

In deze rubriek wil de redactie collegae aan het woord laten die aan de hand van een format hun groep beschrijven. Als derde in de serie stelt Arno van Dam zijn groep voor. Wilt u ook uw groep beschrijven en anderen laten delen in de doelgroep waarmee u werkt of uw specifieke werkwijze kenbaar maken, neem dan contact op met de redactie (nvgp.7@planet.nl) om het format aan te vragen.

Niet meer door het lint

Arno van Dam is klinisch psycholoog / psychotherapeut en werkt als hoofd van het zorgprogramma klachtgerichte behandelingen bij GGZ WNB.

‘Niet meer door het lint’ is een meersporen-behandeling voor mannen met agressie-regulatieproblemen (van Dam & van Tilburg, 2007). De groepstherapie is het centrale onderdeel van de behandeling. Daarnaast vinden er systeemgesprekken plaats en kunnen er ook andere modules aan de behandeling worden toegevoegd. De meeste deelnemers in de groep maken zich zowel schuldig aan huiselijk geweld als algemeen geweld. Het grootste deel van de mannen heeft zich via de huisarts aangemeld voor behandeling, anderen zijn verwezen door de reclassering en een derde groep wordt actief benaderd als er binnen het veiligheidshuis meldingen binnenvallen van recidiverend huiselijk geweld. De methodiek ‘Niet meer door het lint’ is ontwikkeld bij GGZ WNB maar wordt inmiddels ook uitgevoerd bij onder meer GGZ Breburg en GGzE en is opgenomen in de database voor effectieve interventies in

de sociale sector van Movisie. Naast het werkboek en de handleiding voor therapeuten (van Dam, van Tilburg, Steenkist & Buisman, 2008 / 2009) voor de reguliere ‘Niet meer door het lint’ is er ook een speciale handleiding voor het werken met een groep voor allochtone mannen met agressie-regulatieproblemen (Busto Puertas, Steenkist, & van Dam, 2010). In groepsgedragstherapie bij agressie (van Dam & van Tilburg, 2007) is vooral casuïstiek beschreven en zijn gedeeltes van groepsessies verbatim weergegeven. Een evaluatieonderzoek (ter Berg, 2006) heeft laten zien dat hostiliteit en klachtenniveau gedurende de behandeling afnemen en dat de copingstijl van de deelnemers verandert. Zij krijgen meer controle over hun emoties.

Deelnemers

De meeste deelnemers aan de groep hebben een borderline persoonlijkheidsorganisatie en hebben kenmerken van of voldoen helemaal aan de DSM-IV-TR-criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis of de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Centrale kenmerken zijn: angst om door intimi afgewezen of verlaten te worden, emotionele labiliteit, dichotoom denken,

snelle krenkbaarheid en een wisselend zelfbeeld. Hoewel er geen exacte cijfers bekend zijn noemen verschillende auteurs (bijvoorbeeld: Dutton en Golant, 2000) dat mishandeling en emotionele verwaarlozing vaak in de voorgeschiedenis van deze groep mannen voorkomt, hetgeen overeenkomt met onze ervaringen.

Agressie ontstaat bij deze mannen meestal als reactie op een vermeende bedreiging van het gevoel van eigenwaarde of angst voor verlating of afwijzing. Op emoties zoals jaloezie, verlatingsangst en vernedering wordt gereageerd met woede. Door agressief optreden wordt controle over de situatie herwonnen en het zelfbeeld hersteld. Meestal ontstaan er na de agressie-uitbraak negatieve emoties zoals angst voor verlating of somberheid. Dit resulteert in het geval van partnergeweld meestal tot de behoefte om de relatie te herstellen. Er zijn goede voornemens en het geweld blijft uit tot het zelfbeeld opnieuw bedreigd wordt. De eigen verantwoordelijkheid voor het geweld wordt door deze mannen vaak weg-rationaliseerd. Vaak voelen ze zich zelf slachtoffer en was het in hun beleving onmogelijk om geweld te voorkomen (Dutton en Golant, 2000).

Terugvalpreventie

Een meta-analyse van De Ruiter en Veen (2005) naar de effectiviteit van behandelingen van agressieproblematiek laat zien dat vooral cognitief-gedragstherapeutische interventies effectief zijn. 'Niet meer door het lint' maakt daarom gebruik van de cog-

nitieve gedragstherapie en is gebaseerd op het terugvalpreventiemodel, zoals dat onder andere in de verslavingszorg en de forensische psychiatrie wordt gebruikt (Mulder, 1995; Marlatt & Gordon, 1980). De term terugvalpreventie is van toepassing omdat bepaald gedrag zoals verslavingsgedrag of agressief gedrag in principe gestopt is met het besluit dit gedrag te stoppen, maar dat de moeilijkheid er in zit in bepaalde omstandigheden niet terug te vallen in oud gedrag. Agressief gedrag levert op de korte termijn, net als bij verslaving, bevrediging op. Naast gevoelens van schuld en schaamte (op de wat langere termijn) kan het op korte termijn gevoelens van macht en controle oproepen of leiden tot spanningsontlading en in sommige gevallen ook lustgevoelens oproepen. Daardoor krijgt de dader de neiging het gedrag te herhalen en ontstaat het gevoel dat hij er geen controle over heeft. Doel van het terugvalpreventiemodel is de dader bewust te maken dat er aan de agressieve uitbarsting een keten van andere gedragingen en beslissingen vooraf gaat. De agressie-uitbarsting is de laatste schakel in de keten. Door eerder in de keten alternatieve gedragingen te kiezen kan de agressie-uitbarsting voorkomen worden (Mulder, 1995).

Alle facetten die tot het probleemgedrag leiden en het in stand houden worden in kaart gebracht. Vervolgens wordt onderzocht op welke momenten in de gedragsketen er alternatief gedrag kan worden toegepast, zodat de keten niet meer uitmond in het problematische gedrag. Om tot alternatief gedrag te komen worden er

nieuwe vaardigheden, zoals het nemen van een time-out, assertiviteit, probleemoplossingvaardigheden, ontspanning en het relativeren van gedachten aangeleerd.

Fasen

Er wordt gewerkt met een werkboek (van Dam, van Tilburg, Steenkist & Buisman, 2008). Voor therapeuten is er een handleiding beschikbaar (van Dam, van Tilburg, Steenkist & Buisman, 2009). 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:

- een voorbeschouwingfase, waarin men zich nog niet bewust is van een probleem en niet overweegt om zijn gedrag te veranderen (*precontemplatie*);
- een overpeinzingsfase, waarin men de voor- en nadelen afweegt en overweegt om (binnen zes maanden) het gedrag te veranderen (*contemplatie*);
- een beslisfase, waarin men zich voornemt om (binnen een maand) wat aan het gedrag te doen (*voorbereiding*);
- een uitvoerfase, waarin men het nieuwe gedrag vertoont (*actie*);
- een volhoudfase waarin men het nieuwe gedrag (al zes maanden) heeft volgehouden (*consolidatie*).

Therapeuten kunnen hun interventies afstemmen op de fase waarin iemand zit. In stadium één en twee kunnen therapeuten helpen met het maken van kosten / batenanalyses van het gedrag. In fase drie kan er

een behandelplan gemaakt worden, in fase vier kan er geoefend worden met nieuw gedrag en in fase vijf kan gewerkt worden aan een terugvalpreventieplan waarin ook rekening gehouden wordt met terugval. In fase zes kan dan de terugval gerelativeerd worden door disfunctionele cognities over terugval aan te pakken. De hoofdstukken van het werkboek corresponderen met de verschillende fases van het *stages of change model* (Prochaska & DiClemente, 1984). Het werkboek hoeft niet van begin tot eind gevolgd te worden. Afhankelijk van de fase waarin een cliënt zit kan er teruggegrepen worden op vorige hoofdstukken. In het groepsproces kan dat betekenen dat de groep als geheel weer terug kijkt naar een eerder behandeld hoofdstuk, namelijk als er in de groep discussie ontstaat over de wenselijkheid en mogelijkheden van gedragsverandering. In het geval dat deze twijfel ontstaan bij één of enkele deelnemers kan het ook zo zijn dat een individuele cliënt gevraagd wordt nog eens aandacht te besteden aan een eerder hoofdstuk.

Groepsdynamiek

In de literatuur over agressieproblematiek wordt vaak genoemd dat groepsbehandeling belangrijke voordelen heeft ten opzichte van individuele behandeling bij deze groep cliënten (Deneer, 2001; Warnaar & Wegelin, 2005). Deneer (2001) noemt als voordeel dat het functioneren in een groep op zich al een oefening in sociale vaardigheden is. Daarnaast biedt het de therapeuten de mogelijkheid om verschillende

rollen in te nemen. Als de groepsleden een deelnemer bekritisieren of confronteren kan de therapeut deze steunen of andersom. Therapieondermijndend gedrag zoals liegen en informatie achterhouden, wordt door de andere groepsleden aan het licht gebracht. Dit wordt van groepsleden meer geaccepteerd dan van de therapeuten. Ook adviezen met betrekking tot gedragsveranderingen worden van groepsleden eerder overgenomen dan van de therapeuten.

Een ander belangrijk voordeel van groepstherapie is dat het cliënten motiveert om in behandeling te blijven.

Motivatieproblemen zijn bij deze groep cliënten een veelvuldig gerapporteerd probleem (van Tilburg, 2008; Warnaar & Wegelin, 2005). In de literatuur over groepsgedragstherapie (Bieling, McCabe & Antony, 2006; van Reijen & Haans, 2008) worden verschillende groepsprocessen beschreven die bij uitstek bij deze groep cliënten een positieve invloed op de behandelmotivatie hebben. Iedere drie maanden kunnen er nieuwe mannen in de groep instromen en kunnen mannen die willen stoppen afscheid nemen. Door dit halfopen karakter van de groep nemen er ervaren en minder ervaren groepsleden deel. Hierdoor wordt er hoop gegenereerd doordat nieuwe deelnemers andere mannen ontmoeten met vergelijkbare problemen en een vergelijkbare levensstijl die al vooruitgang hebben geboekt. Zij zijn het levende bewijs dat verandering mogelijk is. Bovendien kan de ervaring dat anderen dezelfde problemen hebben opluchting geven en het gevoel ergens bij te horen.

Daarbij komt dat als mensen zich prettig voelen in een groep dat een aanvullende motivatie kan zijn om aan de behandeling deel te nemen. Sommige cliënten worden zich in de loop van de behandeling steeds meer bewust van de door hen aangerichte schade ten gevolge van eerdere agressie-uitbarstingen. Zij hebben een behoefte om iets 'terug te doen' om de onderliggende schuldgevoelens te kunnen hanteren. Door goed voorbeeldgedrag in de groep en steun aan de nieuwe deelnemers kunnen ze een deel van deze behoefte vervullen. Dit kan voor mannen met een kwetsbaar gevoel voor eigenwaarde een heilzame ervaring zijn. Door niet alleen gericht te zijn op de eigen problemen, maar ook in staat blijken te zijn anderen te helpen, kan een gevoel van eigenwaarde worden versterkt.

Sessies

De groepssessies zijn wekelijks en bestaan uit twee onderdelen van een uur. Het eerste uur van de bijeenkomst wordt gebruikt voor een rondje waarin ieder groepslid vertelt of er de afgelopen week incidenten zijn geweest waarin men zich agressief heeft gedragen, 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 hen bekende agressieketen en er worden alternatieven besproken hoe de keten te onderbreken.

Tijdens het tweede uur kan één van deze situaties gedetailleerd uitgewerkt worden waarbij gedragsalternatieven worden

besproken en / of geoefend. Het tweede uur kan ook gebruikt worden door de therapeuten om vaardigheden te oefenen of een thema te behandelen. De keuze van het onderwerp wordt bepaald door de therapeuten op grond van actuele thema's en stadium van motivatie. De onderwerpen worden altijd zo behandeld dat ze voor iedereen relevant zijn. Zo kan bijvoorbeeld het thema communiceren met leidinggevenden voor mensen die geen werk hebben vertaald worden naar het thema: communiceren met mensen die een machtspositie hebben. Omdat de mannen op verschillende momenten ingestroomd kunnen zijn, kan het voorkomen dat sommige een thema al eens eerder behandeld hebben. Dat is zelden een probleem. Meestal is er bij de mannen die de module al eens hebben gehad behoefte om de kennis en vaardigheden weer eens op te frissen. Daarnaast wordt het door de mannen die geen problemen (meer) hebben met het betreffende thema als prettig ervaren anderen van advies te kunnen voorzien. Ook wordt het thema door de wisselende groepssamenstelling iedere keer net op een andere manier bediscussieerd of uitgewerkt (Hakstege, 2004) en dat levert zodoende steeds nieuwe elementen op voor mannen die het onderwerp al eens behandeld hebben.

Evaluatie

Om de drie maanden wordt geëvalueerd of het verstandig is om te stoppen of voor een periode van weer drie maanden mee te

doen. De evaluatie vindt plaats aan de hand van de ervaringen van de cliënt en zijn partner, de bevindingen van de therapeuten en de uitslag op vragenlijsten. Het door ons gehanteerde criterium om te stoppen is dat de agressie al langere tijd (minstens twee maanden) onder controle is en dat er vaardigheden zijn aangeleerd om anders met stressvolle situaties en emoties om te gaan. Om te beoordelen of deze criteria behaald zijn, worden de indrukken van de cliënt, de eventuele partner, de hulpverleners en de gegevens uit de vragenlijsten met elkaar vergeleken. Als er twijfel is over de duurzaamheid van de verandering en de cliënt toch wil stoppen, kunnen er vervolgevaluatieafspraken ingepland worden, zodat er voor de zekerheid een vinger aan de pols kan worden gehouden.

De behandelduur kan zodoende variëren van drie maanden tot twee jaar. Gemiddeld blijven cliënten negen maanden in behandeling. Gezien de ernst en de hardnekkigheid van de klachten is deze termijn niet verwonderlijk. Zeker niet omdat ook het risico vermeden dient te worden dat cliënten te snel stoppen en terugvallen met gevolgen voor dader en slachtoffer(s).

De groep wordt begeleid door een mannelijke en vrouwelijke therapeut. We hebben de indruk dat de groepsleden zich meer op hun gemak voelen bij een mannelijke therapeut en ook makkelijker, soms na enige machtsstrijd, autoriteit van een mannelijke therapeut aanvaarden. Dit heeft mogelijk te maken met het gegeven dat de meeste van deze mannen op het werk en in hun privéleven vooral met andere mannen optrekt.

Het functioneren binnen een groep mannen is ze bekend en vertrouwd. Het kost ze soms moeite om zich in te leven in de motieven en belevingswereld van vrouwen. De vrouwelijke therapeut kan daar psycho-educatie over geven en als voorbeeld fungeren.

De therapeuten hebben een directieve houding tijdens de groepsessies. De therapeuten kunnen afwisselend individueel met een cliënt werken in het bijzijn van de groepsleden en de groepsleden op elkaar laten reageren. Groepsprocessen worden benut om de motivatie te vergroten, maar ook om nieuwe ervaringen op te doen. In de groep komt het regelmatig voor dat groepsleden tijdens de sessie boos worden of met elkaar in conflict komen. Deze situaties worden gebruikt om technieken zoals de time-out procedure of communicatievaardigheden te oefenen. De therapeuten moeten in die situaties de structuur los kunnen laten zodat het conflict zichtbaar wordt en vervolgens weer genoeg structuur bieden zodat vaardigheden geoefend kunnen worden.

Laveren en humor

Ik ben vooral gedragstherapeutisch opgeleid en ben vanuit die basis begonnen met het vormgeven van de behandeling. Ik was op grond van mijn ervaring met groepen voor cliënten met angstklachten of werkstress gewend om de groep een cursusachtig karakter te geven. Voor die groepen cliënten werkte dat prima. Individuele therapie in de groep was bij die

redelijk gezonde doelgroep efficiënt en effectief. Tijdens het werken met agressieve mannen merkte ik dat deze aanpak minder goed werkte. Veel mannen vertelden tijdens de bijeenkomsten niet waar het echt om draaide, er was veel onderling wantrouwen en een hoge mate van drop-out. De onderlinge spanningen maakten dat ze maar weinig met de geboden technieken bezig waren. Pas aan het einde van de cursus vertelden mannen wat er echt speelde. Blijkbaar moest er meer vertrouwen ontstaan. Dit heeft ons er toe gebracht om de opzet van de behandeling te veranderen. We hebben de groep half open gemaakt, waardoor de behandelduur variabel kon worden en richtten onze aandacht meer op de groepsprocessen, zonder daarbij uit het oog te verliezen dat het aanleren van technieken onontbeerlijk is voor een betere controle over agressie. Dit pakte goed uit. Het drop-out percentage zakte en we kregen beter in beeld wat er werkelijk speelde bij de deelnemers.

Voor mij als therapeut werd de groep ook interessanter om te doen. Het is een uitdaging om te laveren tussen spanning laten ontstaan en structuur bieden. Bovendien merkte ik dat het effectiever was om de deelnemers tijdens een echt conflict vaardigheden te leren dan met behulp van een rollenspel. Daarnaast kregen mannen meer zicht op de posities die ze in sociale situaties innemen, bijvoorbeeld altijd botte grappen maken om anderen op afstand te houden of een toename in imponeergedrag als de spanning in de groep toeneemt. Tijdens het afscheid nemen van de groep

vertellen de meeste mannen ook dat ze eigenlijk het meeste hebben gehad aan het onderlinge contact. Het boek heeft ook geholpen en de therapeuten ook, maar het meeste hebben ze aan elkaar gehad. Ze hebben elkaar geholpen, gesteund en van elkaar geleerd. Naast het leren van technieken hebben ze ook met elkaar gepraat over hun trauma's, dromen, vaders, vaderschap en hoe om te gaan met het verschijnsel vrouw. Dit maakt dat het voor mij, ondanks dat het om mannen gaat die anderen verschrikkelijke dingen kunnen aandoen, een prettige groep is om te doen. Ik zie mannen die voor het eerst een ander durven vertrouwen, emoties laten zien en soms voor het eerst vriendschap ervaren. Bovendien hebben veel van de deelnemers een goed gevoel voor humor en wordt er ook veel gelachen. Dit alles maakt de groep voor mij, net als voor de deelnemers, een zowel spannende als ontspannende en soms ontroerende belevenis.

Literatuur

Berg, J. ter (2006). *Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij agressiviteit*.

Doctoraalscriptie, Universiteit van Tilburg.

Bieling, P.J., McCabe, R.E. & Antony, M.M. (2006). *Cognitive behavioral therapy in groups*. New York: Guilford.

Busto-Puertas, A., Steenkist, P. & Dam, A. van (2010). *Samen werken tegen agressie. Een groepsbehandeling voor Turkse en Marokkaanse mannen met agressieregulatieproblemen*. Utrecht: Movisie.

Dam, A. van & Tilburg, C.A. van (2007). *Groepsgedragstherapie bij agressie, gevalsbeschrijvingen uit de behandelkamer*. Uit de serie Psychotherapie in Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dam, A. van, Tilburg, C.A. van, Steenkist, P. & Buisman, M. (2008). *Niet meer door het lint, Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dam, A. van, Tilburg, C.A. van, Steenkist, P. & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint, Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Deneer, B. (2001). Groepstraining in agressie-beheersing. In: Berk, T.J.C., Bolten, M.P. & Koksma, H.G.Y. (Red.), *Handboek Groepspsychotherapie* (P.14.1-P.14.36). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

- Dutton, D. G. & Golant, S. K. (2000). *De partnermishandelaar, een psychologisch profiel*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hakstege, B. (2004). Het leed gaat keurig gekleed over straat. Groepsbehandeling van plegers van relationeel geweld. In: Deneer, B. (2004). *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.): *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410–452). New York: Brunner / Mazel.
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, pp. 119-133.
- Prochaska, J.O. & DiClemente C.C. (1984). *The transtheoretical approach*. Homewood, Ill.: Dow Jones Irwin.
- Reijen, J. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Ruiter, C. de. & Veen, V.C. (2005). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Tilburg, C.A. van (2008). Niet meer door het lint: Motivatie bij een groepsbehandeling van mannen met agressieproblemen. In Dam, A. van & Mulder, C.L. (Red). *Motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*, pp. 11-26. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Warnaar, B. & Wegelin, M. (2005). Behandeling van daders van relationeel geweld. In Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (red). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.