
HUISELIJK GEWELD: VAN SIGNALERING TOT EEN EFFECTIEVE AANPAK

Corine de Ruiter¹⁾, klinisch psycholoog/gedragstherapeut is werkzaam als bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht. Zij is tevens programmahoofd Nationale Monitor Geestelijke gezondheid bij het Trimbos-instituut te Utrecht.

Inleiding

'Huiselijk²⁾ geweld is de meest voorkomende vorm van geweld in de samenleving (Ministerie van Justitie, 2002) en omvat verschillende geweldsvormen die door een persoon uit de huiselijke kring van het slachtoffer worden gepleegd. Huiselijk geweld betreft veelal relationeel geweld, maar ook kindermishandeling valt eronder. Uitingvormen van huiselijk geweld omvatten zowel lichamelijk, seksueel als geestelijk geweld. Seksueel geweld betreft verschillende vormen van gedwongen seksuele handelingen. Geestelijk geweld bestaat onder meer uit vernederen, kleineren, sociaal isoleren en dreigen met geweld.

Uit een grootschalig onderzoek in de algemene Nederlandse bevolking (516 mannen en 489 vrouwen tussen 18 en 70 jaar oud werden ondervraagd; Van Dijk et al., 1997) komt naar voren dat 27% van de ondervraagden ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld dat wekelijks of dagelijks voorkwam. De kosten ten gevolge van huiselijk geweld per jaar bij justitie, politie, medische zorg en geestelijke gezondheidszorg zijn hoog (Korf et al., 1997). Slachtoffers vertonen onder meer een slechte lichamelijke en geestelijke gezondheid. De laatste jaren is het maatschappelijke bewustzijn over de ernst van geweld in huiselijke kring toegenomen (Ministerie van Justitie, 2002). Overal in het land ontstaan Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG; zie ook: www.huiselijkgeweld.nl). In de volgende casus wordt de complexe problematiek van huiselijk geweld, waarbij vaak ook psychische problemen een rol spelen, zichtbaar (ontleend aan: De Ruiter & Veen, 2005a).

Casus

Het slachtoffer van huiselijk geweld is een 82-jarige vrouw die samenwoont met haar zoon van 54 jaar. De zoon is 21 jaar geleden geopereerd aan een hersentumor, kan sindsdien niet meer werken, heeft geheugenproblemen, duizelingen en is incontinent geworden. Omdat de zoon incontinent is, moet zijn moeder het bed elke nacht enkele malen verschonen (4 à 7 maal). De zoon gedraagt zich autoritair en is wantrouwend naar zijn moeder toe. Hij dreigt haar spullen te vernielen als zij weggaat. Hij is gefrustreerd vanwege zijn functieverlies, wordt daar soms driftig van en slaat en/of duwt dan zijn moeder. Het geweld heeft tot blijvend schouderletsel bij zijn moeder geleid. Zij heeft spanningsklachten, durft haar zoon niet alleen te laten en slikt medicatie om te kunnen slapen. De moeder is sociaal en emotioneel geïsoleerd; zij heeft haar huisarts en fysiotherapeut op de hoogte gebracht van de thuissituatie. De zoon accepteert geen hulp van buitenaf en zijn moeder wil hem niet alleen laten. De huisarts heeft het huiselijk geweld bij het ASHG gemeld. De inspecteur woonvervulling vraagt zich af welke oplossingen het beste zijn voor zowel moeder als zoon.

Tijdens een casus-overleg tussen verschillende hulpverlenende instanties, wordt uitgebreid gesproken over de gevolgen van het lichamelijke en geestelijke geweld dat door de zoon gepleegd wordt en wat de moeder graag wil.

Daarbij komt onder andere naar voren dat de zoon al voor zijn hersenoperatie agressief gedrag vertoonde, waaronder schreeuwen, vloeken en slaan. Zijn vader heeft moeder en zoon daarom al vier jaar voor de hersenoperatie verlaten, moeder wilde haar zoon niet wegsturen. Zoon heeft een studie afgerond en een baan gehad, die hij na de operatie niet kon aanhouden. Het agressieve gedrag is sindsdien toegenomen. Zijn moeder is erg bezorgd om hem, wil hem niet alleen laten, maar heeft wel behoefte aan rust. De zoon heeft huishoudelijke hulp inmiddels aanvaard, maar wil niets doen aan zijn incontinentie, geheugenproblemen of wantrouwen.

Geconcludeerd wordt dat de situatie na 20 jaar erg geëscaleerd is en dat (te) veel getolereerd is. De zoon overschrijdt veel grenzen. Het is moeilijk om moeder en zoon uit elkaar te halen. Een mogelijke oplossing zou zijn de zoon aan te melden bij een instituut dat ervaring heeft met neurologische problemen en de nazorg daarbij. Ook zou een gedeelte van de zorg van moeder overgenomen kunnen worden. Echter, de zoon weigert hulp van buitenaf. Geopperd wordt dat door middel van medicatie het wantrouwen bij de zoon aangepakt zou kunnen worden. De Sociaal Medische Dienst zou een afspraak kunnen regelen met een psychiater. Misschien zijn er ook mogelijkheden met betrekking tot dwangopname. Opgemerkt wordt dat niet alleen het slachtoffer aangifte kan doen, maar ook omstanders. Ten slotte wordt aan deze casus opvallend gevonden dat er sprake is van ontspoorde mantelzorg, moeder fungeert als mantelzorger. Uit het overleg komt naar voren dat men eigenlijk veel te laat is met het signaleren van de problematiek en het bieden van hulp.

Deze casus is geen uitzondering: in de meeste gevallen van huiselijk geweld spelen diverse oorzakelijke en instandhoudende factoren een rol: sociaal-maatschappelijke problemen (achterstandsbuurt, armoede, werkeloosheid), psychische stoornissen (depressie, persoonlijkheidsproblematiek), verslavingsproblematiek, en (sub)culturele factoren (opvattingen die huiselijk geweld goedkeuren). Door de multidimensionele problematiek zijn vaak meerdere maatschappelijke- en hulpverleningsinstanties betrokken bij deze gezinnen, wat hoge eisen stelt aan de onderlinge afstemming en aanpak. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) kan hierin een belangrijke rol vervullen, omdat deze professional qua opleidingsachtergrond en ervaring de brede expertise heeft waaraan op het terrein van de aanpak van huiselijk geweld behoefte is.

In het vervolg van deze bijdrage schets ik het belang van een juiste inventarisatie en taxatie van risicofactoren in gevallen van (vermoedelijk) huiselijk geweld. Daarna geef ik weer wat de internationale literatuur op het gebied van werkzame interventies op dit terrein ons te vertellen heeft. Ik beargumenteer waarom een gestructureerde taxatie van risicofactoren, en een op deze risicofactoren toegesneden hulpaanbod, leidt tot een effectieve aanpak van huiselijk geweld.

Gestructureerde risicotaxatie

Het begrip risicotaxatie begint de laatste jaren vaste voet aan de grond te krijgen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het verwijst naar alle gestructureerde vormen van inventarisatie van risicofactoren voor een ongunstige uitkomst in de toekomst. Die ongunstige uitkomsten kunnen variëren van een nieuw geweldsdelict gepleegd door iemand met een tbs tot een ongunstige ontwikkeling richting antisociaal gedrag bij een kind van zeven. De relevante risicofactoren verschillen voor elk van deze negatieve uitkomsten, en daarom is er in de loop der jaren een variëteit aan risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld (voor een overzicht, zie bijlage 3 van het Inventrapport: Hermans, Öry, & Schrijvers, 2005, te downloaden via www.integratedcare.nl).

De bakermat van deze instrumenten ligt aan de Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada. Een groep onderzoekers startte daar midden jaren '90 van de vorige eeuw met het ontwerpen van gestructureerde risicotaxatierichtlijnen voor verschillende typen gewelddadig gedrag, waaronder relationeel geweld (Spousal Assault Risk Assessment guide; SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1997; Hildebrand & de Ruiter, in voorbereiding) en algemeen geweld (Historical Clinical Risk management-20; HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997; Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000). Deze instrumenten zijn in vele talen, waaronder het Nederlands, vertaald en bewerkt. Zij hebben ertoe geleid dat de praktijk van de inschatting van toekomstig gewelddadig gedrag sterk is verbeterd, en zij bieden aanknopingspunten voor effectieve risicohantering. Valideringsonderzoek met deze risicotaxatie-instrumenten in de Nederlandse context levert resultaten op die vergelijkbaar zijn met die in het buitenland: gestructureerde risicotaxaties leveren een significant nauwkeurigere voorspelling van nieuw gewelddadig gedrag op dan ongestructureerde klinische taxaties, en bij herhaalde afname van een risicotaxatie-instrument tijdens een behandeling, zien we een daling van de risicoscore (zie het proefschrift van De Vogel, 2005 en De Vogel et al., 2006).

Hoe ziet zo'n risicotaxatie-instrument eruit? Voor huiselijk geweld zijn twee instrumenten relevant: de SARA (Hildebrand & de Ruiter, in voorbereiding) voor relationeel geweld en de CARE-NL (de Ruiter & de Jong, 2006) voor kindermishandeling (zie Tabel 1). Deze instrumenten bieden een overzicht van de onderzoeksliteratuur op het gebied van risicofactoren: elke risicofactor wordt gedefinieerd en het instrument geeft richtlijnen voor het verzamelen van informatie. Door het gebruik van het instrument wordt de professional als het ware 'gedwongen' om alle mogelijk relevante risicofactoren na te gaan, zodat geen belangrijke factoren over het hoofd gezien worden. In de praktijk blijkt namelijk dat professionals onder invloed van tijdsdruk en 'blinde vlekken' belangrijke risicofactoren over het hoofd kunnen zien (De Jong, Reus, & de Ruiter, 2006). Zo weten we uit de literatuur dat in de meerderheid van de gevallen van huiselijk geweld problematisch middelengebruik een rol speelt (Dutton 1995); toch wordt daar in lang niet alle gevallen systematisch onderzoek naar verricht, en vervolgens dus ook niet adequaat behandeld.

Het gebruik van gestructureerde richtlijnen door verschillende ketenpartners stimuleert de ontwikkeling van een gemeenschappelijke taal en cultuur in de keten (Kropp, 2004). In Canada behoort gestructureerde risicotaxatie inmiddels tot de standaardtaken van frontlinie werkers bij de politie, reclassering, en andere hulpverleningsinstellingen (British Columbia Ministry of Attorney General, 2000). Instrumenten als de SARA en de CARE-NL scherpen het klinisch oordeel van de professional die te maken krijgt met huiselijk geweld aan, zodat hij/zij geen risicofactoren over het hoofd ziet. Risicotaxatie, dat wil zeggen een inventarisatie van de aanwezige risico- en beschermende factoren in het individuele geval, geeft belangrijke aanknopingspunten voor interventies. Interventies zijn hier driedig. Ten eerste is risicotaxatie van belang voor interventies die gericht te zijn op de veiligheid van het slachtoffer en de eventuele kinderen. De risicotaxatie geeft handvatten voor de mate van bescherming die noodzakelijk is. Ten tweede biedt de risicotaxatie indicaties voor behandeling van de dader omdat ze inzicht geeft in de risicofactoren die bij hem spelen. Ten derde is de risicotaxatie van belang voor het formuleren van indicaties voor de hulpverlening aan het gezin in bredere zin, bijvoorbeeld aangaande vermindering van gezinsstressoren en sociaal-economische stressoren, en individuele psychologische hulpverlening aan het slachtoffer en kinderen.

Werkzame interventies

In Nederland is, in tegenstelling tot de Verenigde Staten en Canada, tot nu toe weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van behandelprogramma's bij huiselijk geweld. Globaal kunnen interventies worden ingedeeld in drie typen: daderbehandeling geschoeid op feministische theorieën over relationeel geweld (Duluth model; Pence & Paymar, 1993); daderbehandeling gericht op agressiehantering (cognitieve gedragstherapie); systeemtherapie (van Lawick & Groen, 1998). Uiteraard zijn ook combinaties van deze verschillende benaderingen mogelijk. In het geval er ook sprake is van kindermishandeling zijn specifieke interventies gericht op de ouder(s) als opvoeder geïndiceerd.

De onderzoeksliteratuur op het gebied van behandeling van daders van relationeel geweld stemt nog niet erg hoopvol. Twee recente meta-analyses, waarin in totaal respectievelijk 38 en 22 effectonderzoeken waren opgenomen (Levesque, 1998; Babcock, Green, & Robie, 2004), lieten zien dat de meeste behandelingen slechts een gering effect hadden op het verminderen van recidive van relationeel geweld. Het betreft een verschil in recidive tussen de behandelde en de onbehandelde groep van 5%. De meeste van deze behandelingen bestonden uit een combinatie van Duluth- en cognitief gedragstherapeutische elementen (voor een nadere bespreking van deze meta-analyses zie: de Ruiter & Veen, 2005b). Babcock et al. (2004) concluderen dat de huidige behandelprogramma's voor relationeel geweld in het algemeen te weinig intensief en te kortdurend zijn (10-12 groepsessies) om de overwegend chronische problematiek van relationeel geweld aan te pakken. Alleen een intensieve behandeling, met veel ruimte voor oefening en rollenspel, gekoppeld aan een nazorgtraject, heeft kans van slagen bij deze doelgroep (Babcock et al., 2004). In een recent boek pleiten Murphy en Eckhardt (2005) voor een meer op de risicofactoren in het individuele geval toegespitste aanpak. Dit betekent dat een groepsbehandeling bijna altijd aangevuld dient te worden met een individueel behandel aanbod.

Voor wat betreft de effectiviteit van interventies bij kindermishandeling kunnen we iets optimistischer zijn. Berger, Ten Berge en Geurts (2004) geven een overzicht van de internationale literatuur op dit gebied. Hieruit blijkt dat vooral in de Verenigde Staten veel specifieke interventies voor hulp na kindermishandeling ontwikkeld zijn. Er zijn interventies voor kinderen (individueel en in een groep), voor ouders en kinderen parallel, voor niet-mishandelende ouders, voor mishandelende ouders en voor gezinnen. De interventies zijn gebaseerd op een analyse van de risicofactoren die een bijdrage leveren aan de kindermishandeling. Ook bij het vaststellen van de effectiviteit van de interventies worden de risicofactoren vaak als effectmaat gehanteerd. Er zijn vooral veel specifieke interventies ontwikkeld voor hulp na seksueel misbruik, maar ook voor andere vormen van kindermishandeling bestaan specifieke én effectieve interventies. Een voorbeeld is de Parent Child Interaction Therapy. Dit is een interventie die in een zogenaamde randomized controlled trial effectief is gebleken in het reduceren van herhaling van fysieke kindermishandeling (Chaffin et al., 2004). Het rapport van Berger et al. (2004) is te vinden op: www.kindermishandeling.info/publicaties/kindermishandeling/Samenhangendehulp.pdf.

Besluit

De geïntegreerde aanpak van huiselijk geweld staat in Nederland nog aan het begin van een ontwikkeling. De politieke en bestuurlijke wil is bij de landelijke en de lokale overheid aanwezig om dit probleem effectief aan te pakken. Er worden op dit moment relatief veel initiatieven op dit terrein ondernomen en er worden monitorsystemen ontwikkeld (zie o.a. Tweede Kamer, 2004-2005, 28 345). Een aantal gemeenten in Nederland hebben hierin een voortrekkersrol: zij zijn als een van de eersten begonnen met de integrale aanpak van huiselijk geweld.

Ik noem hier de gemeentes Haarlem en Groningen, die respectievelijk de projecten Geweld in het gezin (de Ruiter & Veen, 2005a; Vink, 2005) en Thuisfront (Warnaar & Wegelin, 2003) in het leven hebben geroepen, maar er zijn er ongetwijfeld meer. Deze projecten kunnen mijns inziens als inspiratiebron dienen, en anderen kunnen er lering uit trekken.

Om echt effectief te zijn en een veilige thuissituatie te creëren is echter meer nodig dan alleen goede bestuurlijke wil en goede bedoelingen. Daarvoor dienen professionals die in hun dagelijkse praktijk te maken krijgen met huiselijk geweld, zoals SPV-ers, getraind te worden in de signalering en gestructureerde taxatie van risicofactoren en in een effectieve aanpak, (onder andere door adequate verwijzing) van die factoren. Daarvoor dienen over de keten heen afspraken gemaakt te worden tussen verschillende hulpverleningsinstellingen, zodat afstemming en effectief casemanagement plaatsvindt. Het mooiste is als signalering, taxatie en behandeling vergezeld worden door effectonderzoek. Immers, pas als we het professioneel handelen toetsen, kunnen we zekerheid krijgen over de effectiviteit ervan, en verbeteringen blijven aanbrengen.

Literatuur

- 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.
- Berger, M.A., ten Berge, I.J., & Geurts, E. (2004). Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders. Utrecht: NIZW. Vindplaats: www.kindermishandeling.info/publicaties/kindermishandeling/Samenhangendehulp.pdf.
- British Columbia Ministry of Attorney General (2000). Violence against women in relationships policy. Victoria, Canada: Queen's Printer.
- Dijk, T., van, Flight, S., Oppenhuis, E., & Duesmann, B. (1997). Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dutton, D.G. (1995). The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives. Vancouver, Canada: UBC Press.
- Hildebrand, M., & de Ruiter, C. (in voorbereiding). SARA: Beoordelen van het risico van huiselijk geweld.
- Korf, D.J., Mot, E., Meulenbeek, H., & Brandt, T. van den (1997). Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Kropp, P.R. (2004). Some questions regarding spousal assault risk assessment. *Violence Against Women*, 10, 676-697.
- Kropp, P.R., & Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, D. (1995). Spousal Risk Assessment (SARA) Guide. Vancouver, Canada: The British Columbia Institute on Family Violence.
- Lawick, J. van, & Groen, M. (1998). Intieme oorlog: Over geweld en kwetsbaarheid in gezinsrelaties. Amsterdam: Van Gennip.
- Levesque, D. (1998). Violence desistance among battering men: Existing intervention and the application of the Transtheoretical Model of Change. Kingston, Rhode Island: University of Rhode Island (dissertation).
- Ministerie van Justitie (2002). Privé geweld – publieke zaak: Een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld. Den Haag: Hega Offset.
- Murphy, C.M., & Eckhardt, C.I. (2005). Treating the abusive partner: An individualized cognitive-behavioral approach. New York: Guilford.
- Philipse, M., de Ruiter, C., Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, Versie 2. Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). Education groups for men who batter: The Duluth model. New York: Springer.
- Ruiter, C. de, & Veen, V.C. (2005a). Het Haarlemse project Geweld in het gezin: Ervaringen van ketenpartners, medewerkers en cliënten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ruiter, C. de, & Veen, V. (2005b). Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Ruiter, C. de, & de Jong, E.M. (2006). CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht: C. de Ruiter. Te bestellen via: cder@xs4all.nl.
 - Vink, R. (2005). Aanpak en preventie van huiselijk geweld: een handreiking voor GGD'en. Utrecht: GGD Nederland.
 - Vogel, V. de (2005). Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. Amsterdam: Dutch University Press.
 - Warnaar, B., & Wegelin, M. (2003). Behandeling van partnermishandelaars. *Directieve therapie*, 23, 63-81.
 - Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). HCR-20: Historical Clinical Risk Management-20 (second edition). Vancouver, Canada: Simon Fraser University.
-

Noten

- 1) Prof.dr. C. de Ruiter, Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
E-mail: Corine.deRuiter@psychology.unimaas.nl.
 - 2) Onder huiselijk geweld wordt verstaan geweld (lichamelijk, psychisch en seksueel) dat in huiselijke kring gepleegd wordt door (ex-) partners, gezins- en familieleden en huisvrienden.
-

Tabel 1. Een overzicht van de risicofactoren voor relationeel geweld (SARA) en de risicofactoren voor kindermishandeling (CARE-NL)

SARA	CARE-NL
1. In het verleden gepleegde mishandeling van familieleden	1. In het verleden gepleegde mishandeling van een kind
2. In het verleden gepleegde mishandeling van (on-bekenden)	2. De ouder/verzorger is zelf slachtoffer van kindermishandeling
3. Eerdere schending van voorwaarden	3. Ernstige psychische stoornis
4. Relatieproblemen	4. Suïcidale of moorddadige gedachten
5. Werkgerelateerde problemen	5. Problemen met het gebruik van middelen
6. Slachtoffer/getuige van huiselijk geweld als kind/jeugdige	6. Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit
7. Problemen met het gebruik van middelen	7. Sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling
8. Recente suïcidale/moorddadige gedachten	8. Negatieve houding ten opzichte van interventies
9. Recente psychotische en/of manische symptomen	9. Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/of attitudes
10. Persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit en labiliteit	10. Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind
11. Eerder gepleegde lichamelijke mishandeling	11. Problemen in de interactie tussen ouder en kind
12. Eerdere seksuele mishandeling/seksuele jaloezie	12. Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind
13. Eerder gebruik van wapens en/of serieuze bedreigingen met de dood	13. Gezinsstressoren
14. Recente escalatie in frequentie en/of ernst van de mishandeling	14. Sociaal-economische stressoren
15. Schending van 'geen contact' voorwaarden in het verleden	15. Ontoereikende sociale steun
16. Extreme minimalisering of ontkenning van eerder gepleegd huiselijk geweld	16. Relationeel geweld
17. Opvattingen die huiselijk geweld goedkeuren	17. Culturele invloeden
18. Ernstige (seksuele) mishandeling tijdens het indexdelict	18. RRASOR: Risicofactor voor seksueel kindermisbruik
19. Gebruik van wapens en/of serieuze bedreigingen met de dood tijdens het indexdelict	
20. Schending van 'geen contact' voorwaarden tijdens het indexdelict	