



Hulpverlening aan plegers van huiselijk geweld: (On)mogelijkheden, methodische aspecten en resultaten

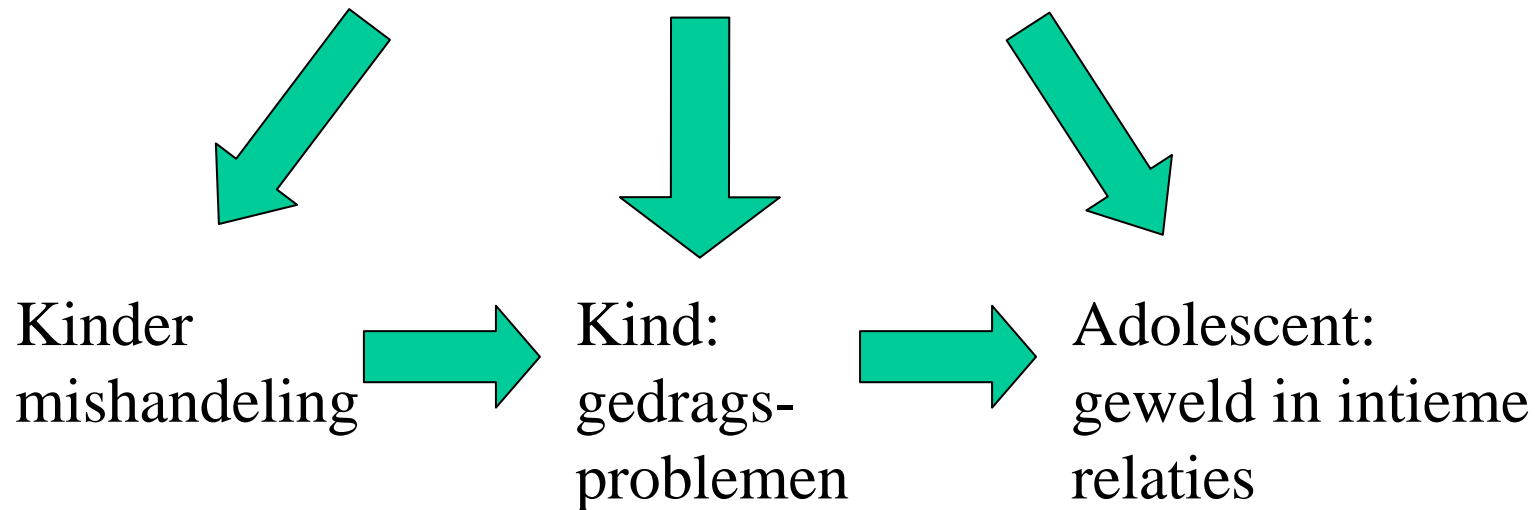
Prof.dr. Corine de Ruiter
Universiteit Maastricht
en
Trimbos-instituut





De cyclus van relationeel geweld

Partnermishandeling

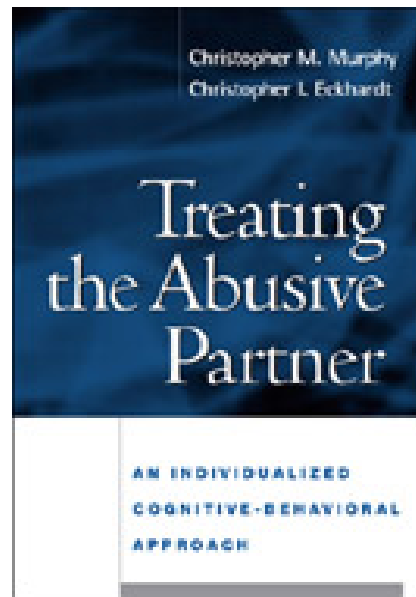


Partnermishandeling in de volgende generatie





Een aanrader!



Treating the Abusive Partner
An Individualized Cognitive-Behavioral Approach
Christopher M. Murphy and Christopher I. Eckhardt
(2005). New York: Guilford Press.

Klinisch relevante kenmerken van plegers van relationeel geweld

- **Cognitie** (attributies, attitudes en overtuigingen)
- **Emotie, Persoonlijkheid en Psychopathologie** (woede/vijandigheid, depressie en andere affectieve stoornissen, zelfbeeld en afhankelijkheid, antisociale en borderline persoonlijkheid, middelenmisbruik)
- **Relatie** (relationele stress, macht en controle, interactiestijl, vaardigheidstekorten)



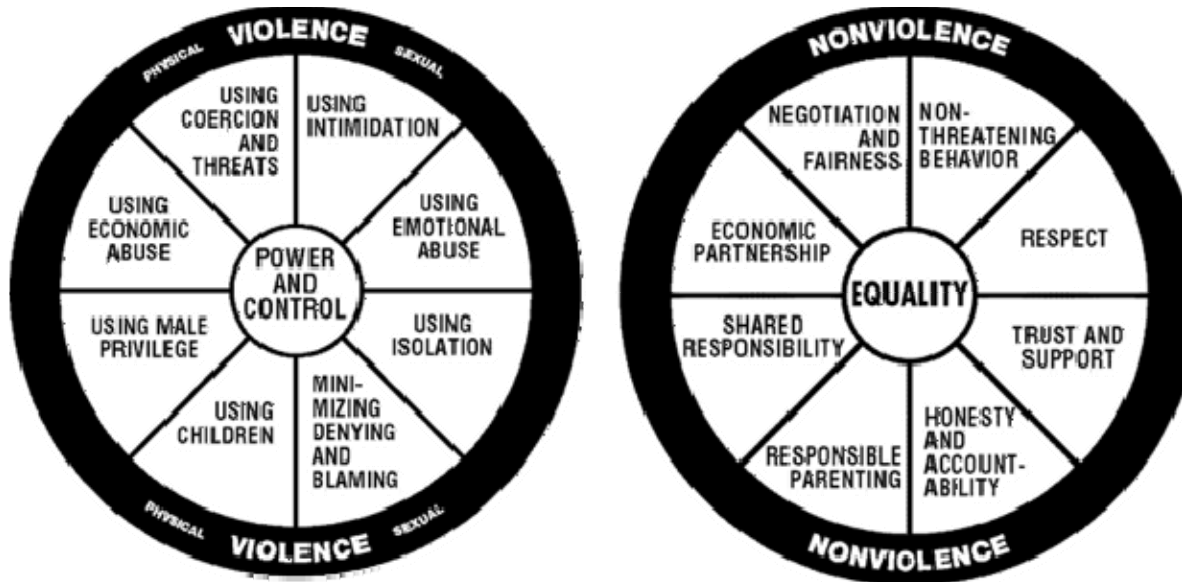
Plegers van relationeel geweld zijn een heterogene groep

- Er zijn verschillende typologieën: de meeste empirische evidentie is er voor een twee-deling:
 - **Generally violent-antisocial (GVA) vs. Family violence only (FV)** (Holzworth-Monroe et al., 2000)
 - GVA plegers plegen frequenter en ernstiger huiselijk geweld dan FV plegers
 - GVA plegers: vaker middelenmisbruik en meer blootstelling aan huiselijk geweld in de kindertijd



Theoretische modellen voor behandeling van plegers

1. Feministische en socioculturele benaderingen, bijv. Duluth model



Onduidelijk bewijs voor feministisch-sociocultureel model

- **VOOR:** Crosscultureel onderzoek laat zien dat vrouwenmishandeling meer voorkomt in samenlevingen waar vrouwen weinig rechten hebben en een lage status (Levinson, 1987)
- **TEGEN:**
 - relationeel geweld komt ook veel voor in homoseksuele relaties;
 - onderzoek laat zien dat vrouwen in relaties net zo vaak verbaal en fysiek agressief zijn dan mannen (hoewel de impact van hun agressie kleiner is)
 - De behandelingen gebaseerd op dit model zijn beperkt effectief



Theoretische modellen voor behandeling van plegers

2. Sociale leertheorie en de cognitieve gedragstherapie
 - Veel evidentie voor deze theorie: bijvoorbeeld de bewezen hoge prevalentie van geweld in gezinnen van herkomst van de plegers
 - Onder invloed van deze socialisatieprocessen ontwikkelen zich vervormingen in sociale cognitie en interpersoonlijke vaardigheden → relationele conflicten en geweld in de volgende generatie



Theoretische modellen voor behandeling van plegers

3. Trauma en psychopathologie

- Relationeel geweld ontstaat als gevolg van onverwerkt trauma en/of psychopathologie
- Relatief veel evidentie, o.a.
 - Meer onveilige gehechtheid onder partnermishandelaars (**Holzworth-Munroe et al., 1997**)
 - 15-30% voldoet aan de criteria voor antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis (**Hart et al., 1993**)



Theoretische modellen voor behandeling van plegers

4. Systeembenadering

- Relationeel geweld is het gevolg van dwingende interacties waarvoor beide partners verantwoordelijk zijn
- Veel evidentie:
 - De correlatie tussen agressieniveau van man en vrouw binnen een dyade is .60- .70
 - Wanneer paren (waarbij sprake was van man-naar vrouw geweld) in een laboratorium-setting een belangrijk probleem in hun relatie moeten bespreken, zijn beide partners even kritisch, defensief en vijandig in de communicatie. Dit is niet het geval bij paren in problematische, maar niet gewelddadige relaties (Murphy & O'Farrell, 1997)



Theoretische modellen voor behandeling van plegers

4. Systeembenadering

- **TEGEN:** Kan de veiligheid van de vrouw voldoende gegarandeerd worden?
- Wat als de partners uit elkaar gaan/zijn?
- Er is geen bewijs dat de systeembenadering effectiever is dan de plegerbehandeling (O'Leary et al., 1999; Dunford, 2000)
- **VOOR:** bij verslaafde plegers heeft systeemtherapie een gunstig effect op abstinentie (O'Farrell et al., 1985, 1998; Fals-Stewart et al., 1996, 2002)



Theoretische modellen voor behandeling van plegers- CONCLUSIES

- Elk van de modellen heeft serieuze conceptuele beperkingen
- Geen van de bestaande behandelingen is bewezen effectiever dan de andere (met uitzondering van het feministische model)
- Alle behandelingen worden in groepen gegeven
 - Kritiek: De groepsbenadering maakt het onmogelijk om voldoende aandacht te besteden aan de individuele problematiek van deze heterogene populatie plegers
 - De invloed van groepsleden op elkaar kan positief, maar ook heel negatief, uitpakken



Behandelprogramma's voor daders van relationeel geweld: werkt het?

- Hoge drop out percentages
- Borderline PS, antisociale PS en werkeloosheid hangen samen met ongunstig behandelresultaat
- Beperkt positief effect op recidive





Overzicht effectgrootten (Babcock, Green & Robie, 2004)

- Studies gebruik makend van officiële recidivegegevens:
 - Experimentele studies (aselecte toewijzing)
 - Duluth 0.19
 - Quasi-experimentele studies
 - Duluth 0.32
 - Cognitief-gedragstherapeutisch 0.12
- Studies gebruik makend van gerapporteerde recidive door slachtoffers:
 - Experimentele studies (aselecte toewijzing)
 - Duluth 0.12
 - Quasi-experimentele studies
 - Duluth 0.35
 - Cognitief-gedragstherapeutisch 0.29



Conclusie behandeling daders relationeel geweld

- Effectgrootte tussen de 0.09 en 0.12 (Babcock et al., 2004): behandelde daders hebben 40% kans en onbehandelde daders 35% kans om geen geweld meer te plegen: een recidive-afname van 5% (dit is een *zeer gering* effect)
- Een aantal factoren voorspelt recidive:
 - Alcoholmisbruik/verslaving
 - Ernstige psychopathologie
 - Eerdere arrestaties voor andersoortige geweldsdelicten

Ter vergelijking: Effectgrootten meta-analyses daders algemeen geweld

- Beck & Fernandez (1998); cognitief-gedragstherapeutische interventies voor woedebeheersing: 0.76
- DiGiuseppe & Tafrate (2003); cognitief-gedragstherapeutische interventies voor woedebeheersing: 0.71
- Del Vecchio & O'Leary (2004);
 - cognitief-gedragstherapeutische technieken: 0.61
 - relaxatietraining: 0.90





Conclusies op basis van huidige stand van wetenschap (Murphy & Eckhardt, 2005)

- Oplossingsgerichte benadering (bijv. positief gedrag benadrukken, conflicthanteringsstrategieën)
- Nadruk op oefening van nieuwe relationele vaardigheden
- Goede werkalliantie tussen pleger en behandelaar is essentieel
- Betrek de pleger bij het formuleren van doelen



Fasen in de behandeling van plegers (Murphy & Eckhardt, 2005)

1. **Motivering** (technieken: Motivationaleel interviewen)
2. **Veiligheid en stabiliteit creëren** (technieken: functionele analyse, cognitieve herstructurering van attitudes, behandeling van middelenmisbruik en psychopathologie)
3. **Verbetering relationeel functioneren** (technieken: training relationele vaardigheden, opvoedingsvaardigheden)
4. **Trauma behandeling (evt.) en terugvalpreventie** (technieken: traumaverwerking, delictscenario, booster sessies)



Stellingen

- Vrijwillige plegerhulpverlening vooral geschikt bij type Family Violence Only plegers
- Vrijwillige plegerhulpverlening is idealiter:
 - Voorafgegaan door diagnostiekfase
 - Maatwerk, gericht op individuele risicofactoren
 - Concreet, vaardigheidsgericht (niet praten over, maar doen!)
 - **Effect van de behandeling wordt systematisch geëvalueerd**
 - Nazorg en terugvalpreventie (booster-sessies) maken deel uit van de behandeling



SARA: Spousal Assault Risk

Assessment

Deel 1 (algemeen geweld)

- Eerder gepleegde mishandeling binnen het gezin
- Eerder gepleegde mishandeling van (on-)bekenden
- Eerdere schending van voorwaarden of toezicht
- Relatieproblemen
- Werkgerelateerde problemen
- Slachtoffer of getuige van huiselijk geweld als kind
- Problemen met middelengebruik
- Suïcidale/homicidale gedachten
- Psychotische of manische symptomen
- Cluster B persoonlijkheidsstoornis

Deel 2 (relationeel geweld)

- Eerder fysiek geweld
- Eerdere seksuele mishandeling/seksuele jaloezie
- Gebruik van wapens/bedreiging met de dood
- Recente escalatie in frequentie/ernst
- Eerdere schending van ‘geen contact’
- Ontkenning/minimalisering
- Opvattingen die relationeel geweld goedkeuren
- Ernstig seksueel geweld (alleen index delict)
- Gebruik van wapens/doodsbedreiging (index)
- Schending ‘geen contact’ (index)



SARA: Spousal Assault Risk Assessment

- Mogelijke andere overwegingen: bijv.
 - slachtoffer van politieke vervolging, marteling
 - seksueel sadisme
 - *stalking*
 - recent verlies van sociaal netwerk
 - gemakkelijke toegang tot vuurwapens



Hoe de SARA te gebruiken?

- Risicotaxatie aan het begin van een interventie
- Opstellen interventieplan
- Monitoring van veranderingen over de tijd
- Case management: inzicht in noodzaak van toezicht; continuering interventie
- Hulpmiddel bij het opstellen van forensische rapportage



Hoe werkt de SARA?

- 20 items: score 0, 1, of 2
- Totaalscore van 0 tot 40
- Geen (actuariële) optelsom van items, maar gestructureerd professioneel oordeel over recidive risico (laag-matig-hoog)
- Speciale training vereist + ervaring met forensische doelgroep





Contact informatie

Prof.dr. Corine de Ruiter
Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Tel. 030-2971146
E-mail: cruiter@trimbos.nl

