedragstherapie (CBT) en vaardigheidstraining.
- Een sessie psychomotore therapie (PMT) draagt bij aan het aanleren van vaardigheden en vergroot de groepscohesie.

- Huiswerkopdrachten uit het werkboek worden aangepast aan de fase van motivatie voor gedragsverandering waarin cliënten zich bevinden.
- Door de groepstherapie voelen cliënten zich door elkaar gesteund en ervaren ze (h)erkenning bij de andere groepsleden.
- Terugvalpreventie.
- Begeleiding door zowel een mannelijke als een vrouwelijke hulpverlener, die elk een aanvullende (voorbeeld)functie voor de groep vervullen.
- Het werken in sekse-homogene groepen waardoor er gemakkelijker en vrijer wordt gepraat over problemen met de andere sekse en de herkenbaarheid op verschillende thema's groter is.

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### Probleem

De interventie *Niet meer door het lint* richt zich op het verminderen en voorkomen van agressie. Met agressie wordt bedoeld: ieder gedrag dat op een ander individu gericht is en als onmiddellijk doel heeft de ander schade te berokkenen (Anderson & Bushman, 2002). De ontwikkelaars onderscheiden fysieke agressie, verbale agressie en materiële agressie:

- Fysieke agressie: alle lijfelijke, op een andere persoon gerichte uitingen van agressiviteit. Hieronder vallen onder meer slaan, schoppen, verwonden, opsluiten, gedwongen seksuele intimiteit en het onthouden van zorg.
- Verbale agressie: op de persoon gerichte bedreigingen, kleinerende opmerkingen, chantage en scheldpartijen (Van Dijk, Flight, Oppenhuis & Duesmann, 1997).
- Materiële agressie: alle geweld gericht tegen goederen.

Er zijn verschillende typen geweld. De ontwikkelaars onderscheiden huiselijk geweld en publiek geweld (Beke, De Haan & Terlouw, 2001):

- Huiselijk geweld: fysieke, mentale of seksuele mishandeling, waarbij inbreuk wordt gedaan op de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door een persoon uit de directe sociale kring van het slachtoffer. Het kan hierbij gaan om de (ex-)partner, directe familie of om vrienden (van de familie) van het slachtoffer (Van Dijk et al., 1997).
- Publiek geweld: geweld dat zich op straat en in semipublieke ruimten afspeelt, exclusief het geweld tussen (ex-)partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden (Lünnemann & Bruinsma, 2005). Ook hier kan het zowel materieel, verbaal, seksueel als fysiek geweld betreffen.

Wanneer zowel huiselijk als publiek geweld gebruikt wordt, wordt in navolging van Lünnemann & Bruinsma (2005) de term 'algemeen geweld' gebruikt.

---

### Spreiding

*Huiselijk geweld* wordt in 80% van de gevallen gepleegd door mannen en komt voor in alle sociaaleconomische klassen en binnen alle culturen in de Nederlandse samenleving. Er worden drie vormen van huiselijk geweld onderscheiden: partnergeweld, kindermishandeling en oudermishandeling. Huiselijk geweld is de meest voorkomende geweldsvorm in onze samenleving; cijfers uit politieregistraties laten zien dat in Nederland per jaar 160.000 tot 200.000 mensen slachtoffer worden van huiselijk geweld en dit melden bij de politie en dat jaarlijks rond de 100.000 mensen verdacht worden van het plegen van huiselijk geweld (Van der Heijden, Cruyff & Van Gils, 2009; Lünnemann & Bruinsma, 2005; Van der Veen & Bogaerts, 2010). Uit onderzoek gebaseerd op politiecijfers blijkt dat in 2006 ruim een derde (33.8%) van de overleden personen in Nederland is omgekomen als gevolg van huiselijk geweld (Ferwerda & Hardeman, 2013; Nieuwenhuis & Ferwerda, 2010). Op huiselijk geweld rust nog steeds een maatschappelijk taboe en slachtoffers vinden het moeilijk om met het probleem naar buiten te komen. Geschat wordt dat slechts 20% van de huiselijk geweldsincidenten wordt gemeld bij de politie (Van der Veen & Bogaerts, 2010). Schattingen van het werkelijke aantal gevallen variëren van 296.000 geschat door gemeentes in Nederland tot 500.000 gevallen per jaar geschat op basis van politiecijfers (Van Egten, 2005).

Onderzoek naar de omvang van *publiek geweld* beperkt zich vaak tot de bij de politie geregistreerde incidenten. De totale omvang van publiek geweld is niet bekend en verschillende monitors tonen verschillende cijfers, maar op grond van politieregistraties wordt geschat dat in 2008 6,8 geweldsdelicten per 1000 inwoners werden geregistreerd (Witvlied, Timmermans & Homburg, 2010). De integrale

veiligheidsmonitor laat zien dat uit slachtofferenquêtes blijkt dat in 2008 naar schatting 2,3% van de bevolking slachtoffer is geweest van bedreiging, dat ongeveer 1,5% van de bevolking slachtoffer is geweest van mishandeling en dat ongeveer 0,9% slachtoffer is geweest is van seksueel geweld (Witvlied et al., 2010).

Cijfers over daders zijn moeilijk te geven omdat de prevalentie van agressief gedrag meestal wordt berekend vanuit het standpunt van veiligheid en maatschappelijke overlast. Het aantal daders zal lager liggen dan het aantal slachtoffers, omdat daders meerdere slachtoffers kunnen maken. Daders van zowel huiselijk als publiek geweld zijn voornamelijk van het mannelijk geslacht (Hakkert, 2002).

Exacte cijfers van geweld door vrouwen zijn in Nederland niet bekend. Op grond van Amerikaanse statistieken kan geconcludeerd worden dat slechts een klein deel van geweldsdelicten voor rekening van vrouwen komt, dat de intensiteit gemiddeld minder is en dat dit geweld vaker gericht is tegen de eigen kinderen (Transact, 2006).

Wanneer u wilt beschikken over meer actuele of gedetailleerde informatie, verwijzen wij u naar [www.huiselijkgeweld.nl](http://www.huiselijkgeweld.nl), [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) of [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

---

### **Gevolgen**

In 2010 zijn er door de politie 44 sterfgevallen ten gevolge van huiselijk geweld geregistreerd; het betrof hier 10 mannen, 20 vrouwen en 14 kinderen (Movisie, 2011). Zeker 80.000 kinderen in Nederland houden blijvend lichamelijk letsel over aan huiselijk geweld (Assen & Kingma, 2003). Kinderen die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld, zowel als slachtoffer als getuige, lopen een verhoogd risico opnieuw slachtoffer te worden of zelf dader te worden (Ehrensaft et al., 2003; Van Tilburg & Van Dam, 2013). Volwassen slachtoffers van partnergeweld rapporteren psychische en lichamelijke klachten en eenzaamheid en lopen een verhoogd risico opnieuw slachtoffer te worden van partnergeweld (Kuijpers, Van der Knaap & Lodewijks, 2011).

Hoewel recente gegevens ontbreken, worden de kosten van *huiselijk geweld* in Nederland, omgerekend naar aanleiding van een onderzoek uit 1997, geschat op jaarlijks 332 miljoen euro (Korf, Mot, Meulenbeek & Van den Brandt, 1997). De kosten voor werkgevers door verzuim ten gevolge van huiselijk geweld werden in 2010 geschat op 74 tot 192 miljoen euro per jaar (Visee & Homburg, 2010). Onderzoek uit Denemarken laat zien dat de kosten voor lichamelijke en psychische zorg voor vrouwen die mishandeld zijn jaarlijks rond de 1800 euro per persoon liggen (Kruse, Sørenseb, Brønnum-Hansen & Helweg-Larsen, 2011). In een Amerikaans onderzoek werden bedragen gevonden tussen 1200 en 3200 euro (Brown, Finkelstein & Mercy, 2008), gemiddeld ongeveer 1800 euro hoger dan voor vrouwen die niet zijn mishandeld.

*Publiek geweld* zorgt bij slachtoffers voor fysieke, materiële en emotionele schade. Hoe hoog de schade is uitgedrukt in kosten, is niet bekend. Het Schadefonds Geweldsmisdrijven heeft in 2011 een bedrag van 10,4 miljoen euro uitgekeerd, waarvan 7,1 miljoen euro voor immateriële schade en 3,3 miljoen euro voor materiële schade. Het aandeel van geweldsdelicten in de totale criminaliteit bedraagt ongeveer 8% (Schreuders et al., 1999), hiervan uitgaande bedragen de totale justitiële kosten jaarlijks 350 miljoen euro.

Naar schatting bedragen de totale maatschappelijke kosten van geweld, dus zowel huiselijk als publiek geweld, ongeveer 790 miljoen euro per jaar (CCV/Ministerie van Justitie, 2005).

---

## 2. Beschrijving interventie

---

### 2.1 Doelgroep

De doelgroep van de interventie bestaat uit mannen met agressieproblemen, tussen +/-17 en 70 jaar. Het gaat om ggz-cliënten die vrijwillig in behandeling zijn. Sociaaleconomische status is niet van belang, goed begrip van de Nederlandse taal is een pre, kunnen lezen en schrijven een voorwaarde.

De doelgroep kan tevens bestaan uit vrouwen met agressieproblematiek, een therapiegroep gericht op vrouwelijke plegers van huiselijk geweld kan gebruik maken van behandelprotocol *Niet meer door het lint* zoals dat voor mannen is opgezet. Door het werken met sekse-homogene groepen kan er goed worden ingespeeld op de specifieke dynamiek en thematiek in de groep, die bij mannen en vrouwen verschillend van aard zijn.

De ontwikkelaars geven er de voorkeur aan voor allochtone daders van de eerste en tweede generatie een aparte groep op te zetten. De redenen hiervoor zijn dat de achtergronden, thematiek en in stand houdende factoren bij deze doelgroep tamelijk specifiek zijn. Onder de noemer *Samen werken tegen agressie* (Busto-Puertas, Steenkist & Van Dam, 2010) is het bestaande *Niet meer door het lint* behandelprotocol aangepast, zodat het beter aansluit bij de behoeften en de leermogelijkheden van Turkse en Marokkaanse plegers van huiselijk geweld.

---

### Intermediaire doelgroepen

De partners van deelnemers aan de groep *Niet meer door het Lint* worden voorafgaand aan de therapie, halverwege de therapie en bij de evaluatie betrokken bij de behandeling door middel van partnergesprekken. Op indicatie kan de frequentie van deze gesprekken verhoogd worden. Voor slachtoffers en partners van huiselijk geweldplegers is er parallel aan *Niet meer door het lint* een aparte therapiegroep ontwikkeld, *Uit de schaduw* (Blaakman & Strik, 2014).

---

### Selectie van doelgroepen

Verwijzingen naar het programma komen via de volgende kanalen.

- De huisarts. Naar aanleiding van geweld is er een crisis ontstaan waarbij de dader hulp zoekt, vaak om te voorkomen dat zijn partner hem verlaat, hij met justitie in aanraking komt of zijn werk verliest.
- De casemanager van het Steunpunt Huiselijk Geweld, na het instellen van een tijdelijk huisverbod.
- De ggz of vrijgevestigde praktijken, waar een deel van de aangemelde cliënten al in behandeling is voor een andere klachten en het agressieprobleem secundair is. Soms blijkt de aanmeldklacht niet de primaire klacht te zijn en komt deze juist voort uit bestaande agressieproblematiek. Agressieproblemen kunnen ook verborgen problemen zijn die gaande een behandeltraject zichtbaar worden.
- De reclassering, de verslavingszorg en het maatschappelijk werk.
- Bemoeizorg: geweldplegers worden actief benaderd als er binnen het Veiligheidshuis meldingen binnenkomen van recidiverend huiselijk geweld.

Geïndiceerd voor het behandelprogramma zijn plegers van zowel huiselijk geweld als publiek geweld die in enige mate gemotiveerd zijn voor behandeling. Vaak is er sprake van co-morbiditeit, zoals angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek of middelenafhankelijkheid.

Contra-indicaties:



- Het geweld vindt uitsluitend plaats onder invloed van middelen.
- Ernstige psychopathologie zoals floride psychose of acute suïcidaliteit.
- Een ernstige stoornis in het autismespectrum.
- Matige tot diepe zwakbegaafdheid.
- Er is sprake van psychopathie (meetbaar met o.a. PCL-R; Hare, 1991). Een individuele behandeling behoort dan wel tot de mogelijkheden.
- Er is geen enkele motivatie voor behandeling (meetbaar met onder andere TEQ; Wild, Cunningham & Ryan, 2006).

Het gebruik van middelen dient goed uitgevraagd te worden en waar mogelijk gecheckt bij anderen. Dit wordt ook meegenomen in de metingen voorafgaand aan instroom in het programma (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; DUDIT; Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2003). Middelengebruik kan een belangrijke factor zijn in het ontstaan van agressie. Als geweld uitsluitend ontstaat onder invloed van middelen, ligt het voor de hand om eerst het middelengebruik te behandelen bij een daarin gespecialiseerde instelling. Als het geweld zowel onder invloed van middelen als in situaties zonder middelenmisbruik plaatsvindt, is het van belang om het middelengebruik aandacht te geven in de agressiebehandeling.

## 2.2 Doel

### Hoofddoel

De interventie *Niet meer door het lint* heeft als doel agressief gedrag te verminderen, zowel in frequentie als in ernst, en om het probleemoplossend vermogen te vergroten.

### Subdoelen

We onderscheiden de volgende subdoelen in de therapie die leiden tot het bereiken van het hoofddoel.

- De deelnemer is zich bewust van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan een agressieve uitbarsting.
- De deelnemer herkent signalen van spanningsopbouw die leiden tot agressie.
- De deelnemer is in staat om emoties van elkaar te onderscheiden en deze te uiten op een vroegtijdig moment in de opbouwfase zonder agressie te gebruiken.
- De deelnemer kan vroegtijdig ontlokkers herkennen, waarna de cliënt ontlokkers uit de weg kan gaan en zo een uitbarsting kan voorkomen.
- De deelnemer heeft cognitieve vertekeningen van het gedrag van anderen bijgesteld.
- De deelnemer kan disfunctionele gedachten omzetten naar functionele gedachten door het gebruik van g-schema's. Het g-schema is een hulpmiddel dat gebruikt kan worden om erachter te komen welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens bij je wakker roept. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag en dat gedrag leidt weer tot bepaalde gevolgen.
- De deelnemer is in staat spanning te verlagen door het toepassen van diverse relaxatietechnieken, gericht op ombuigen van de opbouwfase en daarmee voorkomen van agressieve uitbarstingen.
- De deelnemer beheerst de *time-out* procedure waarmee hij een agressieve uitbarsting kan voorkomen.
- De deelnemer beheerst probleemoplossingsvaardigheden waarmee hij zelf in staat is adequaat om te gaan met problemen en moeilijkheden.
- De deelnemer beheerst sociale vaardigheden waarmee hij meningsverschillen of conflicten met anderen kan oplossen zonder agressie te gebruiken en waarmee hij beter grenzen kan aangeven en kan omgaan met het ontvangen en geven van kritiek.
- De partnercommunicatie van de deelnemer is verbeterd door middel van systeemgesprekken.

De behandeldoelen worden met iedere cliënt samen SMART geformuleerd (Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden).

---

## 2.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

#### De groepsbijeenkomsten

Het protocol *Niet meer door het lint* bestaat uit 18 sessies groepstherapie. De groepssessies vinden wekelijks plaats en bestaan uit twee onderdelen van een uur.

Het eerste uur van de bijeenkomst wordt gebruikt voor psycho-educatie, uitleg van theorie en het bespreken van huiswerkopdrachten. Huiswerkopdrachten worden per sessie gegeven en kunnen bestaan uit bijvoorbeeld monitor- en registratieopdrachten, het maken van agressieketens, het oefenen van sociale vaardigheden of het invullen van gedachtenschema's. Het tweede uur bestaat uit gesprekstherapie, waarbij ieder groepslid bespreekt of er de afgelopen week incidenten zijn geweest waarin men zich agressief gedragen heeft, of er agressie is opgebouwd of dat er juist een risicovolle situatie is geweest waarin geen geweld is gebruikt. De ervaringen van de groepsleden worden geplaatst in de hun bekende agressieketen en er worden alternatieven besproken hoe deze te onderbreken.

Tijdens het tweede uur kan één van deze situaties gedetailleerd worden uitgewerkt in een agressieketen of delictscenario en worden gedragsalternatieven besproken en/of geoefend. Therapeuten kunnen het tweede uur ook gebruiken om vaardigheden (zoals probleem oplossen en communicatie) te oefenen of een thema (zoals man-vrouw verschillen, seksualiteit, de opvoeding van de kinderen) te behandelen. De therapeuten kiezen het onderwerp op grond van wat er actueel aan de orde is en wat past bij de motivatiefase waarin de groepsleden zich bevinden.

#### De begeleiding

De groep wordt begeleid door een mannelijke en een vrouwelijke therapeut. Groepsleden accepteren gemakkelijker autoriteit van een mannelijke therapeut. Ze hebben soms moeite om zich in te leven in de motieven en belevingswereld van vrouwen. De vrouwelijke therapeut kan 'modelen' en psycho-educatie geven.

De therapeuten hebben een directieve houding tijdens de groepssessies. Zij kunnen afwisselend individueel met een cliënt werken in het bijzijn van de groepsleden en de groepsleden op elkaar laten reageren. De nadruk ligt op een individueel passende benadering binnen de groep.

#### Meersporenaanpak

*Niet meer door het lint* volgt een meersporenaanpak. Naast de groepsbehandeling voor agressieve mannen vormen relatiegesprekken een vast onderdeel van het behandelprogramma. Verder kunnen op indicatie de volgende modules worden toegevoegd.

- (Echt)parencommunicatietraining; een training waarin drie tot vijf (echt)paren volgens de methode Goldstein voor paren in 16 sessies oefenen met de vaardigheden praten en luisteren, samen overleggen, uiten van boosheid en uiten van genegenheid.
- Een groep voor getraumatiseerde vrouwen, *Uit de schaduw* (Blaakman & Strik, 2014); partners van agressieve mannen leren hier om te gaan met PTSS-verschijnselen en krijgen psycho-educatie over geweld in relaties.
- Een groep voor kinderen die getuige of slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld, *Let op de kleintjes* (De Ruiter, 1999).
- Individuele gesprekken; aan cliënten of hun partner kan ook een serie individuele gesprekken worden aangeboden, gericht op bijvoorbeeld de verwerking van trauma's of verslavingsproblematiek.

- Medicamenteuze behandeling; cliënten met onder andere ernstige depressieve klachten, slaapproblemen, (rand)psychotische symptomen of ADHD worden verwezen voor een psychiatrisch consult en zo nodig op medicatie ingesteld.

De reden voor de meersporenaanpak is dat er vaak problemen spelen op meer dan één gebied. Naast agressieproblematiek kunnen zich problemen voordoen op financieel vlak, in de relatie met de partner of de opvoeding van kinderen en in het misbruik van middelen. Na een zorgvuldige probleeminventarisatie en risicotaxatie tijdens de intake worden vaak verschillende sporen tegelijk met soms meerdere instanties ingezet. Het is belangrijk om goed af te spreken wie dan de regie heeft over de totale behandeling. Een meersporenaanpak is in ieder geval geïndiceerd bij huiselijk geweld, omdat daar per definitie meer partijen bij betrokken zijn.

### **Carrouselmodel**

*Niet meer door het lint* hanteert een carrouselmodel en kent eens per vier maanden een in- en uitstroommoment. Bij een carrouselmodel wordt een programma volgens een vaste structuur in een bepaalde cyclus voor de groep herhaald en kunnen cliënten op vaste momenten in- en uitstromen (Deneer, 2001, 2004; Hakstege, 2004). Er is voor het carrouselmodel gekozen omdat behandeling van agressie in de regel langduriger moet zijn en maatwerk vereist (De Ruiter & Veen, 2005). Daarnaast biedt het carrouselmodel meer mogelijkheden om binnen het groepsproces maatwerk te leveren en de duur van de behandeling aan de individuele cliënt aan te passen.

Met de cliënten wordt aan het einde van elke ronde van 18 sessies geëvalueerd of het verstandig is om te stoppen of dat er een nieuwe behandelronde moet volgen. De evaluatie vindt plaats aan de hand van de ervaringen van de cliënt en diens partner, de bevindingen van de therapeuten en de uitkomst van de vragenlijsten bij de nameting. Door het halfopen karakter van de groep nemen ervaren én minder ervaren groepsleden deel aan de groep. De behandelduur kan variëren van vier maanden tot twee jaar. Gemiddeld blijven cliënten acht maanden in behandeling. Het minimum aantal deelnemers aan de groep is zes, het maximum aantal deelnemers is tien.

### **Locatie en uitvoerders**

*Niet meer door het lint* wordt toegepast in de reguliere ggz (onder andere GGZ WNB, GGZ Breburg, GGZE, Yulius, Emergis, GGZuidland), in de dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking (Amarant) en binnen een penitentiaire instelling (PI Breda). SOM Amsterdam (maatschappelijke dienstverlening) werkt ook met de interventie. De basis van de interventie is bij alle hierboven genoemde instellingen hetzelfde. Variatie is mogelijk vanwege de specifieke doelgroep (Amarant) en/of de setting (PI Breda).

In 2014 is een zelfhulpgroep *Mannen tegen agressie* opgezet voor mannen die hebben deelgenomen aan *Niet meer door het lint* met als doel het consolideren van geleerde technieken en het voorkomen van terugval (Van Dam, Van Tilburg, Steenkist & Buisman, 2015). Deze groep is opgezet voor en door ex-deelnemers van *Niet meer door het lint*. De zelfhulpgroep is gebaseerd op het 12 stappen model van de AA (anonieme alcoholisten). Veel problemen die een rol spelen bij het stoppen met een verslaving, bleken ook een rol te spelen bij het stoppen met agressie. Samen met een aantal hulpverleners van GGZ Westelijk Noord-Brabant heeft een aantal mannen die in het verleden last hadden van agressieproblemen een 12 stappenplan voor de 'Mannen tegen Agressie' zelfhulpgroep ontwikkeld. Op de website 'Mannen tegen Agressie' is informatie te vinden en kunnen mannen elkaar adviezen geven hoe hun agressie onder controle te houden ([www.mannentegenagressie.nl](http://www.mannentegenagressie.nl)). Dit project is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van Leefbaarheid Brabant (L@B).

## **Inhoud van de interventie**

### **De intake**

In de intakefase wordt aan de hand van gesprekken met de dader en diens partner een beeld gevormd van het type dader, wat voor soort geweld er wordt gebruikt in welke situaties, of er nog andere problemen zijn en wat de motivatie voor behandeling is. Er wordt tevens een aantal gevalideerde vragenlijsten afgenomen met als doel gegevens uit de gesprekken te ondersteunen, psychopathologie in kaart te brengen en om als *baseline* te gebruiken voor therapie-evaluatie (Van Dam et al., 2009).

Om de kans op recidive te objectiveren kunnen risicotaxatie-instrumenten, zoals de Historical Clinical Riskmanagement-20 (HCR-20) (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) en de Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-Safer) (Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1999), worden gebruikt.

## Sessies

De volgende thema's komen in het behandelprotocol per sessie aan de orde.

1. Kennismaking en psycho-educatie agressiekring
2. Spanning en de spanningsthermometer
3. Motivatie
4. Opstellen van veranderdoelen
5. Ontlokkers en signalen van spanningsopbouw
6. Agressiekring
7. Agressieketen
8. Time-out en ontspanningsoefeningen
9. Gedachtenschema's
10. Gedachtenschema's
11. Coping en probleem oplossen
12. Communicatie
13. Assertiviteit en sociale vaardigheden
14. Assertiviteit en sociale vaardigheden
15. Communicatie met leidinggevenden en instanties
16. Emoties/verleden/relaties/opvoeding
17. Emoties/verleden/relaties/opvoeding
18. Terugvalpreventie.

Naast het werkboek en het handboek voor therapeuten is er een behandelprotocol opgesteld voor NMDHL. Ter illustratie wordt hieronder een sessie van NMDHL beschreven.

1. Afname ORS
2. Mededelingen uit de groep
3. Bespreken huiswerk:
  - a. Vragen naar aanleiding van huiswerk
  - b. Lijst ontlokkers doornemen
  - c. Lijst signalen van spanningsopbouw doornemen
4. Uitleg doodlopende 'straat van geweld'
5. Uitleg agressiekring
6. Pauze
7. Weekbespreking: elke cliënt komt aan bod en bespreekt waar hij die week tegenaan is gelopen, of er agressie-uitbarstingen zijn geweest of dat er juist dingen goed zijn gegaan. Bij voorbeelden van agressie of dreigende agressie deze weer in de agressiekring zetten.
8. Huiswerk voor volgende keer: nogmaals doornemen hoofdstuk 4, opdrachten maken hoofdstuk 5.
9. Afname Session Rating Scale (SRS)
10. Afsluiten.

## Psychomotorische therapie

Eén van de sessies staat in het teken van psychomotorische therapie (PMT). Deze bijeenkomst vindt plaats in een sportzaal en wordt geleid door een psychomotorisch therapeut. De PMT-sessie heeft onder andere tot doel:

- Leren herkennen van lichamelijke signalen die te maken hebben met opkomende woede.
- Leren herkennen en erkennen van eigen en andermans grenzen.
- Leren omgaan met gevoelens van macht en onmacht.

De sessie draagt ook bij aan het vergroten van de groepscohesie.

### Het werkboek

De groepsleden krijgen bij aanvang het werkboek *Niet meer door het lint*. Het werkboek is opgezet aan de hand van het *Stages of change model* van Prochaska en DiClemente (1984). Dit model onderscheidt een aantal fases in de motivatie voor gedragsverandering. Therapeuten kunnen hun interventies afstemmen op de fase waarin iemand zit:

- **Precontemplatiefase en contemplatiefase**  
In de voorbeschouwingsfase (precontemplatie) is men zich nog niet bewust van een probleem en wordt niet overwogen om het gedrag te veranderen. In de overpeinzingsfase (contemplatie) weegt men de voor- en nadelen af om (binnen zes maanden) het gedrag te veranderen. De cliënt wordt bewust gemaakt van de voor- en nadelen van agressie en gedragsverandering (hoofdstuk 'Motivatie').
- **Vorbereidingsfase**  
In deze fase neemt men zich voor om (binnen een maand) wat aan het gedrag te doen. De cliënt leert welke factoren leiden tot agressie en welke signalen aangeven dat spanning aan het oplopen is (hoofdstukken 'Doelstellingen', 'Bewustwording' en 'Agressiescenario's').
- **Actiefase**  
In deze fase vertoont men het nieuwe gedrag. De cliënt leert technieken om de agressie te stoppen (hoofdstuk 'Technieken om agressie te voorkomen'). In een later stadium van deze fase worden technieken geoefend om vaardigheden en alternatieve coping strategieën aan te leren, om te voorkomen dat spanning hoog oploopt en uitmondt in een agressie-uitbarsting (hoofdstukken 'Gedachtetraining', 'Probleem oplossen', 'Communicatie', 'Assertiviteit', 'Communicatie met leidinggevenden').
- **Consolidatiefase**  
In deze fase heeft men het nieuwe gedrag (al zes maanden) volgehouden. Het agressieve gedrag is afgenomen en er wordt aandacht besteed aan de kwaliteit van leven door uit te leggen hoe op een goede manier om te gaan met belangrijke anderen, belangrijke levensgebeurtenissen en de eigen levensgeschiedenis. De reden hiervoor is dat problemen op deze levensgebieden op termijn weer kunnen zorgen voor spanningsopbouw en mogelijk agressie (hoofdstuk 'Emoties, verleden, relaties en gezin').
- **Terugvalfase**  
Er wordt aandacht besteed aan het omgaan met dreigende terugval (hoofdstuk 'Terugvalpreventie').

Cliënten kunnen in het proces van gedragsverandering terugvallen. De volgorde van het werkboek hoeft dus niet strikt te worden gevolgd; afhankelijk van de fase waarin een cliënt zit, kan er teruggегреpen worden op vorige hoofdstukken. In het groepsproces kan dat betekenen dat de groep als geheel weer terugkijkt naar een eerder behandeld hoofdstuk, bijvoorbeeld als er in de groep discussie ontstaat over de wenselijkheid en mogelijkheden van gedragsverandering. De therapeut kan ook een individuele cliënt vragen nog eens aandacht te besteden aan een eerder hoofdstuk.

### Relatiegesprekken

Relatiegesprekken zijn een vast onderdeel van het behandelprogramma en hebben meerdere doelen.

- Meer informatie verkrijgen over het probleemgedrag.
- De partner informeren over het doel en de werkwijze van de behandeling.
- Beoordelen of de partner en de eventuele kinderen hulp nodig hebben.
- Een indruk krijgen van de stabiliteit van de relatie.

Een belangrijk onderdeel is het aanleren van de time-out procedure, een techniek die bedoeld is om geweld tussen de partners te voorkomen. In de eerste fase van de behandeling zijn de relatiegesprekken bij

voorkeur wekelijks. Als na (gemiddeld) twee tot vijf sessies de time-out-procedure goed kan worden toegepast, wordt de frequentie verlaagd naar één sessie per drie maanden, met als doel periodiek de voortgang met beide partners te evalueren. Als daar aanleiding toe is, worden tussendoor afspraken gemaakt of nemen cliënten deel aan een communicatietraining voor paren.

---

## 2.4 Ontwikkelgeschiedenis

### Betrokkenheid doelgroep

De interventie is vanuit theorie ontstaan en wordt in de praktijk verder ontwikkeld sinds 1996.

*Niet meer door het lint* kende in 1996-1997 een pilotfase. Twee van de ontwikkelaars, Arno van Dam en Carola van Tilburg, werken aan de doorontwikkeling van de methode met het toevoegen van traumabehandeling en psychomotore therapie. Angela Busto Puertas, Peter Steenkist en Arno van Dam van GGZ Westelijk Noord-Brabant hebben samen een aparte interventie voor Turkse en Marokkaanse plegers van huiselijk geweld ontwikkeld: *Samen werken tegen agressie*.

---

### Buitenlandse interventie

Voor de ontwikkeling van *Niet meer door het Lint* is er naast cognitieve gedragstherapie (CBT) gebruik gemaakt van technieken uit de *Aggression Replacement Training* (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998) Na vertaling konden diverse onderdelen en technieken uit deze training worden overgenomen in het programma *Niet meer door het Lint*. Er waren geen specifieke aanpassingen nodig om de technieken in Nederland te kunnen uitvoeren.

---

## 2.5 Vergelijkbare interventies

### In Nederland uitgevoerd

De behandeling van agressief gedrag bevindt zich nog in een experimenteel stadium en er is nog geen eenduidig *evidence based* behandelprotocol. Reeds gehanteerde methoden bestaan veelal uit cognitief-gedragstherapeutische interventies in combinatie met vaardigheidstraining en psycho-educatie.

Gepubliceerde handboeken van methoden of programma's die worden gebruikt bij de behandeling van plegers van agressief gedrag (waaronder huiselijk geweld), zijn echter schaars of niet toegankelijk voor derden. Een uitzondering hierop vormen de *Agressiehanteringstherapie* (AHT) en de *Agressieregulatietherapie* (ART).

De *Agressiehanteringstherapie* heeft Arnold P. Goldstein's *Aggression Replacement Training* (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998) als uitgangspunt en is aangepast voor de behandeling van gewelddadige adolescenten en volwassenen in Nederlandse forensisch-psychiatrische *settings*. De therapie (ook bekend onder de naam *Held zonder geweld*) omvat 15 wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur, waarin de onderdelen Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren aan de orde komen, en drie vijfwekelijkse terugkombijeenkomsten. De behandeling wordt gegeven aan groepen van vijf tot acht patiënten. Aan de therapie is ook een onderdeel Zelfregulatie vaardigheden toegevoegd. Hierdoor beschikken patiënten aan het eind van hun behandeling over een manier om problemen in de omgang met anderen zelf tot een oplossing te brengen. Voor klinische patiënten is naast de AHT nog een tweetal modules ontwikkeld, namelijk 'Psychomotore therapie' en 'Bewegingsagogie' (Hornsveld, 2006).

De *Agressieregulatietherapie* wordt gegeven binnen gevangenissen en bij reclassering. Inhoudelijk richt de ART zich op het verkrijgen van inzicht in de eigen agressieproblematiek en het oefenen van vaardigheden om boosheid en agressie beter te hanteren en te reguleren. Meer specifiek gaat het om het aanleren van sociale vaardigheden, zelfcontrolemechanismen en moreel redeneren.

### Overeenkomsten en verschillen

Zowel *Niet meer door het lint* als de AHT en de ART zijn cognitief-gedragstherapeutische groepstrainingen gericht op cliënten met agressieregulatieproblematiek. De interventies maken gebruik van overeenkomstige behandeltechnieken, zoals de inzet van rollenspel voor het oefenen van alternatief gedrag en het vergroten van sociale vaardigheden, oefeningen om lichamelijke spanning te verlagen en praktijkoefeningen. Psychomotore therapie maakt deel uit van AHT en NMDHL.

Er bestaan echter ook verschillen. *Niet meer door het lint* bestaat in beginsel 18 sessies in een eventueel te herhalen cyclus, waarbij de cliënten eens per vier maanden in- of uitstromen (carrouselmodel). De AHT kent een duur van 30 weken met een gesloten groep, de ART kent een vaste cyclus van 18 bijeenkomsten. *Niet meer door het lint* kent een vaste structuur waarbinnen de volgorde van de bijeenkomsten kan variëren. De therapeuten kunnen dit afstemmen op de fases van het *Stages of change* model waarin de cliënt zich bevindt. De AHT en ART kennen een vast aantal sessies in een vaste volgorde met voor alle deelnemers een duidelijk begin en eind. De interventies verschillen al met al te veel in de aanpak om onderzoek naar de AHT als indirecte aanwijzing voor de effectiviteit van *Niet meer door het lint* te kunnen beschouwen.

---

### **Toegevoegde waarde**

*Niet meer door het Lint* is ontwikkeld voor een doelgroep van ggz-cliënten die vrijwillig in behandeling zijn. Vrijwel alle andere behandelprogramma's in Nederland gericht op agressie zijn gericht op een doelgroep van forensisch-psychiatrische patiënten en/of gedetineerden. Veelal hebben zij behandeling opgelegd gekregen. *Niet meer door het Lint* richt zich zoals genoemd voornamelijk op een ggz-populatie. Voor zover bekend zijn er nog geen interventies gericht op de behandeling van agressie bekend in Nederland die zijn vastgelegd in een databank en die zich richten op een vrijwillige ggz-populatie.



---

### 3. Onderbouwing

---

#### Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Hoewel er weinig rechtstreekse verbanden zijn aan te wijzen tussen oorzakelijke factoren en het ontstaan van agressie, komt uit onderzoek wel een aantal verbanden naar voren.

- Agressie in de voorgeschiedenis. Kinderen die in het gezin van herkomst slachtoffer of getuige zijn van huiselijk geweld, lopen een verhoogd risico om later zelf dader te worden (Ehrensaft et al., 2003; Orth & Wieland, 2006). Enerzijds is er een verband aan te wijzen vanuit de sociaal leren theorie (Bandura, 1991). Anderzijds kan een PTSS naar aanleiding van traumatische gebeurtenissen als mediator fungeren voor het ontwikkelen van agressieproblematiek doordat er cognitieve vertekeningen ontstaan en er sprake is van structurele *hyperarousal* (Chemtob, Novaco, Hamada, Gross & Smith, 1997; Taft, Schumm, Marshall, Panuzio & Holtzworth-Munroe, 2008). Ook het ontwikkelen van hechtingsproblemen en daarmee samenhangende zelfbeeldproblematiek worden verondersteld verband te houden met agressieproblematiek en huiselijk geweld (Sonkin & Dutton, 2003).
- Beperkte sociale en communicatieve vaardigheden, waardoor er bij relatieproblemen en in sociale contacten sneller geweld ontstaat doordat iemand onvoldoende grenzen stelt of onvoldoende in staat is zich verbaal te weren in een gesprek of conflict (Goldstein et al., 1998).
- Psychosociale stress, bijvoorbeeld door werkproblemen en financiële problemen, is geen directe oorzaak van geweld, maar kan de spanning en een gevoel van hopeloosheid en/of machteloosheid verhogen waardoor er sneller agressie kan ontstaan. Hiervan is vooral sprake wanneer coping of probleemoplossingsvaardigheden tekort schieten (Goldstein et al., 1998).
- Misbruik van middelen hangt vaak samen met een toename van agressie (Beck & Heinz, 2013).

De volgende factoren die van invloed zijn op agressie (Mulder, 1995; Goldstein et al., 1998; Murphy & Eckhardt, 2005) worden met de interventie *Niet meer door het lint* aangepakt.

- Onvoldoende inzicht in en bewustzijn van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan een agressieve uitbarsting.
- Onvoldoende inzicht in signalen van spanningsopbouw en *triggers* die leiden tot spanningsopbouw.
- Beperkte mogelijkheden om emoties van elkaar te onderscheiden en emoties niet te hoog te laten oplopen.
- Onvoldoende herkenning van ontlokkers die spanningsopbouw veroorzaken.
- Wantrouwen naar anderen en negatief interpreteren van het gedrag van anderen, waardoor de spanning oploopt.
- Het hebben van disfunctionele cognities over zichzelf, anderen en de wereld.
- Een chronisch verhoogd spanningsniveau en/of hyperarousal.
- Het onvoldoende kunnen toepassen van de time-out procedure die gericht is op het afwenden van agressieve uitbarstingen.
- Beperkte oplossingsvaardigheden en coping strategieën.
- Beperkte sociale vaardigheden, subassertiviteit.
- Communicatieproblemen in de partnerrelatie.

---

#### Aan te pakken factoren

Bijlage 1 bevat een tabel met de factoren, doelen, methoden en aanpak.



Zoals genoemd onder punt 2.2 zijn de volgende subdoelen op deze factoren gericht.

- De deelnemer is zich bewust van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan een agressieve uitbarsting.
- De deelnemer herkent stimuli, dat wil zeggen dat de cliënt signalen van spanningsopbouw en triggers die leiden tot spanningsopbouw herkent.
- De deelnemer is in staat om emoties van elkaar te onderscheiden en deze te uiten op een vroegtijdig moment in de opbouwfase zonder agressie te gebruiken
- De deelnemer kan vroegtijdig ontlokkers herkennen, waarna de cliënt ontlokkers uit de weg kan gaan en zo een uitbarsting kan voorkomen.
- De deelnemer heeft cognitieve vertekeningen van het gedrag van anderen bijgesteld.
- De deelnemer kan disfunctionele gedachten omzetten naar functionele gedachten door het gebruik van g-schema's.
- De deelnemer is in staat spanning te verlagen door het toepassen van diverse relaxatietechnieken, gericht op ombuigen van de opbouwfase en daarmee voorkomen van agressieve uitbarstingen.
- De deelnemer beheerst de time-out procedure waarmee hij een agressieve uitbarsting kan voorkomen.
- De deelnemer beheerst probleemoplossingsvaardigheden waarmee hij zelf in staat is adequaat om te gaan met problemen en moeilijkheden.
- De deelnemer beheerst sociale vaardigheden waarmee hij meningsverschillen of conflicten met anderen kan oplossen zonder agressie te gebruiken en waarmee hij beter grenzen kan aangeven en kan omgaan met het ontvangen en geven van kritiek.
- De partnercommunicatie van de deelnemer is verbeterd door middel van systeemgesprekken.

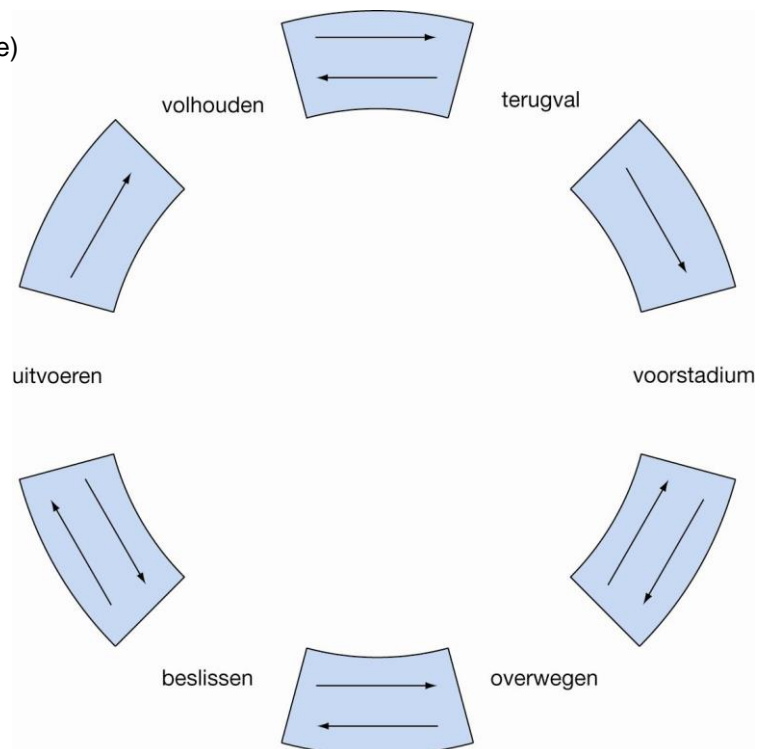
---

## Verantwoording

### Gefaseerde behandeling

De gefaseerde behandeling van *Niet meer door het lint* is gebaseerd op het *Stages of change model* van Prochaska en DiClemente (1984). Dit model onderscheidt de volgende fases in de motivatie voor gedragsverandering.

- Voorbeschouwingsfase (precontemplatie)
- Overpeinzingsfase (contemplatie)
- Beslisfase (voorbereiding)
- Uitvoerfase (actie)
- Volhoudfase (consolidatie)
- Terugvalfase.



De fases zijn in een cirkel gezet omdat de meeste mensen in een proces van gedragsverandering wel eens terugvallen. Ook kunnen mensen de fases in verschillende richtingen doorlopen. Iemand heeft bijvoorbeeld besloten zijn gedrag te veranderen maar merkt in de uitvoeringsfase dat het zoveel moeite kost, dat hij opnieuw gaat overwegen of hij wel wil veranderen. Therapeuten kunnen hun interventies afstemmen op de fase waarin iemand zit. In fase 1 en 2 kunnen therapeuten helpen met het maken van 'kosten-batenanalyses' van het gedrag. In fase 3 kan een behandelplan gemaakt worden, in fase 4 kan geoefend worden met nieuw gedrag en in fase 5 kan gewerkt worden aan een terugvalpreventieplan waarin ook rekening gehouden wordt met terugval. In fase 6 kan dan de terugval gerelativeerd worden door disfunctionele cognities over terugval aan te pakken.

Nieuwe deelnemers kunnen zich bij de instroom in elk van de vijf bovengenoemde behandelings- of motivatiefases bevinden. De ene deelnemer kan al gemotiveerd zijn om te stoppen met geweld en openstaan voor gedragsalternatieven, terwijl de andere deelnemer nog twijfelt over de onwenselijkheid van zijn gedrag. Het gaat erom dat de behandelaar hier met zijn aanbod steeds bij aansluit en per deelnemer in de groep steeds individuele doelen stelt en bijstelt. Bij de laatstgenoemde deelnemer is het afwegen van de te maken keuze aan de hand van voor- en nadelen de beste interventie, terwijl je met de eerste deelnemer al kan gaan werken aan het aanleren van nieuwe vaardigheden. Daarnaast kun je de verschillende fases waarin deelnemers zich bevinden, inzetten voor het motivatieproces. Voor de twijfelende deelnemer kan het zien van succesvolle gedragsalternatieven bij een andere deelnemer nieuw zicht geven op zijn eigen mogelijkheden om met conflicten om te gaan.

### What works principles

In 1990 is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van agressiebehandelingen binnen een forensisch kader door Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau & Cullen. De onderzoekers stellen daarin op basis van literatuuronderzoek dat behandelingen effectiever zijn naarmate ze meer voldoen aan de volgende 'what works' principes.

- *Risicoprincipe*: De intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het recidiverisico van de betreffende persoon. Bij een hoger risico zal een langere of intensievere behandeling geïndiceerd zijn. Omdat *Niet meer door het lint* geïndiceerd is voor recidiverende geweldplegers met veel bijkomende problematiek, mag de behandelduur niet te kort zijn. Een variabele behandelduur maakt het mogelijk om op de individuele verschillen in recidivegevaar in te spelen.
- *Behoeftepincipe*: De behandeling moet zich richten op de veranderbare risicofactoren van de individuele cliënt, dat wil zeggen onderdelen uit de risicotaxatie die te beïnvloeden zijn (het verleden is niet te beïnvloeden, maar bijvoorbeeld verslaving wel). In de intake voor *Niet meer door het lint* worden de risicofactoren zorgvuldig in kaart gebracht, zodat daar in de behandeling op ingespeeld kan worden.
- *Responsiviteitsprincipe*: De behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de cliënt. Het werkboek van *Niet meer door het lint* is op een redelijk eenvoudige manier geschreven, waardoor het voor veel mannen goed te begrijpen is. Bovendien hoeft het boek niet strikt gevolgd te worden, maar kunnen er uit het boek onderwerpen gekozen worden die het beste aansluiten bij de problematiek en leermogelijkheden van de deelnemer.
- *Behandelingsintegriteitsprincipe*: Behandelingen werken alleen maar als de behandelaars ook daadwerkelijk doen wat ze volgens het model moeten doen en als daar voldoende controle op is door het voortdurend evalueren van de effecten van de behandelingen. *Niet meer door het lint* wordt systematisch geëvalueerd door middel van effectonderzoek en intervisiebijeenkomsten.

De 'what works' principes komen ook terug in *Niet meer door het lint* door maatwerk te leveren, aangepast aan de kenmerken van de cliënt en door de flexibiliteit van het behandelprogramma.

### Toegepaste methoden en technieken

De tabel in bijlage 1 laat zien via welke onderdelen of sessies uit *Niet meer door het lint* aan bovenstaande doelen wordt gewerkt en welke methoden en technieken daarbij ingezet worden. De belangrijkste technieken worden hieronder verantwoord.

### **Cognitief-gedragstherapeutische technieken**

De Ruiter en Veen deden in 2005 eveneens onderzoek naar de werkzaamheid van hulpverlening aan plegers. Zij vonden verschillen in effectiviteit tussen programma's voor algemeen geweld en partnergeweld, die richtinggevend kunnen zijn voor de ontwikkeling van behandelprogramma's voor agressief gedrag (De Ruiter & Veen, 2005).

Behandelprogramma's voor algemeen geweld bevatten cognitief-gedragstherapeutische technieken zoals stimulusherkenning, het leren onderscheiden van emoties, het bijstellen van cognitieve vertekeningen van het gedrag van anderen en van het onnodig verhogen van de spanning, probleemoplossingsvaardigheden en sociale vaardigheden (Murphy & Eckhardt, 2005). Het verlagen van spanning door middel van relaxatietechnieken wordt binnen de cognitieve gedragstherapie veelvuldig toegepast (Grol & Orlemans, 1993). Behandelprogramma's op basis van cognitieve gedragstherapie blijken effectief te zijn en te resulteren in een afname van agressief gedrag, mits ze bestaan uit verschillende elkaar aanvullende onderdelen (*multicomponent therapy*) (Graham-Kevan, 2007; Saini, 2009). Onderzoek naar de relatie tussen type dader en effectiviteit is nog wel gewenst.

De meeste behandelprogramma's voor relationeel geweld bestaan uit psycho-educatie met betrekking tot sekserolpatronen, macht- en controlestrategieën en cognitief-gedragstherapeutische technieken zoals het aanleren van gedragsalternatieven, het versterken van communicatievaardigheden, empathietraining en het leren nemen van verantwoordelijkheid. De effectstudies naar deze behandelingen zijn vooral uitgevoerd in de forensische setting en laten over het algemeen een gering effect zien (De Ruiter & Veen, 2005). Mogelijk heeft dit te maken met het accent dat in deze trainingen gelegd wordt op het verkrijgen van inzicht in relaties door middel van psycho-educatie en empathietraining. Deze abstracte vorm van leren sluit wellicht niet aan bij de impulsieve stijl van deze cliënten.

Op basis van deze bevindingen bevelen De Ruiter en Veen (2005) aan om ook bij relationeel geweld interventies te gebruiken die in de programma's voor algemeen geweld toegepast worden. Het trainen van vaardigheden sluit waarschijnlijk meer aan bij de behoefte van deze populatie aan concrete handvatten dan relatief abstracte informatie. Op grond van literatuuronderzoek en meta-analyses van effectstudies concluderen De Ruiter en Veen verder dat de in Nederland veel uitgevoerde kortdurende interventies niet zinvol zijn. Het vraagt geduld en tijd om ingesleten gedragspatronen bij mensen met vaak forse persoonlijkheidsproblematiek, soms gecombineerd met middelengebruik, te veranderen. Mede op basis van deze onderzoeksbevindingen maakt *Niet meer door het lint* gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken en is de methode georganiseerd volgens het carrouselmodel. Daardoor is het mogelijk om een langer durende interventie aan te bieden en daarin maatwerk te leveren.

### **Terugvalpreventiemodel**

De groepsbehandeling is mede gebaseerd op het *Terugvalpreventiemodel* van Marlatt en Gordon. Dat model wordt onder andere in de verslavingszorg en de forensische psychiatrie toegepast (Mulder, 1995; Marlatt & Gordon, 1980). Terugvalpreventie is van belang omdat het voor mensen die kampen met agressie, ook als ze besloten hebben om ermee te stoppen, moeilijk is om in bepaalde omstandigheden niet terug te vallen in oud gedrag. Agressief gedrag levert op de korte termijn namelijk bevrediging op, in de vorm van spanningsontlading of gevoelens van macht en controle. Daardoor krijgt de dader de neiging het gedrag te herhalen en ontstaat het gevoel dat hij er geen controle over heeft. Doel van het terugvalpreventiemodel is daders ervan bewust maken dat aan een agressieve uitbarsting een keten van andere gedragingen en beslissingen voorafgaat. De agressie-uitbarsting is de laatste schakel in de keten. Door eerder in de keten alternatieve gedragingen te kiezen, kan een uitbarsting in de vorm van agressie voorkomen worden (Mulder, 1995). Een dergelijke benadering wordt ook onderschreven in de richtlijn voor de behandeling van de periodieke explosieve stoornis die is opgesteld door Bernard, Appelo, Scholing en Kok (2003).

## **Agressieketen**

Centraal in deze aanpak is de *Delictscenario-procedure* (Mulder, 1995; Van Beek, 1999). Bij *Niet meer door het lint* wordt gesproken van agressieketen in plaats van over delictscenario, omdat de term 'delict' justitiële vervolging impliceert en die is er niet altijd. De procedure houdt in dat alle facetten die tot het probleemgedrag leiden en het in stand houden, in kaart worden gebracht. Vervolgens wordt met de cliënt onderzocht op welke momenten in de gedragsketen alternatief gedrag kan worden toegepast, zodat de keten niet meer uitmondt in het problematische gedrag.

## **Agression Replacement Training**

Aanvullend wordt er gebruik gemaakt van onderdelen die gebaseerd zijn op de *Agression Replacement Training* (ART) (Goldstein et al., 1998). Meerdere onderzoekers vonden empirische ondersteuning voor dit model, dat uitgaat van een relatie tussen agressie en gebrekkige *coping*, zoals gebrekkige sociale vaardigheden en beperkte mogelijkheden om emoties te hanteren (Hornsveld, 2004). Tijdens de behandeling wordt gebruik gemaakt van rollenspellen om alternatief gedrag te oefenen en worden eventuele spanningen of conflicten tussen cliënten aangegrepen om het nieuw geleerde sociale gedrag in praktijk te brengen. Ook worden ontspanningstechnieken aangeleerd om opkomende spanning ten gevolge van niet te vermijden ontlokkers tegen te gaan.

## **(Sekse-homogene) groepen**

Er is binnen de interventie gekozen voor sekse-homogene groepen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat voor beide seksen geldt dat er dan gemakkelijker en vrijer gepraat wordt over problemen met de andere sekse (Snijders, 2006). Daarnaast is de herkenbaarheid op andere thema's, zoals werk, ouderrol en vriendschappen, onder seksegenoten groter. Mannen en vrouwen hebben een andere socialisatie en een andere leergeschiedenis ten aanzien van thema's als geweld en seksualiteit. Hoewel het praten met leden van de andere sekse tijdens een groepsbehandeling kan bijdragen aan een beter begrip voor elkaar, zou dit in het kader van een behandeling gericht op agressiebeheersing afleiden van het hoofddoel van de behandeling en dus vertragend werken.

In het algemeen geldt dat het werken in groepen bij agressie zorgt voor erkenning en herkenning bij elkaar (Deneer, 2001). Bovendien kan er worden geoefend met alternatief gedrag en sociale vaardigheden. Er kunnen echter door wederzijds begrip ook gevoelens van wantrouwen worden bewerkt.

## **Partnercommunicatie**

Hoewel het geen direct onderdeel uitmaakt van de groep, is het van belang aandacht te hebben voor de partnercommunicatie. De partner wordt betrokken bij de behandeling van de groepsdeelnemer en het is belangrijk om oog te hebben voor systemische processen die kunnen leiden tot agressie (Groen & Van Lawick, 2003; Kik & Baars, 2000). Aandacht hebben voor en eveneens behandelen van het systeem leidt tot minder *drop-out* en betere behandelresultaten (Dixon & Graham-Kevan, 2011; Stover, Meadows & Kaufman, 2009).

## **Reviews en meta-analyses**

Internationaal is een aantal reviews en meta-analyses uitgevoerd. Babcock, Green en Robie (2004) vonden in een meta-analyse waarin 22 studies zijn geanalyseerd en een vergelijking is gemaakt tussen CBT en de Duluth-methode, bescheiden effectcijfers en geen verschil in effectiviteit tussen de ene en de andere aanpak. In latere reviews en meta-analyses wordt vooral effect genoemd bij behandelmethoden die inhoudelijk vaardigheidsgericht zijn en gestoeld zijn op CBT (Barner & Mohr Carney, 2011; Graham-Kevan, 2007; Saini, 2009). Vrijwel alle overzichtsartikelen pleiten zoals De Ruiter en Veen voor *multicomponent therapies*, dus therapieën waarbij verschillende onderdelen kunnen worden toegevoegd aan een basisprogramma, al naar gelang de behoeften en mogelijkheden van de individuele patiënt (Barner & Mohr Carney, 2011, Dixon & Graham-Kevan, 2011; Saini, 2009; Sartin, Hansen & Huss, 2006; Saunders, 2008). Daarnaast wordt het belang benadrukt van een systemische benadering van agressie, waarbij naast de agressor ook de partner en de kinderen bij de behandeling worden betrokken (Dixon & Graham-Kevan, 2011; Sartin et al., 2006; Stover, Meadows & Kaufmann, 2009). Marshall en Burton (2010) benadrukken dat er naast behandeltechnieken aandacht moet zijn voor procesvariabelen om een therapie te laten slagen. Ze

noemen therapeutvariabelen, de cliëntperceptie van de behandeling, therapeutische alliantie en het groepsklimaat bij de behandeling als factoren die daarbij van belang zijn. Een soortgelijke aanbeveling wordt gedaan door Eckhardt, Murphy, Black & Suhr (2006).

Samengevat worden de volgende aanbevelingen gedaan om de effectiviteit van agressiebehandelingen te verbeteren.

- Het kiezen van een behandelmodel dat wordt ondersteund door empirisch onderzoek.
- Een goede assessment waarin de behoeftes, mogelijkheden en hulpvraag van de cliënt in kaart worden gebracht.
- Multicomponent therapieën waarin een basismodule naar behoefte kan worden uitgebreid.
- Het betrekken van het systeem bij de behandeling.
- Aandacht voor procesvariabelen waarbij de therapeut-client relatie en het groepsklimaat een belangrijke rol hebben.
- Therapeutische technieken aanpassen aan de motivatie van de cliënt (Sartin et al, 2006; Saunders, 2008).
- Gebruik van een handboek en/of werkboek in de therapie (Eckhardt, Murphy, Black & Suhr, 2006; Saini, 2009).

---

### **Werkzame elementen**

- De methode hanteert een meersporenaanpak, waarbij groepsbehandeling gecombineerd wordt met onder meer individuele gesprekken en relatiegesprekken (2, 5).
- Via een uitgebreide intake aan de hand van gevalideerde vragenlijsten wordt in kaart gebracht van welk type dader sprake is, wat voor geweld gebruikt wordt in welke situaties, hoe de motivatie is en of er nog andere problemen spelen (2).
- Door de groepscursus voelen cliënten zich door elkaar gesteund en ervaren ze herkenning met de andere groepsleden (2, 5).
- Het carouselmodel biedt binnen het groepsproces meer mogelijkheden om maatwerk te leveren en de duur van de behandeling aan de individuele cliënt aan te passen (2, 3).
- De psychomotore therapie sessie die niet alleen vaardigheden aanleert, maar ook bijdraagt aan het vergroten van de groepscohesie (2).
- Het werken met een werkboek met opdrachten die passen bij de fase in de motivatie van de cliënt voor gedragsverandering (2, 3).
- Het gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken, zoals:
  - stimulusherkenning door de cliënt en het leren onderscheiden van emoties gericht op het vroegtijdig herkennen van ontlokkers van agressie (2, 3, 5, 6)
  - het bijstellen van cognitieve vertekeningen van het gedrag van anderen en het onnodig verhogen van de spanning gericht op het ombuigen van de opbouw fase (2, 3, 5)
  - probleemoplossingsvaardigheden en sociale vaardigheden als alternatieven voor agressie (2, 3, 5, 6).
- Aandacht voor terugvalpreventie via het terugvalpreventiemodel (2, 3).
- Begeleiding door zowel een mannelijke als een vrouwelijke hulpverlener, die elk een aanvullende (voorbeeld)functie voor de groep vervullen (2, 5).
- Het werken in sekse-homogene groepen waardoor er gemakkelijker en vrijer wordt gepraat over problemen met de andere sekse en de herkenbaarheid op verschillende thema's groter is (2, 3).

### **Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:**

2 = Veronderstelling ontwikkelaar

3 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

5 = Praktijkervaringen

6 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

---

---

## 4. Uitvoering

---

### Materialen

De volgende materialen zijn beschikbaar:

- *Niet meer door het lint: handleiding*, geschreven door Arno van Dam, Carola van Tilburg, Peter Steenkist en Margreet Buisman, uitgegeven in 2009 door Bohn Stafleu van Loghum in Houten. Naast achtergrondinformatie over agressie en de behandeling ervan geeft dit boek ook adviezen voor psychotherapeuten over het gebruik van het werkboek. Zo worden onder meer de doelen, werkwijzen en mogelijke valkuilen van de verschillende opdrachten beschreven.
- *Niet meer door het lint: werkboek*, geschreven door Arno van Dam, Carola van Tilburg, Peter Steenkist en Margreet Buisman, uitgegeven in 2008, tweede druk in 2011, door Bohn Stafleu van Loghum in Houten. Aan de hand van cognitieve gedragstherapie wordt mannen met agressieproblemen een kader geboden waarbinnen het agressiegedrag op een actieve manier kan worden aangepakt.
- *Groepsgedragstherapie bij agressie, gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer*, geschreven door Arno van Dam en Carola van Tilburg, in de serie Psychotherapie in Praktijk, uitgegeven in 2007 door Bohn Stafleu van Loghum in Houten. In deze publicatie is vooral casuïstiek beschreven en zijn gedeeltes van groepsessies *verbatim* weergegeven.

Bovenstaande publicaties zijn te bestellen via de website van de uitgever, [www.springer.nl](http://www.springer.nl) of via de (internet)boekhandel.

- *Samen werken tegen agressie: een groepsbehandeling voor Turkse en Marokkaanse mannen met agressieregulatieproblemen*, geschreven door Angela Busto-Puertas, Peter Steenkist en Arno van Dam, uitgegeven in 2010 door Movisie in Utrecht. Net als *Samen werken tegen agressie* is de interventie *Niet meer door het lint* specifiek toegesneden op de eerste en tweede generatie Turkse en Marokkaanse plegers van huiselijk geweld. De handleiding beschrijft achtergronden van de doelgroep, uitgangspunten van de aanpak, praktische informatie over de aanpak en een draaiboek voor de bijeenkomsten met oefeningen voor de deelnemers.

Deze handleiding is te bestellen via [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl) (tabblad Publicaties).

---

### Type organisatie

De interventie is vooral bedoeld voor ggz-settings, echter met enige aanpassingen kan zij ook worden toegepast binnen andere settings, zoals reeds op een aantal plaatsen in Nederland gebeurt.

---

### Opleiding en competenties

#### Competenties van de behandelaars

Competente behandelaars vormen één van de belangrijkste voorwaarden voor een goede uitvoering van deze methode. De behandelaars dienen deskundig te zijn op het gebied van systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en groepstherapie. Daarnaast is affiniteit met de doelgroep en de problematiek een vereiste. De behandelaars moeten ook een directieve stijl hebben. Behandelaars zijn bovendien verantwoordelijk voor het groepsproces en moeten kunnen ingrijpen wanneer zij het proces niet meer therapeutisch achten. Ook moeten ze kunnen optreden in crisissituaties. Hun basishouding is empathisch en outreachend. Ze leven zich in, tonen begrip en gaan niet in discussie met de cliënt over wat wel/niet goed



voor hem is. Om teleurstelling en frustratie te voorkomen, dienen zij er rekening mee te houden dat veel herhaling nodig is voordat informatie beklijft en dat er veel tijd en moeite moet worden gestoken in motivatie om *drop-out* te beperken. Kennis van juridische aspecten met betrekking tot het uitwisselen van cliënteninformatie is noodzakelijk in de ketensamenwerking met politie, justitie en andere hulpverleners.

### **Het behandelkoppel**

De groep wordt begeleid door een koppel. Idealiter voldoet een goed werkend behandelkoppel aan de volgende eisen (Jongerius, 1993).

- Gelijke deskundigheid.
- Symmetrische relatie, even 'rijp' zijn.
- Gelijk referentiekader, karakterologische overeenkomsten en tegelijkertijd complementair zijn.
- Stabiele relatie met elkaar.

Het is van belang dat de behandelaars elkaar in hun waarde laten en complementair werken (Sniijders, 2006). Zij moeten elkaar goed kennen of willen leren kennen. Ze moeten weten wat ze aan elkaar hebben. Het is ook belangrijk dat zij de tijd nemen om de sessies goed voor te bereiden en na te bespreken. Behandelaars moeten elkaar niet afvallen tijdens een sessie, maar verschillen van inzicht achteraf bespreken met elkaar (Neeleman & Van Hoeve, 1999).

### **Supervisie, intervisie en training**

Aangezien ook de relatieontwikkeling van een therapeutenkoppel in fases verloopt, kan supervisie in de eerste samenwerkingsperiode ondersteunend zijn (Neeleman & Van Hoeve, 1999). Ter voorkoming van secundaire traumatisering dienen gevoelens van angst en onveiligheid openlijk in het team van de eigen instelling besproken te worden. Een goede teamcultuur en een wisselende *case/load* kunnen bijdragen aan preventie (Buijssen & Buis, 2003; Van Gael, 1999).

Voor trainingen in de interventie en supervisie kan men contact opnemen met GGZ Westelijk Noord-Brabant (zie colofon voor de contactgegevens).

---

### **Kwaliteitsbewaking**

Om het beloop van de behandeling te evalueren, worden behalve de rapportage van de cliënt en zijn partner en de klinische indrukken van de therapeuten ook vragenlijsten gebruikt (zie bij 2.3 de intake). Het verdient de voorkeur om de lijsten ter plekke te laten invullen. Als de vragenlijsten worden meegegeven, is het niet zeker of de cliënt zelf de lijsten invult en ook is de respons dan lager.

---

### **Ketensamenwerking**

Een goede werkrelatie met alle ketenpartners in de aanpak van huiselijk geweld – politie, Openbaar Ministerie, gemeente, reclassering, vrouwenopvang, jeugdzorg, Raad voor de Kinderbescherming, algemeen maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg en natuurlijk de Steunpunten Huiselijk Geweld – is van belang. De hulpverleners die betrokken zijn in een keten rond een systeem, moeten hun werkwijzen en interventiemethodes zoveel mogelijk op elkaar afstemmen. Als het goed is, zijn afspraken vastgelegd in convenanten, waarin onder meer werkprocessen en procedures over gegevensuitwisseling zijn uitgewerkt.

---

### **Randvoorwaarden**

Het werken met deze doelgroep vraagt vanwege de ambivalente motivatie van deelnemers om continuïteit en snelheid van handelen bij behandeling. Dit betekent dat er gewerkt wordt met zo kort mogelijke intakeprocedures en zo min mogelijk verschillende hulpverleners.

Een behandeling van huiselijk geweld heeft de meeste kans van slagen wanneer het gehele systeem bij de behandeling betrokken is (Dixon & Graham-Kevan, 2011; Stover, Meadows & Kaufman, 2009). Het verdient

dan ook de voorkeur om naast *Niet meer door het lint* ook de groep *Uit de schaduw* aan te bieden aan partners en de groep *Let op de kleintjes* (De Ruiters, 1999) aan kinderen uit het systeem. Het is hoe dan ook een voorwaarde dat partners bij de behandeling worden betrokken door middel van partnersgesprekken voorafgaand aan, na afloop van en halverwege de behandeling. Op indicatie kan de frequentie van deze gesprekken worden verhoogd.

Omdat er veelal sprake is van multiproblematiek, is een goede samenwerking met ketenpartners van belang. Denk hierbij aan samenwerking met verslavingszorg, jeugdzorg en schuldhulpverlening.

---

### **Implementatie**

De implementatie kan begeleid en onbegeleid worden gedaan. Instellingen kunnen met behulp van de handleiding (Van Dam et al., 2009) de interventie zelfstandig implementeren. In de handleiding zijn naast richtlijnen voor het uitvoeren van de interventie ook richtlijnen voor de organisatie beschreven. Daarnaast bieden de ontwikkelaars begeleide implementatie aan in de vorm van advies, training en supervisie.

---

### **Kosten**

De kosten van de interventie bestaan uit zes uur per week verdeeld over twee hulpverleners. De kosten van het werkboek bedragen rond de € 30.



---

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoeksresultaten

#### Procesevaluatie therapeuten

In 2014 is er een procesevaluatie uitgevoerd onder 15 therapeuten die de groep *Niet meer door het lint* geven (Pijpers et al., 2014). Bij elke therapeut is een semigestructureerd interview afgenomen. De antwoorden van de interviews zijn vervolgens statistisch verwerkt waarna er conclusies uit zijn getrokken. Uit deze procesevaluatie onder therapeuten van de groep *Niet meer door het Lint* komt ten aanzien van verwijzing en indicatiestelling naar voren dat de meeste verwijzingen komen via huisarts of via interne doorverwijzing en dat indicaties meestal juist worden gesteld. Er is heldere consensus tussen de therapeuten over indicatie- en contra-indicatiecriteria. De tijd tussen aanmelding en kennismaking voor het programma loopt zeer sterk uiteen, dit varieert van drie tot 28 weken. Waar het de praktische opzet van de behandeling aangaat, komen de beoordelingen van de behandelduur van twee uur per sessie goed overeen. Echter, de totale behandelduur van 18 sessies wordt zeer verschillend beoordeeld. Alle behandelaren staan positief ten opzichte van het geven van huiswerk, opvallend is wel dat de helft van de therapeuten dit in het eerste uur van de sessie bespreekt en de andere helft in het tweede uur. Er is over het algemeen goed zicht op kinderen in het systeem en in de meeste gevallen vindt er tweemaal per ronde een evaluatiegesprek plaats met de partner van de cliënt erbij. De meerderheid van de cliënten volgt een behandeling parallel aan de groep. Meestal gaat dat om farmacotherapie, traumabehandeling, individuele therapie of behandeling voor ADHD.

Het samenwerken in een man-vrouw koppel en de samenwerking als therapeutenkoppel worden positief beoordeeld, twee derde van de therapeuten legt voorafgaand aan een sessie de rolverdeling vast. Opvallend is dat de therapeuten het werken in groepstherapeutisch verband als positief ervaren, maar dat tegelijkertijd 80% aangeeft de groep juist als belemmering te ervaren, waarbij in het bijzonder individuele deelnemers die voor disbalans zorgen en tijdgebrek specifiek worden genoemd. Er is sterke consensus over erkenning, herkenning en advies geven als versterkende factor in de therapie, evenals over hoe wordt ingeschat dat cliënten de therapie zouden beoordelen. Tips van cliënten om de therapie te verbeteren, zijn daarentegen zeer uiteenlopend.

Behandelaren beoordelen het contact tussen henzelf en de cliënten vooral als goed en voelen zich prettig in de groep. Het contact tussen cliënten onderling wordt wisselend ingeschat, afhankelijk van de cliënten in de groep. Alle therapeuten voelen zichzelf meer dan gemiddeld veilig in de groep en het werken met plegers van agressie wordt positief beoordeeld. Er is de wens om de partners van cliënten meer bij de behandeling te betrekken door middel van systeemgesprekken en meer evaluatiemomenten. De motivatie van cliënten wordt als bovengemiddeld beoordeeld, er is sterke consensus dat motivatie van invloed is op de behandeling en hoe therapeuten de behandeling uitvoeren. Vrijwel alle behandelaren spelen in de behandeling in op het motivatieniveau van individuele cliënten en de meeste therapeuten geven aan dat cliënten hier positief op reageren.

Alle behandelaren geven aan gebruik te maken van de therapeutenhandleiding bij de behandeling en beoordelen deze als bovengemiddeld tot goed. Het werkboek wordt met gelijke cijfers beoordeeld. Minder consensus is er over hoe goed cliënten de aangeboden stof opnemen, behandelaren geven aan dat de stof mogelijk wat te moeilijk is geschreven. De onderdelen uit het werkboek die behandelaren het meest waarderen, zijn de time-out procedure, de agressiekringel en de G-schema's. Dit zijn tevens de onderdelen waar cliënten volgens de therapeuten snel mee aan de slag kunnen. Over onderdelen van het werkboek die minder goed worden gewaardeerd is weinig overeenstemming. Alleen het hoofdstuk veranderingsdoelen en het hoofdstuk emoties, verleden, relaties en gezin worden door drie therapeuten als minder goed

beoordeeld. De meeste behandelaars missen geen technieken in het werkboek, een aantal mist deze wel, de suggesties die worden gegeven voor aanvullende technieken lopen sterk uiteen. Behandelaars schatten in dat cliënten het werkboek ruim voldoende vinden aansluiten bij hun problematiek.

De voortgang van cliënten wordt als iets bovengemiddeld ingeschat, wel is er consensus dat cliënten op individueel niveau voldoende vooruitgang boeken. Therapeuten zien op uiteenlopende gebieden verbetering, maar de meeste overeenstemming is er over vooruitgang van bewustwording en inzicht, impulscontrole en communicatievaardigheden. Door iedereen wordt gemeld dat er veel drop-outs zijn, meestal wordt dit gewijd aan een gebrek aan of fluctuatie van motivatie. Behandelaars beoordelen bovengemiddeld dat cliënten meer controle krijgen over hun uitbarstingen, dat ze minder zwart/wit gaan denken, dat er meer inzicht komt in gedrag en gedachten en dat er meer inzicht is in ontlokkers en signalen van spanningsopbouw.

Het feit dat de behandeling plaatsvindt in een groep, wordt door bijna alle behandelaars genoemd als succesfactor voor de behandeling. Daarnaast worden ook het groepsproces en de houding van de therapeuten vaker genoemd. Behandelaars noemen zeer uiteenlopende belemmerende factoren; subgroepjes worden daarbij het meest genoemd.

### **Procesevaluatie cliënttevredenheid**

Sinds 2013 wordt na elke sessie van NMDHL standaard de Session Rating Scale (SRS) (Miller, Duncan & Johnson, 2000) afgenomen om de cliënttevredenheid over de behandelsessies te meten.

In een evaluatie over zes rondes *Niet meer door het Lint* met de SRS, waarbij zes verschillende therapeutenkoppels zijn beoordeeld door 49 cliënten, is het volgende gebleken (De Wolf, 2014).

- De relatie en het contact met de therapeuten werd gewaardeerd met een gemiddelde van 7.76.
- De doelen en onderwerpen die in de groep aan bod komen werden gewaardeerd met een gemiddelde van 8.28.
- De aanpak en/of werkwijze van de therapeuten werd gewaardeerd met een gemiddelde van 7.93.
- De cliënten waardeerden de sessie als geheel met een gemiddelde van 8.13.

In deze studie is tevens gekeken naar de samenhang tussen cliënttevredenheid en drop-out, leeftijd en opleidingsniveau. Er is geen verband gevonden tussen deze factoren en cliënttevredenheid.

### **Praktijkervaringen**

De hieronder beschreven praktijkervaringen van de professional en de cliënt, en het praktijkvoorbeeld uitgebreide gevalsbeschrijving zijn gebaseerd op de volgende publicatie.

*Groepsgedragstherapie bij agressie*: Gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer, geschreven door Arno van Dam en Carola van Tilburg, uitgegeven in 2007 door Bohn Stafleu van Loghum in Houten.

De publicatie is verschenen in de reeks *Psychotherapie in Praktijk*. De reeks biedt de lezer een kijkje in de spreekkamer van de collega-behandelaar. Na een inleidend hoofdstuk over het thema wordt aan de hand van vier gevalsbeschrijvingen gedemonstreerd hoe een behandeling in de praktijk concreet verloopt. Dit gebeurt door delen van dialogen letterlijk weer te geven, maar ook door de overwegingen van de therapeut geregeld in intermezzo's op te nemen. Waarom wordt een interventie al dan niet toegepast, wanneer en om welke reden wordt van strategie gewisseld of van een behandelprotocol afgeweken, welke afwegingen maakt een behandelaar tijdens een sessie? Na de gevalsbeschrijvingen volgt telkens een hoofdstuk met valkuilen en richtlijnen om daarmee om te gaan. Elk deel in de reeks wordt afgesloten met de persoonlijke visie van zowel behandelaar als cliënt.

De auteurs beschrijven de behandeling van vier verschillende 'typen' agressieve mannen in detail en laten zien dat het mogelijk is om bij groepsbehandeling aandacht te besteden aan de specifieke probleemgebieden van iedere persoon afzonderlijk. In sommige gevallen betekent dit dat parallel aan de groepsbehandeling individuele gesprekken of een partnerrelatietherapie aangeboden wordt. De gedetailleerde casusbeschrijvingen bieden de lezer inzicht in de keuzes van de therapeuten voor bepaalde

interventies en in de processen, binnen de groep en bij de individuele cliënt, die gedurende de behandeling optreden. Door voor en na de behandeling bij iedere cliënt zelfrapportagevragenlijsten af te nemen, wordt zichtbaar dat de waarnemingen van de therapeuten terug te vinden zijn in de verschildscores van deze lijsten. Follow-upgegevens over de lange termijn ontbreken nog. Mislukte behandelingen worden niet beschreven.

## **Praktijkervaringen van de professional**

### **Motivatie en directe communicatie**

Een professional (in: Van Dam & Van Tilburg, 2007) schrijft over zijn ervaring met de groepsbehandeling van agressieplegers. Hij heeft ervaren dat de lijdensdruk bij deze cliënten erg wisselend was en soms sterker lag bij de omgeving dan bij de cliënt zelf. Hun motivatie was vaak beperkt en er was weinig behoefte om de therapeut te vriend te houden. Deze cliënten zijn meestal erg direct in het contact. Ze vertellen in de regel geen smoesjes als ze hun huiswerk niet hebben gemaakt en ze draaien er ook niet omheen als ze het niet met je eens zijn. Daardoor weet je als therapeut snel waar je met je cliënt aan toe bent en dat maakt het mogelijk om direct te onderhandelen over behandeldoelen en -methoden. Het vraagt wel van je dat je als therapeut ook direct bent. Ontwijkende antwoorden, onduidelijke uitleg of indirecte vragen wekken bij deze cliënten meestal ongenoegen op dat direct tegenover de therapeut geuit wordt. Als er geen *triggers* zijn zullen ze niet zomaar agressief worden.

### **Omgang met de cliënten**

De professional vindt het ingewikkelde in de omgang met deze cliënten dat hij aspecten van hun gedrag verafschuwt maar dat hij tegelijkertijd sympathie voor hen kan voelen en erg met ze kan lachen. Ook zijn collega geeft aan dat de confrontatie met haar eigen patroon van normen en waarden lastig is en blijft in de groep. Enerzijds kun je begrip opbrengen voor en soms sympathie hebben met een cliënt, aan de andere kant schrik je steeds opnieuw van de mate van geweld waartoe ze in staat blijken te zijn en het enorme gevoel van onveiligheid dat huisgenoten soms moeten voelen in de omgang met een cliënt.

### **Resultaten**

De professional merkt dat een groot deel van deze cliënten van behandeling profiteert. Ook collega's raken hiervan doordrongen: "Waar vroeger door intake nogal eens getwijfeld werd aan de behandelbaarheid van een agressieve man wordt nu al snel naar ons behandelprogramma verwezen. Een andere belangrijke verandering is dat inmiddels meer therapeuten binnen onze instelling het leuk en uitdagend vinden om deze cliënten te behandelen, omdat het werken met hen specialistische psychotherapeutische kennis en vaardigheden vraagt en dicht aanligt tegen terreinen van geestelijke gezondheidszorg met maatschappelijke relevantie, zoals bemoeizorg en preventie."

### **Vrouwelijke behandelaar**

De vrouwelijke therapeut uit het behandelkoppel geeft aan: "Mijn rol als vrouwelijke therapeut is een bijzondere in een groep met mannen. Sowieso richten de mannen zich in eerste instantie tot mijn mannelijke collega, dat steekt natuurlijk wel eens. Ook het plaatsen van kritiek of het structureren van de groep is iets wat ik beter aan hem kan overlaten, omdat de mannen het van mij niet accepteren of ertegen gaan ageren. Ook valt het grote aantal *no-shows* op als mijn collega met vakantie is en ik de groep een keer alleen doe – iets wat zich niet voordoet als ik met vakantie ben en mijn collega de groep zonder mij draait. Dit zijn fenomenen waar mijn vrouwelijke collega, die dezelfde groep al jaren draait, me goed op heeft voorbereid, ik kon er dus rekening mee houden (...)."

De vrouwelijke therapeut heeft zich zelden persoonlijk bedreigd gevoeld, maar ze heeft wel gemerkt dat wanneer zij als vrouw een kritische kanttekening plaatst, dit een ontlokker kan zijn. Dit is dus een goede aanleiding om de ontlokker en de bijbehorende gedachte verder uit te werken. Het vereist echter wel *timing* en inschatten hoe hoog de spanning bij een deelnemer is.

### **Valkuilen**

De auteurs hebben in hun publicatie een hoofdstuk gewijd aan valkuilen en hoe daarmee om te gaan bij de uitvoering van de groepsbehandeling. Zij onderscheiden valkuilen in de groep, in het gebruik van

behandeltechnieken en valkuilen voor de therapeut. Onder de valkuilen in de groep worden gerekend: 'ouwe jongens krentenbrood', het geweld als status in de groep, tips voor een voorspoedige loopbaan in de criminaliteit, *drop-out* en therapietrouw, discriminatie, dominante groepsleden en de 'wonderbaarlijke genezing'. Valkuilen die bij het gebruik van de behandeltechnieken kunnen optreden, zijn: grenzen aan de socratische dialoog en verkeerde timing. De valkuilen waar de therapeut mee kan worden geconfronteerd zijn: morele verontwaardiging, angst bij de therapeut, secundaire traumatisering en demoralisatie bij de therapeut.

### **Praktijkervaringen van de cliënt/burger**

Van Dam en Van Tilburg (2007) beschrijven de ervaring van vier cliënten die de groepsbehandeling gevolgd hebben en van twee vrouwelijke partners.

#### **De mannen**

De mannen geven vooral aan dat zij veel gehad hebben aan de groep. In de groep voelden zij zich gesteund en was er veel herkenning. Zij zijn zich beter bewust van de ontlokkers van hun agressieve gedrag en hoe zij hier beter mee om kunnen gaan. Eén van hen zegt: "Toen ik voor het eerst in de groep kwam schrok ik wel. Ik had het idee dat die andere mannen veel meer problemen hadden dan ik en ook veel gewelddadiger waren. Ik wilde eigenlijk stoppen omdat ik dacht dat ik niet in de groep paste. Na een paar weken merkte ik dat we onderling juist veel overeenkomsten hadden en dat de mechanismen achter de agressie erg overeenkwamen. Ik herkende veel in de manier van denken van de groepsleden, de dingen te veel op jezelf betrekken, het te persoonlijk nemen en het idee dat ze altijd jou moeten hebben. Ik heb in de groep geleerd anders naar situaties te kijken. Ik vond het prettig om later ook nieuwe groepsleden te helpen met oplossingen vinden voor hun problemen."

---

### **Praktijkvoorbeeld**

Dit praktijkvoorbeeld is gebaseerd op een uitgebreide gevalbeschrijving (Van Dam & Van Tilburg, 2007), die voor deze interventiebeschrijving is gecomprimeerd.

#### **Ab**

##### *Aanmelding*

Ab is een man van 52 jaar. Hij is bijna 25 jaar getrouwd met Gerda en heeft een thuiswonende zoon van 23 jaar en een thuiswonende dochter van 19 jaar. Hij werkt al bijna 30 jaar als magazijnmedewerker bij een middelgroot bedrijf. Ab wordt op eigen verzoek door de huisarts aangemeld. De laatste maanden heeft hij last van woedeaanvallen. Hij is niet bekend met woede-uitbarstingen of agressief gedrag, maar de laatste maanden reageert hij heftig op meningsverschillen en dingen die tegenzitten. Hij heeft het gevoel dat het hem overkomt en dat hij er niets aan kan doen. Hij heeft diverse keren meubels in huis kapot geslagen, de hond heeft schoppen van hem gekregen en de laatste keer heeft hij voor het eerst in zijn leven zijn vrouw geslagen. Zijn vrouw was gewond, is het huis uit gevlucht en de burens hebben de politie gebeld. Voor Ab is deze laatste uitbarsting reden geweest om hulp te gaan zoeken.

##### *Intake*

Uit de intakegegevens blijkt dat Ab is opgegroeid in een harmonieus arbeidersgezin waar weinig problemen waren. Zijn huwelijk omschrijft hij als goed. Er zijn nooit problemen geweest en hij begrijpt dan ook niet waar zijn uitbarstingen vandaan komen. Volgens Ab liggen de problemen misschien meer op zijn werk. De werkdruk is enorm toegenomen, hij heeft een nieuwe chef die hem in zijn ogen onrechtvaardig behandelt en er zijn af en toe ook spanningen onder de collega's waar door de nieuwe chef weinig mee gedaan wordt. De intaker stelt Ab voor hem te verwijzen naar het behandelprogramma voor agressieproblematiek.

##### *Kennismakingsgesprek*

Na uitleg over de bedoeling van het kennismakingsgesprek en de behandeling wordt aan het echtpaar gevraagd om te vertellen op welke momenten er agressieproblemen zijn, wat er dan precies gebeurt en waarom ze vinden dat er iets aan gedaan moet worden. Door te vragen naar de gebeurtenissen die aan de uitbarstingen voorafgingen, wordt een begin gemaakt met het denken in termen van een agressieketen. Dit

is een voorwaarde om de time-outprocedure te introduceren. Tijdens het kennismakingsgesprek wordt de time-outprocedure en hoe deze toe te passen tot in detail met Ab en Gerda besproken.

De gegevens uit het intakegesprek en het kennismakingsgesprek worden gecombineerd met de gegevens uit de door Ab ingevulde vragenlijsten en worden aan het einde van het gesprek met Ab en Gerda besproken. Ab heeft een vermijdende stijl van communiceren. Vermoedelijk loopt daardoor de frustratie hoog op en ontlaat deze zich in een agressieve uitbarsting. Dat betekent voor de groepsbehandeling dat er bij Ab vooral aandacht besteed zal moeten worden aan het adequaat leren uiten van emoties. In de relatiegesprekken zal dit thema ook verder besproken worden en zal er ook geoefend worden met communicatievaardigheden.

### *Groepsbehandeling*

#### ▪ Sessie 1 - 5

Ab komt samen met drie andere nieuwe groepsleden in een groep die nu uit negen mannen bestaat. De eerste bijeenkomsten is Ab stil en afwachtend. Hij voert verschillende opdrachten uit. Zo beschrijft hij naast het agressieve gedrag zelf welke situatie, gevoelens en gedachten daaraan voorafgingen en wat de consequenties van het agressieve gedrag waren. Uit de registratieopdrachten blijkt dat hij moeite heeft met het herkennen van emoties en gebeurtenissen die aan een uitbarsting voorafgaan.

Ab leert zijn eigen emoties te differentiëren en te benoemen en ook de emoties bij anderen beter te herkennen. Doel is dat Ab in andere situaties eerder kan herkennen dat zich mogelijk agressie aan het opbouwen is. Hij (h)erkent dat de uitbarsting een langere aanloop had dan hij aanvankelijk dacht.

#### ▪ Sessies 5 - 10

Ab is in de groep actiever geworden. Hij heeft meer aansluiting bij de andere groepsleden en herkent nu meer de overeenkomsten. Als de spanning thuis hoog oploopt, neemt hij nu een time-out door te gaan fietsen of door zich terug te trekken in de schuur. Ab oefent zijn sociale vaardigheden in de groep (met rollenspellen) en in de praktijk.

#### ▪ Sessie 10 - 20

Ab voelt zich steeds meer thuis in de groep. Hij doet actief mee aan discussies en is behulpzaam tegenover andere groepsleden. Er zijn minder incidenten van agressieve aard en hij ontwikkelt meer vaardigheden. In zijn relatie met Gerda lukt het om aan beider behoeften tegemoet te komen. Ook op het werk stelt Ab zich assertiever op. Hij zoekt wat meer aansluiting bij gelijk denkende collega's en weet ook aan zijn leidinggevende zijn boodschap beter over te brengen. Soms spelen disfunctionele cognities een rol bij het zichzelf overbelasten, zoals de gedachte dat zijn hulp voor anderen onmisbaar is of dat weigering van zijn hulp aan anderen het einde van hun vriendschappelijke betrekkingen zal betekenen. Deze cognities worden tijdens de sessies behandeld.

#### ▪ Sessie 20 - 30

Het doel van de laatste fase is consolidatie van de behaalde resultaten. Er zijn geen incidenten meer van agressieve aard. Ab ervaart zichzelf nu als iemand die controle heeft over zijn handelen en zijn situatie kan beïnvloeden. In de groep stelt hij zich steeds meer op als co-therapeut. Hij helpt de andere groepsleden, zeker de nieuwkomers, met het verkrijgen van meer inzicht in hun agressieketen en door hen te steunen bij het aanleren van alternatief gedrag. Dit vergroot zijn gevoel van eigenwaarde. Omdat Ab er nog niet op vertrouwt dat het goed blijft gaan, wil hij nog een ronde van drie maanden in de groep blijven. Aan het eind van deze drie maanden, die zonder incidenten verlopen, heeft Ab er vertrouwen in dat hij niet meer zal terugvallen in agressief gedrag.

### *Afsluiting*

In het evaluatiegesprek geeft Gerda te kennen dat zij ook vindt dat het een stuk beter gaat. Het is al maanden niet meer tot een uitbarsting gekomen en het is ook steeds minder nodig om een time-out te nemen. De vragenlijsten die Ab de laatste keer heeft ingevuld, laten ook een forse afname zien van de klachten.

---

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

De volgende effectonderzoeken naar *Niet meer door het Lint* hebben plaatsgevonden.

- A. **Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij agressiviteit**, J. ter Berg, doctoraalscriptie uit 2006, Universiteit van Tilburg.

#### B. Onderzoeksopzet

De onderzoeksgroep bestond uit 51 mannen die tussen 2001 en 2005 hebben deelgenomen aan de groepsbehandeling *Niet meer door het lint*. De gemiddelde leeftijd van de mannen was 37 jaar met een standaarddeviatie van 10 jaar. De leeftijdsopbouw in de groep varieerde van 19 tot 59 jaar. Er is in dit onderzoek sprake van een *one-group (within subjects) pretest-posttest design*. Dit houdt in dat dezelfde proefpersonen voor en na behandeling gemeten worden.

Eén keer in de drie maanden was er een instapmoment waarop nieuwe cliënten konden instromen en oude cliënten konden beslissen de behandeling te stoppen of nog tenminste drie maanden voort te zetten. Iedere cliënt kreeg bij zijn eerste bijeenkomst een viertal gevalideerde vragenlijsten in te vullen: een persoonlijkheidsvragenlijst (VTCL) (Duijsens & Spinhoven, 1999), een vragenlijst naar copingstijl (UCL), Schreurs & Van de Willige, 1988), een vragenlijst naar lichamelijke en psychische klachten (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 1986) en een vragenlijst naar interpersoonlijk gedrag (SIG) (Arrindell, De Groot & Walburg, 1984). Iedere drie maanden werden de vragenlijsten opnieuw afgenomen, met uitzondering van de persoonlijkheidsvragenlijst. Deze wordt geacht stabiele persoonlijkheidseigenschappen weer te geven. De 51 respondenten zijn niet allemaal even lang in behandeling geweest. Bij de bepaling van het effect van de behandeling zijn personen die langer dan zes maanden in behandeling zijn geweest (tien personen), meegenomen in de groep die zes maanden in behandeling is geweest (negen personen). Zo werd een groep verkregen van 19 personen met drie meetmomenten. Van de groep van 31 personen met twee meetmomenten maakten 20 drop-outs deel uit. Zij beëindigden de behandeling voortijdig, tijdens de eerste drie maanden. Helaas wordt in het onderzoeksrapport geen verklaring gegeven voor het hoge aantal drop-outs.

#### C. Resultaten

De resultaten laten zien dat het algemene niveau van lichamelijke en psychische klachten significant afneemt na drie maanden behandeling. Er zijn significante afnames van hostiliteit (vijandigheid) na drie en na zes maanden behandeling. In de coping stijl die agressieve mannen toepassen, laten zij een significante afname van expressie van emoties zien, dat wil zeggen ze laten minder hun ergernis of kwaadheid blijken en vertonen een afname in het afreageren van spanningen.

#### Kanttekeningen

Het grootste nadeel van de onderzoeksopzet is het ontbreken van een controlegroep, waardoor niet met zekerheid te zeggen is dat de resultaten aan de therapie toe te schrijven zijn. Daarnaast was de uitval van proefpersonen groot, dit heeft mogelijk een selectiebias gegeven. Door het relatief kleine aantal proefpersonen was het tevens niet mogelijk te kijken naar het therapieresultaat na negen of na twaalf maanden therapie. Verder heeft er geen *follow-up* meting plaats gevonden.



A. **Effectiviteit van een agressie regulatie groepstherapie voor relationeel geweldplegers**, C. Serie, masterscriptie uit 2013, Maastricht University, artikel aangeboden maar nog niet ter perse i.s.m. C. van Tilburg, A. van Dam en C. de Ruiter.

#### B. Onderzoeksaanpak

De steekproef bestond uit 163 Nederlandse mannen met agressieregulatie problemen die verwezen waren naar de GGZ WNB voor de agressieregulatie groepstherapie voor relationeel geweldplegers *Niet meer door het lint*. De meerderheid van de mannen had zich vrijwillig aangemeld, hoewel een kleine groep (N = 9) door de reclassering of tussenkomst van de rechter was verwezen. Deze negen mannen werden niet geïnccludeerd, resulterend in een steekproef van 154 vrijwillige relationeel geweldplegers.

Als effectmaten zijn in dit onderzoek de verschillen genomen tussen voor- en nameting op de SCL-90 die klachten meet (Arrindell & Ettema, 1986), de BDHI-D die hostiliteit en agressie meet (Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn & De Beurs, 2005) en de UCL die coping meet (Schreurs & Van de Willige, 1988).

Het aantal voltooide therapie sessies werd per cliënt bijgehouden door de therapeuten. Cliënten werden aan de hand daarvan in drie groepen verdeeld: voltooiers, drop-outs en afwijzers. Een cliënt werd als drop-out beschouwd wanneer hij aan minder dan 75% van de sessies in de drie maanden durende periode deelnam.

Eén ronde van drie maanden bestaat uit 12 wekelijkse groep sessies. Dit betekende dat een cliënt als drop-out werd gelabeld wanneer hij meer dan drie sessies had gemist. Een voltooier werd gedefinieerd als iemand die aan negen of meer sessies had deelgenomen. Deze verdeling werd gekozen vanwege het feit dat cliënten wordt medegedeeld dat zij niet meer dan drie van de 12 sessies mogen missen. Wanneer een cliënt meer dan drie sessies mist, kan hij niet langer deelnemen aan de resterende sessies. Een afwijzer werd gedefinieerd als iemand die aan geen enkele sessie heeft deelgenomen, na de intake procedure.

Minder dan de helft 40.3% (N = 62) van de deelnemers voltooide minstens één therapieronde van tenminste negen sessies. De meerderheid van de steekproef werd gedefinieerd als een drop-out of afwijzer (59.7%, N = 92). Een kwart van de steekproef (25.3%, N = 39) viel uit gedurende de eerste therapieronde en ongeveer een derde (34.4%, N = 53) wees de therapie direct af na de intake procedure.

#### C. Resultaten

Het onderzoek laat een trend zien waarin algemene psychopathologie afnam, hostiliteit significant afnam, een klinisch relevante vermindering van indirecte agressie werd waargenomen en het gebruik van een passieve coping stijl verminderde. De conclusie van het onderzoek luidt dat dat *Niet meer door het Lint* aldus een positief effect kan hebben voor relationeel geweldplegers.

#### Kanttekeningen

Naast positieve resultaten kent het onderzoek een aantal beperkingen en verbeterpunten. Allereerst is er voor alle uitkomstmaten gebruik gemaakt van zelf-rapportagematen, die onderhevig zijn aan sociaal wenselijke antwoorden. In toekomstig onderzoek zullen daarom meer objectieve en/of observationele maten gebruikt dienen te worden. Informatie van de partners van de relationeel geweldplegers zou bijvoorbeeld als aanvullende bron kunnen dienen, wat de validiteit van de zelf-rapportagedata kan versterken. Een ander verbeterpunt is de omvang van de steekproef. Het kleine aantal deelnemers kan de statistische kracht van de analyses hebben ondermijnd. Bovendien was de steekproef gebaseerd op deelnemers die tenminste één therapieronde hadden afgerond en was het drop-out percentage hoog. Dit laatste kan geleid hebben tot selectiebias en een vertekend beeld hebben gegeven van de werkelijke populatie relationeel geweldplegers die de therapie toegewezen kregen. Aanvullende analyses toonden echter aan dat de voltooiers niet significant verschilden van de drop-outs en afwijzers wat betreft de mate van psychopathologie, zelf gerapporteerde agressie en justitieel verleden. Tot slot: er is geen gebruik gemaakt van een controlegroep, waardoor de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Toekomstig onderzoek met een grotere steekproef, meer objectieve uitkomstmaten en een controlegroep is wenselijk.

Momenteel is er in samenwerking met de Universiteit Maastricht een uitgebreid onderzoek naar de effectiviteit van *Niet meer door het Lint* opgezet:

A. **Group cognitive behavioral therapy for inter-partner violence perpetrators in a self-referred outpatient setting: Treatment effects in relation to patient characteristics and treatment integrity**, C.A. van Tilburg, PhD Onderzoek, Maastricht University.

B. *Onderzoeksopzet*

De behandelresultaten die worden gevonden in studies naar de behandeling van agressie zijn bescheiden en minder sterk dan bij andere CBT-behandelingen. Het is belangrijk om te onderzoeken of er factoren zijn die therapie-effect zouden kunnen voorspellen. De volgende factoren zijn mogelijk van invloed op het behandelresultaat.

- *Dadertype, persoonlijkheidsproblematiek en psychopathologie*. De hypothese hierbij is dat de behandeling het meeste effect zal hebben bij mensen met weinig psychopathologie en co-morbiditeit, dus bij degenen die weinig middelenafhankelijkheid hebben, die minder psychiatrische symptomen (waaronder PTSS-symptomen) vertonen en die minder antisociale persoonlijkheidskenmerken hebben. Effectmeting gebeurt door middel van voormeting met SCIDII (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997), VTCI (Duijsens & Spinhoven, 1999) en B-SAFER (Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1999) en vervolgens *routine outcome monitoring* met BSI (Derogatis, 1993), AVL-AV (Hornsveld, Muris, Kraaimaat & Meesters, 2009), CTS2 (Straus, 1998), AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001), DUDIT (Berman et al., 2003), TSQ (Brewin et al., 2003) en ORS (Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003).
- *Motivatie voor behandeling*. Van mensen die meer intern gemotiveerd zijn voor behandeling en die goed zicht hebben op hun eigen therapiedoelen, wordt verwacht dat ze beter kunnen profiteren van de behandeling en minder snel uit zullen vallen bij de behandeling dan van mensen met een meer externe motivatie wordt verwacht. Effectmeting gebeurt met routine outcome monitoring met TEQ (Wild, Cunningham & Ryan, 2006).
- *Stressreactie en cognitieve bias*. De behandeling die wordt geëvalueerd, is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en is gestoeld op het veranderen van cognities en het openstaan voor alternatieve en meer functionele cognities. Mensen die lijden aan een PTSS zouden moeite kunnen hebben om deze cognitieve veranderingen bij zichzelf te bewerkstelligen; mensen met een PTSS reageren sterker op stress dan mensen zonder PTSS en zouden daarom minder kunnen profiteren van een CBT behandeling. Daarnaast vertonen veel mensen met een PTSS een sterke cognitieve bias; neutrale triggers worden eerder beoordeeld als bedreigend. De verwachting is dat wanneer zowel de stressreactie als de cognitieve bias hoog zijn, een behandeling minder effect zal hebben. Dit deel van het onderzoek zal worden gedaan door middel van experimenteel onderzoek. Aan proefpersonen zal een stresstest worden voorgelegd (MAST) Smeets et al., 2012), waarbij voor en na de test het niveau van cortisol en  $\alpha$ -amylase zal worden gemeten. Voorafgaand aan en na afloop van de stresstest zal aan de proefpersonen een taak worden voorgelegd waarbij zij gezichten te zien krijgen en moeten aangeven wat voor emoties er bij die gezichtsuitdrukkingen horen en hoe sterk deze emoties volgens hen zijn (FaceGen modeller) (Singular Inversions, 2004). In dit onderzoek zal een vergelijking worden gemaakt tussen een steekproef van mannen met agressieproblematiek en PTSS, mannen met agressieproblematiek zonder PTSS, mannen met PTSS zonder agressieproblematiek en een normale controlegroep.
- *Behandelintegriteit*. De verwachting is dat therapeuten die zich beter aan het behandelprotocol houden en die oog hebben voor het groepsproces en voor de behoeften van de cliënten, een beter behandelresultaat zullen laten zien, minder dropouts zullen hebben en een hogere cliënttevredenheid zullen laten zien. Om dit te kunnen meten, zullen in het kader van routine outcome monitoring de SRS (Miller, Duncan & Johnson, 2000) en de TSS (Tracey, 1992) worden afgenomen, om cliënttevredenheid en therapeutttevredenheid te meten. Daarnaast worden van alle sessies NMDHL audio-opnames gemaakt, zodat gescoord kan worden welke technieken er in de sessies worden gebruikt. Daarbij worden ook algemene groepstherapeutische vaardigheden gemonitord.

C. *Samenvatting*



Behandeleffectstudies over inter-partner geweld laten bescheiden resultaten zien. Factoren die van invloed kunnen zijn invloed op het behandeleffect zijn persoonlijkheidskenmerken, psychopathologie, motivatie, stress respons, cognitieve vertekening en behandelintegriteit. Deze studie onderzoekt het behandeleffect van een cognitieve gedragstherapiegroep voor agressieve mannen (NMDHL) en de samenhang met genoemde factoren. De meeste effectstudies worden uitgevoerd in een verplichte behandelingsetting; deze studie onderzoekt het effect van NMDHL in een vrijwillige ambulante ggz-setting.

### **Onderzoek naar vergelijkbare interventies**

In Nederland is er door Hornsveld (Hornsveld, Nijman, Hollin & Kraaimaat, 2007) effectonderzoek gedaan naar de methode *Held zonder geweld* (Hornsveld, Dam-Baggen, Leenaars & Jonkers, 2004), die is gebaseerd op *Agression Replacement Training*. De populatie die is onderzocht bestond uit forensisch-psychiatrische patiënten met agressieproblematiek, waarbij zowel een klinische als een ambulante populatie deel uitmaakte van de steekproef. Een conclusie uit dit onderzoek luidt dat patiënten die lager scoren op psychopathie en met name reactief agressief gedrag laten zien, kunnen profiteren van de therapie en dat patiënten die de training klinisch hebben gevolgd, boostersessies moeten krijgen zodra ze terug komen in de maatschappij en de geleerde vaardigheden in praktijk kunnen gaan brengen. In het algemeen werd een significante afname gemeten in agressief gedrag, maar geen verbetering in sociale vaardigheden. Zoals bij veel studies het geval is, was ook hier sprake van een hoog drop-out percentage.

De Ruiters en Veen (2006) hebben een aantal effectieve behandelinterventies voor geweldplegers geëvalueerd en beschrijven deze aan de hand van een aantal meta-analyses en reviews. Zij stellen dat in effectstudies de resultaten nogal uiteen lopen, maar dat interventiemethoden die deel uitmaken van CBT, ART en stress-inoculatietraining effectief zijn gebleken in het verminderen van agressief gedrag bij volwassen cliënten. Tevens stellen zij dat het van belang is rekening te houden met individuele verschillen bij patiënten en een behandeling daarom af te stemmen op het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe van elk individu (Andrews et al., 1990), zoals ook beschreven staat in hoofdstuk 3.

---

## 7. Aangehaalde literatuur

---

- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2002). Human Agression. *Annual Reviews Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Arrindell, W.A., de Groot, P.M. & Walburg, J.A. (1984). *De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag: SIG*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Assen, N. & Kingma, E. (2003). *Aanpak huiselijk geweld*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Babcock, J.C., Green, C.E. & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *The alcohol use disorders identification test, guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Barner, J.C. & Mohr Carney, M. (2011). Interventions for intimate partner violence: a historical review. *Journal of Family Violence*, 26, 235-244.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Beck, A. & Heinz, A. (2013). Alcohol-related aggression-social and neurobiological factors. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, 711-715.
- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenario-procedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Arnhem: Gouda Quint.
- Beke, B.M.W.A., Haan, W.J.M. de & Terlouw, G.J. (2001). *Geweld verteld. Daders, slachtoffers en getuigen over geweld op straat*. Onderzoeksnotities 2001/7. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Berg, J. ter (2006). *Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij agressiviteit*. Doctoraalscriptie, Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2003). *The drug use disorders identification test, manual*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bernard, J., Appelo, M., Scholing, A. & Kok, F. (2003). De periodieke explosieve stoornis: richtlijnen voor de behandeling. *Directieve therapie*, 23, 9-24.
- Blaakman, A.M.J. & Strik, L. (2014). *Uit de Schaduw*. Reader GGZ WNB. Bergen op Zoom: GGZ WNB.
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S. & Foa, E.B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de & Oppenheim, H.J. (2008). *Praktijkboek EMDR*. Amsterdam: Pearson.
- Brown, D. S., Finkelstein, E. A. & Mercy, J.A. (2008). Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 1747-1766.

- Buijsen, H. & Buis, S. (2003). *Uit de praktijk. Indringende ervaringsverhalen van artsen en een gids voor zelfhulp en nazorg na incidenten*. Tilburg: Tred.
- Busto-Puertas, A., Steenkist, P. & Dam, A. van (2010). *Samen werken tegen agressie. Een groepsbehandeling voor Turkse en Marokkaanse mannen met agressieregulatieproblemen*. Utrecht: Movisie.
- CCV/Ministerie van Justitie (2005). *Actieplan tegen geweld*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Chemtob, C.M., Novaco, R.W., Hamada, R.S., Gross, D.M. & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 17-36.
- Dam, A. van., Baselier, B., Bosse, W., Dingemans, B., Hermes, F., Verdult, J. & Verlegh, R. (2015). *Mannen tegen agressie. 12-stappenplan*. Bergen op Zoom: GGZWNB.
- Dam, A. van & Tilburg, C.A. van (2007). *Groepsgedragstherapie bij agressie, gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer*. Uit de serie Psychotherapie in Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dam, A. van, Tilburg, C.A. van, Steenkist, P. & Buisman, M. (2008). *Niet meer door het lint, Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dam, A. van, Tilburg, C.A. van, Steenkist, P. & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint, Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Deneer, B. (2001). Groepstraining in agressiebeheersing. *Handboek Groepspsychotherapie, 14.3-14.36*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Deneer, B. (2004). *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Derogatis L.R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dixon, L. & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review, 31*, 1145-1155.
- Dijk, T. van, Flight, S., Oppenhuis, E. & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Preventie, Jeugdbescherming en Reclassering.
- Duijsens, I.J. & Spinhoven, Ph. (1999). *Verkorte Temperament en Karakter Vragenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Eckhardt, C.I., Murphy, C.M., Black, D. & Suhr, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports, 121*, 369-381.
- Egten, C. van (2005). *Nulmeting aanpak huiselijk geweld*. Den Haag: SBGO, onderzoeks- en adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse gemeenten.
- Ehrensaft, M.K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. & Johnson, J.G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 741-753.
- Ferwerda, H. & Hardeman, M. (2013). *Kijk, dan zie je het, huiselijk geweld geteld en verdiept*. Arnhem: Bureau Beke.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gael, M. van (1999). Als de chirurg in eigen vingers snijdt... Over de grenzen van de psychische draagkracht van de psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, speciale uitgave december 1999.

- Goldstein, A.P. (1981). *Psychological skill training: the structured learning technique*. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training; A comprehensive training for aggressive youth*. Champaign: Research Press.
- Graham-Kevan, N. (2007). Domestic violence: research and implications for batterer programs in Europe. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 13, 213-225.
- Groen, M. & Lawick, J. van (2003). *Intieme oorlog; over de kwetsbaarheid van familierelaties*. Amsterdam: Van Genneep.
- Grol, R. & Orlemans, J. (1993). Ontspanningsoefeningen. In: J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, P. Eelen, W.P. Haaijman, W.P. & Zwaan, E.J. (red.), *Handboek voor gedragstherapie, studenteneditie, deel 1* (pp. B17-B60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hakkert, A. (2002). *Huiselijk geweld en straatgeweld. Een verkenning naar de relatie tussen beide geweldsvormen*. Den Haag: Ministerie van Justitie, dienst Jeugd en Criminaliteitspreventie.
- Hakstege, B. (2004). Het leed gaat keurig gekleed over straat. Groepsbehandeling van plegers van relationeel geweld. In: B. Deneer (2004), *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Heijden, P.G.M. van der, Cruyff, M.J.L.F. & Gils, G.H.C. van (2009). *Omvang van huiselijk geweld in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Hornsveld, R. (2004). *Held zonder geweld. Behandeling van agressief gedrag*. Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, R., Leenaars, E. & Jonkers, P. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 30(1), 13-22.
- Hornsveld, R.H.J. (2006). *Ontwikkeling en evaluatie van de Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensisch-psychiatrische patiënten*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., Hollin, C.R. & Kraaimaat, F.W. (2007). Aggression control therapy for violent forensic psychiatric patients: method and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 20, 1-12.
- Hornsveld, R.H.J., Muris, P., Kraaimaat, F.W. & Meesters, C. (2009). Psychometric properties of the Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, 16, 181-192.
- Jongorius, P. (1993). De duur van de groepspsychotherapie. *Praktijkboek groepspsychotherapie*, 90-98. Amersfoort: Academische uitgeverij.
- Kik, H. & Baars, J. (2000). Systeemtherapeutisch behandelen van fysiek geweld in partnerrelaties. *Tijdschrift voor Systeemtherapie*, 12, 162-179.
- Korf, D.J., Mot, E., Meulenbeek, H. & Brandt, T. van den (1997). *Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Kropp, P., Hart, S., Webster, C. & Eaves, D. (1999). *Spousal assault risk assessment guide. User's manual*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc./B.C. Institute Against Family Violence.
- Kruse, M., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H. & Helweg-Larsen, K. (2011). The Health Care Costs of Violence Against Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 3494-3508.

- Kuijpers, K. F., Knaap, L.M. van der & Lodewijks, A.I.J. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12, 198-219.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A. & Beurs, E. de (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch, BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee agressievragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lünnemann, K.D. & Bruinsma, M.Y. (2005). *Geweld binnen en buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: P.O. Davidson & S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (p. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marshall, W.L. & Burton, D.L. (2010). The importance of group processes in offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 141-149.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A. & Claud, D.A. (2003). The Outcome Rating Scale: a preliminary study of the reliability, validity and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. & Johnson, L.D. (2000). *The session rating scale 3.0*. Chicago, IL: Authors.
- Minnen, A. van & Arntz, A. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een post-traumatische stress stoornis: Imaginaire exposure. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II. (2de, herz. druk)* (pp. 1-31). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Movisie (2011). *Factsheet Huiselijk geweld: Aard, omvang gevolgen, hulpverlening en aanpak*. Utrecht: Movisie.
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 119-133.
- Murphy, C.M. & Eckhardt, C.I. (2005). *Treating the abusive partner, an individualized cognitive-behavioral approach*. New York/London: The Guilford Press.
- Neeleman, A. & Hoeve, M. van (1999). Samen sterk? Een co-therapie in groep en supervisie. *Groepstherapie*, 33, 49-58.
- Nieuwenhuis, A. & Ferwerda, H. (2010). *Tot de dood ons scheidt, een onderzoek naar de omvang en kenmerken van moord en doodslag in huiselijke kring*. Arnhem: Bureau Beke.
- Olver, M.E., Stockdale, K.C. & Wormith, J.S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Orth, U. & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 4, 698-706.
- Pijpers, H.J.A.E.P.; van Tilburg, C.A. & van Dam, A. (2014). *Procesevaluatie therapeuten groep Niet meer door het lint*. Interne publicatie. Bergen op Zoom: GGZ WNB.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach*. Homewood: Dow Jones Irwin.
- Ruiter, A. de (1999). *Let op de Kleintjes: Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: Transact.

- Ruiter, C. de & Veen, V.C. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ruiter, C. de & Veen, V.C. (2006). Voorkomen van recidive bij geweldsdelinquenten: wat werkt. *Directieve therapie* 26, 51-60.
- Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: developing guidelines for evidence-based practice. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 37, 473-488.
- Sartin, R.M., Hansen, D.J. & Huss, M.T. (2006). Domestic violence treatment response and recidivism: a review and implications for the study of family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 425-440.
- Saunders, D. (2008). Group interventions for men who batter: a summary. *Violence and Victims*, 23, 156-172.
- Schreuders, M.M., Huls, F.W.M., Garnier, W.M., Bijleveld, C.C.J.H., Groen, P.P.J., Heide, F., Heide, W. van der, Meijer, R.F. & Smit, P.R. (1999). *Criminaliteit en rechtshandhaving 1999: ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: WODC.
- Schreurs, P.J.G. & Willige, G. van de (1988). *Omgaan met problemen en gebeurtenissen: de Utrechtse copinglijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Serie, C., Tilburg, C.A. van, Dam, A. van & Ruiter, C. de (2014). *Effectiviteit van een agressie regulatie groepstherapie voor relationeel geweldplegers*. Manuscript submitted for publication.
- Singular Inversions. (2004). *FaceGen Modeller (Version 3.3)* [Computer Software]. Toronto: Singular Inversions.
- Smeets, T., Cornelisse, S., Quaedflieg, C.W.E.M., Meyer, T., Jelicic, M. & Merckelbach, H. (2012). Introducing the Maastricht acute stress test (MAST): a quick and non-invasive approach to elicit robust autonomic and glucocorticoid stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1998-2008.
- Snijders, H. (2006). *Interventies in behandelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sonkin, D.J. & Dutton, D. (2003). Treating assaultive men from an attachment perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7, 105-133.
- Stover, C.S., Meadows, A.L. & Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychopathology, Research and Practice*, 40, 223-233.
- Straus M.A. (1998). *Manual for the Conflict Tactics Scale Including Revised Versions CTS2 and CTSPC*. Durham: University of New Hampshire.
- Taft, C.T., Schumm, J.A., Marshall, A.D., Panuzio, J. & Holtzworth-Munroe, A. (2008). Family-of origin maltreatment, posttraumatic stress disorder symptoms, social information processing deficits, and relationship abuse perpetration. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 3, 637-646.
- Tilburg, C.A. van & Dam, A. van (2013). Ook al heb ik angst, ik ben voor niemand bang; de behandeling van trauma in het kader van een agressiebehandeling. *Directieve Therapie*, 33, 31-50.
- Tracey, T.J. (1992). *Client Satisfaction Scale (CSS) and Therapist Satisfaction Scale (TSS), manual*. Tempe: Arizona State University.
- Transact (2006). *Factsheet huiselijk geweld: feiten en cijfers*. Utrecht: Transact.
- Veen, H. van der & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: overkoepelend syntheserapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer-en daderonderzoek (2007-2010)*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.



- Visee, H.C. & Homburg, G.H.J. (2010). *Verzuimkosten werkgevers ten gevolge van huiselijk geweld*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Webster, C., Douglas, K., Eaves, D. & Hart, S. (1997). *HCR-20 Assessing Risk for Violence: Version II*. Burnaby: Mental Health, Law & Policy Institute, Simon Frazier University.
- Wild T., Cunningham J.A. & Ryan R.M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.
- Witvlied, M., Timmermans, M. & Homburg, G.H.J. (2010). *Geweldcijfers: een inventarisatie van monitoren en weergave van trends in geweld*. Amsterdam: Regioplan beleidsonderzoek.
- Wolf, M. de (2014). *The Association Between Treatment Adherence and Client Satisfaction in a Voluntary Outpatient Treatment Setting for Violent Men*. Unpublished manuscript.

## Bijlage 1

Tabel Verantwoording Technieken

Factor	Doelen	Niet meer door het Lint	Methode
<b>Inzicht</b>	Kunnen benoemen en herkennen van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan een agressieve uitbarsting	Agressiecirkel en agressieketen	Terugvalpreventiemodel (Marlatt & Gordon, 1980) Delictscenario-procedure (Mulder, 1995; Van Beek, 1999)
<b>Triggers en signalen van spanningsopbouw</b>	Herkennen van signalen van spanningsopbouw en triggers die leiden tot spanningsopbouw	Agressiecirkel en agressieketen	Delictscenario-procedure (Mulder, 1995; Van Beek, 1999)
<b>Onderscheiden en uiten van emoties</b>	Kunnen onderscheiden van verschillende emoties en deze tijdig uiten	Gedachtenschema's Emoties/verleden/relaties/opvoeding	Cognitieve therapie bij agressie (Murphy & Eckhardt, 2005)
<b>Herkenning ontlokkers</b>	Leren herkennen van verschillende ontlokkers van spanningsopbouw	Agressiecirkel en agressieketen	Delictscenario-procedure (Mulder, 1995; Van Beek, 2005)
<b>Wantrouwen van anderen</b>	Opdoen van correctieve ervaringen en verminderen wantrouwen	Bekrachtiging in de groep, zowel door groepstherapeuten als medegroepsgenoten; erkenning en herkenning van klachten	Groepstraining in agressiebeheersing (Deneer, 2001)
<b>Disfunctionele cognities</b>	Bijstellen van cognitieve vertekeningen van het gedrag van anderen	Cognitieve therapie en gedachtenschema's	Cognitieve therapie bij agressie (Murphy & Eckhardt, 2005; Saini, 2009)
<b>Spanning/Arousal</b>	Verminderen spanning en overaltheid	Ontspanningsoefeningen	Ontspanningsoefeningen (Grol & Orlemans, 1993)
<b>Agressie-uitbarstingen</b>	Responspreventie, d.w.z. voorkomen van agressie-uitbarstingen	Aanleren responspreventie, o.a. time-out procedure	Terugvalpreventiemodel (Mulder, 1995) Richtlijnen behandeling periodieke explosieve stoornis (Bernard, Appelo, Scholing & Kok, 2003)



<b>Probleem oplossen /coping</b>	Aanleren van meer functionele copingtechnieken	Coping en probleem oplossen	Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998)
<b>Sociale vaardigheden</b>	Versterken sociale vaardigheden	Communicatie Assertiviteit en sociale vaardigheden Communicatie met leidinggevenden	Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998)
<b>Relatieproblematiek</b>	Verbeteren partnercommunicatie	Emoties/verleden/relaties/ Opvoeding  PRT-gesprekken naast de groep	Intieme oorlog; over de kwetsbaarheid van familierelaties (Groen & Van Lawick, 2003) Systeemtherapeutisch behandelen van fysiek geweld in partnerrelaties (Dixon & Graham-Kevan, 2011; Kik & Baars, 2000) Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998)