

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *Agressieregulatie- groepstherapie voor relationeel geweldplegers*

Een open trial

---

COLINDA M. B. SERIE, CAROLA A. VAN TILBURG, ARNO VAN DAM &  
CORINE DE RUITER

## *Samenvatting*

---

Dit onderzoek richt zich op de effectiviteit van de agressieregulatiegroepstherapie 'Niet meer door het lint' voor relationeel geweldplegers (van Dam, van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). De behandeling is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, en bestaat uit het leren doorbreken van de agressieketen, het aanleren van andere copingstijlen en sociale vaardigheden. Voor- en nametingen op de primaire uitkomstmaten voor agressie (zelfgerapporteerde hostiliteit, directe en indirecte agressie) en de secundaire uitkomstmaat (zelfgerapporteerde algemene psychopathologie) werden vergeleken in een groep relationeel geweldplegers, die vrijwillig deelnamen aan de therapie. Tevens werden mediërende uitkomstmaten (actieve en passieve copingstijlen) voor en na behandeling vergeleken. Resultaten duiden op een beperkt effect op de primaire uitkomstmaten, waarbij hostiliteit en psychopathologie significant afnamen. Directe en indirecte agressie lieten echter geen significante afname zien, er werd alleen een trend gevonden. Expressie van emoties en passieve coping spelen mogelijk een mediërende rol in het verminderen van agressief gedrag. Het uitvalpercentage was hoog (59,7%). Verder onderzoek met een grotere steekproef, een controlegroep, en meer objectieve, gedragsmatige uitkomstmaten die zicht geven op de werkzame mechanismen van de therapie, is noodzakelijk.

*Trefwoorden: agressieregulatie, groepstherapie, relationeel geweldplegers, huiselijk geweld*

## INLEIDING

.....

Jaarlijks worden 200.000 mensen in Nederland slachtoffer van huiselijk geweld (van der Veen & Bogaerts, 2010). Huiselijk geweld wordt gedefinieerd als 'aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer'. Daaronder vallen (ex-)partners, gezins- of familieleden, en huisvrienden (van Dijk, Flight, Oppenhuis, & Duesmann, 1997). In de aantasting van de persoonlijke integriteit wordt een onderscheid gemaakt tussen psychisch geweld (zoals verbale dreiging, verbieden uit te gaan, kleineren, enzovoort) en lichamelijk geweld (zoals seksueel geweld, gedwongen seksuele handelingen, dreigen met een wapen, verwonden, enzovoort) (van Dijk, Veen, & Cox, 2010). Relationeel geweld wordt meer specifiek gedefinieerd als 'lichamelijk geweld, poging tot, of dreiging met, lichamelijk geweld door een huidige of ex-partner' (Kropp, Hart, & Belfrage, 2005, p. 1). Van Dijk et al. (1997) rapporteerden dat 45% van de Nederlandse bevolking ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld. Bovendien bleek 27% ooit slachtoffer te zijn geweest van relationeel geweld dat wekelijks of dagelijks voorkwam. In gevallen waarin het meest serieuze geweld voorkwam (waarbij het geweld langer dan een jaar aanhield, op een wekelijkse of dagelijkse basis, en lichamelijk letsel tot gevolg had), bleek de dader meer dan twee keer zo vaak de partner te zijn (van Dijk et al., 1997). Twee relatief recente nationale studies (Lünnemann & Bruinsma, 2005; van Dijk et al., 2010) vonden dat iets minder dan de helft van alle gevallen van huiselijk geweld (40% en 46%) waren begaan door de ex-partner van het slachtoffer en meer dan een derde (37% en 34%) door de huidige partner.

Huiselijk geweld heeft verschillende negatieve gevolgen (van Dijk et al., 1997, 2010). Een groot percentage (20-40%) van de slachtoffers van huiselijk geweld lijdt aan lichamelijk letsel. De meerderheid van de slachtoffers lijdt bovendien aan emotionele problemen, zoals woede, angst, depressie en een verminderd zelfvertrouwen (van Dijk et al., 1997, 2010). De economische kosten van relationeel geweld zijn naar schatting 145 miljoen euro per jaar. Dit bedrag is de totale optelsom van de geschatte kosten voor politie, justitie, medische zorg, psychosociale zorg, arbeid en sociale zekerheid (Korf, Meulenbeek, Mot, & van den Brandt, 1997). Bovendien blijkt de recidive bij relationeel geweld hoger te zijn dan bij andere vormen van geweld, omdat het slachtoffer en de dader deel uitmaken van elkaars leefomgeving (Hendricks, Werner, Shipway, & Turinetti, 2006). Deze bevindingen tonen aan dat het volgen van een effectieve behandeling in het geval van relationeel geweld essentieel is.

Studies die de effectiviteit van therapie voor relationeel geweldplegers onderzochten, tonen aan dat er beperkt wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit ervan. Weinig studies vinden significante verschillen en de *effect sizes* zijn klein (onder anderen Babcock, Green, & Robie, 2004; Saun-

ders, 2008; Stover, Meadows, & Kaufman, 2009). De literatuur suggereert dat sommige interventies bij relationeel geweld voor sommige daders zelfs een negatief effect kunnen hebben. Zo zouden mannen met *borderline*-problematiek te angstig of te verward kunnen zijn om te profiteren van een groepstherapie. Daarnaast zouden bijvoorbeeld mannen met antisociale persoonlijkheidstrekken het groepsproces negatief kunnen beïnvloeden door hun antisociale ideeën te verdedigen (Dutton, Bodnarchuk, Kropp, Hart, & Ogloff, 1997; White & Gondolf, 2000). Bovendien is het hoge percentage uitvallers in de behandeling van plegers van relationeel geweld een groot probleem. Uitvalpercentages variëren van 22% tot 90% (Brown, O'Leary, & Feldbau, 1997; Jewell & Wormith, 2010; Rooney & Hanson, 2001). Studies tonen daarbij aan dat in vrijwillige steekproeven de uitvalpercentages nog eens twee keer hoger zijn dan in steekproeven van personen die door de rechter zijn gedwongen tot behandeling (Bowen & Gilchrist, 2006; Olver, Stockdale, & Wormith, 2011).

Tot de eenentwintigste eeuw werd de behandeling voor relationeel geweldplegers gedomineerd door het zogenoemde Duluth-model, gebaseerd op de visie dat geweld tegen vrouwen het gevolg is van patriarchale overtuigingen (Dutton & Corvo, 2006). Onderzoek toont echter aan dat behandeling gebaseerd op cognitieve gedragstherapie effectiever is dan het Duluth-model (Babcock et al., 2004; Barner & Carney, 2011). Bovendien blijkt dat de behandeling voor gewelddadige daders effectief kan zijn wanneer verschillende componenten uit de cognitieve gedragstherapie worden samengevoegd (de Ruiter & Veen, 2006; Warnaar & Wegelin, 2003). Deze componenten zijn: het veranderen van antisociale en procriminele attitudes, empathietraining, stimuleren van een prosociaal netwerk, en het aanleren van interpersoonlijke en probleemoplossende vaardigheden. Onderzoek toont ook aan dat therapieën die uit meerdere componenten bestaan het meest effectief zijn bij aan boosheid gerelateerde problemen (Saini, 2009). Op grond van literatuuronderzoek en meta-analyses van effectstudies concluderen de Ruiter en Veen (2006) verder dat de in Nederland veel uitgevoerde kortdurende interventies weinig zinvol zijn. Het vraagt geduld en tijd om ingesleten gedragspatronen bij mensen met vaak forse persoonlijkheidsproblematiek, soms gecombineerd met middelengebruik, te veranderen.

In een regionale instelling voor geestelijke gezondheid in Nederland (GGZ Westelijk Noord-Brabant) werd een groepsbehandeling voor relationeel geweld en agressieregulatieproblemen ontwikkeld ('Niet meer door het lint'; van Dam et al., 2009). De behandeling werd gebaseerd op de componenten uit cognitieve gedragstherapie die effectief bleken te zijn (Babcock et al., 2004; de Ruiter & Veen, 2006; Saini, 2009; Warnaar & Wegelin, 2003). Op basis van de literatuur is de methode tevens georganiseerd volgens het carouselmodel, waarbij er eens per vier maanden een in- en uitstroommoment is. Daardoor is het mogelijk om een langer durende interventie aan te bieden en daarin maatwerk te leveren. De therapie bestaat uit het leren doorbreken

van de agressieketen, en het aanleren van andere coping- en sociale vaardigheden. De doelstelling van de therapie is het verminderen van agressief gedrag en het versterken van het probleemoplossend vermogen. Componenten zoals (sociale)vaardigheidstraining en agressieregulatietraining worden daarbij gecombineerd. Eén therapieronde bestaat uit een periode van drie maanden, waarin twaalf wekelijkse groepsessies worden gevolgd. De eerste drie sessies richten zich op psycho-educatie over agressie, motivatie voor behandeling en het stellen van therapiedoelen. De daaropvolgende sessies focussen op de verschillende agressiescenario's, uitlokkende factoren, en de (h)erkenning van signalen van lichamelijke spanning. Vervolgens worden er technieken aangeleerd die ervoor zorgen dat er effectief met de boosheid kan worden omgegaan, en agressief en gewelddadig gedrag kan worden voorkomen. De technieken omvatten onder andere relaxatietraining, alternatieve copingstrategieën, assertiviteitstraining, communicatietraining en oefeningen in emotieregulatie (van Dam et al., 2009; White & Gondolf, 2000).

Emotieregulatie, met name agressieregulatie, is een belangrijke component in de bovengenoemde therapie. Emotiedisregulatie en disfunctionele coping blijken namelijk sterke voorspellers te zijn voor relationeel geweld (Tull, Jakupcak, Paulson, & Gratz, 2007). Meer specifiek blijkt dat bepaalde disfunctionele copingstijlen, zoals *acting-out* of middelengebruik met als doel het vermijden of reguleren van emotionele pijn, de emotionele lading en het risico op agressief gedrag juist kunnen vergroten (Tager, Good, & Brammer, 2010; Tull et al., 2007). Het gebruik van actieve en probleemoplossende coping, en een beperkt gebruik van passieve coping, zijn gerelateerd aan lagere niveaus van agressie (Mao, Bardwell, Major, & Dimsdale, 2003). Onderzoek toont tevens aan dat agressief gedrag kan ontstaan door overregulatie van emoties, zoals vermijden en onderdrukken (Anderson & Bushman, 2002; Robertson, Daffern, & Bucks, 2012; Tull et al., 2007). Het onderdrukken van emoties (een disfunctionele copingstijl) kan de emotionele pijn op korte termijn verminderen, maar onderzoek toont aan dat emotionele inexpressie en vermindering op de lange termijn de emotionele en negatieve lading vermeerderen, om uiteindelijk het risico op een agressieve reactie te vergroten. Eckhardt, Jamison en Watts (2002) suggereren dat relationeel geweldplegers de vaardigheden missen om op een adequate en directe manier hun boosheid te communiceren en te uiten, waardoor ze meer indirecte (passieve) en agressieve communicatie gebruiken (zoals beledigingen, bedreigingen en geweld). Een therapie die zich richt op een verbetering van emotie- en agressieregulatie zou daarom relationeel geweld effectief kunnen verminderen.

In de huidige studie werd de effectiviteit van de bovengenoemde agressieregulatietherapie voor relationeel geweldplegers onderzocht. In lijn met bovengenoemde studies werd in onze vrijwillige steekproef een hoog uitvalpercentage verwacht. Voor de patiënten die de therapie wel zouden afronden, werd een afname op de primaire uitkomstmaat verwacht, te we-

ten zelfgerapporteerde agressie (hostiliteit, directe en indirecte agressie), in overeenstemming met de bovengenoemde studies, die aangaven dat het combineren van verschillende componenten van cognitieve gedragstherapie effectief kan zijn in de behandeling van relationeel geweldplegers. Eveneens in lijn met de bovengenoemde literatuur werden een vermindering in het gebruik van passieve copingstijlen en een stijging in het gebruik van actieve copingstijlen verwacht als mediërende factoren. Als gevolg hiervan werd een daling verwacht in de secundaire uitkomstmaat, namelijk de mate van zelfgerapporteerde psychopathologie.

#### METHODE

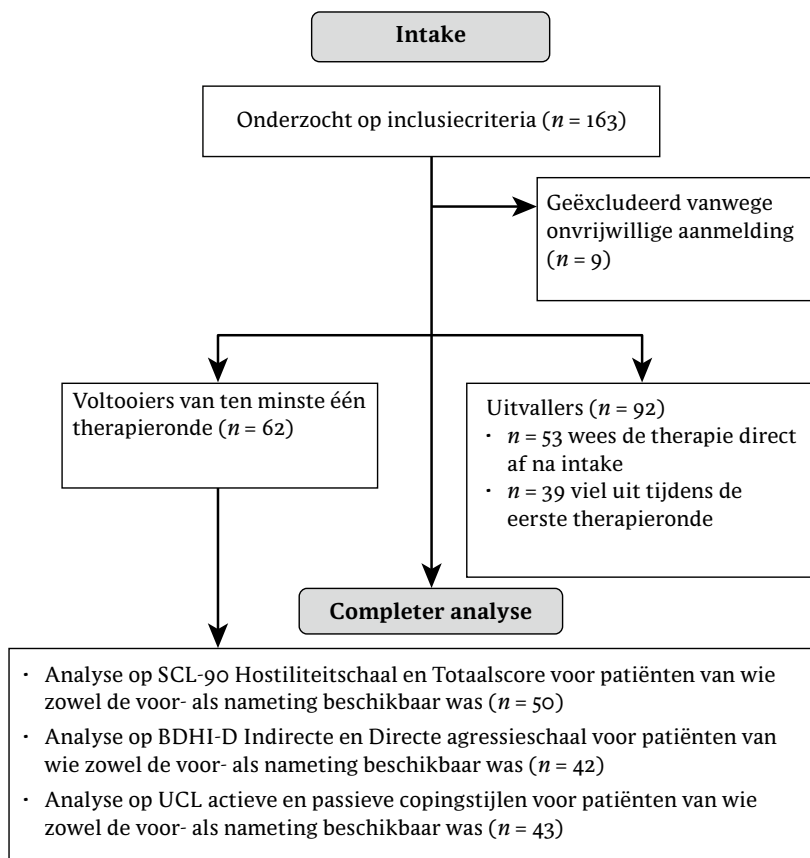
.....

#### *Procedure*

.....

Dossiers werden onderzocht op inclusiecriteria voor alle individuen ( $n = 163$ ) die verwezen waren naar GGZ Westelijk Noord-Brabant (WNB) voor de groepstherapie agressieregulatie voor relationeel geweldplegers ('Niet meer door het lint'; van Dam et al., 2009) in de periode vanaf november 2007 tot en met januari 2012. De meerderheid van de mannen had zich vrijwillig aangemeld, op basis van een verwijzing door de huisarts, intern bij GGZ WNB of door andere instanties uit de regio. Een kleine groep ( $n = 9$ ) werd door de reclassering of tussenkomst van de rechter verwezen. Deze negen mannen werden niet geïnccludeerd, resulterend in een patiëntengroep van 154 vrijwillig aangemelde relationeel geweldplegers. Alle patiënten ondergingen bij de start van de drie maanden durende groepstherapie een intakeprocedure, waarbij een intakerapportage werd opgesteld. Demografische variabelen (leeftijd, geslacht, opleiding, werk, burgerlijke staat, het hebben van een partner en criminele achtergrond) werden geïncventariseerd aan de hand van de intakerapportages van alle patiënten. Inclusiecriteria voor deze studie waren: mannelijk geslacht, Nederlands kunnen lezen en schrijven, en huiselijk geweld gepleegd hebben.

Het aantal voltooide therapie sessies werd per patiënt bijgehouden door de therapeuten. Patiënten werden aan de hand daarvan in drie groepen verdeeld: 'voltooiers', 'uitvallers' en 'afwijzers'. Een patiënt werd als uitvaller beschouwd wanneer hij in de drie maanden durende periode aan minder dan 75% van de sessies deelnam. Eén ronde van drie maanden omvat zoals gezegd twaalf wekelijkse groepssessies. Dit betekende dat een patiënt als uitvaller werd aangeduid wanneer hij meer dan drie sessies had gemist. Een voltooier werd gedefinieerd als iemand die aan negen of meer sessies had deelgenomen. Deze verdeling werd gekozen omdat patiënten wordt verteld dat zij niet meer dan drie van de twaalf sessies mogen missen. Wanneer een patiënt meer dan drie sessies mist, kan hij niet langer deelnemen aan de over-

FIGUUR 1 *Flowchart*

gebleven sessies. Een afwijzer werd gedefinieerd als iemand die na de intakeprocedure aan geen enkele sessie heeft deelgenomen. Minder dan de helft (40,3%;  $n = 62$ ) van de patiënten voltooide minstens één therapieronde van ten minste negen sessies. De meerderheid van de patiënten werd gedefinieerd als een uitvaller of afwijzer (59,7%;  $n = 92$ ). Een kwart van de patiënten (25,3%;  $n = 39$ ) viel uit gedurende de eerste therapieronde en ongeveer een derde (34,4%;  $n = 53$ ) wees de therapie direct af na de intakeprocedure (zie figuur 1).

De groepstherapie 'Niet meer door het lint' hanteert een carouselmodel; er is eens per vier maanden een in- en uitstroommoment. De groepssessies vinden wekelijks plaats en bestaan uit twee onderdelen van elk een uur. Per groep zijn er gemiddeld acht deelnemers, die begeleid worden door twee therapeuten. De verschillende therapeuten werden getraind door de ontwikkelaars van de therapie. Alle therapeuten maken gebruik van hetzelfde be-

handelprotocol, dat achttien sessies beslaat. De patiënten beschikken over een bijbehorend werkboek en krijgen wekelijks huiswerkopdrachten (van Dam, van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2008).

Voor de analyses werden de voor- en nametingen van de SCL-90, UCL en BDHI-D (vragenlijsten die hieronder worden beschreven) gebruikt van de patiënten die de therapie hadden voltooid ('voltooiers';  $n = 62$ ). Deze vragenlijsten werden in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) tijdens de intake en iedere drie maanden daaropvolgend door de therapeuten in de instelling afgenomen bij de deelnemende patiënten. Het aantal beschikbare voor- en nametingen is per vragenlijst verschillend vanwege ontbrekende of niet ingevulde vragenlijsten (zie figuur 1).

### *Vragenlijsten*

---

**SCL-90** — De Symptom Checklist 90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003) is een multidimensionele screeningslijst voor psychologische en fysieke symptomen, gebaseerd op zelfrapportage. De vragenlijst bevat de voornaamste symptomen die kunnen voorkomen bij zowel klinische als ambulante psychiatrische patiënten. De 90 items van de vragenlijst worden gescoord op een vijfpunts Likertschaal, die de mate van voorkomen van het symptoom gedurende de afgelopen week aangeeft (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = gemiddeld, 4 = hoog gemiddeld, 5 = veel). De vragenlijst bestaat uit acht dimensies: Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische klachten, Inadequatie, Interpersoonlijke sensitiviteit, Slaapproblemen en Hostiliteit. Daarnaast heeft de SCL-90 een totaalscore die de algemene mate van psychopathologie aangeeft (Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 heeft een goede tot excellente test-hertestbetrouwbaarheid. De interne betrouwbaarheid voor de totaalscore (Cronbach's  $\alpha$ ) varieert van 0,78 tot 0,82. De betrouwbaarheid van de dimensies varieert van 0,73 tot 0,97. Tevens is er bewijs voor een goede discriminante, predictieve, convergente en divergente validiteit (Arrindell & Ettema, 2003; Kloens, Barelds, Luteijn, & Schaap, 2002). In de huidige studie werd de subschaal Hostiliteit van de SCL-90 gebruikt als primaire uitkomstmaat. De totaalscore van de SCL-90 werd gebruikt als secundaire uitkomstmaat.

**BDHI-D** — De Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) is een van de populairste en meest gebruikte zelfrapportagematen voor agressie (Lange et al., 1995). In de huidige studie is de Nederlandse vertaling van de BDHI gebruikt (BDHI-D). Factoranalyse toont aan dat de vragenlijst uit twee subschalen bestaat: Directe en Indirecte agressie (Lange et al., 1995). Directe agressie omvat de gedragscomponent van agressie, en bevat zestien items die de neiging om agressie openlijk verbaal en fysiek te uiten weergeven. Indirecte agressie omvat de emotionele en cognitieve component van agressie, en be-



vat negentien items die emoties als hostiliteit, irritatie, wantrouwen en woede navragen (Lange et al., 1995). Daarnaast bevat de vragenlijst een schaal die sociale wenselijkheid meet. De constructvaliditeit van de vragenlijst is hoog. Onderzoek laat een goede convergente en divergente validiteit zien voor de subschalen en de totaalscore. Bovendien wordt de betrouwbaarheid voor beide schalen als goed beoordeeld (Lange et al., 1995). Een enkele studie rapporteert echter een minder goede betrouwbaarheid:  $\alpha$ -coëfficiënten van de BDHI-D-schalen tussen 0,50 en 0,69 (Vassar & Hale, 2009). In de huidige studie werden zowel de indirecte als de directe agressieschaal van de BDHI-D gebruikt als primaire uitkomstmaten.

**UCL** — De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, van de Willige, Broschot, Tellegen, & Graus, 1993) is een Nederlandse zelfrapportagevragenlijst die verschillende copingstijlen inventariseert. Coping kan worden gedefinieerd als reactie op moeilijke en stressvolle situaties. De vragenlijst bestaat uit 47 items, die worden gescoord op een vierpunts Likertschaal, waarmee de mate van voorkomen van de verschillende copingstijlen wordt aangegeven (1 = zelden of nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = heel vaak). De items zijn verdeeld in zeven copingstijlen: Actief, Palliatief, Vermijdend, Sociale steun, Passief, Expressie van emoties, en Geruststellende gedachten. Actieve coping bestaat uit een doelgerichte strategie, waarbij een situatie eerst zorgvuldig van meerdere kanten wordt belicht. Palliatieve coping wordt gekenmerkt door het zoeken van afleiding, bijvoorbeeld door roken of drinken. Vermijdende coping wordt gebruikt wanneer iemand de situatie uit de weg gaat of afwacht. Sociale steun is een manier van coping waarin iemand geruststelling en begrip zoekt bij anderen. Een passieve copingstijl wordt gedefinieerd als een reactief patroon waarin iemand zich terugtrekt uit de situatie en erover gaat piekeren. Een expressieve copingstijl is een manier om frustraties en woede te uiten. Geruststellende gedachten is een manier van coping waarbij iemand zichzelf moet inspreken met helpende gedachten (Schreurs et al., 1993). De interne consistentie, gemeten met Cronbach's  $\alpha$ , wordt gerapporteerd als matig tot goed, variërend van 0,67 tot 0,84. De test-hertestbetrouwbaarheid is hoog, wat aangeeft dat de UCL-schalen relatief stabiele kenmerken meten. Daarnaast is er bewijs voor een goede constructvaliditeit (Kloens et al., 2002; Schreurs et al., 1993). In de huidige studie werden de verschillende actieve en passieve copingstijlen gemeten met de UCL gebruikt als mediërende uitkomstmaten.

### *Patiëntengroep*

De geanalyseerde patiëntengroep bestond zoals vermeld uit 62 voltooiers van de agressieregulatietherapie. De leeftijd van de mannen varieerde van 22 tot 63 jaar, met een gemiddelde van 38,60 jaar (SD = 9,30). De meerderheid van de patiëntengroep was Nederlands ( $n = 61$ ; 98,4%) en één patiënt

was van Surinaamse afkomst (1,6%). De meerderheid (80,6%) had een intieme relatie met een partner bij de aanmelding, waarbij 43,5% getrouwd was; een minderheid (19,4%) was alleenstaand. Bijna de helft (43,5%) van de steekproef was ooit in contact geweest met politie of justitie. De meerderheid (86,2%) had een beroeps- of middelbare opleiding afgerond, een klein percentage (8,6%) had geen opleiding of alleen de basisschool afgerond, en 5,2% was in het bezit van een hbo- of wo-diploma.

Aanvullende analyses toonden aan dat de geanalyseerde patiëntengroep (voltooiers) niet significant verschilde van de uitvallers en afwijzers wat betreft leeftijd, etniciteit, relatiestatus en justitieel verleden. De voltooiers verschilden echter wel significant van de afwijzers en uitvallers wat betreft opleiding, waarbij afwijzers en uitvallers significant vaker geen opleiding of enkel de basisschool hadden afgerond ( $\chi^2(2, 145) = 14,64, p < .001$ ). Wat betreft zelfgerapporteerde psychopathologie en agressie (gemeten aan de hand van de voormetingen op de BDHI-D en SCL-90) verschilden de voltooiers niet significant van de afwijzers en uitvallers. Op het gebied van copingstijlen (gemeten aan de hand van de voormetingen op de UCL) waren er evenmin verschillen tussen de voltooiers en uitvallers, met uitzondering van een trend waarbij de voltooiers hoger scoorden op de schaal Sociale steun ( $F(1, 87) = 3,77, p = 0,06$ ).

#### Statistische analyse

De hypotheses omtrent de therapie-uitkomst werden onderzocht op basis van een *completer* analyse. Dit werd gedaan aan de hand van het General Linear Model (GLM), met herhaalde metingen variatieanalyses (ANOVA's) op de voor- en nametingen op de SCL-90, BDHI-D en UCL. Deze analyses zijn uitgevoerd voor de patiënten die ten minste één therapieronde hadden gevolgd en voor wie zowel de voor- als nameting beschikbaar was. Het significantieniveau voor de analyses was  $\alpha < 0,05$ . Voor het construct 'agressie' zijn er drie analyses gedaan, waardoor er een Bonferronicorrectie is toegepast ( $\alpha < 0,05/3$ ). Voor de verschillende copingstijlen is geen Bonferronicorrectie toegepast, vanwege het feit dat deze constructen voortkomen uit een factorstructuur met zeven verschillende factoren die laag tot matig gecorreleerd zijn (Schreurs et al., 1993). Naast de statistische analyses werden de scores van de vragenlijsten vergeleken met de gegevens van vergelijkbare normgroepen uit de handleidingen van de SCL-90, UCL en BDHI-D.

#### RESULTATEN

Met een herhaalde metingen ANOVA onderzochten we het verschil tussen de voor- en nameting op hostiliteit (SCL-90) en directe en indirecte agressie (BDHI-D). Zelfgerapporteerde hostiliteit nam significant af bij de patiënten die ten minste één therapieronde hadden afgerond ( $F(1, 49) = 17,20, p < .001$ ).

TABEL 1 Voor- en nametingen op SCL-90, UCL en de BDHI-D van de voltooiers

274

	Voormeting gemiddelde (SD)	Nameting gemiddelde (SD)	F	p
<i>Psychopathologie (n = 50)*</i>	204,42 (59,72)	187,12 (62,92)	6,59	.01
<b>Agressie</b>				
<i>Hostiliteit** (n = 50)</i>	16,36 (5,77)	13,38 (4,91)	17,20	<.001
Directe Agressie (n = 42)	12,64 (2,61)	12,07 (2,93)	2,84	.10
Indirecte Agressie (n = 42)	12,38 (4,27)	11,29 (4,95)	3,93	.05
<b>Copingstijlen</b>				
Actief (n = 43)	16,37 (4,24)	16,91 (3,70)	1,16	.29
Sociale steun (n = 43)	11,44 (3,73)	11,37 (3,65)	0,03	.86
<i>Expressie van emoties* (n = 43)</i>	8,33 (2,01)	7,74 (1,66)	6,75	.01
Passief (n = 43)	16,58 (4,56)	15,63 (4,38)	3,08	.09
Palliatief (n = 43)	17,42 (4,06)	17,98 (4,04)	1,52	.23
Vermijdend (n = 43)	16,72 (3,56)	16,47 (3,57)	0,27	.61

\* Significant op  $p < .05$ \*\* Significant op  $p < .001$ 

Vergeleken met de normgegevens van ambulante psychiatrische patiënten was de mate van hostiliteit bij de voormeting hoog en bij de nameting lag die op gemiddeld niveau (Lange et al., 1995). Niettemin werd er geen significante daling, maar slechts een trend gevonden op directe en indirecte agressie van de BDHI-D (respectievelijk  $F(1, 41) = 2,84, p = .10$ , en  $F(1, 41) = 3,93, p = .05$ ). De scores op directe agressie bleven zeer hoog, vergeleken met de psychiatrische normpopulatie. Vergeleken met de psychiatrische populatie daalde de zelfgerapporteerde indirecte agressie van hoog naar gemiddeld (Lange et al., 1995).

Een herhaalde metingen ANOVA om de verschillen tussen de voor- en nameting op de totaalscore op de SCL-90 te toetsen, liet een significante daling zien, waarbij de SCL-90 totaalscore afnam voor voltooiers ( $F(1, 49) = 6,59, p = .01$ ; zie tabel 1). Vergeleken met de normgegevens van patiënten in een ambulante psychiatrische setting, daalde de totaalscore van gemiddeld tot beneden gemiddeld (Arrindell & Ettema, 2003).

Vervolgens werd het verschil tussen de voor- en nameting in zelfgerapporteerde actieve copingstijlen (Actief, Sociale steun en Expressie van emoties)

en passieve copingstijlen (Passief, Palliatief en Vermijdend) geanalyseerd met herhaalde metingen ANOVA's op de overeenkomstige UCL-schalen. Resultaten toonden aan dat er geen verschil was tussen de voor- en nameting op Sociale steun, Actieve, Palliatieve en Vermijdende copingstijl. Vergeleken met normgegevens van eerstelijnspatiënten scoorde onze patiëntengroep gemiddeld op Sociale steun, Actieve, Palliatieve en Vermijdende copingstijlschalen (Kloens et al., 2002). Een trend was zichtbaar waarbij het gebruik van Passieve coping afnam ( $F(1, 43) = 3,08, p = .09$ ) voor de groep voltooiers die ten minste één therapieronde hadden afgerond. Vergeleken met de normgegevens van psychiatrische eerstelijnspatiënten daalde de score op Passieve coping van bovengemiddeld tot gemiddeld (Kloens et al., 2002). Het zelfge rapporteerde gebruik van Expressie van emoties daalde significant ( $F(1, 43) = 6,75, p = 0,01$ ). Vergeleken met eerstelijnspatiënten daalde de score op Expressie van emoties van zeer hoog tot hoog (Kloens et al., 2002).

#### DISCUSSIE

.....

Het doel van de huidige studie was het onderzoeken van de effectiviteit van een agressieregulatiegroepstherapie voor relationeel geweldplegers. Voor- en nametingen op de primaire uitkomstmaten voor agressie (hostiliteit, directe en indirecte agressie), en de secundaire uitkomstmaat algemene psychopathologie, werden vergeleken in een groep relationeel geweldplegers die vrijwillig deelnamen aan de therapie. Tevens werden de voor- en nametingen op de mediërende uitkomstmaten actieve en passieve copingstijlen vergeleken.

Met betrekking tot de hypothese over het uitvalpercentage, vonden we resultaten die sterk overeenkomen (variërend tussen de 22% tot 90%) met eerdere studies die interventies voor relationeel geweldplegers onderzochten (Bowen & Gilchrist, 2006; Brown et al., 1997; Jewell & Wormith, 2010; Olver et al., 2011; Rooney & Hanson, 2001). Het uitvalpercentage was hoog; de meerderheid van de patiënten (59,7%) staakte de therapie, van wie 35% de therapie direct afwees na intake ( $n = 53$ ) en 25% ( $n = 39$ ) gedurende de eerste therapieronde uitviel. Dit resultaat kan mede worden verklaard door het feit dat de therapie geheel vrijwillig is, zonder enige externe motivatieaspecten, zoals een gerechtelijk bevel. Daarnaast vinden de therapieessies overdag plaats, waardoor het lastig kan zijn voor werkende patiënten om de therapie af te stemmen met hun werktijden. In de huidige studie waren de redenen voor uitval echter niet bekend. Studies die de reden van therapie-uitval bij huiselijk geweldplegers onderzochten, tonen aan dat een onstabiele levensstijl (onder andere gekenmerkt door criminaliteit en middelenmisbruik), zich bevinden in de precontemplatiefase van verandering (voorstadium in motivatie) en een jongere leeftijd de voornaamste voorspellers voor uitval zijn (Rooney & Hanson, 2001).

Wat betreft de therapie-uitkomsten werd verwacht dat de hostiliteit zou afnemen, naast een daling van directe agressie, indirecte agressie en algemene psychopathologie. In lijn met deze verwachting toonden de resultaten een statistisch significante afname aan in zelfgerapporteerde hostiliteit en algemene psychopathologie. Directe en indirecte agressie bleken niet significant af te nemen. Wel werd er een statistische trend gevonden voor een afname in directe en indirecte agressie.

Betreffende de copingstijlen werd verwacht dat het gebruik van passieve coping zou afnemen en het gebruik van actieve coping zou toenemen. In lijn met deze verwachting toonden de resultaten een statistische trend aan, waarbij het gebruik van een passieve coping afnam tot een gemiddeld niveau. Omdat emotiedisregulatie en disfunctionele coping (zoals passieve coping) goede voorspellers zijn van relationeel geweld, is verbetering van de emotieregulatie een belangrijke component in de therapie van relationeel geweldplegers (Tull et al., 2007). Effectieve emotieregulatie vereist dat emoties worden geaccepteerd, en actief en adequaat worden verwerkt (Robertson et al., 2012). Bovendien toont onderzoek aan dat een actieve copingstijl boze gevoelens en gedachten kan verminderen en vervolgens agressief gedrag kan voorkomen (Mao et al., 2003; Maxwell & Siu, 2008). Expressie van emoties (een actieve copingstijl) nam weliswaar in tegenstelling tot onze hypothese significant af, maar het eindniveau was nog steeds hoog in vergelijking met een normgroep van eerstelijnspatiënten. Dit resultaat zou verklaard kunnen worden doordat de patiënten bij aanvang van de behandeling een (te) hoge mate van expressie van emoties hanteerden, waarbij de emotie wel actief wordt verwerkt, maar niet op een adequate manier. Woede wordt dan bijvoorbeeld geuit in de vorm van agressie. Een lichte daling in de expressie van emoties geeft in dergelijke gevallen toch blijk van een positief effect.

Om emoties te kunnen reguleren en aangepast gedrag te laten zien, is een adequate zelfcontrole of zelfregulatie nodig. Zelfcontrole is de capaciteit om eigen reacties aan te passen in lijn met idealen, waarden en sociale verwachtingen (Baumeister, Vohs, & Tice, 2007). Baumeister et al. (2007) concludeerden uit hun onderzoek dat de mate van zelfcontrole afhankelijk is van een beperkte energiebron, vergelijkbaar met hoe spieren in ons lichaam werken. Zelfcontroleprestatie verslechtert na inspanning, zoals een spier uitgeput kan raken na lichamelijke inspanning. Echter, zoals training spieren sterker kan maken, zijn er indicaties dat regelmatige toepassing van zelfcontrole de wilskracht kan verbeteren (Baumeister et al., 2007). Onderzoek op dit terrein biedt perspectief voor agressieregulatietrainingen, vanwege het feit dat er nu bewijs is dat zelfcontrole kan worden getraind en verbeterd. Meer specifiek toont een studie van Finkel, DeWall, Slotter, Oaten, en Foshee (2009) aan dat het versterken van wilskracht via zelfcontroleoefeningen de neiging tot het plegen van relationeel geweld vermindert. Een betere zelfcontrole resulteerde in pogingen tot het uitpraten van problemen na negatief gedrag van de partner. Tevens waren de personen met betere zelfcontrole

minder geneigd hun partner te vermijden dan individuen met een lagere zelfcontrole (Finkel & Campbell, 2001).

De resultaten van ons onderzoek overziend, lijken zij een beperkt effect van de agressieregulatietherapie te laten zien. De resultaten uit de huidige studie sluiten daarbij enigszins aan bij eerder onderzoek, dat concludeerde dat er slechts beperkt wetenschappelijk bewijs was voor de effectiviteit van interventies voor relationeel geweldplegers (zie bijvoorbeeld Babcock et al., 2004; Saunders, 2008; Stover et al., 2009). Onze bevindingen tonen een significante afname aan op één van de primaire uitkomstmaten (hostiliteit) en op de secundaire uitkomstmaat, algemene psychopathologie. Daarnaast suggereren de resultaten, in lijn met de literatuur over coping en emotieregulatie dat deze als mediërende factoren een rol zouden kunnen spelen in het verminderen en voorkomen van agressief gedrag. Het verdient aanbeveling om deze mediërende factoren in hun relatie tot de vermindering van agressief gedrag nader te onderzoeken. Een dergelijk onderzoek zou mogelijk het verschil in beloop tussen patiënten kunnen verklaren en zicht geven op mogelijke werkzame mechanismen binnen de therapie.

Het huidige onderzoek heeft een aantal beperkingen en verbeterpunten. Allereerst is er voor alle uitkomstmaten gebruikgemaakt van zelfrapportagematen, die onderhevig zijn aan sociaal wenselijke beantwoording en andere vormen van *impression management*, waarmee individuen bewust of onbewust het beeld dat anderen over hen hebben proberen te controleren. Tevens kan de aard van de gebruikte vragenlijsten van invloed zijn geweest op de resultaten. De Hostiliteitschaal van de SCL-90 maakt gebruik van een Likert-schaal, die over de afgelopen week moet worden ingevuld. De mate van agressie op de BDHI-D daarentegen wordt gemeten aan de hand van een ja/nee-vraag. Resultaten van de BDHI-D geven daardoor alleen aan of het geweld wel of niet is gestopt. Daarbij meet de BDHI-D ook een aantal historische items en *trait*-aspecten die niet kunnen veranderen (bijvoorbeeld item 33: 'Ik kan me herinneren dat ik ooit zo kwaad was, dat ik zomaar iets kapot sloeg'; item 26: 'Sinds mijn tiende heb ik nooit meer een uitbarsting van woede gehad'). Achteraf bezien was de keuze voor de BDHI-D als uitkomstmaat een wat ongelukkige. De significante afname in hostiliteit gemeten met de SCL-90 en de dalende trends in agressie gemeten met de BDHI-D zouden daarom als volgt kunnen worden geïnterpreteerd. Patiënten geven via de Hostiliteitschaal aan dat ze minder gedachten, gevoelens of gedragingen hebben die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstoestand van woede, maar geven via de BDHI-D aan dat het geweld wel in enige mate afgenomen is, maar niet gestopt. In eerder onderzoek is gebleken dat de BDHI niet in staat was te differentiëren tussen gewelddadige en niet-gewelddadige daders (Syverson & Romney, 1985). Concluderend kunnen we stellen dat de BDHI-D te weinig sensitief en niet het juiste meetinstrument is wanneer men verandering in agressief gedrag tracht te meten. In toekomstig onderzoek is het van belang andere meetinstrumenten te gebruiken, waaronder meer objectieve, obser-

vationele en gedragsmatige meetinstrumenten. Informatie van de partner van de relationeel geweldplegers zou bijvoorbeeld als aanvullende bron kunnen dienen. Tevens is een gedragsmatig meetinstrument zoals de Conflict Tactics Scale aan te raden (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996).

Een ander verbeterpunt is de grootte van de steekproef. Het kleine aantal deelnemende patiënten kan de statistische kracht van de analyses hebben ondermijnd. Bovendien was de steekproef gebaseerd op patiënten die ten minste één therapieronde hadden afgerond en was het uitvalpercentage hoog. Dit laatste kan geleid hebben tot *sampling bias* en een vertekend beeld van de werkelijke populatie relationeel geweldplegers die de therapie toegevoerd kregen. Toch bleken de voltooiers op veel vlakken, en met name op de uitkomstmaten bij de start, niet significant te verschillen van de afwijzers en de uitvallers. Tot slot ontbreekt een controlegroep, waardoor de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden (Gondolf, 2001). Ondanks deze beperkingen laten de resultaten toch enig effect zien. Toekomstig onderzoek met een grotere steekproef, meer objectieve, gedragsmatige uitkomstmaten en een controlegroep is wenselijk.

**COLINDA M. B. SERIE** is als senior onderzoeksassistent werkzaam bij Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, Sectie Forensic Psychology.  
*Adres:* P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht.

**CAROLA A. VAN TILBURG** is als buiten-promovendus verbonden aan Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, en als GZ-psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij de GGZ Westelijk Noord Brabant. *Adres:* Postbus 371, 4600 AJ Bergen op Zoom.

**ARNO VAN DAM** is als psychotherapeut werkzaam bij de GGZ Westelijk Noord Brabant en als scientist-practitioner verbonden aan Tilburg University, Faculty of Social Sciences. *Adres:* Postbus 90153, 5000 LE Tilburg.

**CORINE DE RUITER** is als hoogleraar Forensische psychologie verbonden aan Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience, Sectie Forensic Psychology.  
*Correspondentieadres:* prof. dr. Corine de Ruiter, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: Corine.deRuiter@maastrichtuniversity.nl.

**Summary** This study aimed to examine the effectiveness of an aggression regulation group treatment program for spousal assaulters, called: 'Niet meer door het lint' ('Not losing it anymore'; van Dam, van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). This program consists of cognitive-behavioral therapy elements, including time-out, social skills training, and problem solving. Participants gain insight into their aggression scenario and learn to apply different coping styles. Pre- and post-treatment scores on the primary outcome measures for aggression (self-reported hostility, direct and indirect aggression) and secondary outcome measures for self-reported psychopathology were compared in a sample of spousal assaulters,

who participated in treatment voluntarily. Furthermore, pre- and post-treatment scores of mediating variables (active and passive coping styles) were compared. Results indicate a significant decrease of hostility and psychopathology. Direct and indirect aggression did not decrease significantly, only a trend was found. Expression of emotions and passive coping may play a mediating role in diminishing aggression. The attrition rate was high (59,7%). Future research with a larger sample, including a control group, and use of more objective, behavioral outcome measures that clarify the effective mechanisms of the treatment, is needed.

**Key words:** *aggression regulation, group therapy, spousal assaulters, domestic violence*

### Literatuur

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, *53*, 27-51.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, *23*, 1023-1053.
- Barner, J. R. & Carney, M. M. (2011). Interventions for intimate partner violence: A historical review. *Journal of Family Violence*, *26*, 235-244.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions In Psychological Science*, *16*, 351-355.
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2006). Predicting dropout of court-mandated treatment in a British sample of domestic violence offenders. *Psychology, Crime & Law*, *12*, 573-587.
- Brown, P. D., O'Leary, K. D., & Feldbau, S. R. (1997). Dropout in a treatment program for self-referring wife abusing men. *Journal of Family Violence*, *12*, 365-386.
- de Ruiter, C., & Veen, V. C. (2006). Voorkomen van recidive bij geweldsdelinquenten: Wat werkt? *Directieve Therapie*, *26*, 51-60.
- Dutton, D. G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S., & Oglloff, J. (1997). Wife assault treatment and criminal recidivism: An eleven year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *41*, 9-23.
- Dutton, D. G., & Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, *11*, 457-483.
- Eckhardt, C., Jamison, T., & Watts, K. (2002). Anger experience and expression among male dating violence perpetrators during anger arousal. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*, 1102-1114.
- Finkel, E. J., & Campbell, W. K. (2001). Self-control and accommodation in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*, 263-277.
- Finkel, E. J., DeWall, C. N., Slotter, E. B., Oaten, M., & Foshee, V. A. (2009). Self-regulatory failure and intimate partner violence perpetration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*, 483-499.
- Gondolf, E. W. (2001). Limitations of experimental evaluation of batterer programs. *Trauma, Violence & Abuse*, *2*, 79-88.
- Hendricks, B., Werner, T., Shipway, L., & Turinetti, G. J. (2006). Recidivism among spousal abusers: Predictions



- and program evaluation. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 703-716.
- Jewell, L. M., & Wormith, J. S. (2010). Variables associated with attrition from domestic violence treatment programs targeting male batterers: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 1087-1113.
- Kloens, G. J., Barelds, D. P. H., Luteijn, F., & Schaap, C. P. D. R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek-Wijzer*, 5, 130-148.
- Korf, D. J., Meulenbeek, H., Mot, E., & van den Brandt, T. (1997). *Economic costs of domestic violence against women*. Utrecht: Dutch Foundation of Women's Shelters.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., & Belfrage, H. (2005). *The brief spousal assault form for the evaluation of risk: User manual*. Vancouver, British Columbia, Canada: ProActive ReSolutions, Inc.
- Lange, A., Pahlich, A., Sarucco, M., Smits, G., Deghani, B., & Hanewald, G. (1995). Psychometric characteristics and validity of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (The BDHI-D). *Behaviour Research and Therapy*, 33, 223-227.
- Lünnemann, K. D. & Bruinsma, M. Y. (2005). *Geweld binnen en buiten: Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland*. Den Haag: WODC.
- Mao, W., Bardwell, W. A., Major, J. M., & Dimsdale, J. E. (2003). Coping strategies, hostility, and depressive symptoms: A path model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10, 331-342.
- Maxwell, J. P., & Siu, O. L. (2008). The Chinese coping strategies scale: Relationships with aggression, anger, and rumination in a diverse sample of Hong Kong Chinese adults. *Personality and Individual Differences*, 44, 1049-1059.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 72-82.
- Rooney, J., & Hanson, R. K. (2001). Predicting attrition from treatment programs for abusive men. *Journal of Family Violence*, 16, 131-149.
- Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence-based practice. *Journal of American Academic Psychiatry and Law*, 37, 473-488.
- Saunders, D. G. (2008). Personality characteristics of men who batter. In C. Renzetti & J. Edleson (Eds.), *Encyclopedia of interpersonal violence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G. V., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 223-233.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Syverson, K. L., & Romney, D. M. (1985). A further attempt to differentiate violent from nonviolent offenders by means of a battery of psychological tests. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 17, 87-92.
- Tager, D. T., Good, G. E., & Brammer, S. (2010). Walking over 'em: An exploration of relations between emotion

- dysregulation masculine norms and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men and Masculinity*, 11, 233-239.
- Tull, M. T., Jakupcak, M., Paulson, A., & Gratz, K. L. (2007). The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress and aggression among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*, 20, 337-351.
- 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., van Tilburg, C., Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint: Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Veen, H. C. J., & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: Overkoepelend syntheserapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010*. Den Haag: WODC.
- van Dijk, T., Flight, S., Oppenheim, E., & Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening [Domestic violence: Nature, prevalence and service]*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- van Dijk, T., Veen, M., & Cox, E. (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: Aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Vassar, M., & Hale, W. (2009). Reliability reporting across studies using the Buss Durkee Hostility Inventory. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 20-37.
- Warnaar, B., & Wegelin, M. (2003). Behandeling van partnermishandelaars. *Directieve Therapie*, 23, 63-81.
- White, R. J. & Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.