

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Geweld samen te lijf

Groepsbehandeling voor paren die kampen met relationeel geweld

Birgit de Cnodder¹

Birgit de Cnodder is klinisch psycholoog (B) en gz-psycholoog/systeemtherapeut (NL) en werkzaam bij Forint (Lentis), afdeling AFPN, de Ambulante Forensische Polikliniek Noord Nederland te Groningen.

Samenvatting

Een forensische polikliniek zoals de Ambulante Forensische Polikliniek Noord Nederland (AFPN) te Groningen is in eerste instantie opgezet om mensen te behandelen die een delict hebben of dreigen te begaan. Vanouds lag de nadruk op de behandeling van 'daders' van partnergeweld. De laatste jaren is er een toenemende belangstelling voor een meer systemische invalshoek. Onze ervaring is inmiddels dat partnerrelatietherapie een effectieve manier is om echtparen te helpen die kampen met relationeel geweld. In dit artikel wordt beschreven hoe bij de AFPN Groningen relationeel geweld systemisch wordt benaderd.

Inleiding

Sinds 2008 is het bij de Ambulante Forensische Polikliniek Noord Nederland (AFPN) te Groningen gebruikelijk om paren die kampen met relationeel geweld te behandelen in een echtpaargroep. Voorheen werden aangemelde cliënten meestal in de 'dadergroep' (Hakstege, 2004) behandeld; soms werden ze uitgenodigd om samen met hun partner een aantal relatiegesprekken te voeren. Met de nieuwe aanpak zien we voor deze problematiek een verschuiving van daderbehandeling naar partnertherapie in groepen. De behandeling bestaat uit twee fasen, de Time-out(T.O.)-training en de Behandelgroep. Vooral de T.O.-training blijkt een effectieve en efficiënte manier te zijn om deze problematiek groepsgewijs te behandelen.

In dit artikel wordt beschreven hoe bij de AFPN Groningen relationeel geweld op systemische wijze wordt benaderd. Er wordt uitgelegd waarom meestal de voorkeur wordt gegeven aan een groepsbehandeling voor paren, wat de kenmerken van de doelgroep zijn en welke paren niet voor deze behan-

¹ Correspondentieadres: b.cnodder@lentis.nl

deling in aanmerking komen. Verder wordt toegelicht hoe geschikte paren gemotiveerd worden om aan het programma deel te nemen en wat de opzet en aanpak van het programma is. Tot slot worden de moeilijkheden en de daarbij horende mislukkingen belicht die werden ondervonden met dit behandelprogramma.

Partnerrelatietherapie in een groep

Waarom PRT?

Het is onder verwijzers zoals de reclassering, de politie en het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) gemeengoed om na een melding van relationeel geweld de 'dader' naar een ambulante forensische polikliniek te verwijzen en het 'slachtoffer' naar het maatschappelijk werk, ook als het paar verder wil met elkaar. Uit onderzoek is echter bekend dat deze gescheiden aanpak lang niet altijd effectief is (Babcock, Canady, Graham, & Schart, 2007; Babcock, Green, & Robbie, 2004; Feder & Wilson, 2005; Stith, Rosen, & McCollum, 2003) en weten we al vrij lang dat de problematiek er in een aantal gevallen zelfs door verergert (Dutton, 1986; Edleson & Tolman, 1992; Gondolf, 2002). Kortom, bij relationeel geweld blijkt partnerrelatietherapie (PRT) effectiever dan individuele therapie (Dutton, 2007; Stith et al., 2003; Stith, Rosen, McCollum, & Thomsen, 2004).

Het is ook onze ervaring dat juist de gescheiden behandeling van beide betrokkenen de rollen van dader versus slachtoffer bestendigt, en dat dit een gezamenlijk werken aan de relatie in de weg staat. Uit gesprekken met de betrokken cliënten blijkt dat het statisch opnemen en toeschrijven van een dader- of slachtofferrol aan jezelf en de ander, polariserend en bevriezend werkt. Het leidt cliënten af naar een strijd over wie gelijk heeft en legt de focus op de schuldvraag. De kans op wederzijdse erkenning, laat staan toenadering, wordt daarbij vrijwel nihil. Daarom kiezen we in de AFPN Groningen bij relationeel geweld de laatste jaren zoveel mogelijk voor PRT bij stellen die verder willen met elkaar.

Waarom een groep?

Waar mogelijk doen we de PRT groepsgewijs. Gebleken is dat (echt)paar-groepsbehandeling bij relationeel geweld positieve resultaten sorteert (O'Leary, Heyman, & Neidig, 1999; Stith et al., 2003; Stith, McCollum, Rosen, & Locke,

2002). Veel cliënten vinden troost en erkenning in het feit dat ook andere paren problemen hebben met relationeel geweld en stellen het op prijs steun te kunnen geven en ontvangen en te leren van elkaar (Kroes & Trijsburg, 2006). Vergelijkend onderzoek naar recidive suggereert dat PRT in een groep effectiever is dan (groeps)daderbehandeling of individuele PRT (bijvoorbeeld Stith et al., 2003). Daarnaast is er onderzoek dat uitwijst dat juist bij relationeel geweld sociale inbedding een beschermende factor is (Delsol & Margolin, 2004). Paren die kampen met relationeel geweld verkeren niet zelden in een relatief sociaal isolement. In een groep kunnen zij de voordelen beleven van het uitwisselen van ervaringen met anderen.

Kenmerken van de doelgroep

Wel of geen PRT?

Als het paar verder wil met elkaar, worden beiden na de aanmelding eerst gescreend. Dat doen we via een intake, een kort psychologisch onderzoek en door het bestuderen van het procesverbaal. Dat laatste geeft meteen informatie over onder andere het perspectief dat beide partners innemen, en fungeert ook als een vorm van heteroanamnese.

Bij de bepaling of een paar het meest gebaat is bij PRT houden we rekening met een aantal criteria. Immers, niet alle relationeel geweld is van dezelfde orde (Graham-Kevan, 2007b; Graham-Kevan & Archer, 2003; Kelly & Johnson, 2008). Op onze poli worden zowel mensen aangemeld die een enkele duw, klap of tik hebben uitgedeeld aan hun partner als mensen die (langdurig) geweld toepasten waarbij de partner ook letsel opliep (bijvoorbeeld breuken, krabletsels, poging tot verwurging, verkrachting, poging tot doodslag). Indexincidenten – daarmee bedoelen we de incidenten die aanleiding waren tot aanmelding of aangifte – variëren dus van matig tot zeer ernstig geweld, en de aanmeldingen betreffen zowel *first offenders* als veelplegers. Een centraal kenmerk van de doelgroep die voor PRT in aanmerking komt, is dat het gaat om geweld dat situationeel bepaald werd en over het algemeen impulsief en uit machteloosheid werd toegepast door een of beide partners. In de literatuur wordt dit ook wel *situational couple violence* genoemd (zie bijvoorbeeld Kelly & Johnson, 2008).

Tijdens de intake gaan we eerst na of het geweld *complementair* dan wel *symmetrisch* van aard is. Bij complementair geweld denken we aan repetitief en frequent geweld (O'Leary & Cohen, 2005) met een zeer grote mate van dwin-

gende controle (Kelly & Johnson, 2008) die uitgeoefend wordt op de partner. Dit geweld wordt niet impulsief toegepast maar systematisch gepland. De fysieke component van het geweld is hierbij niet noodzakelijk de factor die door het slachtoffer als meest traumatiserend wordt ervaren (Graham-Kevan, 2007a). Naast fysiek geweld zien we juist bij complementair geweld een keur aan psychische vormen van mishandeling, zoals vernederen, dreigen, isoleren en controle uitoefenen. Kenmerkend hierbij is de voortdurende angst van het slachtoffer (O'Leary & Cohen, 2007a), in tegenstelling tot angst die uitsluitend aan de orde is op het moment dat de partner zich daadwerkelijk gewelddadig gedraagt. Bij ernstig (complementair) geweld is de situatie dusdanig onveilig dat extra maatregelen ter beveiliging (en niet zozeer therapie) een eerste vereiste zijn als die nog niet genomen zijn. De gevolgen van dit type geweld zijn van dien aard dat er sprake is van een delict volgens de wet; er is dan wel degelijk sprake van een dader en een slachtoffer.

Dat is minder duidelijk of zelfs niet aan de orde bij symmetrisch geweld, waarbij beide partners geweld gebruiken. Vrouwen kunnen daarbij net zo gewelddadig zijn als mannen, zo is al sinds de jaren 80 bekend (Archer, 2000; Noller & Robillard, 2007; O'Leary, Barling, Arias, Rosenbaum, Malone, & Tyree, 1989; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980).

Complementair geweld is uitdrukkelijk een (eerste) exclusie criterium voor PRT (O'Leary & Cohen, 2007). Vaak is dit geweld predatorisch, dat wil zeggen doelmatig aangewend (Declercq, 2008) en excessiever dan symmetrisch geweld, al zou het een misverstand zijn om te denken dat symmetrisch geweld geen ernstig geweld is en altijd 'bescheiden' feiten behelst (Kelly & Johnson, 2008).

Het *schaamteloos rechtvaardigen van geweld* door een van beiden is een tweede exclusie criterium voor PRT. Deze houding vinden we vaker bij complementair geweld. Ervaring leert dat in een dergelijk geval de dader de PRT gaat gebruiken om meer geraffineerde psychologische spelletjes te spelen, waarbij misbruik wordt gemaakt van de kwetsbaarheid van de ander tijdens de therapie (Hare, 1999). De tijdens de therapie verkregen informatie en geleerde vaardigheden worden dan niet gebruikt om de relatie verder uit te bouwen, maar om de partner doelbewust te kwetsen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van wat Muller en Ten Kate (2008) 'verkeerd mentaliseren' noemen: om de eigen machtspositie te verstevigen. Er is in dergelijke gevallen vaak een element van genot in de beleving van het geweld, en geen sprake van geweld uit machteloosheid.

Het is niet uitzonderlijk dat we bij twijfel aan de mate van angst bij het 'slachtoffer', of bij zorg over de veiligheid, beide partners een keer apart zien

om te peilen hoe vrij zij kunnen spreken in het bijzijn van de ander (O'Leary & Cohen, 2007; Hamel, 2005). Dit soort gesprekken geeft ook de mogelijkheid om de hardnekkigheid van de cognitieve vervormingen omtrent het geweld na te gaan.

We sluiten ook paren uit van wie minstens een van beide partners een verregaande mate van onverschilligheid met betrekking tot het (emotioneel) welzijn van de ander laat zien. Is dit het geval dan voeren we een vijftal gesprekken om te kijken of de onverschilligheid een verdedigende houding is die de machteloosheid moet verbergen, dan wel een basishouding. Is dat eerste aan de orde, dan kan PRT in een groep, vanwege de (h)erkenning, wel degelijk uitkomst bieden.

De *fase in de zogenaamde 'spiraal van geweld'* (model van Van Lawick, 2003) waarin de dynamiek tussen de partners die kampen met relationeel geweld als een neerwaartse spiraal beschreven wordt, geeft informatie over de mate van moedeloosheid die meespeelt en de op de voorgrond liggende dynamiek. Dat is meteen het derde indicatiecriterium. Kan een extra inspanning om elkaar weer te bereiken nog opgebracht worden en is er een bereidheid om de ander tegemoet te komen, of is er al sprake van steeds meer terugtrekken? Is er reeds een gemoedstoestand van verdoving en totale hopeloosheid bij een of beide partners? Op basis van deze informatie kunnen we inschatten of een stel nog in een fase zit waarin behandeling zinvol is. Wanneer het geweld in grote mate beleefd wordt als niet horend bij zichzelf en/of wanneer een of beide partners kenmerken van PTSS vertoont, is dat immers een contra-indicatie voor PRT (Van Lawick, 2003; 2008a) en dus ook voor de groepsbehandeling.

Verder gaan we ook na of middelenmisbruik of -afhankelijkheid een rol speelt in de geweldpleging. Dit is echter geen exclusiecriterium, zeker niet als het gaat om alcohol- of softdrugsgebruik. Wel besteden we dan extra zorg aan het opstarten van een traject speciaal gericht op de verslaving. Voor deze benadering is gekozen omdat middelenmisbruik bij veel paren die kampen met relationeel geweld een rol speelt (Potter-Efron, 2007). Meer dan de helft van de bij ons aangemelde paren zou niet in aanmerking komen voor behandeling als middelenmisbruik – met name alcohol – een exclusiecriterium zou zijn. Uit onderzoek is bovendien bekend dat bij de combinatie van verslaving en relationeel geweld PRT het relationeel geweld effectiever terugdringt dan een individuele behandeling (False-Steward, Kashdan, O'Farrell, & Birchler, 2002).

Daar het verband tussen relationeel geweld en persoonlijkheidsstoornissen bekend is (South, Turkheimer, & Oltmanns, 2008), inventariseren we ten slotte ook beider persoonlijkheidskenmerken en interpersoonlijke stijl (via psycho-

logisch onderzoek, intake, inzage dossier). Als we de DSM-IV-TR-classificatie hanteren, vinden we in onze doelgroep veel mensen met (trekken van) zowel cluster B- en/of C-persoonlijkheidsstoornissen. Daar binnen onze systeembenadering vooral de nadruk ligt op het aanspreken van de mogelijkheden, vormt de aanwezigheid van (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis bij één of beide partners geen exclusie criterium. Individuele diagnostiek is echter van belang omdat we graag willen weten tussen welk soort 'bouwstenen het cement moet komen'. Mensen met (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis laten ook in PRT een buitengewoon grote gevoeligheid zien voor zowel de kwaliteit van menselijk contact als de afwijzing in dat contact. Hoewel het basisverlangen naar contact met een ander bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis niet anders is dan bij anderen, is de weg daar naartoe vaak langer en moet met de stoornissen rekening gehouden worden tijdens de therapie (Lachkar, 2003; South et al., 2009).

Wel of niet de groep in?

Besluiten we op basis van het bovenstaande een aanbod van PRT te doen, dan bieden we dat bij voorkeur aan in de groep. Ook hier hanteren we een aantal selectiecriteria. Tijdens het psychologisch onderzoek doen we standaard een IQ-bepaling omdat we net zoals in al onze andere (groeps)behandelingen differentiëren tussen normaal begaafde mensen en zwakbegaafden. De groep waar dit artikel over gaat, is opgezet voor mensen met een normaal IQ; voor zwakbegaafde mensen hebben we een ander groepsaanbod.

Zoals reeds vermeld is een persoonlijkheidsstoornis geen exclusie criterium voor groepsdeelname. Het vertonen van veel *acting-outgedrag*, het ter plekke verbaal dan wel fysiek uitageren van spanning zonder nog oog te hebben voor anderen en zonder daarop aanspreekbaar te zijn, is echter wel een exclusie criterium, omdat dit gedrag het therapieproces bij de anderen verstoort. Deze stellen bieden we PRT aan buiten de groep.

Bij stellen bij wie het geweld plaatsvond vanuit een psychotisch toestandsbeeld bij de dader, heeft de psychotische kwetsbaarheid bij de dader veelal extra aandacht. Deze stellen komen niet in aanmerking voor de groepsbehandeling maar wel voor PRT. Dat is eveneens het geval als een van beide partners een autismespectrumstoornis heeft.

Recidive leidt niet per definitie tot uitsluiting van de groep, maar wordt wel onderwerp van gesprek. Daarbij geven we uitdrukkelijk de boodschap dat we het gedrag geenszins acceptabel vinden, maar diegene als persoon niet af-

wijzen. Hoewel dit voor de gemiddelde hulpverlener evident is, is het telkens weer schrijnend om te zien met hoeveel opluchting veel cliënten op deze houding reageren.

Paren motiveren

Als onze conclusie is dat het paar het meeste baat zou hebben bij deelname aan de groep, is de kunst vervolgens om hen daarvoor te motiveren. Dat is lang niet altijd eenvoudig.

Een aantal stellen moeten we eerst motiveren voor PRT in welke vorm dan ook. Van overheidswege is alleen de ‘dader’, diegene die de (eerste) klap uitdeelde of tegen wie aangifte gedaan werd – meestal de man – verplicht om therapie te volgen. Dat is ook zo wanneer er sprake is van symmetrisch geweld. Vrouwen claimen bij dit type geweld in eerste instantie vaak de slachtofferrol en leggen de volledige verantwoordelijkheid voor de escalatie(s) bij hun partner.

Een van de hulpmiddelen die we inzetten is dat we beide partners uitnodigen om naar hun eigen bijdrage te kijken in de al eerder genoemde spiraal van geweld. We gebruiken daarvoor een door ons gemaakte versie die uitdrukkelijker relationeel geformuleerd is. De nadruk in die formulering ligt op de wederkerigheid en de interactie en is in feite een naar onderwerp uitgewerkte beschrijving van wat Johnson (2004) de cirkel van ‘aanvallen – terugtrekken’ noemt. We hebben daarbij de termen man of vrouw vermeden en zichtbaar gemaakt dat beide partners de verschillende posities afwisselen en elkaar gevangen houden in hun wanhoop en verlangen naar het contact dat ze tevens vrezen. We benoemen verbaal geweld, maar ook hardnekkig zwijgen – de zogenaamde stilte-oorlog – expliciet als vormen van geweld. We hanteren dus een vrij brede definitie van geweld. Dat geeft vaak de mogelijkheid om ook de vrouw te betrekken bij de behandeling, haar erkenning te geven voor haar positie en haar tegelijk haar deel van de verantwoordelijkheid (en meteen ook haar mogelijkheden om de situatie anders te benaderen en te beïnvloeden) te laten nemen.

De vrouw motiveren blijkt meestal het moeilijkst; de man voelt zich doorgaans al erkend door het feit dat de problemen relationeel gedefinieerd worden. Het vraagt blijvende alertheid ervoor te waken dat hij in zijn redenering de zaken niet omkeert en haar algeheel verantwoordelijk maakt voor de gang van zaken.

Uit allerlei onderzoek blijkt dat relationeel geweld op de kinderen in het gezin zeer vaak negatieve effecten heeft (Davies & Surge-Apple, 2007; Ehrens-

aft, Cohen, Brown, Smailes, Chen, & Johnson, 2003; Moretti, Penney, Obsuth, & Odgers, 2007). Dit gegeven blijkt weinig bekend te zijn bij onze cliënten. Het is zelfs niet uitzonderlijk dat stellen jonge kinderen meebrengen naar het intakegesprek. Een opmerking hierover wordt afgedaan met: 'Hier krijgt ie toch nog niets van mee, hij is nog zo klein'. Psycho-educatie over het effect van geweld op kinderen en omgeving blijkt een goede manier om paren te motiveren tot het zoeken van alternatieven om hun conflicten op te lossen. Hoewel de introductie van een stevig schuldgevoel hier op de loer ligt, blijkt dit een zeer bruikbare aanpak (O'Leary & Cohen, 2007).

De meeste paren willen niet in een groep. Het meest gehoorde argument is dat ze vinden dat de rest van de wereld niets met hun problemen te maken heeft en/of dat zij niets te maken willen hebben met de problemen van de rest van de wereld. Goede voorlichting over de voordelen van een groepsbehandeling helpt meestal een beetje. Werkelijk drempelverlagend is vooral de snelheid waarmee de hulp op gang komt. Binnen tien dagen na de aanmelding krijgen paren de intake en maximaal twee weken daarna start de behandeling. De snelheid waarmee deelname aan de groep kan starten is belangrijk omdat mensen zich het effect van de aangifte of melding in de eerste daarop volgende weken nog levendig herinneren. Velen rapporteren bijvoorbeeld dat ze elkaar missen gedurende de periode van een eventueel huisverbod. De bereidheid om hulp te accepteren is dan het grootst. Uitstel wordt dan ook bijna niet verdragen en een wachtlijst blijkt derhalve overbodig te werken bij deze doelgroep. Paren haken dan af maar worden later wederom aangemeld, vaak na nog ernstiger relationeel geweld. Afgelopen drie jaar is het aanmeldings- en intakeproces zo georganiseerd dat hier op ingespeeld kan worden.

Voorts motiveert het feit dat de groepsbehandeling in de avonden plaatsvindt en dat er oppas voor de kinderen beschikbaar is. En ten slotte speelt het feit een rol dat het eerste deel van de behandeling een korte training is. De meeste stellen zijn bereid dat 'een keer te proberen'. Eenmaal over de drempel ervaren stellen het effect van deelname aan een groep.

Het afgelopen jaar merken we dat er ook bij onze verwijzers meer aandacht is voor de systemische benadering van relationeel geweld. Steeds vaker komt de vraag of PRT mogelijk is. Dat is belangrijk omdat wanneer de verwijzer vasthoudt aan een aparte verwijzing voor beide betrokkenen, de vader- en slachtofferrollen bevestigd worden. Het motiveren van het paar om het probleem gezamenlijk aan te pakken, wordt dan veel moeilijker.

Het behandelprogramma

Het behandelprogramma van de groep voor relationeel geweld kent twee fasen: de Time-outtraining (T.O.) en de Behandelgroep. Hierna licht ik kort toe hoe een aangemeld paar meestal zijn hulpvraag formuleert, wat het uitgangspunt is voor het behandelprogramma en hoe we dat bij de AFPN Groningen vorm gegeven hebben.

Klacht en hulpvraag

Bijna elk stel dat in aanmerking komt voor groepsbehandeling schrijft het probleem met geweld toe aan een gebrekkige communicatie en heeft bij aanvang de hulpvraag 'de communicatie verbeteren'. Die wordt aanvankelijk echter geformuleerd als 'zorg dat die ander verandert'. Maar ook al wijzen de partners met de vinger naar elkaar, toch zien we bij beiden steeds een beschrijving van een gevoel van eenzaamheid, een zich onbegrepen of niet gezien of erkend voelen. De angst er niet toe te doen voor de ander staat centraal (Fruzzetti, 2006; Johnson, 2004) en steeds weer is de vraag: 'Veut il/elle me perdre?' (wil hij/zij mij verliezen?) (Verhaeghe, 1998). Dit in combinatie met de angst van de ander niet te zullen krijgen waar je om vraagt. Kortom, de initieel geformuleerde klacht en hulpvraag verschillen niet fundamenteel van wat niet-gewelddadige stellen bij een intake vertellen.

Opvatting over relaties en PRT bij relationeel geweld

Op basis van de boven beschreven observatie is een eerste uitgangspunt in ons denken over relaties dat elk mens het verlangen heeft om voor die ene bijzondere ander betekenisvol te zijn. Telkens weer valt op hoezeer partners niet alleen contact willen met die ander, maar ook willen dat die ander dat met hen wil. Lacans 'le désir de l'homme c'est le désir de l'autre' (het verlangen van de mens is het verlangen naar/van de ander) (Verhaeghe, 1998, p.159) geldt bij uitstek voor onze paren. Het relationeel geweld is dan te duiden als een onhandige manier om dit tweeledige verlangen aan de ander duidelijk te maken en er een (meestal uitblijvende) adequate respons op te krijgen.

Een tweede uitgangspunt is dat boosheid en agressie een bewerking zijn van primaire emoties zoals angst – en wel de angst om niet van betekenis te zijn voor de ander – en verdriet – en wel het verdriet om het gemis van contact met de ander en diens erkenning (Johnson, 2004). Zo bezien

zijn boosheid of agressie meestal zogenaamde secundaire emoties (Johnson, 2004; Verhaeghe, 1998). Bij een agressieve uitbarsting blijven primaire emoties onbekend, en derhalve ook onbegrepen door de partner, die daarvoor niet in de gelegenheid is om een passend antwoord te formuleren op datgene waar het in feite om draait. Je onbegrepen voelen en de ander niet begrijpen, levert stress op. Deze stress neemt bovendien tijdens een gewelddadige uitwisseling bij beide partners toe (Van Lawick, 2008a; 2008b) waardoor beider vermogen om te reflecteren (Fonagy & Target, 1997; Van Lawick, 2008b; Nicolai, 2001) en te mentaliseren (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008a; 2008b) afneemt. De kans dat de partners elkaar zullen bereiken minimaliseert op deze wijze (Fruzetti, 2006).

Inhoud van de behandeling

Als het bovenstaande als kern wordt gezien van wat er relationeel bij het paar aan de hand is, moet therapie in de eerste plaats gericht zijn op het aanreiken van stressreducerende vaardigheden. Op deze manier kan een relatieklimaat ontstaan waarin de mogelijkheden toenemen om het bovenbeschreven verlangen op passende wijze kenbaar te maken en er een passend antwoord op te formuleren dat de ander op zijn beurt durft te ontvangen. Hierdoor kan een meer bevredigend contact tussen de partners ontstaan, wat gevoelens van eenzaamheid bij beiden kan doen afnemen en op zijn beurt stressreducerend werkt. Stressreductie is cruciaal omdat het niet alleen de voorwaarde is voor contactherstel maar bovendien bijdraagt tot het waarborgen van de veiligheid, doel nummer één bij een aanmelding relationeel geweld. Het (dreigend) geweld moet immers eerst stoppen voordat therapie mogelijk is (Groen & Van Lawick, 2008). De techniek bij uitstek om een escalatie te voorkomen en aldus de stress laag te houden, is het nemen van een time-out. De groepsbehandeling zoals opgezet bij de AFPN Groningen, kent daarom twee fasen: de eerder genoemde T.O.-training en de Behandelgroep.

De T.O.-training, vijf wekelijkse sessies van 90 minuten, wordt gegeven door twee therapeuten (meestal een man en een vrouw) in een gesloten groep met maximaal vijf stellen. Tijdens de T.O.-training krijgen de deelnemers eerst psycho-educatie waarin thema's als de stresstheorie, de signalen van spanning en de techniek van de time-out aan bod komen. Daarna volgen oefeningen waarbij partners worden aangemoedigd om ook thuis te experimenteren met alternatief gedrag. Successen, in eerste instantie vaak uitzonderingen, worden naar goed voorbeeld van de oplossingsgerichte benadering (Nelson & Kelly,

2001) uitgebreid belicht. Tijdens de T.O.-training benadrukken we dat beiden onder stress teruggrijpen naar oude overlevingsstrategieën en dat het zaak is de stress laag te houden om nieuwe inzichten en gedrag te kunnen toepassen. Tijdens de hele training krijgt het thema 'eigen verantwoordelijkheid' uitgebreid aandacht. Voorts ligt de nadruk op het leren verdragen van de time-out en het contactherstel, omdat juist het uitblijven van werkelijk contact de partners stress oplevert. Tot slot besteden we in de psycho-educatie aandacht aan wat Scheinkman en Fishbane (2004) de 'kwetsbaarheidscyclus' noemen. Cliënten krijgen daarmee zicht op hun beider meest prominente gevoeligheden, hoe ze deze in ruzies triggeren bij elkaar, en hoe daardoor de escalatie in de hand gewerkt wordt. Dat is wat ons betreft essentieel omdat de centrale gevoeligheid meestal de kern vormt van de primaire emoties en een handvat biedt om 'de boodschap achter de boodschap' te achterhalen en aldus toenadering mogelijk te maken. Hoewel de T.O.-groep in de eerste plaats een training is, wordt hiermee eigenlijk al een begin gemaakt met therapie. Die wordt voortgezet in de Behandelgroep.

De Behandelgroep is op dezelfde wijze opgezet als de T.O.-groep, alleen betreft het hier een open groep en bepalen de cliënten de thema's die aan bod komen. Die blijken niet fundamenteel te verschillen van de thema's die paren zonder relationeel geweld vaak inbrengen (bijvoorbeeld kinderen, seks, geld). Het geweld was een ineffectieve manier om conflicten rondom deze thema's op te lossen, en de deelnemende paren zoeken, net zoals in andere soorten PRT-groepen, naar manieren om hun conflicten effectiever aan te pakken en hun wijze van communiceren meer bevredigend te maken. Paren nemen net zo lang deel aan deze vervolggroep tot het door hen gestelde doel is bereikt.

Moeilijkheden en mislukkingen

Voor veel paren volstaat de T.O.-training. De time-out blijkt dan voldoende om de stress buiten de deur te houden en het gesprek mogelijk te maken. Op follow-upbijeenkomsten blijkt dat paren dit ook over langere tijd kunnen volhouden. In die zin is de T.O.-training voor paren ronduit een succes te noemen. Onze hypothese is dat de vele paren die de veerkracht hebben om verder te gaan na (symmetrisch en/of situationeel) relationeel geweld, mogelijk een relatief gezonde basis hebben, bij weinig stress over voldoende relationele vaardigheden beschikken, en aldus de behoefte aan verdere PRT niet hebben. Voorts zou het kunnen dat het effect van de T.O.-training, mede door de manier waarop die logistiek georganiseerd is, een soortgelijk effect heeft als de

toepassing van het zogenaamde vijf-gesprekkenmodel, een snel eerstehulpaanbod bij lange wachtlijsten (Stoffer, 2006). De kracht van deze 'training' zit wellicht niet alleen in de korte duur, maar ook in de timing en in het feit dat er een begin wordt gemaakt met therapie, waardoor stellen net even van koers veranderen en daardoor een heel andere rit met elkaar maken die ze zonder verdere hulp kunnen verderzetten.

Ruwweg een vijfde van de paren haakt af tijdens de T.O.-training. Sommige zijn niet meer te bereiken; hun redenen om weg te blijven kennen we niet. Soms is de boodschap dat ze er toch 'geen belang bij hebben'. In andere gevallen ervoeren paren het verschil met het (intellectuele, reflectieve en/of mentaliserende) niveau van de andere paren als te groot. Dit probleem doet zich ook voor als de partners van eenzelfde paar in dit opzicht onderling sterk verschillen. PRT buiten de groep, inclusief T.O.-training, blijkt dan toch meer op zijn plaats.

Paren zijn relatief makkelijk de T.O.-training in te loodsen. Paren motiveren voor het vervolgtraject blijkt veel moeilijker. Feedback van onze cliënten leert dat ze sommige onderwerpen te intiem, te privé of te moeilijk vinden om in de groep te bespreken. Deze feedback komt vooral van paren die wel een tijd aan de groep deelnamen maar daarna nog enige tijd met z'n tweeën PRT volgden. Juist in die sessies konden de voor hen meest delicate onderwerpen besproken worden.

Ook het veronderstelde effect op de partner van deze openheid werkt vaak belemmerend in de groep. Partners zijn bang elkaar te beledigen of voor schut te zetten in het bijzijn van anderen en vrezen voor de eventuele gevolgen daarvan na de sessie. Weliswaar zijn er goede ervaringen met echtpaargroepen in een (dag)opnamesetting (Bout, Sytema, & Rankin, 2008; Hoejenbos, Bout, & Pol, 2007; Neeleman & Bout, 2008), maar het is goed mogelijk dat een behandelgroep in een ambulante setting te ambitieus is en anderhalf uur per week te kort om het voor de behandeling gewenste klimaat van veiligheid te bereiken.

Sommige paren zijn al elders in therapie en worden expliciet voor alleen de T.O.-training aangemeld. Zij vervolgen hun therapie dan elders en daarmee vervalt voor hen de noodzaak om deel te nemen aan het vervolgtraject.

Tot slot is enig opportunisme een deel van de forensische doelgroep niet vreemd. Een aantal paren vindt dat ze met de T.O.-training voldaan hebben aan de eis van de rechter die met name aan de 'dader' opgelegd werd. De inspanning voor het vervolgtraject wordt aldus niet geleverd.

Neemt men eenmaal aan de Behandelgroep deel, dan is de uitval minimaal. Als dit wel gebeurt, is de aanleiding vaak een recidive. De schaamte is dan zo

groot dat terugkeren naar de groep een onoverkomelijke drempel blijkt. Een paar gaat dan vaak wel verder in PRT buiten de groep.

Een enkele keer blijkt een ambulante behandeling onvoldoende. We verwijzen dan door naar een dagbehandelprogramma.

Overigens kan alleen degene die juridisch gesproken als ‘dader’ benoemd wordt – meestal de man – daadwerkelijk door de rechter verplicht worden tot behandeling. Als de partner niet tot deelname te motiveren is, gaat de aangeelde cliënt naar de klassieke ‘dadergroep’ (uitgebreid beschreven door bijvoorbeeld Hakstege, 2004). Een gender-specifieke insteek blijft voor deze doelgroep *second best* (Stith et al., 2003; O’Leary et al., 1999) vergeleken met de gezamenlijke T.O.-training. Stijldansen kan je tenslotte moeilijk in je eentje oefenen.

Conclusie

Onze ervaring tot nu toe is dat in een ambulante setting de groepsgewijze T.O.-training een succes genoemd mag worden. Het is een goede manier om symmetrisch en/of situationeel relationeel geweld te stoppen en een begin te maken met de behandeling ervan. Een zorgvuldige screening en veel aandacht voor motivering zijn echter noodzakelijk. Over het langetermijneffect van deze behandeling is nog weinig bekend, en systematisch onderzoek lijkt aangewezen. Daarom loopt er inmiddels een pilotonderzoek. Wat het vervolg op de T.O.-training betreft: een aantal paren heeft wel degelijk een behandelvraag. De meeste paren geven echter de voorkeur aan een individuele PRT, ook nadat zij een tijdlang deelnamen aan de groepstherapie. Het vervolgtraject voor de groepsgewijze aanpak wordt door onze paren dus minder gewaardeerd. Mogelijk moet de opzet van dit gedeelte van de groepsbehandeling aangepast worden, opdat binnen de gegeven setting – ambulant – toch het vereiste veilige behandelklimaat kan ontstaan. Anderzijds zou onderzoek kunnen uitwijzen dat in een ambulante setting na de T.O.-training individuele PRT toch het meest geschikt is.

Literatuur

- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008a). Mentaliseren en geweld. In J.G. Allen, P. Fonagy, & A.W. Bateman (red.), *Mentaliseren in de klinische praktijk* (pp. 346–347). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008b). Neurobiologische basis van mentaliseren. In J.G. Allen, P. Fonagy, & A.W. Bateman (red.), *Mentaliseren in de klinische praktijk* (pp. 127–146). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners. A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680.
- Babcock, J.C., Canady, B.E., Graham, K., & Schart, L. (2007). The evolution of battering interventions. From the dark ages into the scientific age. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 215-244). New York: Springer.
- Babcock, J.C., Green, C.F., & Robbie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment outcome research. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023-1053.
- Bout, J., Sytema, S., & Rankin, J. (2008). The monster in between. Working with couples in intensive group treatment. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(2), 157-169.
- Davies, P.T., & Sturge-Apple, M.L. (2007). The impact of domestic violence on children's development. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 165-189). New York: Springer.
- Declercq, F. (2008). *Seksuele, geweld- en levensdelicten. Psychopathie van de dader*. Leuven: Acco.
- Delsol, C., & Margolin, G. (2004). The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 99-122.
- Dutton, D.G. (1986). The outcome of court-mandated treatment of wife assault. A quasi-experimental evaluation. *Violence & Victims*, 1(3), 163-175.
- Dutton, D.G. (2007). Thinking outside the box. Gender and court-mandated therapy. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 27-57). New York: Springer.
- Edleson, J.L., & Tolman, R.M. (1992). *Intervention for men who batter. An ecological approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ehrensaft, M.K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J.G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence. A 20 year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741-753.
- False-Steward, W., Kashdan, M., O'Farrell, T.J., & Birchler, G.R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients. Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 87-96.
- Feder, L., & Wilson, D.B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterers interventions programs. Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1(2), 239-262.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function. Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fruzetti, A. (2006). *The high-conflict couple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gondolf, E.W. (2002). *Batterer intervention systems. Issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Graham-Kevan, N. (2007a). Partner violence typologies. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 145-163). New York: Springer.
- Graham-Kevan, N. (2007b). Power and control in relationship aggression. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 87-107). New York: Springer.
- Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2003). Patriarchal terrorism and common couple violence. A test of Johnson's predictions in four British samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(11), 1247-1270.
- Groen, M., & Lawick, J. van (2008). *Intieme oorlog. Over de kwetsbaarheid van familierelaties* (3^{de} editie). Amsterdam: Van Gennep.

- Hakstege, B. (2004). 'Het leed gaat keurig aangekleed over straat...' Groepsbehandeling van pleegers van relationeel geweld. In B. Deneer (red.), *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie* (pp. 15-43). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hamel, J. (2005). *Gender inclusive treatment of intimate partner abuse. A comprehensive approach*. New York: Springer.
- Hare, R.D. (1999). *Without conscience. The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Guilford Press.
- Hoejenbos, I., Bout, J., & Pol, I. (2007). Gedeelde schaamte, halve schaamte? In N. Holster (red.), *Schaamte in groepen, van verhullen naar onthullen* (pp. 13-34). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy. Creating connection* (2nd edition). New York: Brunner-Routledge.
- Kelly, B.J., & Johnson, M.P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence. Research update and implications for intervention. *Family Court Review*, 46(3), 476-499.
- Kroes, S., & Trijsburg, W. (2006). Naar een integratieve behandeling op maat bij partnergeweld. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32(6), 395-416.
- Lachkar, J. (2003). *The narcissistic/borderline couple*. New York: Routledge.
- Lawick, J. van (2003). Spiraal van geweld bij paren. In M. Groen & J. van Lawick, *Intieme oorlog*. (2^{de} editie) (pp. 36-77). Amsterdam: Van Gennep.
- Lawick, J. van (2008a). Van mis-handelen naar relationeel handelen. In M. Groen & J. van Lawick, *Intieme oorlog. Over de kwetsbaarheid van familierelaties* (3^{de} editie) (pp. 86-109). Amsterdam: Van Gennep.
- Lawick, J. van (2008b). Geweld. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 535-546). Utrecht: De Tijdstroom.
- Moreti, M.M., Penney, S., Obsuth, I., & Odgers, C. (2007). Family lessons in attachment and aggression. The impact of interparental violence on adolescent adjustment. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 191-214). New York: Springer.
- Muller, N., & Kate, C. ten (2008). Mentaliseren bevorderende therapie in relaties en gezinnen. *Systeemtherapie*, 20(3), 117-132.
- Neeleman, A., & Bout, J. (2008). Parengroepstherapie. In A. Savenije, M.J. van Lawick & E.T.M. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 454-461). Utrecht: De Tijdstroom.
- Nelson, T.S., & Kelly, L. (2001). Solution-focused couples group. *Journal of Systemic Therapies*, 20(4), 47-66.
- Nicolai, M. (2001). Hechting en psychopathologie. De reflectieve functie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43(10), 705-714.
- Noller, P., & Robillard, L. (2007). Couple violence. A new look at some old fallacies. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 125-144). New York: Springer.
- O'Leary, K.D., Barling, J., Arias, L., Rosenbaum, A., Malone, J., & Tyree, A. (1989). Prevalence and stability of physical aggression between spouses. A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 263-268.
- O'Leary, K.D., & Cohen, S. (2007). Treatment of psychological and physical aggression in a couple context. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 363-380). New York: Springer.
- O'Leary, K.D., Heyman, R.E., & Neidig, P.H. (1999). Treatment of wife abuse. A comparison of gender-specific and conjoint approaches. *Behavior Therapy*, 30(3), 475-505.

- Potter-Efron, R.T. (2007). Anger, aggression, domestic violence and substance abuse. In J. Hamel & T.L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 437-456). New York: Springer.
- Scheinkman, M., & Fishbane, M.D. (2004). The vulnerability cycle. Working with impasses in couple therapy. *Family Process*, 43(3), 279-299.
- South, S.C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T.F. (2008). Personal disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 769-780.
- Stith, S., McCollum, E.E., Rosen, K.H., & Locke, L.D. (2002). Multicouple group treatment for domestic violence. In F. Kaslow (Ed.), *Comprehensive textbook of psychotherapy (vol. 4)* (pp. 499-520). New York: Wiley.
- Stith, S., Rosen, K.H., & McCollum, E.E. (2003). Effectiveness of couple's treatment for spouse abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 407-426.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E., & Thomsen, C.J. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships. Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(3), 305-318.
- Stoffer, R. (2006). *Het vijf-gesprekkenmodel*. Delft: Eburon.
- Straus, M.A., Gelles, R.J., & Steinmetz, S.K. (1980). Physical assault by wives. A major social problem. In R.J. Gelles & D.R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 67-87). Newbury Park, CA: Sage.
- Verhaeghe, P. (1998). *Liefde in tijden van eenzaamheid*. (7e druk 2005). Leuven: Acco.