

Niet meer door het lint

Interventiebeschrijving



Het werkblad (versie mei 2015) dat gebruikt is voor het maken van deze interventiebeschrijving, is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties.

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant

Naam: Arno van Dam

E-mail: a.vandam@ggzwnb.nl

Telefoon: 0164 289 497

Website: 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 sociale interventies

Utrecht, Movisie

Februari 2011, herzien februari 2015, herzien oktober 2022 en augustus 2023

Inhoud

Samenvatting	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	16
3. Onderbouwing	22
4. Onderzoek	33
4.1. Onderzoek naar de uitvoering	33
4.2. Onderzoek naar de behaalde effecten	36
4.3. Praktijkvoorbeeld	41
5. Samenvatting Werkzame elementen	44
6. Aangehaalde literatuur	45
Bijlage 1	52

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Doelgroep

De doelgroep van de interventie bestaat uit mensen met agressieproblemen, tussen 18 en 70 jaar. Het gaat om ggz-cliënten die vrijwillig in behandeling zijn of mensen die zich bij de ggz (willen) aanmelden en die bereid zijn vrijwillig in behandeling te gaan.

Doel

Het doel van de interventie is een significante afname van agressief gedrag. Onder agressief gedrag wordt verstaan: het welbewust gebruiken van fysieke kracht of macht dan wel het dreigen daarmee, gericht tegen een ander persoon of een andere groep van personen, hetgeen resulteert of waarschijnlijk zal resulteren in fysiek letsel, de dood of psychische schade (Erpecum, 2005). Een afname van agressief gedrag wordt gemeten met specifieke meetinstrumenten, te weten de AVL en de CTS2.

Aanpak

Niet meer door het lint is een cognitief-gedragstherapeutische groepstherapie. Deelnemers leren hun gedrag te veranderen en krijgen handvatten om met moeilijke situaties om te gaan. Ook vergaren zij inzicht in het ontstaan van zowel huiselijk geweld als publiek geweld en hoe ze dit kunnen voorkomen.

Het behandelprogramma omvat standaard een groepsbehandeling met daarnaast systeemgesprekken, zo nodig aangevuld met extra behandelmodules. Het behandelprotocol van *Niet meer door het lint* beslaat 18 sessies. Deelnemers beschikken over een werkboek en krijgen wekelijks huiswerkopdrachten. De groepssessies vinden wekelijks plaats en bestaan uit twee onderdelen van elk een uur.

Materiaal

- Werkboek Niet meer door het Lint (Van Dam, Van Tilburg, Steenkist & Buisman, 2008)
- Handleiding Niet meer door het Lint (Van Dam, Van Tilburg, Steenkist & Buisman, 2009).
- Groepsgedragstherapie bij agressie, gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer (Van Dam & Van Tilburg, 2007).

Onderzoek

Er is onderzoek gedaan naar het proces van *Niet meer door het lint* en naar de effectiviteit van de interventie. Deelnemers en therapeuten tonen zich tevreden met de behandelmethode. De resultaten van effectonderzoek laten bij de deelnemers een daling in het algemene klachtenniveau zien, een significante afname van hostiliteit (vijandigheid), en van de verschillende vormen van agressie. Er is een uitgebreid effectonderzoek gaande om het effect van de interventie in samenhang met patiëntkenmerken, psycho-biologische factoren en therapie-integriteit te evalueren. Dit onderzoek wordt momenteel in samenwerking met de Universiteit Maastricht uitgevoerd, definitieve resultaten worden eind 2023 verwacht.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep van de interventie bestaat uit mensen met agressieproblemen, tussen 18 en 70 jaar. Het gaat om ggz-cliënten die vrijwillig in behandeling zijn of mensen die zich bij de ggz aanmelden of willen aanmelden en die bereid zijn vrijwillig in behandeling te gaan. Goed begrip van de Nederlandse taal is een pre, kunnen lezen en schrijven een voorwaarde.

Intermediaire doelgroep

Er zijn geen intermediaire doelgroepen. Wel worden partners en naasten van deelnemers betrokken bij de behandeling. Zij worden uitgenodigd voor een gezamenlijk gesprek voorafgaand aan de groep en bij de evaluatie na afloop van de groep. Voor partners en naasten van deelnemers aan *Niet meer door het lint* is er parallel aan de interventie een aparte therapiegroep ontwikkeld, *Uit de Schaduw* (Blaakman & Strik, 2014). Deelname aan deze groep is echter niet voorbehouden aan partners of naasten van deelnemers aan *Niet meer door het lint*. Dit maakt *Uit de Schaduw* een op zichzelf staand behandelprogramma.

Selectie van doelgroepen

Verwijzingen naar het programma komen via de volgende kanalen.

- De huisarts. Naar aanleiding van geweld is er een crisis ontstaan waarbij iemand hulp zoekt, vaak om te voorkomen dat zijn partner hem verlaat, hij met justitie in aanraking komt of zijn werk verliest.
- De casemanager van Veilig Thuis, na het instellen van een tijdelijk huisverbod.
- De ggz of vrijevestigde praktijken, waar een deel van de aangemelde cliënten al in behandeling is voor 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.
- Reclassering, verslavingszorg en maatschappelijk werk.
- Bemoeizorg: mensen met agressieproblematiek worden actief benaderd als er binnen het Veiligheidshuis meldingen binnenkomen van recidiverend huiselijk geweld.

Geïndiceerd voor het behandelprogramma zijn mensen met agressieproblematiek, 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.

In het verleden bestond er een aangepast Niet meer door het lint programma voor mensen met een migratieachtergrond: *Samen werken tegen agressie* (Busto-Puertas, Steenkist & Van Dam, 2010). Dit programma was gericht op de eerste en tweede generatie mensen met een migratieachtergrond. Inmiddels is de visie dat de groep *Niet meer door het Lint* een afspiegeling dient te zijn van de samenleving en dat er geen onderscheid wordt gemaakt op basis van achtergrond of etniciteit. Deelnemers kunnen dan ook mensen zonder en met een migratieachtergrond zijn. Zoals eerder vermeld is een goed begrip van de Nederlandse taal een pre, kunnen lezen en schrijven een voorwaarde. Voor mensen die uitdrukkelijk bezwaar maken tegen deelname aan groepsbehandeling is het mogelijk om het programma *Niet meer door het lint* te doen in een een-op-een behandeling. Groepsbehandeling heeft echter altijd de voorkeur.

Contra-indicaties:

- Het geweld vindt uitsluitend plaats onder invloed van middelen.
- Niet kunnen lezen of schrijven.
- 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 onder andere 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 et al., 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 et al., 2001; DUDIT; Berman et al., 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 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.

Betrokkenheid doelgroep

De interventie *Niet meer door het lint* is aanvankelijk ontwikkeld door vier behandelaars die in de praktijk werken met agressieproblematiek. In tussentijdse herzieningen van het programma en bij de doorontwikkeling ervan zijn twee ervaringsdeskundigen betrokken die zelf het programma hebben gevolgd en inmiddels als ervaringsdeskundige bij het *Niet meer door het lint* programma meewerken.

1.2 Doel

Hoofddoel

De interventie *Niet meer door het lint* heeft als doel een significante afname van agressief gedrag. Agressief gedrag wordt gedefinieerd als: het welbewust gebruiken van fysieke kracht of macht dan wel het dreigen daarmee, gericht tegen een ander persoon of een andere groep van personen, hetgeen resulteert of waarschijnlijk zal resulteren in fysiek letsel, de dood of psychische schade (Erpecum, 2005). Een afname van agressief gedrag wordt gemeten met specifieke meetinstrumenten, te weten de AVL en de CTS2.

Subdoelen

We onderscheiden de volgende subdoelen in de therapie die leiden tot het bereiken van het hoofddoel binnen vijf maanden (18 sessies).

- De deelnemer is zich bewust van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan agressief gedrag.
- De deelnemer herkent signalen van spanningsopbouw die leiden tot agressief gedrag.
- 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 deelnemer deze 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 kan als hulpmiddel gebruikt worden om erachter te komen welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens wakker roept. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag en dat gedrag heeft weer bepaalde gevolgen.
- De deelnemer is in staat spanning te verlagen door het toepassen van diverse relaxatietechnieken, gericht op ombuigen van de opbouwfase en daarmee het 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 situaties die stress veroorzaken.
- 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 deelnemer is in staat om op een adequate wijze met partner, familie of naasten te communiceren.

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

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De groepsbijeenkomsten

Het protocol *Niet meer door het lint* bestaat uit 18 sessies groepstherapie. De groepsessies 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 agressieketen, 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 om deze te onderbreken.

Tijdens het tweede uur kan een 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 fase waarin de groepsleden zich bevinden.

De begeleiding

De groep wordt begeleid door twee therapeuten. Zo kunnen beide therapeuten inzicht geven in hun belevingswereld vanuit verschillende invalshoeken en kunnen zij een model zijn in effectief en gelijkwaardig communiceren.

De therapeuten hebben een directieve houding tijdens de groepsessies. Zij kunnen afwisselend individueel met een deelnemer 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.

Therapeuten wordt sterk aanbevolen een tweedaagse training te volgen in de *Niet meer door het lint* methodiek, desgewenst aansluitend aan de training supervisie. De training is

bedoeld om hulpverleners kennis te laten maken met de werkzame elementen van *Niet meer door het lint*, ze te laten oefenen met verschillende behandeltechnieken en om inzicht te verschaffen in valkuilen en moeilijkheden die het werken met agressieproblematiek in een groep met zich mee kan brengen.

Het volgen van deze training wordt sterk aanbevolen voor het geven van *Niet meer door het lint*. Echter, door de vrije verkrijgbaarheid van de therapieboeken kan dit niet verplicht worden gesteld.

Naast het therapeutenkoppel is bij voorkeur ook een ervaringsdeskundige betrokken bij het programma. Deze kan een rol spelen in de motivatie voor het programma door het geven van psycho-educatie, en ook ondersteunen tijdens de groepstherapie.

Meersporenaanpak

Agressieproblematiek is complexe problematiek die vraagt om een aangepast, op maat gemaakt programma (Butters et al., 2021). De groep *Niet meer door het lint* is daar een onderdeel van en levert er ook een bijdrage aan. Er is echter meer zorg nodig dan enkel de groep. Om die reden past voor *Niet meer door het lint* een meersporenaanpak. Vast onderdeel van de groepsbehandeling gericht op agressieproblematiek vormen twee gesprekken: één voorafgaand aan de groep en één bij de evaluatie na afloop van de groep. De partner of een naaste wordt daarbij uitgenodigd. Verder kunnen op indicatie verschillende behandelmodules worden toegevoegd, waaronder de volgende.

- Partner-, relatie- of systeemtherapie. Vaak is dit gericht op het verbeteren van communicatievaardigheden.
- Een naastengroep, *Uit de Schaduw* (Blaakman & Strik, 2014). Partners of naasten van mensen met agressieproblematiek 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 deelnemers of hun partner kan ook een serie individuele gesprekken worden aangeboden, gericht op bijvoorbeeld traumabehandeling of verslavingsproblematiek.
- Medicamenteuze behandeling. Deelnemers 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. In het kader van behandel-effectiviteit is het belangrijk onderliggende problematiek mee te nemen in de behandeling en de behandeling hierop af te stemmen (Butters et al., 2021; Taxman, 2020).

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.

Met de deelnemers wordt aan het einde van de 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 deelnemers en hun partners of naasten, de bevindingen van de therapeuten en de uitkomst van de vragenlijsten bij de nameting. Mensen kunnen maximaal twee behandelrondes van 18 sessies deelnemen aan de groep.

Nazorg-zelfhulpgroep

Vaak blijkt er na de behandeling behoefte te zijn om ervaringen te blijven delen en ondersteuning te krijgen bij terugvalpreventie. In dit kader is in 2015 samen met ervaringsdeskundigen het programma Mannen tegen Agressie ontwikkeld (Van Dam et al., 2015). Mannen tegen Agressie (MTA) is een zelfhulpgroep voor mensen (ook vrouwen zijn welkom) die elkaar willen helpen hun agressie te beheersen. MTA is een initiatief van een aantal ex-deelnemers en therapeuten van *Niet meer door het lint*. De ontwikkeling van MTA is ondersteund door de leefbaarheidssubsidie van de provincie Noord Brabant. Mannen tegen Agressie is bedoeld voor mensen die al eerder aan *Niet meer door het lint* hebben meegedaan of andere vormen van agressiereductie-therapie/training/behandeling en verder willen werken aan het verminderen van hun agressie. De deelnemer moet dus gemotiveerd zijn om te werken aan het verminderen van agressief gedrag. MTA is een zelfhulpgroep en wordt geleid door ervaringsdeskundigen. Deelname aan Mannen tegen Agressie is vrijwillig.

Inhoud van de interventie

De intake

In de intakefase wordt aan de hand van gesprekken met de deelnemer – en bij voorkeur diens partner of naaste – een beeld gevormd van het type agressie, 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). In een adviesgesprek wordt samen met deelnemer gekeken naar verschillende behandelmogelijkheden. De voor- en nadelen ervan worden aan deelnemer voorgelegd

zodat deze samen met de intaker een afgewogen beslissing kan nemen over de behandeling, zgn. 'shared-decision making'.

Om de kans op recidive te objectiveren kunnen risicotaxatie-instrumenten, zoals de Historical Clinical Riskmanagement-20 (HCR-20 V3) (Douglas & Belfrage, 2014) 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 agressiecirkel
2. Spanning en de spanningsthermometer
3. Motivatie
4. Opstellen van veranderdoelen
5. Ontlokkers en signalen van spanningsopbouw
6. Agressiecirkel
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.

Bovenstaand behandelprotocol is gebaseerd op 18 sessies. In een aangepaste vorm – bijvoorbeeld voor gebruik in de basis ggz waarin minder behandelminuten beschikbaar zijn en de problematiek meestal milder is – kan er een protocol worden gebruikt van 12 sessies. Daarbij wordt per sessie één onderdeel van het werkboek behandeld en kunnen de onderdelen motivatie en opstellen van veranderdoelen in één sessie worden behandeld. De onderdelen *communicatie met leidinggevenden* en *emoties/verleden/relaties/opvoeding* zijn dan facultatief. De behandeling met *Niet meer door het lint* dient in elk geval minimaal 12 sessies te beslaan, ongeacht de setting waarin deze wordt gegeven.

Naast het werkboek en het handboek voor therapeuten is er een behandelprotocol opgesteld voor *Niet meer door het lint*.

Ter illustratie wordt hieronder een sessie van *Niet meer door het lint* 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 agressiecirkel
6. Pauze
7. Weekbespreking: elke deelnemer 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 agressiecirkel zetten.
8. Huiswerk voor volgende keer: nogmaals doornemen hoofdstuk 4, opdrachten maken hoofdstuk 5.
9. Afname Session Rating Scale (SRS)
10. Afsluiten.

Psychomotorische therapie

Een 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. Er is geen vast moment voor de PMT-sessie in de cyclus van 18 sessies. Wel heeft het de voorkeur de sessie in de eerste helft van de cyclus te laten plaatsvinden, aangezien het gaat over het leren herkennen van signalen. 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:

- Pre-contemplatiefase en contemplatiefase
In de voorbeschouwingsfase (pre-contemplatie) 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 deelnemer wordt bewust gemaakt van de voor- en nadelen van agressie en gedragsverandering (hoofdstuk 'Motivatie').
- Voorbereidingsfase
In deze fase neemt men zich voor om (binnen een maand) wat aan het gedrag te doen. De deelnemer 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 deelnemer 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').

Deelnemers 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 deelnemer zit, kan er teruggегреpen worden op vorige hoofdstukken. Op deze manier kan goed worden aangesloten bij de behoefte die de deelnemer of groep op dat moment heeft (Deci & Ryan, 2008; Taxman, 2020). 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 deelnemer vragen nog eens aandacht te besteden aan een eerder hoofdstuk.

Systeemgesprekken

Een vast onderdeel van het behandelprogramma is het uitnodigen van de partner of naaste voorafgaand aan het programma en bij de evaluatie na afloop van het programma. Deze gesprekken hebben meerdere doelen:

- Meer informatie verkrijgen over het agressiegedrag.
- De partner of naaste informeren over het doel en de werkwijze van de behandeling.
- Beoordelen of de partner, naasten en eventuele kinderen hulp nodig hebben.
- Een indruk krijgen van de stabiliteit van het steunsysteem.

Op indicatie kan partner-, relatie- of systeemtherapie worden aangeboden, bijvoorbeeld wanneer hier een hulpvraag voor is of het systeem weinig stabiel is. Het doel is dan om onderlinge communicatievaardigheden te verbeteren. Een belangrijk onderdeel is het aanleren van de 'time-out procedure', een techniek die bedoeld is om geweld tussen partners of naasten te voorkomen. In de eerste fase van de behandeling zijn de systeemgesprekken bij voorkeur wekelijks. Als na (gemiddeld) twee tot vijf sessies de time-out-procedure goed kan worden toegepast, wordt de frequentie verlaagd naar een sessie per drie maanden, met als doel periodiek de voortgang met de deelnemer en de partner of naaste te evalueren. Als daar aanleiding voor is, worden tussendoor afspraken gemaakt of nemen deelnemers met hun partner of naaste deel aan een communicatietraining.

2. 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.

- *Motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*, geschreven door Arno van Dam en Niels Mulder, beschrijft motivatiestrategieën voor de behandeling van diverse problemen. In dit boek wordt een hoofdstuk besteed aan de motivatie voor behandeling van mensen met agressieproblematiek door Carola van Tilburg. Het boek is uitgegeven in 2008 door Bohn Stafleu van Loghum.

- *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek*; onder redactie van Madeleine Rijckmans, Arno van Dam en Wies van den Bosch, uitgegeven in 2020 door Bohn Stafleu van Loghum. In Hoofdstuk 6 wordt beschrijft Carola van Tilburg de behandeling van agressie bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

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

Locatie en type organisatie

De interventie is vooral bedoeld voor ggz-settings, echter met enige aanpassingen kan zij ook worden toegepast binnen andere settings. Dit gebeurt ook al op een aantal plaatsen in Nederland. De aanpassing bestaat doorgaans uit het verminderen van het aantal sessies. Zoals eerder genoemd is dit meestal aan de orde in een setting binnen de basis ggz waar het totaal aantal behandelminuten niet toereikend is voor 18 sessies en waar de problematiek van deelnemers van milder van aard is. Er dienen in elk geval 12 sessies te worden gedaan.

Niet meer door het lint wordt toegepast in de reguliere GGZ bij:

- GGZ WNB, locaties Bergen op Zoom en Roosendaal
- GGZ Breburg, locaties Breda en Tilburg
- GGZE, locatie Eindhoven
- Yulius, locatie Dordrecht
- Emergis, locaties Goes en Middelburg
- GGZ Oost Brabant, locaties Helmond, Rosmalen en Oss
- Avant Sanare, locatie Rotterdam
- Praktijk Memo, locatie Bergen op Zoom.

Niet meer door het lint wordt toegepast in de hulpverlening aan mensen met LVB problematiek bij

- GGZ WNB, locatie Halsteren
- Amarant, locatie Tilburg
- PI, locatie Breda.

Niet meer door het lint wordt toegepast in de forensisch psychiatrische ggz bij:

- GGZ WNB, locatie Halsteren
- GGZE, locatie Woenselse Poort Eindhoven
- Emergis, locaties Goes en Middelburg.

Op basis van wat bekend is over waar *Niet meer door het Lint* wordt toegepast in Nederland, wordt geschat dat er landelijk minstens 25 groepen per jaar van start gaan, met in totaal zo'n 150 deelnemers (het gemiddeld aantal deelnemers per groep ligt op zes). Deze schatting is gebaseerd op het aantal contacten met collega-instellingen waar *Niet meer door het Lint* wordt gegeven. Hoewel groepsbehandeling altijd de voorkeur heeft, wordt de interventie ook in individuele behandelingen toegepast, bijvoorbeeld wanneer een deelnemer uitdrukkelijk bezwaar maakt tegen een groepsbehandeling. Geschat wordt dat dit in Nederland zo'n 100 deelnemers zijn. Mogelijk ligt het werkelijke aantal mensen dat wordt behandeld met *Niet meer door het lint* hoger, omdat de methodiek ook op plaatsen kan worden toegepast die bij de ontwikkelaars niet bekend zijn; de therapieboeken zijn vrij

verkrijgbaar en er is daardoor geen volledig overzicht van behandelcentra waar de interventie wordt toegepast.

Om beter zicht te krijgen op het aantal behandelingen met *Niet meer door het lint* in Nederland, zal systematischer onderzoek worden gedaan. Dat gebeurt in het kader van een overkoepelend aandachtsgebied Antisociaal Gedrag en Agressie binnen GGZ Westelijk Noord-Brabant. De precieze uitvoering hiervan wordt de komende tijd beschreven.

In 2014 is een zelfhulpgroep *Mannen tegen Agressie* opgezet voor mensen die hebben deelgenomen aan *Niet meer door het lint*, met als doel het consolideren van geleerde technieken en het voorkomen van terugval. 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 WNB heeft een aantal mannen die in het verleden last hadden van agressieproblemen een 12 stappenplan voor de *Mannen tegen Agressie*' zelfhulpgroep ontwikkeld. Hoewel de naam '*Mannen tegen Agressie*' mogelijk anders suggereert, zijn alle deelnemers aan *Niet meer door het lint* uitgenodigd om deel te nemen aan de zelfhulpgroep. Op www.mannentegenagressie.nl is informatie te vinden en kunnen mensen elkaar adviezen geven hoe hun agressie onder controle te houden. Dit project is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van Leefbaarheid Brabant (L@B).

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Competenties van de behandelaars

Competente behandelaars vormen een belangrijke voorwaarde voor een goede uitvoering van deze interventie. 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 deelnemer over wat wel/niet goed voor de deelnemer is (Anderson et al., 2016; Barkham et al., 2017). Om teleurstelling en frustratie te voorkomen, dienen zij er rekening mee te houden dat veel herhaling nodig is voordat informatie beklijft. Ook moet er veel tijd en moeite 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 (Snijders, 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, verschillen van inzicht bespreken zij achteraf 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 *caseload* kunnen bijdragen aan preventie (Buijssen & Buis, 2003; Van Gael, 1999).

Therapeuten worden opgeleid in de *Niet meer door het lint* methodiek door middel van een tweedaagse training en desgewenst supervisie. De training kan worden gevolgd door verschillende beroepsgroepen, te weten:

- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)
- Psycholoog/psychotherapeut/gz-psycholoog/psychotherapeut
- Maatschappelijk werkende
- Sociaal Pedagogisch Hulpverlener
- Arts/Psychiater
- Psychomotorisch Therapeut

Het volgen van de tweedaagse training in de *Niet meer door het lint* methodiek wordt sterk aanbevolen alvorens de interventie te gaan uitvoeren.

De training wordt verzorgd door ervaren *Niet meer door het lint* therapeuten vanuit GGZ WNB. Het aansluitend volgen van supervisie wordt sterk geadviseerd.

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

Kwaliteitsbewaking

Om het beloop van de behandeling te evalueren, worden behalve de rapportage van de deelnemer en de partner of naaste 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 deelnemer zelf de lijsten invult en ook is de respons dan lager.

De effectiviteit van de interventie zelf is onderdeel van het lopende onderzoek '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' van C. van Tilburg. De resultaten hiervan worden eind 2023 verwacht. Vanuit deze resultaten zal een systematisch kwaliteitsonderzoek worden opgezet, als onderdeel van het beleids- en onderzoeksgebied betreffende Antisociaal gedrag en Aggressie dat binnen GGZ WNB wordt ontwikkeld, waarbij men streeft naar het behalen van het keurmerk TopGGZ.

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; Stith, Spencer & Mittal, 2020; 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 Ruiter, 1999) aan kinderen uit het systeem.

Het is hoe dan ook een voorwaarde dat partners of naasten bij de behandeling worden betrokken door middel van systeemgesprekken 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 aan samenwerking met verslavingszorg, jeugdzorg en schuldhulpverlening.

Implementatie

De implementatie kan begeleid en onbegeleid worden gedaan. Met behulp van de handleiding (Van Dam et al., 2009) en na het volgen van een tweedaagse training in de

methodiek kunnen instellingen de interventie implementeren. De training is bedoeld om hulpverleners kennis te laten maken met de werkzame elementen van *Niet meer door het lint*. Maar ook om ze te laten oefenen met verschillende behandeltechnieken en om inzicht te verschaffen in valkuilen en moeilijkheden die het werken met agressieproblematiek in een groep met zich mee kan brengen. 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.

Behandelintegriteit en -kwaliteit wordt momenteel geëvalueerd binnen het onderzoek van C. van Tilburg. Hierbij wordt gekeken naar cliënt- en therapeuttevredenheid, de wijze waarop de behandeling wordt uitgevoerd en het effect op behandel-effectiviteit en therapietrouw van de deelnemers. De resultaten van dit onderzoek worden in het najaar van 2023 verwacht. Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek wordt een implementatieplan gemaakt waarin aanwijzingen worden gegeven voor het zo zorgvuldig en effectief mogelijk uitvoeren van de interventie.

Kosten

Materialen en deelname

Het werkboek *Niet meer door het lint* kost € 39.

De therapeutenhandleiding kost eveneens € 39.

Er zijn geen aanvullende materialen noodzakelijk.

Aangezien het hier gaat om een ggz-behandeling die wordt vergoed vanuit de basiszorgverzekering, zijn er geen aanvullende kosten voor deelnemers.

Personele kosten

Om de interventie te kunnen uitvoeren, zijn per groep zes uur per week verdeeld over twee hulpverleners nodig. Per ronde *Niet meer door het lint* van 18 sessies zijn dit 108 uren. Dit is exclusief intakegesprek, diagnostiek, indicatiegesprek en eventuele aanvullende behandelingen, per client wordt het aantal uren dat hierin wordt geïnvesteerd geschat op 12 uur per traject. Uitgaande van gemiddeld zes deelnemers per groep, komt de personele inzet per ronde uit op 180 uur.

Opleiding en supervisie

Een cursus in de methodiek *Niet meer door het lint* beslaat twee dagen en wordt verzorgd door twee trainers. Doorgaans wordt de training *in-company* gegeven, dan zijn er geen aparte kosten voor locatiehuur.

De kosten voor groepstraining en -supervisie bedragen € 145,- per 60 minuten per trainer.

De kosten voor individuele supervisie bedragen € 110,- per 45 minuten.

3. Onderbouwing

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 ander 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 et al., 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 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. *Niet meer door het lint* kan ingezet worden bij beide vormen van geweld, alsook bij de combinatie van beide.

Spreiding

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 1 op de 20 volwassenen in Nederland in de afgelopen vijf jaar wel eens te maken heeft gehad met een voorval van seksueel en/of fysiek geweld (Van Eijkern, Downes & Veenstra, 2018; Ten Boom et al., 2019). In 2020 gaf een op de drie mensen in Nederland van 16 jaar en ouder aan in het afgelopen jaar slachtoffer te zijn geweest van verbale agressie in de huiselijke kring. Voor wat betreft fysieke agressie gaat het om 4% van de bevolking (Akkermans et al., 2020; CBS). Er worden verschillende vormen van huiselijk geweld onderscheiden, te weten: verbale agressie, fysieke agressie, dwingende

controle, *stalking*, niet-fysieke seksuele intimidatie, fysiek seksueel geweld en online seksuele intimidatie (Akkermans et al., 2022; CBS, 2020).

Meer dan de helft van het huiselijk geweld wordt gepleegd door de partner of ex-partner (Ten Boom et al., 2020), waarbij naar schatting 76.000 vrouwen en 13.000 mannen in de afgelopen vijf jaar slachtoffer zijn geweest van structureel huiselijk geweld gepleegd door de (ex)partner (Ten Boom et al., 2020), dat wil zeggen: geweld dat maandelijks, wekelijks of dagelijks voorkomt. Wanneer gekeken wordt naar het vóórkomen van structureel huiselijk geweld in het algemeen, blijkt dat in 2020 820.000 personen van 16 jaar en ouder in Nederland hiermee te maken hebben gehad (Akkermans et al., 2020; CBS, 2020).

Wanneer wordt gekeken naar cijfers van huiselijk geweld, geeft in 2017 3,5% van de mensen aan in de afgelopen vijf jaar huiselijk geweld te hebben gepleegd, waarbij de helft van deze groep aangeeft geweld te hebben gepleegd tegen een (ex)partner (Van Eijkern et al., 2018). Hierbij worden geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen. Van de mensen geeft 5,5% in 2017 aan in de voorgaande vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. Hierbij zijn er wel meer vrouwen dan mannen slachtoffer en krijgen vrouwen vaker te maken met verschillende vormen van huiselijk geweld (Van Eijkern et al., 2018). Van de respondenten geeft 1,6% aan zowel huiselijk geweld te hebben gepleegd als ervaren (Van Eijkern et al., 2018).

De Integrale Veiligheidsmonitor laat zien dat in 2021 5% van de Nederlanders slachtoffer is geweest van publiek geweld. Dit blijkt uit slachtofferenquêtes. Van hen was 4% slachtoffer van (fysieke) bedreiging, 1% van mishandeling en 1,1% van seksueel geweld (Akkermans et al., 2022). Wanneer gekeken wordt naar de gevolgen geeft een derde van de slachtoffers van bedreiging en seksueel geweld aan emotionele, financiële of fysieke problemen te ervaren als gevolg van het geweld, bij de slachtoffers van mishandeling gaat het om meer dan de helft (Akkermans et al., 2022).

Voor meer actuele of gedetailleerde informatie verwijzen wij u naar www.huiselijkgeweld.nl, www.cbs.nl of www.scp.nl.

Gevolgen

In 2020 kwamen in Nederland 121 mensen door geweld om het leven, 77 mannen en 44 vrouwen. In de periode 2016-2020 werd bijna 60% van de moorden op vrouwen gepleegd door een partner of ex-partner (Fonds Slachtofferhulp, 2020). Wat betreft huiselijk geweld met dodelijke afloop in het algemeen was dit cijfer in 2020 ruim 44% (WODC, 2020).

De ziektelast door geweld bedraagt in Nederland ongeveer 3% van alle letsels (Snijders et al., 2016). De kosten die geweld met zich meebracht in de periode 2009-2014 bedroegen in totaal 30 miljoen euro per jaar voor directe medische kosten en 66 miljoen euro per jaar

voor indirecte kosten ten gevolge van arbeidsverzuim, waarbij zowel de kosten voor huiselijk geweld als publiek geweld zijn meegenomen (Snijders et al., 2016).

Oorzaken

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.

De volgende algemene factoren zijn van invloed op de ontwikkeling van agressie.

- 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 agressieproblemen te ontwikkelen (Ehrensaft et al., 2003; Orth & Wieland, 2006; Semiatin et al., 2017). Enerzijds is er een verband aan te wijzen vanuit de sociaal leren theorie (Bandura, 1991). Anderzijds kan een posttraumatische stressstoornis (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 et al., 1997; Hahn et al., 2015; Taft et al., 2008). Ook het ontwikkelen van hechtingsproblemen en daarmee samenhangende zelfbeeldproblematiek worden verondersteld verband te houden met agressieproblematiek en huiselijk geweld (Velotti et al., 2022).
- 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; McGinn, McColgan & Taylor, 2020).
- 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 (Taxman, 2020).
- Misbruik van middelen hangt vaak samen met een toename van agressie (Gilchrist et al., 2019).

Naast de algemene factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van agressie is er een aantal factoren die rechtstreeks invloed hebben op actuele agressie. Deze worden hieronder beschreven bij de aan te pakken factoren.

Aan te pakken factoren

De volgende factoren die van invloed zijn op agressie worden met de interventie *Niet meer door het lint* aangepakt.

- Agressief gedrag en hyperarousal:
 - Bewustzijn van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan een agressieve uitbarsting.
 - Inzicht in signalen van spanningsopbouw en *triggers* die leiden tot spanningsopbouw.
 - Onderscheiden van emoties en emotieregulatie.
 - Herkenning van ontlokkers die spanningsopbouw veroorzaken.
 - Cognitieve therapie.
 - Relaxatietechnieken
 - Time-out procedure/responspreventie.
- Zelfbeeldproblematiek:
 - Cognitieve therapie.
- Sociale en probleemoplossingsvaardigheden:
 - Versterken coping strategieën.
 - Versterken sociale vaardigheden.
 - Versterken communicatie in de relatie met partner of naasten.

Verantwoording

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

Zoals genoemd onder punt 1.2 zijn deze factoren op de volgende subdoelen gericht.

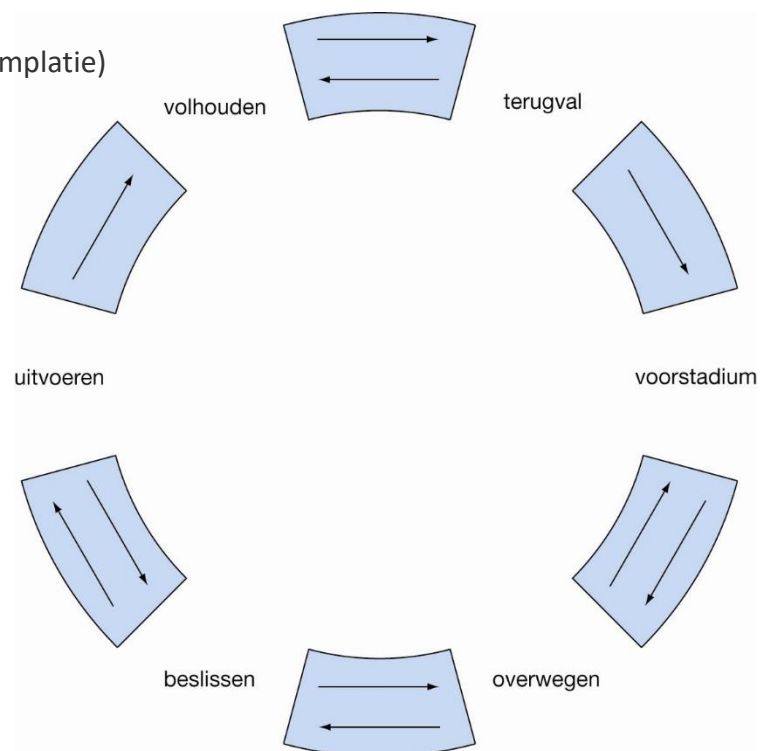
- De deelnemer is zich bewust van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan agressief gedrag.
- De deelnemer herkent signalen van spanningsopbouw die leiden tot agressief gedrag.
- De deelnemer is in staat om emoties van elkaar te onderscheiden en deze te uiten op een vroegtijdig moment in de opbouwfase zonder agressie te gebruiken.
- De deelnemer kan vroegtijdig ontlokkers herkennen, waarna de deelnemer deze 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 tot bepaalde emoties leidt. Deze emoties 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 het 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 situaties die stress veroorzaken.
- 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 deelnemer is in staat om op een adequate wijze met partner, familie of naasten te communiceren.

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 (pre-contemplatie)
- Overpeinzingsfase (contemplatie)
- Beslisfase (voorbereiding)
- Uitvoeringsfase (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 stemmen hun interventies af op de fase waarin iemand zit:

- Fase 1: Het beoordelen van het gedrag in 'kosten-batenanalyses'.
- Fase 2: Motiveringstechnieken.
- Fase 3: Opstellen behandelplan.
- Fase 4: Oefenen met nieuw gedrag.
- Fase 5: Maken terugvalpreventieplan.
- Fase 6: Disfunctionele cognities over terugval onderzoeken.

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 principes

Sinds 1990 is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van agressiebehandelingen (Andrews et al., 1990; Dixon & Graham-Kevan, 2020; Taxman, 2020). De onderzoekers stellen 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. *Niet meer door het lint* is geïndiceerd voor mensen met agressieproblemen. Dit kunnen zowel mensen zijn met relatief milde en kort bestaande agressieklachten als mensen bij wie de agressie forser is en waarbij er sprake is van recidiverende problematiek. Voor mensen met recidiverende agressieproblematiek met veel bijkomende psychopathologie, mag de behandelduur niet te kort zijn. Een variabele behandelduur en -intensiteit 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 deelnemer, 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 deelnemer. 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.

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 mensen met agressieproblematiek. 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 (Karakurt et al., 2019; Murphy & Eckhardt, 2005). Het verlagen van spanning door middel van relaxatietechnieken en de toepassing van *mindfulness* wordt binnen de cognitieve gedragstherapie in het algemeen en ook specifiek bij agressiebehandeling veelvuldig toegepast (Babcock et al., 2016; 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 agressieproblematiek 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 deelnemers.

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 het mogelijk om 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 krijgen mensen de neiging het gedrag te herhalen en ontstaat het gevoel dat er geen controle is. Doel van het terugvalpreventiemodel is mensen 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 en collega's (2003).

Agressieketen

Centraal in de *Niet meer door het lint* 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 deelnemer 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 deelnemers 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 oorspronkelijk een voorkeur uitgesproken voor sekse-homogene groepen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat voor beide seksen geldt dat er in een homogene groep 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. Tegelijkertijd is er geen bewijs dat homogene groepen effectiever zijn dan gemengde groepen (Hornsey, Dwyer & Oei, 2007). Bovendien kan de onderliggende dynamiek die agressief gedrag in stand houdt bij mensen met een verschillende genderidentiteit ook overeen komen, waardoor er juist begrip en herkenning ontstaat in de groep. Dit maakt dat het programma *Niet meer door het lint* ook aan een gemengde groep kan worden aangeboden.

In het algemeen geldt dat het werken in groepen bij agressie zorgt voor erkenning en herkenning bij elkaar, en dat het opbouwen van een therapeutische relatie en een goede groepsdynamiek kunnen bijdragen aan het verminderen van wantrouwen (Hamel et al., 2021; Marmarosh, 2019; Marshall & Burton, 2010).

Bovendien kan er worden geoefend met alternatief gedrag en sociale vaardigheden. Er kunnen echter door wederzijds begrip ook gevoelens van wantrouwen ontstaan.

Aandacht voor het systeem

Het is van belang aandacht te hebben voor de communicatie met partners of naasten. De partner of naaste wordt betrokken bij de behandeling van de groepsdeelnemer bij de start van de behandeling en de evaluatie van de behandeling en daarnaast is het belangrijk om oog te hebben voor systemische processen die kunnen leiden tot agressie (Groen & Van Lawick, 2003; Stith et al., 2020). Aandacht hebben voor en eveneens behandelen van het systeem leidt tot minder drop-out en betere behandelresultaten (Dixon & Graham-Kevan, 2011; Stover et al., 2009).

Reviews en meta-analyses

Internationaal is een aantal reviews en meta-analyses uitgevoerd. Babcock en collega's (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 Ruiters 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 et al., 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 et al., 2009). Marshall en Burton (2010) benadrukken dat er naast behandeltechnieken aandacht moet zijn voor procesvariabelen om een therapie te laten slagen. Als factoren die daarbij van belang zijn noemen ze: therapeutvariabelen, de cliëntperceptie van de behandeling, therapeutische alliantie en het groepsklimaat bij de behandeling. Een soortgelijke aanbeveling doen Eckhardt en collega's (2006). De procesvariabelen die vanuit de literatuur ondersteunend zijn bij een behandeling voor agressie zijn in de ontwikkeling van *Niet meer door het lint* meegenomen. Ze worden ook genoemd in de therapeutenhandleiding (Van Dam et al. 2008). In de therapeutenhandleiding worden groepsdynamische processen beschreven en dilemma's die zich in de groep kunnen voordoen tussen therapeuten en deelnemers, of tussen deelnemers onderling. Hierbij worden suggesties gedaan over gepaste interventies die gebaseerd zijn op conclusies uit de eerder genoemde literatuur.

Meer recente studies (Butters et al., 2021; Hamel et al., 2020; Karakurt et al., 2019; Santirso et al., 2020; Semiatin et al., 2017; Travers et al., 2021) benadrukken eveneens het belang van flexibele, op maat gemaakte behandelingen en een veilig, steunend groepsklimaat. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan de samenhang tussen PTSS, middelenmisbruik en agressie. Gesteld wordt dat aandacht voor PTSS en middelenmisbruik een absolute *must is* in de behandeling van agressie.

In publicaties over *Niet meer door het lint* wordt de implementatie van traumabehandeling in het kader van een agressiebehandeling uitgebreid besproken en worden suggesties gedaan voor behandeling (Van Tilburg & Van Dam, 2013; Van Tilburg, 2019).

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 deelnemer 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-cliënt relatie en het groepsklimaat een belangrijke rol hebben.
- Therapeutische technieken aanpassen aan de motivatie van de deelnemer.
- Gebruik van een handboek en/of werkboek in de therapie.
- Specifieke aandacht voor PTSS en verslavingsproblematiek.

4. Onderzoek

4.1. Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoeksresultaten

Procesevaluatie therapeuten

- a) **Procesevaluatie therapeuten Niet meer door het Lint**, C. Pijpers, 2014, GZZ Westelijk Noord Brabant (niet gepubliceerd).
- b) Exploratief onderzoek, procesevaluatie door middel van semigestructureerd interview bij *Niet meer door het lint* therapeuten, N=15.
- c) 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 deelnemer erbij. De meerderheid van de deelnemers volgt een behandeling parallel aan de groep. Meestal gaat dat om farmacotherapie, traumabehandeling, individuele therapie of behandeling voor ADHD.

Het samenwerken in een therapeutenkoppel wordt 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 deelnemers de

therapie zouden beoordelen. Tips van deelnemers om de therapie te verbeteren, zijn daarentegen zeer uiteenlopend.

Behandelaars beoordelen het contact tussen henzelf en de deelnemers vooral als goed en voelen zich prettig in de groep. Het contact tussen deelnemers onderling wordt wisselend ingeschat, afhankelijk van de deelnemers in de groep. Alle therapeuten voelen zichzelf meer dan gemiddeld veilig in de groep en het werken met mensen met agressieproblematiek wordt positief beoordeeld. Er is de wens om de partners van deelnemer meer bij de behandeling te betrekken door middel van systeemgesprekken en meer evaluatiemomenten. De motivatie van deelnemers 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 deelnemers en de meeste therapeuten geven aan dat deelnemers 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 deelnemers 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 agressiekring en de G-schema's. Dit zijn tevens de onderdelen waar deelnemers 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 deelnemers het werkboek ruim voldoende vinden aansluiten bij hun problematiek.

De voortgang van deelnemers wordt als iets bovengemiddeld ingeschat, wel is er consensus dat deelnemers 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 geweten aan een gebrek aan of fluctuatie van motivatie. Behandelaars beoordelen bovengemiddeld dat deelnemers 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, noemen bijna alle behandelaars een succesfactor voor de behandeling. Daarnaast noemen zij ook het groepsproces en de houding van de therapeuten vaker. Behandelaars noemen zeer uiteenlopende belemmerende factoren; subgroepjes worden het meest genoemd.

Procesevaluatie cliënttevredenheid

- a) ***The Association Between Treatment Adherence and Client Satisfaction in a Voluntary Outpatient Treatment Setting for Violent Men***, M. de Wolf, 2014, Tilburg University (Masterthesis, niet gepubliceerd).
- b) Exploratief onderzoek, afname clienttevredenheidslijst na elke sessie, N=49.
- c) Van 2013 tot 2014 is na elke sessie van *Niet meer door het lint* standaard de Session Rating Scale (SRS) (Miller et al., 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 deelnemers, is het volgende gebleken (De Wolf, 2014).

- De relatie en het contact met de therapeuten werden 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 deelnemers 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.

- a) ***The association between therapeutic interventions and patient satisfaction in Interpersonal Partner Violence perpetrators who are treated with a CBT protocol***. G. Fergus, 2020, Maastricht University (Masterthesis, niet gepubliceerd).
- b) Kwalitatief onderzoek, correlatieanalyse tussen cliënttevredenheid zoals gemeten met de SRS en toegepaste therapeutische technieken in de groep *Niet meer door het lint*, gescoord aan de hand van audio-opnames, N=155.
- c) Tussen 2013 en 2019 zijn er opnames gemaakt van sessies *Niet meer door het lint*. Van deze opnames is gescoord welke therapeutische interventies er zijn toegepast middels een scoringslijst. Elke sessie is er bij de deelnemers een Session Rating Scale (SRS) (Miller, Duncan & Johnson, 2000) afgenomen.

Er is gekeken of de cliënttevredenheid groter was naarmate therapeuten meer technieken uit het *Niet meer door het lint* toepasten. De resultaten lieten het volgende zien.

- De gemiddelde cliënttevredenheid was 7.5 op 10.
- Hoewel de cliënttevredenheid toenam gedurende de cyclus van *Niet meer door het lint*, waren deze gemiddeldes niet significant verschillend.
- Therapeuten gaan gedurende de *Niet meer door het lint* cyclus minder interventies toepassen, dit geldt zowel voor protocol-interventies als proces-interventies.
- Er wordt geen verband gevonden tussen cliënttevredenheid en het aantal of soort toegepaste therapeutische interventies.

Praktijkervaringen

- a) **Groepsgedragstherapie bij agressie: Gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer.**
A. van Dam en C. van Tilburg, 2007, Bohn Stafleu van Loghum.
- b) Kwalitatief onderzoek in het kader van een boekuitgave, waarbij deelnemers, partners van deelnemers en hulpverleners zijn geïnterviewd en waarbij ervaringen en valkuilen in *Niet meer door het lint* in kaart zijn gebracht.
- c) In 2005 en 2006 zijn een aantal deelnemers aan *Niet meer door het lint*, hun partners wanneer die er waren en een aantal hulpverleners geïnterviewd over hun ervaringen met de groep *Niet meer door het lint*.

Uit de interviews kwam het volgende naar voren.

- De deelnemers 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. Tevens geven ze aan te hebben geleerd anders naar situaties te kijken en hun gedachten onder de loep te nemen. Het kunnen ondersteunen van groepsleden wordt als heel waardevol ervaren.
- Partners geven aan dat de time-out procedure belangrijk is in de behandeling en dat deze niet gemakkelijk is om toe te passen. Ze leren beter risico's inschatten en tegelijkertijd goed voor zichzelf opkomen en grenzen te stellen.
- Hulpverleners geven aan dat de doelgroep moeite heeft met motivatie voor behandeling. Benoemd wordt ook dat het gedrag van deelnemers soms in strijd is met eigen normen en waarden, maar dat er tegelijk sympathie kan zijn voor de deelnemer.

4.2. Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek in Nederland

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

- a) ***Effectiviteit van een agressie regulatie groepstherapie voor relationeel geweldplegers***, C. Serie, C. van Tilburg, A. van Dam & C. de Ruiter (2015). *Gedragstherapie*, 48(3), 265-281.
- b) De steekproef bestond uit 163 mannen met agressieregulatieproblemen die verwezen waren naar de GGZ WNB voor de groepstherapie *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 proefpersonen.
- Als effectmaten zijn in dit onderzoek de verschillscores genomen tussen voor- en nameting op de SCL-90 die klachten meet (Arrindell & Ettema, 1986), de BDHI-D die hostiliteit en agressie meet (Lange et al., 2005) en de UCL die coping meet (Schreurs & Van de Willige, 1988).
- c) Het onderzoek laat een trend zien dat 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 mensen met agressieproblematiek.
- a) ***Different Types of Intimate Partner Violence Offenders: Does Treatment Effect and Drop-out differ?***, M. Offergeld, 2017, Maastricht University (Masterthesis, niet gepubliceerd).
- b) Deelnemers aan *Niet meer door het lint* zijn op basis van vorm en ernst van de agressie, voorgeschiedenis van algemene criminaliteit, algemene psychopathologie en middelenmisbruik verdeeld in vier categorieën mensen met agressieproblematiek. Daarbij is gebruik gemaakt van de Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER) (Kropp et al., 2005). De vier types zijn gedefinieerd als 'family only', 'low level antisocial', 'psychopathology' en 'generally violent antisocial'. Therapie-effect is gemeten door een vergelijking tussen voor-, na- en follow-up meting op de AgressieVragenlijst (AVL) (Meesters et al., 1996), de Conflict Tactics Scale (CTS2) (Straus, 1998) en de Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1993). Gekeken is of er verschil is tussen de verschillende types wat betreft therapie-effect en dropout (N=99).
- c) Het onderzoek laat het volgende zien.
- Alle types laten een afname zien in psychologische agressie, fysieke agressie en algemene psychopathologie.
 - Er was geen verschil in mate van drop-out tussen de verschillende groepen.
 - De afname in psychologische en fysieke agressie is bevestigd door scores van partners van de deelnemers.

- De types 'low level antisocial' en 'family only' laten een sterkere afname zien op het gebied van seksueel geweld dan het subtype 'psychopathology'.
- De types 'low level antisocial' en 'generally violent antisocial' rapporteren een sterkere afname op het gebied van fysieke agressie dan het subtype 'family only'.

a) ***The Relationship Between Therapeutic Alliance, Motivation and Treatment Effect in Intimate Partner Violence Treatment.***

R. van der Meer, 2022, Tilburg University (Masterthesis, niet gepubliceerd).

b) Er is quasi-experimenteel onderzoek gedaan naar de samenhang tussen de motivatie van de deelnemer, de therapeutische alliantie en het therapie-effect. Motivatie is gemeten met de Treatment Entry Questionnaire (TEQ) (Jochems et al., 2014), therapeutische alliantie met de Session Rating Scale (SRS) (Miller et al., 2000) en de Therapist Satisfaction Scale (TSS) (Tracey, 1992) en therapie-effect door middel van een voor- en nameting met de Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1993) en de AgressieVragenlijst (AVL) (Meesters et al., 1996).

c) Het onderzoek laat het volgende zien.

- Therapeutische alliantie zoals gescoord door de cliënt laat een verband zien met therapie-effect.
- Therapeutische alliantie zoals gescoord door de therapeut laat geen verband zien met therapie-effect.
- De mate van motivatie hangt niet samen met therapie-effect via therapeutische alliantie.
- De therapeutische alliantie verschilt gedurende de duur van de therapie en ontwikkelt zich gedurende de duur van de therapie.

Sinds 2013 is er in samenwerking met de Universiteit Maastricht een onderzoek naar de effectiviteit van *Niet meer door het lint* gaande. Een compleet overzicht van de resultaten wordt eind 2023 verwacht.

Hierna volgt informatie over de opzet van dat onderzoek en een samenvatting van hetgeen in het onderzoek aan bod komt.

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. Tevens kennen vrijwel alle onderzoeken naar de behandeling van agressie hoge drop-out

cijfers. 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.

- *Type agressieproblematiek, 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) vertonen en die minder antisociale persoonlijkheidskenmerken hebben. Effectmeting gebeurt door middel van voormeting met SCIDII (First et al., 1997), VTCI (Duijsens & Spinhoven, 1999) en B-SAFER (Kropp et al., 1999) en vervolgens routine outcome monitoring met BSI (Derogatis, 1993), AVL-AV (Hornsveld et al., 2009), CTS2 (Straus, 1998), AUDIT (Babor et al., 2001), DUDIT (Berman et al., 2003), TSQ (Brewin et al., 2003) en ORS (Miller et al., 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 zullen uitvallen 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. Ze 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). Daarbij zal voor en na de test het niveau van cortisol en α -amylase 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 deelnemers, 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 et al., 2000) en de TSS (Tracey, 1992) worden afgenomen, om cliënttevredenheid en therapeutttevredenheid te meten. Daarnaast worden van alle sessies *Niet meer door het lint* 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 en forse drop-out cijfers. Factoren die van invloed kunnen zijn op het behandelresultaat zijn persoonlijkheidskenmerken, psychopathologie, motivatie, stressrespons, cognitieve vertekening en behandelintegriteit. Deze studie onderzoekt het behandelresultaat van een cognitieve gedragstherapiegroep voor agressieve mannen (*Niet meer door het lint*) en de samenhang met genoemde factoren. De meeste effectstudies worden uitgevoerd in een verplichte behandelingssetting; deze studie onderzoekt het effect van *Niet meer door het lint* in een vrijwillige ambulante ggz-setting.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

In Nederland is er door Hornsveld en anderen (Hornsveld et al., 2007) effectonderzoek gedaan naar de methode Held zonder geweld, die is gebaseerd op Aggression Replacement Training. De onderzoekspopulatie 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 ook: patiënten die de training klinisch hebben gevolgd, moeten boostersessies 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 mensen met agressieproblematiek 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 deelnemers. 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.

4.3. 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 ontlaadt 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 systeemgesprekken zal dit thema ook verder besproken worden en Ab zal ook oefenen 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 leert hij 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.

5. Samenvatting Werkzame elementen

- De meersporenaanpak, waarbij groepsbehandeling gecombineerd wordt met onder meer individuele gesprekken en systeemgesprekken (2, 5).
- Via een uitgebreide intake aan de hand van gevalideerde vragenlijsten wordt in kaart gebracht van welk type agressieproblematiek er 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 deelnemers zich door elkaar gesteund en ervaren ze herkenning met de andere groepsleden (2, 5).
- De psychomote 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 deelnemer voor gedragsverandering (2, 3).
- Het gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken, zoals:
 - stimulusherkenning door de deelnemer 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 van het onnodig verhogen van de spanning, gericht op het ombuigen van de opbouwfase (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 een therapeutenkoppel, waarbij elke therapeut een aanvullende (voorbeeld)functie voor de groep vervult (2, 5).

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

2 = Veronderstelling ontwikkelaar

3 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

5 = Praktijkervaringen

6 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

6. Aangehaalde literatuur

- Akkermans, M., Gielen, W., Kloosterman, R., Moons, E., Reep, C. & Wingen, M. (2020). *Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid/CBS.
- Akkermans, M., Kloosterman, R., Moons, E., Reep, C. & Tummers-van der Aa, M. (2022). *Veiligheidsmonitor 2021*. Den Haag: CBS.
- Anderson, C. & Bushman, B. (2002). Human Agression. *Annual Reviews Psychology*, 53, 27-51.
- Anderson, T., Crowley, M., Himawan, L., Holmberg, J. & Uhlin, B. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26, 511-529.
- Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Arrindell, W. & Ettema, J. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Babcock, J., Green, C. & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Babcock, J., Armenti, N., Cannon, C., Lauve-Moon, K., Buttell, F., Ferreira, R. ... & Solano, I. (2016). Domestic violence perpetrator programs: A proposal for evidence-based standards in the United States. *Partner abuse*, 7, 355-460.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *The alcohol use disorders identification test, guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: L. Castonguay & C. Hill (Eds.). *How and why are some therapists better than others, understanding therapist effects* (pp. 13-36).
- Barner, J. & 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.
- Beke, B., Haan, W. de & Terlouw, G. (2001). *Geweld verteld. Daders, slachtoffers en getuigen over geweld op straat*. Onderzoeksnotities 2001/7. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Berman, A., 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. & Strik, L. (2014). *Uit de Schaduw*. Reader GGZ WNB. Bergen op Zoom: GGZ WNB.
- Brewin, C., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S. & Foa, E. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- 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. (2010). *Samen werken tegen agressie. Een groepsbehandeling voor Turkse en Marokkaanse mannen met agressieregulatieproblemen*. Utrecht: Movisie.
- Butters, R., Droubay, B., Seawright, J., Tollefson, D., Lundahl, B. & Whitaker, L. (2021). Intimate partner violence perpetrator treatment: Tailoring interventions to individual needs. *Clinical Social Work Journal*, 49, 391-404.
- Chemtob, C., Novaco, W., Hamada, R., Gross, D. & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 17-36.
- Cijfers slachtoffers moord en doodslag* (2020). Fonds Slachtofferhulp.
<https://fondsslachtofferhulp.nl/nieuws/cijfers-slachtoffers-moord-doodslag/>
- De Ruiter, A. (1999). *Let op de Kleintjes: Handleiding voor psycho-educatie aan kinderen die getuige zijn (geweest) van geweld in relaties*. Utrecht: Transact.
- De Ruiter, C. de & Veen, V. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Ruiter, C. & Veen, V. (2006). Voorkomen van recidive bij geweldsdelinquenten: wat werkt. *Directieve therapie* 26, 51-60.
- De Wolf, M. (2014). *The Association Between Treatment Adherence and Client Satisfaction in a Voluntary Outpatient Treatment Setting for Violent Men*. Masterthesis, Tilburg University, niet gepubliceerd.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macro-theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Derogatis L. (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.
- Dixon, L. & Graham-Kevan, N. (2020). Assessing the risk and treatment needs of people who perpetrate intimate partner violence. *The Wiley handbook of what works in violence risk management: Theory, research and practice*, 297-314.

- Douglas, K., & Belfrage, H. (2014). Interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 Version 3. *The International Journal of Forensic Mental Health, 13*, 130-139. doi:10.1080/14999013.2014.908429
- Duijsens, I. & Spinhoven, Ph. (1999). *Verkorte Temperament en Karakter Vragenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Eckhardt, C., Murphy, C., 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.
- Ehrensaft, M., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. & Johnson, J. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 741-753.
- Erpecum, I. (2005). *Van afzijdigheid naar betrokkenheid: Preventieve strategieën tegen geweld*. Utrecht: Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid.
- Fergus, G. (2020). *The association between therapeutic interventions and patient satisfaction in Interpersonal Partner Violence perpetrators who are treated with a CBT protocol*. Masterthesis, Tilburg University, niet gepubliceerd.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. & Benjamin, L. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gilchrist, G., Dennis, F., Radcliffe, P., Henderson, J., Howard, L. & Gadd, D. (2019). The interplay between substance use and intimate partner violence perpetration: A meta-ethnography. *International Journal of Drug Policy, 65*, 8-23.
- Goldstein, A. (1981). *Psychological skill training: the structured learning technique*. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A., Glick, B. & Gibbs, J. (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. & Van Lawick, J. (2003). *Intieme oorlog; over de kwetsbaarheid van familierelaties*. Amsterdam: Van Gennep.
- Grol, R. & Orlemans, J. (1993). Ontspanningsoefeningen. In: J. Orlemans, W. Brinkman, P. Eelen, W. Haaijman & E. Zwaan (red.). *Handboek voor gedragstherapie, studenteneditie, deel 1* (pp. B17-B60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hahn, J., Aldarondo, E., Silverman, J., McCormick, M. & Koenen, K. (2015). Examining the association between posttraumatic stress disorder and intimate partner violence perpetration. *Journal of family violence, 30*(6), 743-752.
- Hamel, J., Cannon, C., Buttell, F. & Ferreira, R. (2020). A survey of IPV perpetrator treatment providers: ready for evidence-based practice?. *Partner abuse, 11*(4), 387-414.

- Hamel, J., Buttell, F., Ferreira, R. & Roy, V. (2021). IPV perpetrator groups: client engagement, and the role of facilitators. *Journal of interpersonal violence*, 08862605211028012.
- Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hornsey, M., Dwyer, L. & Oei, T. (2007). Beyond cohesiveness : reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy. *Small Group Research*, 38(5), 567-592. <https://doi.org/10.1177/1046496407304336>
- Hornsveld, R. (2004). *Held zonder geweld. Behandeling van agressief gedrag*. Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R., 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., Nijman, H., Hollin, C. & Kraaimaat, F. (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., Muris, P., Kraaimaat, F. & Meesters, C.(2009). Psychometric properties of the Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, 16, 181-192.
- Impactmonitor huiselijk geweld en kindermishandeling* (2020). CBS. https://dashboards.cbs.nl/v3/dashboardimpactmonitor_hgkm/
- Jochems, E., Mulder, C., Van Duivenvoorden, H., Van der Feltz-Cornelis, C. & Van Dam, A. (2014). Measures of motivation for psychiatric treatment based on self-determination theory. *Assessment*, 21(4), 494-510.
- Jongerius, P. (1993). De duur van de groepspsychotherapie. *Praktijkboek groepspsychotherapie*, 90-98. Amersfoort: Academische uitgeverij.
- Karakurt, G., Koç, E., Çetinsaya, E., Ayluçtarhan, Z. & Bolen, S. (2019). Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 220-230.
- 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.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A. & De Beurs, E. (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. & Bruinsma, M. (2005). *Geweld binnen en buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (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.

- Marmarosh, C. (Ed.). (2019). *Attachment in group psychotherapy*. Routledge.
- Marshall, W. & Burton, D. (2010). The importance of group processes in offender treatment. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 141-149.
- McGinn, T., McColgan, M. & Taylor, B. (2020). Male IPV perpetrator's perspectives on intervention and change: A systematic synthesis of qualitative studies. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*, 97-112.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E. & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the aggression questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 839-843.
- Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J. & 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., Duncan, B. & Johnson, L. (2000). *The session rating scale 3.0*. Chicago, IL: Authors.
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 21*, 119-133.
- Murphy, C. & Eckhardt, C. (2005). *Treating the abusive partner, an individualized cognitive-behavioral approach*. New York/London: The Guilford Press.
- Neeleman, A. & Van Hoeve, M. (1999). Samen sterk? Een co-therapie in groep en supervisie. *Groepstherapie, 33*, 49-58.
- Offergeld, M. (2017). *Different Types of Intimate Partner Violence Offenders: Does Treatment Effect and Drop-out differ?* Masterthesis, Maastricht University, niet gepubliceerd.
- 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., Van Tilburg, C. & Van Dam, A. (2014). *Procesevaluatie therapeuten groep Niet meer door het lint*. Interne publicatie. Bergen op Zoom: GGZ WNB.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. Homewood: Dow Jones Irwin.
- Rijckmans, M., Van Dam, A. & Bosch, L. (2020). *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Santirso, F., Gilchrist, G., Lila, M. & Gracia, E. (2020). Motivational strategies in interventions for intimate partner violence offenders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosocial intervention*.

- Sartin, R., Hansen, D. & Huss, M. (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.
- Schreurs, P. & Van de Willige, G. (1988). *Omgaan met problemen en gebeurtenissen: de Utrechtse copinglijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Semiatin, J., Torres, S., LaMotte, A., Portnoy, G. & Murphy, C. (2017). Trauma exposure, PTSD symptoms, and presenting clinical problems among male perpetrators of intimate partner violence. *Psychology of Violence, 7*(1), 91.
- Serie, C., Van Tilburg, C., Van Dam, A. & De Ruiter, C. (2015). Aggressieregulatie-groepstherapie voor relationeel geweldplegers: Een open trial. *Gedragstherapie, 48*(3), 265-281.
- Singular Inversions. (2004). *FaceGen Modeller (Version 3.3)* [Computer Software]. Toronto: Singular Inversions.
- Smeets, T., Cornelisse, S., Quaedflieg, C., Meyer, T., Jelacic, 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.
- Snijders, B., Gommer, A., Haagsma, J., Panneman, M., Polinder, S. & Van Beeck, E. (2016). *Ziektelast en kosten van letsel door geweld*. Bilthoven: RIVM.
- Stith, S., Spencer, C. & Mittal, M. (2020). Couple violence: In-depth assessment and systemic interventions. *The Handbook of Systemic Family Therapy, 3*, 99-121.
- Stover, C., Meadows, A. & 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. (1998). *Manual for the Conflict Tactics Scale Including Revised Versions CTS2 and CTSPC*. Durham: University of New Hampshire.
- Taft, C., Schumm, J., Marshall, A., 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.
- Taxman, F. (2020). Violence Reduction Using the Principles of Risk-Need-Responsivity. *Marquette Law Review, 103*, 1149.
- Ten Boom, A., Wittebrood, K., Alink, L., Cruyff, M., Downes, R., Van Eijkern, E.... & Veenstra, D. (2019). *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid.

- Van Beek, D. (1999). *De delictscenario-procedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Arnhem: Gouda Quint.
- Van Dam, A. & Van Tilburg, C. (2007). *Groepsgedragstherapie bij agressie, gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer*. Uit de serie Psychotherapie in Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Dam, A., Van Tilburg, C., Steenkist, P. & Buisman, M. (2008). *Niet meer door het lint, Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Dam, A. & Mulder, N. (2008). *Motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Dam, A. Van Tilburg, C., Steenkist, P. & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint, Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Dam, A., Baselier, B., Bosse, W., Dingemans, B., Hermes, F., Verdult, J. & Verlegh, R. (2015). *Mannen tegen agressie. 12-stappenplan*. Bergen op Zoom: GGZ-WNB.
- Van Dijk, T. Flight, S., Oppenhuis, E. & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Preventie, Jeugdbescherming en Reclassering.
- Van der Meer, R. (2022). *The Relationship Between Therapeutic Alliance, Motivation and Treatment Effect in Intimate Partner Violence Treatment*. Masterthesis, Tilburg University, niet gepubliceerd.
- Van Eijkern, L., Downes, R. & Veenstra, R. (2018). Slachtofferschap van huiselijk geweld: Prevalentieonderzoek naar de omvang, aard, relaties en gevolgen van slachtoffer- en plegerschap. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Van Gael, M. (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.
- Van Tilburg, C. & Van Dam, A. (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.
- Van Tilburg, C. (2020). Behandeling van trauma bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis. . In: M.J.N. Rijckmans, A. van Dam en L.M.C. van den Bosch (red.), *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tracey, T.J. (1992). *Client Satisfaction Scale (CSS) and Therapist Satisfaction Scale (TSS), manual*. Tempe: Arizona State University.
- Travers, Á., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C. & Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 84, 101974.

Velotti, P., Rogier, G., Beomonte Zobel, S., Chirumbolo, A. & Zavattini, G. (2022). The relation of anxiety and avoidance dimensions of attachment to intimate partner violence: A meta-analysis about perpetrators. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(1), 196-212.

Wild T., Cunningham J. & Ryan R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors, 31*, 1858-1872.

WODC, Ministerie van Justitie en Veiligheid (2020). www.huiselijkgeweld.nl.

Bijlage 1

Tabel Verantwoording Technieken

Factor	Doelen	Niet meer door het lint	Methode
Inzicht	Kunnen benoemen en herkennen van de keten van gedachten, gevoelens en gedragingen die voorafgaan aan een agressieve uitbarsting	Agressiekring en agressieketen	Terugvalpreventiemodel (Marlatt & Gordon, 1980) Delictscenario-procedure (Mulder, 1995; Van Beek, 1999)
Triggers en signalen van spanningsopbouw	Herkennen van signalen van spanningsopbouw en triggers die leiden tot spanningsopbouw	Agressiekring en agressieketen	Delictscenario-procedure (Mulder, 1995; Van Beek, 1999)
Onderscheiden en uiten van emoties	Kunnen onderscheiden van verschillende emoties en deze tijdig uiten	Gedachtenschema's Emoties/verleden/relaties/opvoeding	Cognitieve gedragstherapie bij agressie (Karakurt et al., 2019; Murphy & Eckhardt, 2005)
Herkenning ontlokkers	Leren herkennen van verschillende ontlokkers van spanningsopbouw	Agressiekring en agressieketen	Delictscenario-procedure (Mulder, 1995; Van Beek, 2005) Cognitieve gedragstherapie bij agressie (Murphy & Eckhardt, 2005)
Wantrouwen van anderen	Opdoen van correctieve ervaringen en verminderen wantrouwen	Bekrachtiging in de groep, zowel door groepstherapeuten als medegroepsleden; erkenning en herkenning van klachten	Groepstherapie bij agressie (Hamel et al., 2021; Marshall & Burton, 2010)

Disfunctionele cognities	Bijstellen van cognitieve vertekeningen van het gedrag van anderen	Cognitieve therapie en gedachtenschema's	Cognitieve gedragstherapie bij agressie (Graham-Kevan, 2007; Murphy & Eckhardt, 2005; Saini, 2009)
Spanning/Arousal	Verminderen spanning en overaltheid	Ontspanningsoefeningen	Ontspanningsoefeningen (Grol & Orlemans, 1993) Relaxatietechniek en mindfulness (Babcock et al., 2016)
Agressie-uitbarstingen	Responspreventie, d.w.z. voorkomen van agressie-uitbarstingen	Aanleren responspreventie, o.a. time-out procedure	Terugvalpreventiemodel (Mulder, 1995) Richtlijnen behandeling periodieke explosieve stoornis (Bernard et al. 2003) Cognitieve gedragstherapie bij agressie (Karakurt et al., 2019; Murphy & Eckhardt, 2005)
Probleem oplossen /coping	Aanleren van meer functionele copingtechnieken	Coping en probleemoplossing	Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998) Cognitieve gedragstherapie bij agressie (Karakurt et al., 2019; Murphy & Eckhardt, 2005)
Sociale vaardigheden	Versterken sociale vaardigheden	Communicatie Assertiviteit en sociale vaardigheden Communicatie met leidinggevenden	Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998) Cognitieve gedragstherapie bij agressie (Karakurt et al., 2019; Murphy & Eckhardt, 2005)
Relatieproblematiek	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 geweld in partnerrelaties (Dixon & Graham-Kevan, 2011; Stith et al., 2020) Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998)