



**kwiteit
forensische
zorg**

2024

Psychische Problemen bij Partnergeweld (PPP)

Partners in beeld

Hanneke Schepers, Julia Wilpert, Joan van Horn & Nannet Buitelaar

Datum van publicatie: februari 2024

Colofon

Deze publicatie/ dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voortgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



Inhoudsopgave

1. Samenvatting/Abstract	4
2. Inleiding	6
2.1 Psychopathologie	7
2.2 Wederkerigheid	11
2.3 Behandeling	11
2.4 Typologie	12
2.5 Onderzoek	14
3. Methode	16
3.1 Onderzoeksgroep	16
3.2 Instrumenten	16
3.3 Procedure	19
3.4 Statistische analyses	20
4. Resultaten	22
4.1 Beschrijvende statistiek	22
4.2 Psychopathologie	23
4.3 Geweld	23
4.4 Psychopathologiegroepen	25
4.5 Psychopathologiegroepen en geweld	26
4.6 Combinatie psychopathologie	27
5. Discussie	30
Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek	34
Praktische implicaties	35
Conclusie	37
6. Referenties	38

1. Samenvatting/Abstract

In partnergewelddonderzoek werd aanvankelijk voornamelijk eenzijdig gekeken naar plegers of slachtoffers. Inmiddels zijn er genoeg aanwijzingen dat partnergeweld complexer is dan eenrichtingsverkeer en dat plegers ook slachtoffers kunnen zijn en slachtoffers plegers. Bij de behandeling van partnergeweld in de forensische ggz speelt de aanwezige psychopathologie een grote rol. Cliënten krijgen een behandelprogramma dat is mede afgestemd op het risicovol gedrag en aanwezige psychopathologie. Corresponderend met de verschuiving van de focus op één pleger naar twee betrokkenen, is ook de tendens ontstaan om partners van partnergeweldplegers bij de behandeling te betrekken. En hoewel de afgelopen jaren de aandacht voor wederkerigheid bij partnergeweld is toegenomen, lijken er nog weinig aanknopingspunten te zijn voor de relatie ervan met psychopathologie. Om hier meer zicht op te krijgen, is in onderhavig onderzoek gekeken naar de meest onderzochte psychopathologie (depressie, angstklachten, PTSS, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen) bij partnergeweld bij 70 mannelijke hoofdccliënten en hun 70 vrouwelijke partners in de ambulante forensische ggz. De meest voorkomende aanwijzingen voor psychopathologie in deze groep was cluster C persoonlijkheidsproblematiek bij de vrouwen (71,4%) en cluster B persoonlijkheidsproblematiek (91,4%) bij de mannen. Mannen scoorden significant hoger op aanwijzingen voor drugs, ADHD en de antisociale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Er was sprake van wederkerigheid in geweld bij psychologisch (95,7%), fysiek (62,9%) en seksueel (41,4%) geweld. De two-step clusteranalyse over de psychopathologie bij de groepen resulteerde bij de vrouwen in twee groepen waarbij ADHD de hoogste *predictor importance* had en bij de mannen in drie groepen met PTSS als voornaamste voorspeller. Bij de vrouwen vertoonde de groep met meer psychopathologie significant meer ernstig psychologisch en ernstig fysiek geweld en matige verwonding. Bij de mannen scoorde de groep met veel psychopathologie significant lager op matig psychologisch geweld dan de andere twee groepen, de antisociale groep hoger op ernstig seksueel geweld en de groep met borderline en ADHD-aanwijzingen lager op ernstige verwonding. De combinatie van psychopathologie die het vaakst samen voorkwam, was cluster B bij de man met cluster C bij de vrouw (64,3%). We concluderen dat partnergeweld in onze steekproef veelal wederkerig was en dat de mannen en vrouwen in onze steekproef vaak veel aanwijzingen voor psychopathologie rapporteerden. De significante verschillen in aard of ernst van het partnergeweld tussen de geclusterde psychopathologiegroepen bleken te weinig aanknopingspunten te bieden om gerichte behandelingsuggesties te kunnen doen. Dit vraagt in de behandelpraktijk om een brede blik, waarbij op maat wordt gekeken naar beide partners, hun dynamiek en de context.

In intimate partner violence (IPV) research, perpetrators or victims were initially looked at unilaterally. There are now plenty of indications that IPV is more complex, can be bidirectional with perpetrators also being victims and victims being perpetrators. In the treatment of IPV in forensic mental health care, psychopathology plays a major role. Clients receive a treatment program that is partly tailored to the risky behavior and psychopathology. In line with the shift of focus on one offender to the two people involved, there has also been a tendency to involve partners of IPV offenders in treatment. And although the focus on reciprocity in intimate partner violence has increased in recent years, there seem to be few leads for its relationship with psychopathology. To gain more insight into this, this study looked at the most researched psychopathology (depression, anxiety, PTSD, ADHD and personality disorders) in IPV in 70 male clients and their 70 female partners in outpatient forensic mental health care. The most common indications of psychopathology in this group were cluster C personality problems (71.4%) in women and cluster B in men (91.4%). Men scored significantly higher on indications of drugs, ADHD and antisocial, borderline and narcissistic personality disorder. There was reciprocity in violence in psychological (95.7%), physical (62.9%) and sexual (41.4%) violence. The two-step cluster analysis on psychopathology in the groups resulted in two groups for women in which ADHD had the highest predictor importance and in three groups for men based on PTSD. Among women, the group with more psychopathology showed significantly more severe psychological and severe physical violence and moderate injury. Among men, the group with high psychopathology scored significantly lower on moderate psychological violence than the other two groups, the antisocial group higher on serious sexual violence and the group with borderline and ADHD indications lower on serious injury. The combination of psychopathology which most often occurred together, was cluster B in men and cluster C in women (64.3%). We conclude that IPV in our sample was mostly reciprocal and that the men and women in

our sample often reported high levels of indications of psychopathology. The significant differences in the type or severity of the partner violence between the clustered psychopathology groups appeared to provide insufficient starting points to provide targeted treatment suggestions. This requires a broader view in treatment practice, with a tailored look at both partners, their dynamics and the context.

2. Inleiding

Partnergeweld is een ernstig en complex probleem dat wereldwijd voorkomt en vele vormen kan aannemen. Het is een probleem dat niet alleen de partners zelf raakt, maar ook hun families en/of de samenleving als geheel. De impact van partnergeweld voor de maatschappij is onder andere uit te drukken in kosten. De kosten voor politie, justitie, zorg, arbeid en sociale zekerheid ten gevolge van partnergeweld in Nederlands zijn jaarlijks naar schatting 280 miljoen euro (Korf et al., 1997). Uit een Nederlands beleidsonderzoek onder slachtoffers van huiselijk geweld (waaronder partnergeweld) is gebleken dat van de werkende slachtoffers van huiselijk geweld ongeveer 25 procent één of meerdere keren niet naar zijn of haar werk kon ten gevolge van dit huiselijk geweld, wat betekent dat de werkzame beroepsbevolking naar schatting jaarlijks tussen de 412.000 en 1 miljoen dagen verzuimt ten gevolge van huiselijk geweld. De directe kosten voor werkgevers van verzuim ten gevolge van huiselijk geweld bedragen tussen de 74 en 192 miljoen euro per jaar (Visser & Homburg, 2010).

Partnergeweld heeft nog veel meer ingrijpende consequenties, zowel fysiek in de vorm van letsel, maar er zijn ook psychische, sociale en financiële gevolgen voor alle betrokkenen. Uit onderzoek van Van Dijk et al. (2010) bleek dat meer dan 40% van de slachtoffers van huiselijk geweld moest verhuizen en eenzelfde percentage moest zichzelf financiële beperkingen opleggen. Een kwart van de slachtoffers van huiselijk geweld rapporteerde niet naar werk, school of opleiding te kunnen gaan als gevolg van het meemaken van huiselijk geweld en één op de zeven gaf aan zijn of haar baan verloren te hebben. Ook getuigen van dit type geweld blijven niet ongeschonden. Tierolf et al. (2014) lieten in een Nederlands onderzoek zien dat kinderen uit gezinnen waar partnergeweld speelde, veel meer emotionele onveiligheid en traumaklachten (PTSS) zien dan kinderen in de algemene populatie.

Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) was in maart-april 2022 9% van de personen van 16 jaar en ouder in de afgelopen twaalf maanden slachtoffer van een of meerdere vormen van huiselijk geweld. Dit percentage was vergelijkbaar met dat van 2020 (8%). Het ging om omgerekend bijna 1,3 miljoen personen. Dit geweld bestond uit (een combinatie van) fysieke, psychologische of seksuele mishandeling door de (ex-)partner of een ander persoon uit de huiselijke kring. Huiselijk geweld is dus niet hetzelfde als partnergeweld; ook oudermishandeling, kindermishandeling en alle geweld tussen familieleden of samenwonenden wordt als huiselijk geweld gezien. Uit onderzoek door Van der Veen en Bogaerts (2010) bleek dat (ex-)partnergeweld de meest voorkomende vorm van huiselijk geweld is; in 46% van de gerapporteerde gevallen van huiselijk geweld over de voorgaande vijf jaar was de ex-partner bij tenminste één van de voorvallen betrokken en in 34% van de gevallen was de huidige partner de pleger. In hetzelfde onderzoek zagen Van der Veen en Bogaerts dat 8% van de vrouwen en 5% van de mannen van de algemene bevolking de voorgaande vijf jaar slachtoffer van partnergeweld zijn geweest. Hierbij komen niet alle vormen van partnergeweld in gelijke mate voor. In een meta-analyse van White et al. (2023) naar door vrouwen (uit klinische populaties en de algemene bevolking) gerapporteerde vormen van geweld, werd gevonden dat psychologisch partnergeweld het meest had plaatsgevonden in het afgelopen jaar, fysiek geweld een stuk minder en seksueel geweld het minst (respectievelijk 27%, 15,7% en 10,1%).

Er is veel wetenschappelijke literatuur waarin een link is gelegd tussen partnergeweld en psychopathologie. Deze link is tweezijdig; mensen met psychische problemen pleegden vaker partnergeweld en mensen die partnergeweld pleegden, hadden vaker psychische problemen. Er waren aanwijzingen dat (mannelijke) plegers van partnergeweld tot dertien keer meer kans hadden op psychische problemen dan niet-plegers en andersom was er een vergelijkbaar verband; als er sprake was van psychische problemen dan was er ook meer kans op partnergeweld (Danielson et al., 1998; Trevillion et al., 2012). Partnergeweld en psychische problemen gaan niet alleen bij plegers hand in hand; ook slachtoffers van partnergeweld hadden vaker psychische problemen én mensen met psychische problemen werden sneller slachtoffer van partnergeweld (Afifi et al., 2009; Campbell, 2002; Coker et al., 2002; Okuda et al., 2011).

In onderzoek naar partnergeweld is vooral gekeken naar mannen als plegers en vrouwen als slachtoffers. In de loop der jaren is steeds duidelijker geworden dat dit een te eenzijdige benadering is. Er is meer aandacht gekomen voor wederkerigheid van geweld en dat mannen en vrouwen zowel plegers als slachtoffers of beide kunnen zijn. Omdat er veel heterogeniteit is bij personen die met

partnergeweld te maken hebben, kan het meerwaarde hebben om te differentiëren in subtypen, om verschillen tussen cliënten beter te begrijpen en een effectievere behandeling te bieden. Meerdere onderzoekers pleitten voor het gebruik van typologieën bij cliënten in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg (Haverkamp & Youngstrom, 2019; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994; McLeod, 2014). Cavanaugh en Gelles (2005) gaven aan dat het identificeren van subtypen en hun specifieke problemen en behoeften kan leiden tot een effectievere aanpak van partnergeweld.

Partnergeweldtypologieën betreffen meestal plegers en de verschillen die er tussen plegers bestaan met betrekking tot partnergeweld. Het is aannemelijk dat de groep partners die te maken krijgen met partnergeweld net zo veelzijdig is als de groep die in de literatuur als plegers omschreven wordt. En als in behandelingen gericht op het stoppen van partnergeweld rekening gehouden wordt met de diversiteit van de problematiek van de plegers, zou het eveneens belangrijk kunnen zijn om rekening te houden met de diversiteit van de problematiek van de partners van deze plegers. Een 'slachtoffertypologie', of misschien beter gezegd een 'partnertypologie', zou de behandeling een gericht karakter kunnen geven, waardoor het effect van de behandeling vergroot kan worden.

2.1 Psychopathologie

Partnergeweld wordt, zowel bij plegers als slachtoffers, geassocieerd met een hogere prevalentie van psychische problemen. Spencer et al. (2019a), bijvoorbeeld, vonden in een meta-analyse bij mannen die partnergeweld meemaken (als pleger of slachtoffer) vaker depressie, angststoornissen, waaronder specifiek de posttraumatische stressstoornis en antisociale en borderline persoonlijkheidsproblematiek. Onderzoek van Weiss et al. (2017) suggereerde dat naarmate vrouwen meer partnergeweld meemaakten, ze ook meer psychische klachten ervaarden. Zij vergeleken vrouwen die verschilden in de mate waarin zij slachtoffer werden van partnergeweld en vonden dat de groep vrouwen die ernstiger partnergeweld meemaakten meer PTSS- en depressieve symptomen vertoonden. Hieronder worden bevindingen over de meest beschreven psychopathologie kort samengevat.

Depressie

Volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* vijfde editie 5 (DSM-5; APA, 2013) is er sprake van een depressieve stoornis als er minstens vijf depressieve symptomen, waarvan in ieder geval een sombere stemming of verlies van interesse of plezier, minstens twee weken aanwezig zijn geweest en afwijken van eerder functioneren. Het bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), van het Trimbos-instituut liet zien dat in Nederland 10% van de volwassenen van 18-75 jaar de voorgaande twaalf maanden te maken had gehad met een depressie en dat 28% van de volwassen Nederlanders ooit in hun leven (lifetime prevalentie) te maken heeft gehad met een depressie (NEMESIS-3; Ten Have et al., 2023).

Uit onderzoek van Maiuro et al. (1988) bleek dat mannelijke plegers van partnergeweld vaker depressieve symptomen vertoonden dan mannen die geen partnergeweld pleegden. Ook in recentere onderzoeken werden vergelijkbare resultaten gevonden (Golding, 1999; Stuart et al., 2003). Spencer et al. (2019a) kwamen in hun meta-analyse tot de conclusie dat niet alleen mannelijke plegers, maar ook mannelijke slachtoffers van partnergeweld vaker last hadden van depressieve klachten. Daarbij werd een sterkere samenhang tussen slachtofferschap en depressie gevonden bij vrouwen dan bij mannen.

In onderzoeken naar depressie bij vrouwelijke slachtoffer van partnergeweld werden verschillende prevalentiepercentages gevonden, waaruit duidelijk werd dat vrouwen die slachtoffer worden van partnergeweld vaker depressieve symptomen vertoonden dan vrouwen die dit niet meemaakten. Golding (1999) vond een prevalentie van depressie van 47,6% bij slachtoffers van partnergeweld, Ayub et al. (2009) 30,4% en Macy et al. (2013) 60%. Uit meta-analyses kwam naar voren dat vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld twee tot drie keer zo veel risico op een depressie vertoonden en anderhalf tot twee keer zo veel op depressieve klachten en postnatale depressie, vergeleken met vrouwen die niet in aanraking zijn geweest met partnergeweld (Beydoun et al., 2012; Trevillion et al., 2012). Ook bij vrouwelijke plegers van partnergeweld werd een tot vijf keer hogere kans op depressieve symptomen gevonden (Vaeth et al., 2010).

Angst

Een angststoornis wordt gekenmerkt door een excessieve angst en bezorgdheid, gepaard met symptomen als rusteloosheid, snel vermoeid raken, moeite met concentreren, prikkelbaarheid, verhoogde spierspanning en slaapproblemen gedurende minstens zes maanden (APA, 2013). In Nederland kreeg 28,6% van de volwassenen van 18-75 jaar ooit te maken met een angststoornis en uit recent bevolkingsonderzoek kwam naar voren dat 15% van de Nederlandse volwassenen de voorgaande 12 maanden te maken had gehad met een angststoornis (Ten Have et al., 2023).

In een meta-analyse vonden Oram et al. (2013) dat zowel mannen als vrouwen met (onder andere) een angststoornis significant vaker fysiek partnergeweld pleegden dan mensen zonder deze stoornis. Spencer et al. (2019a) kwamen tot een vergelijkbare conclusie en voegden daaraan toe dat de samenhang tussen ouderschap en angst minder sterk was dan die tussen slachtofferschap en angst. Slachtofferschap van partnergeweld en de samenhang met angststoornissen is vaker onderzocht dan ouderschap in samenhang met deze stoornissen.

Meerdere reviews en meta-analyses kwamen tot de conclusie dat angst en slachtofferschap van partnergeweld bij vrouwen positief samenhangen (DeJonghe et al., 2008; Foa et al., 2000; Riggs et al., 2000). Helfrich et al. (2008) meldden dat 77% van de door hun onderzochte vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld last had van angstklachten in het voorgaande jaar en 32,4% voldeed aan de diagnose angststoornis. Ook Shorey et al. (2012) vonden bij vrouwen die te maken hebben gehad met partnergeweld, zowel als plegger als slachtoffer, veel meer angst- en stemmingsstoornissen dan in de algemene populatie. Bij ruim 44% van de vrouwen die partnergeweld pleegden of ondergingen was er sprake van een gegeneraliseerde angststoornis, bij ruim 35% van een paniekstoornis en bij ruim 36% van een sociale fobie.

Posttraumatische stressstoornis

De DSM-5-criteria (APA, 2013) voor een posttraumatische stressstoornis (PTSS) zijn: blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld en als ten gevolge daarvan intrusieve symptomen (zoals nachtmerries, herbelevingen), vermijdingsgedrag van traumagerelateerde prikkels, negatieve veranderingen in cognities en stemming en een duidelijke verandering in arousal en reactiviteit. Volgens De Vries et al. (2009) was de lifetime prevalentie van PTSS onder de Nederlandse bevolking in 2009 7,4%; dit betrof 8,8% van de Nederlandse vrouwen en 4,3% van de Nederlandse mannen. Het aantal Nederlanders dat het voorgaande jaar aan een PTSS leed, schatten zij op 3.3%.

Er zijn veel wetenschappelijke aanwijzingen voor een verband tussen PTSS-klachten en partnergeweld (o.a. Taft et al., 2011), daarbij is met name slachtofferschap veelvuldig onderzocht. De gevonden prevalentie van PTSS bij vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld is hoog, variërend van 45 tot 84% (DeJonghe et al., 2008). Kemp et al. (1995) onderzochten vrouwelijke slachtoffers van fysiek en verbaal partnergeweld en vonden dat respectievelijk 81 en 63% van deze slachtoffers voldeden aan de DSM-criteria voor PTSS. Er zijn aanwijzingen dat vrouwelijke slachtoffers van partnergeweld die bepaalde PTSS-symptomen (met name herbelevingen) hebben, vaker opnieuw slachtoffer worden van partnergeweld en dat de kans hoger is dat zij ook plegger worden van partnergeweld, resulterend in een voortdurende cirkel van wederzijds geweld (Kuijpers et al., 2012a).

Smith et al. (2015) onderzochten PTSS in samenhang met het plegen van partnergeweld; in een survey onder 34.653 Amerikanen (mannen en vrouwen), bleken mensen met PTSS meer dan twee keer zo vaak plegger van partnergeweld als mensen zonder PTSS. Ook in andere onderzoeken werd een samenhang gevonden tussen PTSS en het plegen van partnergeweld door mannen (Bell & Orcutt, 2009; Shorey et al., 2021). Crane et al. (2014) vonden in hun studie dat mannen en vrouwen met PTSS vaker partnergeweld pleegden dan mannen en vrouwen in een gematchte steekproef zonder PTSS. Hellmuth et al. (2014) onderzochten PTSS bij vrouwen die slachtoffer waren van partnergeweld in samenhang met ouderschap, waarbij ze hun onderzoeksgroep in drie groepen indeelden, op basis van de ernst van de PTSS-klachten; lichte, matige en ernstige PTSS klachten. Ze vonden dat vrouwen ernstigere PTSS-klachten vertoonden naarmate zij ernstiger partnergeweld hadden meegemaakt én dat vrouwen met matige en ernstige PTSS-klachten ernstigere vormen van psychologisch en fysiek partnergeweld gebruikten tegen hun partner.

Middelenstoornis

"Middelen" wordt gebruikt als verzamelnaam voor alcohol en drugs. In de DSM-5 (APA, 2013) zijn elf criteria opgenomen voor het bepalen of er sprake is van middelenstoornis, waaronder: vaker en in grotere hoeveelheden gebruiken dan het plan was, mislukte pogingen om gebruik te minderen of te stoppen en problemen op het werk, school of thuis door het gebruik. Als iemand aan twee tot drie criteria voldoet, is er sprake van een milde stoornis in het gebruik van middelen. Bij vier tot vijf criteria een matige stoornis en bij zes of meer een ernstige stoornis. In het NEMESIS-3-onderzoek werd een lifetime prevalentie gevonden van 16,7% voor middelenstoornissen onder de Nederlandse bevolking en bij 7% was de voorgaande 12 maanden sprake van een middelenstoornis (Ten Have et al., 2023).

Er zijn aanwijzingen dat middelenmisbruik een belangrijke rol speelt bij partnergeweld. Stuart et al. (2003) vonden in hun onderzoekspopulatie van 150 mannen die behandeling kregen na het plegen van partnergeweld, dat 31% van deze mannen een stoornis in drugsgebruik hadden en 53% een stoornis in alcoholgebruik. Verschillende studies toonden aan dat partnergeweld afnam als cliënten die een stoornis hadden in alcoholgebruik en die partnergeweld pleegden werden behandeld voor hun verslavingsproblemen (Murphy & Ting, 2010; Stuart et al., 2009). Keller et al. (2009) vonden in hun longitudinale onderzoek een wederzijds effect; problematisch alcoholgebruik leidde vaker tot partnergeweld en partnergeweld leidde vaker tot problematisch alcoholgebruik. Dit gold zowel voor plegers als slachtoffers. Specifieker; op dagen dat mannelijke partners alcohol gebruikten, waren er acht tot elf keer vaker incidenten van partnergeweld (Fals-Stewart, 2003). Ook drugsgebruik is een risicofactor voor partnergeweld; Moore et al. (2008) onderzochten 96 studies over drugsgebruik en partnergeweld en vonden dat toename van drugsgebruik zowel bij mannen als vrouwen significant vaker leidde tot toename van partnergeweld.

Er is een duidelijke associatie tussen alcoholgebruik en slachtofferschap van partnergeweld (DeVries et al., 2013; Foa et al., 2000; Golding, 1999). In hun review stelden Choo et al. (2014) dat de relatie tussen middelengebruik en partnergeweld tweezijdig is: het gebruik van middelen leidt tot een groter risico op slachtofferschap van partnergeweld, maar slachtofferschap van partnergeweld leidt ook tot meer middelengebruik bij een of beide partners. Waar het in de meeste literatuur in het midden wordt gelaten of middelen oorzaak of gevolg zijn van partnergeweld, stelden Leonard en Quigley (2017) dat er genoeg ondersteuning is voor alcohol als oorzaak van geweld, met de nuancering dat dit sterk afhankelijk is van persoon en situatie; het is de combinatie tussen eigenschappen, omstandigheden en alcoholgebruik die tot partnergeweld kan leiden.

ADHD

De DSM-5 (APA, 2013) spreekt van een *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD; aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) bij de aanwezigheid van meerdere symptomen met betrekking tot onoplettendheid, hyperactiviteit en impulsiviteit. Een deel van de symptomen moeten voor het 12e jaar al aanwezig zijn geweest, voorts moeten de symptomen lijdensdruk en/of beperkingen geven op verschillende levensgebieden. In bevolkingsonderzoek bleek een lifetime prevalentie van 3,6% van ADHD bij Nederlandse volwassenen en 3.2% van de Nederlandse volwassenen gaf in bevolkingsonderzoek aan de voorgaande 12 maanden last te hebben gehad van ADHD (Ten Have et al., 2023).

Bij plegers van partnergeweld is een hogere prevalentie van ADHD gevonden dan in de algemene bevolking. In onderzoeken van Buitelaar et al. (2019; 2020) was er bij 61% van de partnergeweldplegers (zowel mannen als vrouwen) sprake van een ADHD diagnose, bovendien hing ADHD samen met een hogere frequentie van fysiek en verbaal partnergeweld en verminderde de frequentie van partnergeweld evenredig met de vermindering van ADHD symptomen door behandeling. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat ADHD-klachten niet alleen vaker voorkomen bij plegers van partnergeweld maar ook bij slachtoffers. Zo vonden Wymbs et al. (2017) dat studenten die meer ADHD-klachten rapporteerden vaker psychologisch en fysiek partnergeweld pleegden en vaker slachtoffer werden van psychologisch partnergeweld. Zij vonden vergelijkbare resultaten in een online steekproef van volwassenen; volwassenen met ADHD-klachten rapporteerden vaker pleger en slachtoffer te zijn van partnergeweld (2019).

Wanneer er bij beide partners ADHD-symptomen aanwezig zijn, lijkt het risico op (wederkerig) partnergeweld het hoogst; uit onderzoek van Steele et al. (2022) bleek dat volwassenen met ADHD

die partners hebben met ADHD-symptomen significant vaker rapporteerden pleger én slachtoffer van partnergeweld te zijn dan koppels waarbij geen van beiden of een van beiden ADHD-symptomen had. Steele en collega's onderzochten het principe van *assortative mating*, een fenomeen waarbij individuen de neiging hebben om partners te kiezen die vergelijkbare eigenschappen hebben als zichzelf, bij een groep mensen zonder ADHD, mensen met ADHD in de kindertijd maar zonder klachten in de volwassenheid en mensen met ADHD in de kindertijd én klachten in de volwassenheid. Ze vonden dat meer dan 90% van de volwassenen met ADHD-klachten aangaven minstens vier ADHD-symptomen bij hun partners te herkennen. In tegenstelling tot volwassenen zonder ADHD (ruim 13% herkende minstens vier ADHD-symptomen bij hun partner) en volwassenen met ADHD in de kindertijd maar zonder klachten als volwassene (ruim 20% herkende minstens vier ADHD-symptomen bij hun partner). Wymbs en Molina (2015) vonden in een klein sample van vijftien koppels dat in 67% van de gevallen beide partners vier of meer klinisch significante ADHD-symptomen rapporteerden, meer dan je op basis van toeval zou verwachten.

Er zijn aanwijzingen dat het principe van *assortative mating* niet alleen bij ADHD maar ook bij andere psychische problemen bij partnergeweld geldt. Zo stellen ook Capaldi et al. (2005) dat de selectie van partners op basis van gemeenschappelijke persoonlijkheidskenmerken een belangrijke rol kan spelen bij het ontstaan van gewelddadige relaties. In Nederlands onderzoek werden door Zwirs et al. (2012) hoge correlaties gevonden tussen bepaalde soorten antisociaal gedrag (zoals het verstoren van de openbare orde) door beide partners in een relatie. Zij zagen dat partners met antisociaal gedrag vaak in dezelfde omgeving verkeerden en dezelfde leeftijd hadden en suggereerden dat deze partners elkaar vaker tegenkwamen en niet bewust selecteerden. Engfer et al. (1994) gaven dit ook als een mogelijke verklaring voor *assortative mating* bij partners die grensoverschrijdend gedrag vertonen, maar voegden daaraan toe dat individuen mogelijk actief zoeken naar partners met dezelfde waarden, gedrag en levensstijl omdat de kans dan groter is dat er acceptatie en geen afwijzing plaatsvindt. Ook is het mogelijk dat mensen met grensoverschrijdend gedrag gemeden worden door mensen die dat gedrag niet vertonen, waardoor er geen contact en geen relatievorming ontstaat.

Persoonlijkheid

In de DSM-5 (APA, 2013) wordt een persoonlijkheidsstoornis omschreven als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene, in veel verschillende situaties aanwezig is en hardnekkig is, ontstaat tijdens de adolescentie of op jongvolwassen leeftijd, stabiel is in de tijd en beperkingen of lijdensdruk veroorzaakt. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben veelal problemen met identiteit (zelfbeeld), zelfsturing, verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties). Dit leidt tot ernstig persoonlijk lijden en heeft negatieve gevolgen voor werk, intieme relaties en sociale contacten.

De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in Nederland wordt geschat op 5 tot 10%, de meest voorkomende zijn de Borderline- (BPS), Vermijdende- en andere gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis (GGZ Standaarden, 2017). In de NEMESIS-2 data liet 1,1% van de respondenten vijf of meer BPS-symptomen zien en 3% een lifetime prevalentie Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (APS) (De Graaf et al., 2010; Ten Have et al., 2016).

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat plegers van partnergeweld vaker een borderline of antisociale persoonlijkheidsstoornis hadden dan mensen die geen partnergeweld plegen (Dutton et al. 1996), dit gold niet alleen voor mannen maar ook voor vrouwen (Stuart et al., 2008). Dit werd bevestigd door Spencer et al. (2019a), waarbij het verband tussen deze persoonlijkheidsstoornissen en daderschap sterker was dan het verband met slachtofferschap. In een systematische review door Collison en Lynam (2021) over de associatie tussen persoonlijkheidsproblematiek en partnergeweld werd het sterkste verband gevonden tussen zowel pleger- als slachtofferschap van partnergeweld en persoonlijkheidsproblematiek voor APS en BPS. Maar ook andere persoonlijkheidsproblematiek toonde een positief verband met het plegen van partnergeweld, wat wil zeggen dat mensen met persoonlijkheidsproblematiek vaker partnergeweld plegen dan mensen zonder persoonlijkheidsproblematiek.

Bij slachtoffers van partnergeweld speelt persoonlijkheidsproblematiek ook een rol. Coolidge en Anderson (2002), bijvoorbeeld, rapporteerden de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis als meest voorkomende stoornis (21%) in een onderzoeksgroep van (vrouwelijke) slachtoffers van partnergeweld. In een studie van Pico-Alfonso et al. (2008) scoorden fysiek en psychologisch mishandelde vrouwen hoger op schizoïde, vermijdende, narcistische, antisociale, schizotypische, borderline en paranoïde trekken dan de niet mishandelde vrouwen.

2.2 Wederkerigheid

Zoals in het voorgaande te zien is, richt veel onderzoek zich voornamelijk op vrouwelijke slachtoffers en mannelijke plegers van huiselijk geweld, hoewel deze traditionele visie al langer wordt betwijfeld (Archer, 2000). In 2004 pleitten Kim en Capaldi al voor het loslaten van een focus op mannelijke partners als plegers en vrouwelijke partners als slachtoffers en voor een benadering van partnergeweld waarbij naar beide partners wordt gekeken. Als beide partners in een relatie partnergeweld plegen, dan zijn beide partners zowel pleger als slachtoffer en is er sprake van wederkerigheid. Onderzoek impliceert dat het meeste partnergeweld wederkerig is (Bates, 2016) en dit betreft niet alleen zelfverdediging (Whitaker et al., 2007). Het is ingewikkeld om de wederkerige dynamiek precies te begrijpen en die dynamiek verschilt ook per relatie, maar duidelijk is; daderschap van partnergeweld is niet beperkt tot de mannelijke partner en slachtofferschap niet tot de vrouwelijke partner.

In Nederlands onderzoek waren de slachtoffers van huiselijk geweld in bijna een derde van de gevallen ook plegers en de plegers in bijna twee derde van de gevallen ook slachtoffers (Van der Veen & Bogaerts, 2010). Ook uit het onderzoek van Tierolf et al. (2014) onder Nederlandse gezinnen die werden aangemeld bij Veilig Thuis in verband met een onveilige thuissituatie, bleek dat partnergeweld vaker wederkerig was dan eenzijdig. Er was vooral wederkerigheid in het milde psychische en fysieke geweld, ernstig psychisch en fysiek geweld was vaker eenzijdig en dit werd voornamelijk gepleegd door mannen. Bij psychisch geweld ging het om 42,5% eenzijdig door mannen en 8,3% eenzijdig door vrouwen. Bij fysiek geweld betrof dit 54,9% door mannen en 6,6% door vrouwen.

Dat vrouwen meer geweld te verduren krijgen en hier meer negatieve gevolgen (bijvoorbeeld voor de (mentale) gezondheid) van ondervinden, komt vaker naar voren in de literatuur (Archer, 2000; Carbone-Lopez et al., 2006; Holmes et al., 2019). Maar er zijn ook studies waarin vrouwen meer geweld gebruikten dan mannen. In de onderzoeksgroep van Magdol et al. (1997), bijvoorbeeld, rapporteerde 21,8% van de mannen en 37,2% van de vrouwen pleger te zijn geweest van partnergeweld. Capaldi et al. (2007) vonden dat vrouwen in de late adolescentie en jongvolwassenheid twee keer zo vaak geweld toepasten als mannen. Ook Whitaker et al. (2007) zagen in hun onderzoek onder jonge volwassenen in relaties met eenzijdig geweld vaker vrouwen als pleger. Een systematische review van Desmarais et al. (2012) rapporteerde een prevalentie van 25% voor zowel mannen als vrouwen die partnergeweld pleegden in geïndustrialiseerde Engelssprekende landen, waarbij vrouwen iets vaker dan mannen fysiek partnergeweld leken te plegen; meer dan één op de vier vrouwen (28,3%) en één op de vijf mannen (21,6%) gaf aan fysiek agressief te zijn (geweest) in een intieme relatie.

Een mogelijke verklaring voor de onderzoeken waarin vrouwen als agressievere partners naar voren komen dan mannen, werd door Whitaker en collega's (2007) gezocht in het gegeven dat mannen door hun fysieke overwicht mogelijk minder snel met geweld zullen reageren op een (fysieke) aanval van hun partner. Ook vonden dezelfde onderzoekers dat wederkerig geweld gevaarlijker was voor het slachtoffer, ongeacht het geslacht. Zij stelden dat met elke beantwoorde klap een escalatie in verwonding waarschijnlijker wordt. Dit werd volgens de Whitaker et al. ondersteund door longitudinale studies die lieten zien dat geweld tussen partners in de loop van de tijd neigt te escaleren van verbaal naar fysiek geweld en dat slachtofferschap van geweld een sterke voorspeller is van het plegen van geweld (Holmes et al., 2019). Er lijkt in ieder geval een samenhang te zijn tussen wederkerig partnergeweld en meer escalatie in ernst van het geweld en de gevolgen daarvan (Ulloa & Hammett, 2016).

2.3 Behandeling

Behandelingen van partnergeweld hebben als doel het geweld te stoppen en de kans op nieuwe incidenten te verkleinen. In de vorige eeuw werden behandelingen van partnergeweld gericht op het individueel behandelen van het agressief gedrag van de pleger en het vergroten van de weerbaarheid en veiligheid van de partner; binnen een koppel werden een pleger en een slachtoffer geïdentificeerd en deze kregen een individuele behandeling aangeboden. Behandeling volgens het Duluth-model, bijvoorbeeld, richtte zich vooral op psycho-educatie van de pleger (uitsluitend mannen) over hun rol van macht en controle in de genderdynamiek van partnerrelaties. Onderzoek naar het effect van

deze behandeling liet wisselende resultaten zien, maar de resultaten vielen eerder tegen in de zin van lage effectgroottes (Karakurt et al., 2019). Ook cognitieve gedragstherapie, gericht op bijvoorbeeld verminderen van cognitieve vervormingen en het versterken van coping- en communicatievaardigheden, sorteerte niet overtuigend de gewenste resultaten (Babcock et al., 2004; Feder & Wilson, 2005). Een verklaring voor deze bevindingen kan gezocht worden in de heterogeniteit van de plegers, slachtoffers en relaties en het gegeven dat de meeste behandelingsprogramma's geen rekening houden met deze heterogeniteit of met wederkerigheid van het partnergeweld.

De verschuiving van "one size fits all programma's" naar maatwerk lijkt veelbelovender (Butters et al., 2021). In de Nederlandse multidisciplinaire *Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij Kinderen en Volwassenen* (2009) wordt geadviseerd om bij de behandeling van partnergeweldproblematiek de individuele kenmerken en psychopathologie van de pleger in kaart te brengen en om daarnaast het systeem, zoals de partner, te betrekken om de behandeling effectiever te maken. In de forensische gezondheidszorg wordt behandeling tegenwoordig ingericht volgens het Risk-Need-Responsivity-model (RNR; Andrews et al. 1990; Andrews & Bonta 2007; 2010). Om effectief te zijn, moeten intensiteit en inhoud van de behandeling afgestemd worden op het risico, criminogene behoeften en vaardigheden van de cliënt. In twee recente meta-analyses van Spencer et al. (2019a; 2019b) bleken de belangrijkste risicofactoren voor zowel dader- als slachtofferschap van fysiek partner geweld gelegen in het microsysteem (individuele en relationele factoren). Het hebben van psychische problemen (psychopathologie), is een van deze risicofactoren. Door deze problemen te identificeren en behandelen, kan het risico op partnergeweld afnemen.

In hun meta-analyse vonden Travers et al. (2021) dat RNR-behandeling op korte termijn positieve resultaten liet zien, maar op langere termijn minder. In andere meta-analyses kwamen vooral een focus op agressie, middelen en trauma naar voren als werkzame behandel-elementen, aandacht voor sekserollen en behandel-motivatie bleken minder effectief (Karakurt et al., 2019; Oğuztüzün et al., 2023). Ook een *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT)-gebaseerde benadering, het vermijden en ontkennen van problemen vervangen door acceptatie, liet gunstige uitkomsten zien (Karakurt et al., 2019; Travers et al., 2021). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een systemische behandeling van partnergeweld betere effecten geeft dan een traditionele behandeling voor plegers (Eckhardt et al., 2013; Karakurt et al., 2016).

Om een systemische benadering goed te kunnen vormgeven, is het belangrijk niet alleen de problemen van de aangemelde cliënten maar ook die van hun partners beter in kaart te brengen, waarbij rekening gehouden moet worden met de kennis dat waarschijnlijk een grote groep partners niet alleen slachtoffer is, maar ook pleger en vice versa.

2.4 Typologie

Om meer kennis te krijgen van de complexe etiologie van partnergeweld en om bijvoorbeeld accuratere screeningsinstrumenten te ontwikkelen en behandeling gericht te maken, wordt gepleit voor het differentiëren in partnergeweldtypologieën (Ali et al., 2016; Graña et al., 2014). Ook Sijbrandij et al. (2008) onderschreven de meerwaarde van cliëntprofielen, door Wits et al. (2003) gedefinieerd als een beschrijving van de kenmerken en zorgbehoeften van een specifieke doelgroep. Ook Cavanaugh en Gelles (2005) suggereerden dat kennis van specifieke problemen en behoeften van verschillende subtypen cliënten kan leiden tot een effectievere aanpak van partnergeweld. Dit sluit aan bij de principes van het eerder genoemde RNR-model (Andrews et al. 1990; Andrews & Bonta 2007; 2010).

De bekendste typologie van partnergeweldplegers is die van Holzworth-Munroe en Stuart (1994). Deze typologie richt zich op mannelijke plegers van partnergeweld en is gebaseerd op verschillende dimensies, waaronder de aanwezigheid van psychopathologie en de frequentie en ernst van het partnergeweld. Er wordt onderscheid gemaakt in:

1. *Family only* (FO); deze groep plegers gebruikt alleen geweld binnen de context van het gezin.
2. *Borderline-dysphoric* (BD); deze groep plegers heeft moeite met emotieregulatie en toont impulsief gedrag, reageert sterk op gevoelens van afwijzing of verlating.
3. *Generally violent-antisocial* (GVA); deze groep heeft een geschiedenis van gewelddadig/antisociaal gedrag, toont weinig spijt of empathie.

Uit later onderzoek waarin Holtzworth-Munroe et al. (2000) hun voorgestelde typologie toetsten, kwamen vier groepen naar voren: de eerder genoemde drie subtypen en een groep *Low-level antisocial* (LLA; veel overeenkomst met FO-groep, inclusief de antisocialiteit maar in lagere mate dan van de GVA-groep). De resultaten van deze studie bevestigden ook de stabiliteit van de subtypen over een periode van zes maanden. Bovendien toonde de studie aan dat de subtypen verschillende demografische en persoonlijkheidskenmerken hadden, evenals verschillende niveaus van partnergeweld. *Family only* mannen leken bijvoorbeeld het meest op niet-gewelddadige groepen en vertoonden de minste pathologie, *Borderline-dysphoric* mannen scoorden het hoogst op afhankelijkheid en jaloezie, bij *Generally violent-antisocial* mannen was het meest sprake van delinquente leeftijdgenoten, middelenmisbruik en crimineel gedrag en zowel *Borderline-dysphoric* als *Generally violent-antisocial* mannen bleken impulsief, vijandig naar vrouwen en vertoonden gebrekkige sociale vaardigheden. De *Low-level antisocial* mannen viel qua kenmerken tussen de *Family only* en *Generally violent-antisocial*-groepen, met een neiging naar *Family only*. Met het bepalen van het subtype, kunnen interventies ingestoken worden op de ermee gepaard gaande kenmerken en daaruit voortvloeiende behoeften.

Wat in de typologie van Holtzworth-Munroe en Stuart ontbreekt is incorporatie van wederkerigheid van partnergeweld. Dit komt wel aan bod in Johnsons categorisering van partnergeweld (1995; 2006). Hij maakt onderscheid tussen situationeel geweld (wederzijds geweld, doorgaans low-level met weinig gebruik van controle), intiem terreur (eenzijdig geweld met grote mate van geweld en dwang, gepleegd door mannen richting vrouwen), gewelddadig verzet (zelfverdedigende reactie van slachtoffer op intiem terreur, gepleegd door vrouwen die in verzet komen tegen het geweld van hun partner) en wederzijdse gewelddadige controle (controleerend geweld door beide partners). Onderzoek onderbouwt Johnsons typen in meerdere of mindere mate, maar niet zijn koppeling van deze aan een bepaald geslacht (Bates, 2014). Ook Johnsons typologie richtte zich op verschillende vormen van "mannelijk" partnergeweld, waarbij hij uitging van een mannelijke pleger. Een mogelijke categorie mannen die alleen slachtoffer waren van partnergeweld of vrouwen die alleen pleger waren van partnergeweld, bleef door de onderzoeksofzet buiten beschouwing. In ander onderzoek, waarbij de typologie van Johnson opnieuw onderzocht werd, maar een andere onderzoeksgroep werd samengesteld, kwam juist naar voren dat 7% van de mannen en 11% van de vrouwen uit de steekproef gecategoriseerd kon worden als "intieme terroristen", die eenzijdige controlerende agressie gebruikte tegen hun partner. In overeenstemming hiermee werd 13% van de mannen en 8% van de vrouwen gecategoriseerd als "gewelddadig verzetsplegers", waarbij met geweld wordt gereageerd op controlerende agressie van de partner (Bates, 2014). De bevindingen uit dit onderzoek ondersteunen de 'mannelijke bias' van Johnsons typologie niet; mannen en vrouwen werden even waarschijnlijk gecategoriseerd in een van de subtypen.

In dyadische modellen van wederkerig partnergeweld wordt gesuggereerd dat de waarschijnlijkheid dat een van beide partners fysieke agressie zal vertonen mogelijk verband houdt met individuele factoren, zoals psychopathologie en sociale steun, of sociodemografische variabelen, zoals leeftijd en inkomen (Pu et al., 2022). Er wordt ook gesteld dat kenmerken van beide partners het risico op partnergeweld kunnen vergroten, waardoor kennis over de afzonderlijke factoren en de dynamiek tussen partners essentieel is voor een effectieve behandeling (Kuijpers et al., 2012b).

Partnergeweldtypologieën van vrouwen zijn verdeeld in slachtoffer- of plegerssubtypen. Sijbrandij et al. (2008), bijvoorbeeld, maakten onderscheid tussen zes cliëntprofielen van slachtoffers van huiselijk geweld op basis van etnische en religieuze achtergrond, psychopathologie (depressie, PTSS en middelengebruik) en stressoren (financiële problemen). Miller en Meloy (2006) verdeelden vrouwelijke partnergeweldplegers in drie categorieën: algemeen gewelddadig gedrag (ook buiten de relatie), frustratierespons (voorgeschiedenis van partnergeweld) en verdedigend gedrag (proberen weg te komen bij een geweldincident). Bij twee van de drie subtypen gaat het dus vooral om een reactie op geweld en niet het zelf initiëren ervan. Ook volgens de plegerclassificatie van Swan en Snow (2002) kwam geweld door vrouwen binnen relaties vooral voort uit wederzijds geweld (50% van hun onderzoeksgroep betrof vrouwen die waren gearresteerd voor een huiselijk gewelddelict) of slachtofferschap (34%). Een aanzienlijk lager percentage (12%) van de vrouwen in dit onderzoek was gewelddadiger dan hun partner. In beide vrouwelijke plegertypologieën is psychopathologie niet meegenomen.

2.5 Onderzoek

Samenvattend is psychopathologie een van de risicofactoren voor partnergeweld en in de forensische behandelpraktijk wordt (onder andere) door het behandelen van psychopathologie geprobeerd het recidiverisico te verlagen. Er is veel heterogeniteit onder de groep mensen die betrokken is bij partnergeweld en er zijn verschillende vormen van partnergeweld. Er zijn indelingen in subtypen geformuleerd om beter zicht te krijgen op deze verschillen en om het behandelaanbod beter te laten aansluiten op de specifieke risico's en behoeften van deze subtypen. Bij een typologie over mannen die partnergeweld plegen is daarbij wel naar psychopathologie gekeken, wat concrete aanknopingspunten voor behandeling biedt. Bij een typologie van partners is nog geen rekening gehouden met psychopathologie, terwijl die ook concrete aanknopingspunten kan bieden voor behandeling. Het doel van deze studie is het vergroten van de kennis over de vormen van psychopathologie die voorkomen bij stellen waarbij partnergeweld speelt. In de klinische praktijk van ambulante forensische polikliniek de Waag worden met betrekking tot partnergeweld hoofdzakelijk mannen aangemeld als pleger en hoofdpiënt. Wanneer er nog een partner in beeld is, wordt deze uitgenodigd om deel te nemen aan de behandeling als nevencliënt. Hierbij merkte de eerste auteur dat zij als behandelaar aanknopingspunten miste voor de manier waarop een partner het beste bij de behandeling betrokken kan worden. Zij had bijvoorbeeld behoefte aan meer informatie over psychopathologie en gebruik van geweld door deze groep partners, die hoofdzakelijk uit vrouwen bestaat. De vraag ontstond of haar hypothese voor een psychopathologietypologie bevestigd zou worden door onderzoek. In de behandelkamer kwam zij naar haar idee namelijk vooral de volgende drie typen (vrouwelijke) partners van partnergeweldplegers tegen:

1. Weinig psychische klachten,
 2. Vooral internaliserende problematiek (angst- en stemmingsklachten, cluster C persoonlijkheidsproblematiek, mogelijk gecombineerd met middelenmisbruik) of
 3. Vooral externaliserende problematiek (impuls- en emotieregulatieproblemen in de vorm van ADHD, cluster B persoonlijkheidsproblematiek, mogelijk gecombineerd met middelenmisbruik)
- Om deze klinische indruk te toetsen is onderhavig onderzoek opgezet.

De onderzoeksvragen waren:

1. In welke mate komen bepaalde vormen van psychopathologie en geweld voor in onze steekproef? Overeenkomstig met de beschreven literatuur verwachtten wij in onze onderzoeksgroep (als plegers aangemelde mannelijke hoofdpiënten en hun vrouwelijke partners) een hogere mate van depressie, angststoornissen waaronder specifiek de posttraumatische stressstoornis, antisociale en borderline persoonlijkheidsproblematiek, ADHD en middelenmisbruik dan in de algemene bevolking. Met betrekking tot geweld was de verwachting dat psychologisch geweld het meest voorkomt en seksueel geweld het minst en dat er sprake is van een zekere mate van wederkerigheid, ook verschillend per soort geweld.

2. Zijn er subgroepen te identificeren op basis van psychopathologie?

Van de vrouwen werden op basis van een klinische indruk de volgende 'typen' verwacht: weinig psychische klachten, internaliserende problematiek (angst- en stemmingsklachten, cluster C persoonlijkheidsproblematiek, mogelijk gecombineerd met middelenmisbruik) en externaliserende problematiek (impuls- en emotieregulatieproblemen in de vorm van ADHD, cluster B persoonlijkheidsproblematiek, mogelijk gecombineerd met middelenmisbruik). Gebaseerd op het onderzoek van Holtzworth-Munroe en Stuart (1994) verwachtten wij drie typen mannen te vinden: een groep met antisociale persoonlijkheidsproblematiek, een groep met stemmings- en/of borderline problemen en een groep met weinig (persoonlijkheds)problematiek.

3. Verschillen de gevonden groepen van vraag 2 op soort, frequentie, ernst en wederkerigheid van het geweld?

Wat betreft de partners wordt verwacht dat de groep met weinig psychische klachten te maken heeft met milde vormen (in ernst / frequentie) van partnergeweld, waarbij dit geweld eenzijdig en wederkerig kan zijn. De groep partners met internaliserende problematiek heeft naar verwachting meer te maken met eenzijdig partnergeweld (als slachtoffer) en met ernstiger partnergeweld (in aard en frequentie). Bij de groep partners met externaliserende problematiek wordt verwacht dat zij ernstiger partnergeweld meemaken (in aard en frequentie) en dat dit geweld meestal wederkerig is. Holtzworth-Munroe en Stuart (1994) geven aan dat hun typen plegers verschillen in ernst van geweld, maar spreken zich niet uit over de wederkerigheid van het geweld. Verwacht wordt dat bij

de plegergroep met antisociale persoonlijkheidsproblematiek meer eenzijdig partnergeweld plaatsvindt en dat bij de andere groepen zowel eenzijdig als wederkerig partnergeweld plaatsvindt.

4. Welke combinatie van aanwijzingen voor psychopathologische stoornissen binnen elk koppel komt het meest voor en hangt dit samen met aard en ernst van het geweld?

Op grond van de *assortative mating* theorie en de bevinding van Steele et al. (2022) dat het risico op (wederkerig) partnergeweld het hoogst lijkt wanneer er bij beide partners ADHD-symptomen aanwezig zijn, wordt een samenhang verwacht tussen ernst van geweld wanneer er bij beide partners aanwijzingen voor ADHD zijn.

3. Methode

3.1 Onderzoeksgroep

Setting. Het onderzoek werd uitgevoerd bij de Waag, centrum voor ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg (ggz) met twaalf vestigingen door Nederland, hoofdzakelijk in de randstad. Bij de Waag krijgen mensen met grensoverschrijdend of strafbaar gedrag behandeling gericht op de vastgestelde dynamische risicofactoren; dit zijn risicofactoren die veranderbaar zijn. Er zijn vier zorglijnen: Huiselijk Geweld (HG), Agressie en Vermogen (AV), Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (SGG) en Jeugd. Deelnemers voor deze cross-sectionele studie werden geworven in de zorglijn Huiselijk Geweld van de Waag. Onder de zorglijn HG vallen alle vormen van relationeel geweld zoals partnergeweld, maar ook kinder- of oudermishandeling.

Inclusie- en exclusiecriteria. Om de onderzoeksgroep zo groot en homogeen mogelijk te krijgen, is het inclusiecriterium afgestemd op de met afstand grootste groep die voor partnergeweld aangemeld wordt bij de Waag: mannelijke hoofdccliënten en hun vrouwelijke partners. Aanmeldingen van vrouwelijke en homoseksuele hoofdccliënten zijn er nauwelijks. Exclusiecriteria waren een acute psychiatrische crisis (zoals suïcidaliteit, psychotische klachten), onvoldoende begrip van de Nederlandse taal of (een vermoeden van) een licht verstandelijke beperking (met behulp van de *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*; Kaal et al., 2013).

Kenmerken. De onderzoeksgroep bestond uit 140 cliënten, 70 mannen en 70 vrouwen. Niet van alle deelnemers waren de volgende kenmerken bekend, vooral van de vrouwen was de informatie beperkt. De gemiddelde leeftijd van de mannen was ($n = 64$), 42,23 jaar ($SD = 13,34$) en van de vrouwen ($n = 14$) 33,21 jaar ($SD = 11,74$). De deelnemers stroomden in voor behandeling in de periode 2019-2022. De initiële primaire diagnoses na intake van de hoofdccliënten ($n = 66$) waren: impulscontrolestoornis ($n = 27$), ADHD ($n = 16$), antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis ($n = 7$), andere persoonlijkheidsstoornis ($n = 5$), periodiek explosieve stoornis ($n = 5$), autisme spectrum stoornis ($n = 2$), posttraumatische stressstoornis ($n = 2$), stemmingsstoornis ($n = 1$) en middelenstoornis ($n = 1$). Van de partners was het merendeel van de primaire diagnoses onbekend. Bij dertien was er sprake van: impulscontrolestoornis ($n = 3$), posttraumatische stressstoornis ($n = 3$), antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis ($n = 3$), andere persoonlijkheidsstoornis ($n = 2$), ADHD ($n = 1$) en periodiek explosieve stoornis ($n = 1$). Van de hoofdccliënten waren er elf verplicht in behandeling, van zes personen was het behandelkader onbekend. De rest en de partners kwamen vrijwillig.

3.2 Instrumenten

Psychopathologie en partnergeweld werden gemeten met de volgende screeners die als aanwijzingen golden voor de aanwezigheid van (kenmerken van) de genoemde vormen van psychopathologie. De screeners werden door beide partners ingevuld. Voor alle vragenlijsten geldt dat een hogere score op de items een hogere mate van problematiek weergeeft.

Depressie, angst en middelen

Vragenlijst Algemene Psychiatrische Symptomen (VAPS). De VAPS is een zelfrapportagevragenlijst gericht op algemene psychiatrische symptomen van de DSM-5 en is ontwikkeld door de *American Psychological Association* (APA) als onderdeel van de DSM-5 (APA, 2013). De lijst bevat 23 items die op een vijfpuntsschaal van 0 (Geen) tot 4 (Ernstig) kunnen worden gescoord. De vragen hebben betrekking op acht subschalen van psychische klachten en de mate waarin de invuller de afgelopen twee weken last ervan heeft gehad. Voor dit onderzoek zijn de drie subschalen depressiviteit, angst en middelen gebruikt. De subschaal depressiviteit bestaat uit twee items: "Weinig belangstelling voor - of plezier in - het doen van dingen" en "Zich somber, gedeprimeerd of hopeloos voelen" (score 0 – 8). De subschaal angst bestaat uit drie items: "Zich nerveus, angstig, bang, bezorgd of schrikkerig voelen", "Gevoelens van paniek of bang zijn" en "Het vermijden van situaties die u angstig maken" (score 0 – 12). De subschaal middelen bestaat uit drie items: "Het drinken van minimaal vier glazen alcohol op één dag", "Het roken van sigaretten, sigaren, pijp of gebruiken van snuif- of pruimtabak" en "Het gebruiken van een van de volgende (genees)middelen op eigen initiatief, dus niet op doktersvoorschrift, in grotere hoeveelheden of langduriger dan voorgeschreven: pijnstillers, stimulantia (bv. ritalin), slaappillen of kalmeringsmiddelen, of drugs als marihuana, cocaïne of crack, recreatieve drugs (bv. ecstasy), hallucinogenen (bv. lsd), heroïne, snuif- of oplosmiddelen (bv. lijm)

of methamfetamine (bv. speed)”. Het item over sigaretten is buiten beschouwing gelaten, dus de totaalscore van middelen is gebaseerd op twee items (score 0 - 8). Bij de subschalen depressiviteit en angst is bij een score van 2 (Licht) op één of meerdere items sprake van aanwijzingen voor verder onderzoek. Bij de subschaal middelen is deze afkapwaarde 1 (Gering).

Er is weinig onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de VAPS te vinden. Narrow et al. (2013) rapporteerden een adequate test-hertestbetrouwbaarheid ($r = 0,64$ tot $0,97$) voor alle items behalve de twee voor manie. Bravo et al. (2018) vonden bij een onderzoeksgroep van Amerikaanse studenten een goede interne consistentie voor de subschalen depressie (Cronbach's $\alpha = 0,82$), en angst ($\alpha = 0,84$), maar een twijfelachtige voor de subschaal middelen ($\alpha = 0,61$).

ADHD

Zelfrapportagevragenlijst voor aandachtsproblemen en hyperactiviteit (ZVAH). De ZVAH (Kooij & Buitelaar, 1997) is de Nederlandse vertaling van de ADHD DSM IV Rating Scale (ADHD RS; DuPaul et al., 1998), een zelfrapportagevragenlijst gericht op het screenen van ADHD symptomen volgens de DSM. Er zijn twee delen: een deel voor klachten in de kindertijd en een deel voor klachten in de volwassenheid. Elk deel bestaat uit twee subschalen: aandachtstekort (elf items) en hyperactiviteit / impulsiviteit (dertien items). Voor het onderzoek is alleen het deel voor klachten in de volwassenheid gebruikt. Cliënten geven op een vierpuntsschaal van 0 (Nooit of zelden) tot 3 (Erg vaak) de mate aan waarin ze last hebben van klachten als “Ik ben snel afgeleid”, “Ik let onvoldoende op details bij mijn werk”, “Ik voel me rusteloos” en “Wanneer ik zit, friemel ik met mijn handen of voeten”. De totaalscore is de somscore van alle items (0 - 72). Voor het onderzoek is als aanwijzing voor ADHD een afkapwaarde van de totaalscore 21 aangehouden. Deze afkapwaarde is gebaseerd op onderzoek van Buitelaar et al. (2016) waarin de score op de ZVAH voor de forensische populatie is vergeleken met de diagnose zoals gesteld met het *Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen* (DIVA; Kooij & Francken, 2007). In eerder onderzoek werd een goede tot uitstekende interne consistentie gevonden van $\alpha = 0,70$ tot $0,95$ (Buitelaar et al., 2016; Kooij et al., 2008).

PTSS

PTSS Checklist voor de DSM5 (PCL5). De PCL5 is een zelfrapportagevragenlijst met 20 items die de 20 symptomen van PTSS meet volgens de DSM5 (Weathers et al., 2013). Antwoorden worden gegeven op een vijf puntsschaal van 0 (Helemaal niet) tot 4 (Extreem veel). Er zijn vier subschalen gebaseerd op de criteriaclusters van de DSM; intrusieve symptomen (vijf items zoals “Regelmatig terugkerende, onaangename en ongewenste herinneringen aan de stressvolle gebeurtenis”), vermijding van traumagerelateerde prikkels (twee items zoals “Het vermijden van herinneringen, gedachten of gevoelens die verband houden met de stressvolle gebeurtenis”), negatieve veranderingen in cognities en stemming (zeven items zoals “Moeite hebben met het herinneren van belangrijke delen van de stressvolle gebeurtenis”) en veranderingen in arousal en reactiviteit (zes items zoals “Prikkelbaarheid, woedeaanvallen, of u agressief gedragen”). Bij een totaalscore (die kan variëren van 0 - 80) van 33 of meer is er sprake van aanwijzingen voor een PTSS.

Meerdere onderzoeken uit de Verenigde Staten wijzen op goede psychometrische eigenschappen van de PCL5 (Blevins et al., 2015; Bovin et al., 2016; Wortmann et al., 2016). In Nederlands onderzoek is ook sprake van een goede betrouwbaarheid en validiteit van de PCL-5. Boeschoten et al. (2018) vonden een goede interne consistentie van $\alpha = 0,90$.

Persoonlijkheidsstoornissen

Structured Clinical Interview for DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (SCID-5-PV). De SCID-5-PV is een zelfrapportage screeningsinstrument voor de tien persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM5 (First et al., 2016). De lijst bevat 106 vragen die met 0 (Nee) of 1 (Ja) kunnen worden beantwoord. Per persoonlijkheidsstoornis verschilt het minimum aantal items dat met Ja moet worden beantwoord om te kunnen spreken van aanwijzingen:

- paranoïde (vier van de acht items zoals “Heeft u vaak het gevoel dat anderen u bedreigen of beledigen door de dingen die ze zeggen of doen”; totaalscore 0 - 8)
- schizoïde (drie van de zes items zoals “Zou u bijna altijd liever dingen alleen willen doen in plaats van met anderen”; totaalscore 0 - 6)
- schizotypisch (drie van de dertien items zoals “Ziet u vaak dingen die andere mensen niet zien”; totaalscore 0 - 13)

- antisociaal (twee van de vijftien items zoals "Bent u voor uw 15e weleens een vechtpartij begonnen"; totaalscore 0 - 15)
 - borderline (vijf van de vijftien items zoals "Verandert uw stemming vaak binnen een en dezelfde dag, door wat er in uw leven aan de hand is"; totaalscore 0 - 15)
 - theatraal (vier van de acht items zoals "Heeft u de neiging erg dramatisch te zijn in uw doen en laten en manier van praten"; totaalscore 0 - 8)
 - narcistisch (vijf van de zeventien items zoals "Hebben mensen weleens tegen u gezegd dat u een te hoge dunk van uzelf heeft"; totaalscore 0 - 17)
 - vermijdsend (vier van de zeven items zoals "Bent u bang om iets te doen dat misschien moeilijk is of om iets nieuws uit te proberen"; totaalscore 0 - 7)
 - afhankelijk (vijf van de acht items zoals "Vindt u het moeilijk om met een project te beginnen of dingen alleen te doen"; totaalscore 0 - 8)
 - obsessief compulsief (vier van de negen items zoals "Heeft u moeite om dingen af te krijgen omdat u zoveel tijd kwijt bent om alles precies goed te krijgen"; totaalscore 0 - 9)
- De subschalen paranoïde, schizoïde en schizotypisch zijn cluster A (totaalscore 0 - 27). De subschalen antisociaal, borderline, theatraal en narcistisch zijn cluster B (totaalscore 0 - 55). En de subschalen vermijdsend, afhankelijk en obsessief compulsief zijn cluster C (totaalscore 0 - 24).

De psychometrische kwaliteiten van de SCID-5-PV lijken weinig onderzocht te zijn. De interne consistentie van de subschalen van de SCID-5-PV varieert in een aantal recentere studies van slecht tot acceptabel ($\alpha = 0,45$ tot $0,75$; Brown, 2023; Fard et al., 2022). Ook wordt gewaarschuwd voor vals positieve uitkomsten en wordt deze lijst doorgaans alleen gebruikt ter voorbereiding op een diagnostisch interview met de SCID-5-P (Van den End et al., 2021). De overwegingen om dit instrument toch te gebruiken waren vooral praktisch; vergeleken met de een aantal alternatieven (die ook psychometrische gebreken hebben) is het invullen van de SCID-5-PV laagdrempelig en kost relatief weinig tijd.

Partnergeweld

Revised Conflict Tactics Scale 2 (CTS2). De CTS2 is een zelfrapportagevragenlijst met 78 items met gedragingen die kunnen voorkomen tijdens conflictsituaties bij stellen (Straus et al., 1996; 2003). De invuller van de lijst geeft op een zevenpuntsschaal van 0 (Nooit gebeurd) tot 6 (Vaker dan 20 keer gebeurd het afgelopen jaar) de frequentie aan van het beschreven conflictgedrag in het afgelopen jaar door zowel zichzelf (richting partner) alsook door de partner (richting invuller). De frequentiescore op de subschalen werd berekend door naar voorbeeld van Straus et al. (1996) de itemscores te middelen (0 keer = 0, 1 keer = 1, 2 keer = 2, 3 tot 5 keer = 4, 6 tot 10 keer = 8, 11 tot 20 keer = 16, > 20 keer = 25) en bij elkaar op te tellen.

De CTS2 bevat vijf subschalen:

- Psychologische agressie (acht items zoals "Ik beledigde mijn partner of vloekte tegen hem/haar"; totaal frequentiescore 0 - 200)
- Fysiek geweld (twaalf items zoals "Ik draaide de arm van mijn partner om of trok aan zijn/haar haar"; totaal frequentiescore 0 - 300)
- Seksueel geweld (zeven items zoals "Ik gebruikte geweld om te zorgen dat mijn partner orale of anale seks met mij zou hebben"; totaal frequentiescore 0 - 175)
- Verwonding (zes items zoals "Ik liep een verstuiking, blauwe plek of kleine snee op door een gevecht met mijn partner"; totaal frequentiescore 0 - 150)
- Onderhandeling (zes items zoals "Bij een meningsverschil legde ik mijn partner uit hoe ik er tegenaan keek"; totaal frequentiescore 0 - 150).

Per schaal van de CTS2 zijn de items verdeeld in matige en ernstige vormen van geweld. Een voorbeeld van matig fysiek geweld is "Ik draaide de arm van mijn partner om of trok aan zijn/haar haar" en "Ik duwde mijn partner of gaf hem/haar een zet" en een voorbeeld van ernstig fysiek geweld is "Ik gebruikte een mes of een vuurwapen tegen mijn partner" en "Ik stompte of sloeg mijn partner met iets dat pijn zou kunnen doen". Er zijn vijf items die over matig fysiek geweld gaan en zeven items die over ernstig fysiek geweld gaan. Vier items over matig psychologisch geweld en vier over ernstig psychologisch geweld, drie items over matig seksueel geweld en vier over ernstig seksueel geweld. Matige en ernstige verwonding hebben allebei twee items. Er zijn aparte frequentiescores per subschaal berekend voor de matige en de ernstige vormen van geweld.

Voor het scoren van de wederkerigheid is afgeweken van de manier van Straus en Douglas (2004). Deze gaat enkel uit van wat de invuller over zichzelf en de partner rapporteert. Omdat in dit onderzoek beide partners de lijst hebben ingevuld, werd wederkerigheid gescoord wanneer zowel hoofdccliënt als partner over zichzelf aangaven bepaald gedrag vertoond te hebben. Dat het geweld wederzijds is, betekent nog niet dat het in gelijke mate voorkomt. Om weer te geven hoe het wederkerige geweld zich tot elkaar verhoudt, is een wederkerigheidsratio berekend. Voor deze ratio werd de hogere schaaltoetscore van een stel gedeeld door de lagere score, dit indiceert hoeveel vaker de agressievere persoon het gedrag vertoont. Eenzijdige en evenveel agressie is niet meegenomen in deze ratioscore.

De CTS2 laat in een review van Chapman en Gillespie (2019) een goede interne betrouwbaarheid zien met Cronbach's α van 0,70 tot 0,95. Buitelaar et al. (2019) keken naar de matige en ernstige subschalen en vonden acceptabele tot goede interne consistentiescores ($\alpha = 0,74$ tot $0,87$) voor de subschalen matig fysiek geweld, matige psychologische agressie en ernstige psychologische agressie. De interne consistentie van de subschalen ernstig fysiek geweld, matige verwonding en ernstig seksueel geweld was twijfelachtig ($\alpha = 0,63$ tot $0,66$). De subschalen ernstige verwonding en matig seksueel geweld lieten ontoereikende betrouwbaarheid zien (respectievelijk $\alpha = 0,31$ en $\alpha = 0,35$).

3.3 Procedure

Om het onderzoek onder de aandacht te brengen, zijn onder andere informatiefolders en een nieuwsbrief verspreid in de postvakjes en e-mail van behandelaars, sloot de eerste auteur aan bij teamoverleggen waar behandelaars van partnergeweld hun casuïstiek bespraken en onderhield nauw contact met programmamanager van verschillende vestigingen. Op hun beurt verstrekten behandelaars informatie over de inhoud en het doel van het onderzoek aan cliënten die aan de inclusiecriteria voldeden. Wanneer de cliënten wilden deelnemen, plande de behandelaar een afspraak in van 60 minuten om de vragenlijsten in te vullen. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijsten, ondertekenden de deelnemers voor informed consent. Daarna kregen de hoofdccliënt en de partner de vragenlijsten op papier. Het invullen van de lijsten verliep grotendeels zonder noemenswaardige problemen. Een enkele keer had een deelnemer meer tijd nodig dan gepland, bijvoorbeeld vanwege twijfel over welk antwoord het meest passend was.

In november 2020 begon de dataverzameling voor het onderzoek in drie vestigingen van de Waag. Vanwege tegenvallende instroom is in december 2021 de rest van de vestigingen benaderd voor deelname. In de onderzoeksperiode (november 2020-december 2022) zijn er in totaal 1623 cliënten aangemeld in verband met huiselijk geweld. Hierbij ging het niet enkel om partnergeweld (maar bijvoorbeeld ook om kinder- en oudermishandeling), was niet bij alle aanmeldingen sprake van een partner (bijvoorbeeld als de relatie inmiddels verbroken was) en voldeden niet alle cliënten aan de criteria voor deelname. Hierdoor bleven veel minder potentiële deelnemers over dan van tevoren was ingeschat. Maar er waren ook andere barrières voor de instroom. Het bleek vooral lastig om behandelaars voldoende te stimuleren tot inbreng van cliënten. Vanwege de werk-/productiedruk hebben taken die niet móeten lage prioriteit. De eerste auteur (tevens projectleider) heeft bij elke vestiging een presentatie gegeven over het onderzoek bij de HG-behandelaars en hield telefonisch en per e-mail de vinger aan de pols bij de vrijwillige 'ambassadeur' voor het onderzoek. Dit betrof een HG-behandelaar van elke vestiging met affiniteit voor het onderzoek. De eerste auteur stak veel tijd in het navragen of er nog kandidaat deelnemers waren, met relatief weinig opbrengst.

Daarom hebben wij tijdens de onderzoeksperiode herhaaldelijk geprobeerd het onderzoek ook op andere manieren onder de aandacht te brengen en te houden. Zo is er bijvoorbeeld een banner in de vorm van een huisje met contactinformatie voor het onderzoek (zie afbeelding 1) voor op de tafel van HG-behandelaars verspreid. Ook werd er een beloning voor behandelaars in het leven geroepen, elke tiende behandelaar die een deelnemer aanleverde kreeg een kleine attentie. We hebben een onderzoeksbuletin over de vorderingen van het onderzoek geschreven en onder alle behandelaars verspreid met een dringende oproep om mee te doen. Daarin benadrukten we hoe informatief de resultaten van de screeners waren voor de behandelinhoud. Deelnemende behandelaars zagen deze meerwaarde en raakten daardoor gemotiveerd om meer van hun cliënten mee te laten doen. Ook pogingen om een aantal kenmerken en de redenen van de refusers (cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria maar niet wilden deelnemen) in kaart te brengen, leverden onvoldoende respons op. De daarvoor gemaakte en zowel digitaal als als sticker verspreide QR-code om de registratie te

vergemakkelijken is slechts drie keer gebruikt. Hierdoor is er helaas geen zicht op welke cliënten niet aan het onderzoek wilden deelnemen en waarom. De deelname aan een expertmeeting over succesvol includeren georganiseerd door KFZ gaf goede aanknopingspunten om instroom te verhogen, maar vond helaas op een dusdanig laat moment in het onderzoeksproces plaats om nog voldoende van te kunnen profiteren.



Afbeelding 1. Onderzoeksbanner

De ingevulde vragenlijsten werden per interne post opgestuurd naar de leden van het onderzoeksteam om de scores te berekenen. Wanneer de cliënt aangaf dit te willen, koppelde de onderzoeker aan de hand van een scoreformulier de resultaten terug naar de behandelaar en besprak deze met de cliënt. Alle onderzoeksdeelnemers hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Behandelaars maakten, eventueel in overleg met cliënten, de inschatting of de resultaten individueel of in het bijzijn van beide partners besproken werden. Soms koos een behandelaar ervoor de resultaten apart terug te koppelen en soms had dit de voorkeur van cliënten. Meestal werden de resultaten gezamenlijk teruggekoppeld. Als dank voor hun deelname en als compensatie voor gemaakte reis- en parkeerkosten kregen de cliënten een financiële vergoeding van 22,50 euro per persoon.

3.4 Statistische analyses

De data-analyses werden uitgevoerd met *Statistical Package for the Social Sciences* versie 27 (SPSS-27). Er waren geen missende waarden, alle screeners zijn volledig ingevuld. Uit de Kolmogorov-Smirnov analyse bleek dat geen enkele variabele normaal verdeeld was. Er is overwogen om de variabelen te transformeren, maar vanwege grote verschillen in scheefheid, variërend van -0,018 tot 11,832, en gepiekttheid, variërend van -1,677 tot 140,00, van de variabelen en bedenkingen ten aanzien van transformatie (o.a. Feng et al., 2014) is besloten om analyses te gebruiken die geschikt zijn voor non-parametrische variabelen.

De scheefheid geeft de asymmetrie van de verdeling van de variabele weer, in een perfecte normaalverdeling is de scheefheid 0. Een richtlijn voor de interpretatie van de waarde van de scheefheid is: tussen -0,5 en 0,5 is redelijk symmetrisch, tussen -1 en -0,5 of 0,5 en 1 is matig scheef en kleiner dan -1 of groter dan 1 is sterk scheef (Bulmer, 1979). De gepiekttheid geeft de staartvorming van de verdeling weer, de staartvorm zegt iets over de uitschieters in de verdeling. Van een acceptabele gepiekttheid wordt gesproken bij een waarde tussen -2 en 2 (George & Mallery, 2010). Van alle subschalen is de interne consistentie bepaald aan de hand van Cronbach's alfa. Een Cronbach's alfa vanaf 0,70 betekent een acceptabele interne consistentie (Nunnally & Bernstein, 1994).

Informatie over het voorkomen van aanwijzingen voor psychopathologie en geweld werd aan de hand van *Frequencies* (aantallen en %) verzameld en verschillen tussen mannen en vrouwen werden met een Mann-Whitney U toets geanalyseerd. Met deze non-parametrische toets worden de verschillen tussen waarden van continue variabelen tussen twee groepen vergeleken. In dit geval was geslacht (vrouw of man) de onafhankelijke groepsvariabele en waren de aanwijzingen voor psychopathologie de testvariabelen. Vanwege de kleine onderzoeksgroep is ervoor gekozen om niet

te corrigeren voor kanskapitalisatie. Voor de Mann Whitney U toets is, uitgaande van een effect size d van 0,5 (medium effect), een α van 0,05 en een power van 0,80, een totale steekproef van 134 personen nodig (G-power 3.1; Faul et al., 2007).

Om groepen te destilleren op basis van psychopathologie is een two-step clusteranalyse uitgevoerd. Er zijn verschillende methoden om analytisch te clusteren, eerder onderzoek liet zien dat de methoden kwalitatief niet wezenlijk van elkaar verschillen (Benassi et al., 2020; Henry et al., 2015; Kent et al., 2014). Bij een two-step clusteranalyse bepalen algoritmes welke groepen gevormd kunnen worden op basis van specifieke variabelen. Het algoritme zoekt uit welke van deze variabelen zodanig vaker samen voorkomen (clusteren) dat er onderscheid gemaakt kan worden in groepen van clusterende variabelen. In deze analyse kunnen zowel categorische als continue variabelen gebruikt worden en kan gekozen worden hoeveel groepen men als uitkomst wil of voor automatische clustering door de analyse waarbij vooraf geen specifiek aantal groepen is bepaald. In dit onderzoek is gekozen voor automatische clustering en dichotome variabelen (wel of geen aanwijzingen voor psychopathologie) op basis van de afkapwaarden per vragenlijst. Om geschikt te zijn voor de clusteranalyse moeten de variabelen onafhankelijk zijn van elkaar. Er bleek geen sprake van sterke lineaire verbanden (multicollineariteit) tussen de variabelen met correlatiecoëfficiënten groter dan 0,9 (Tabachnick & Fidell, 2007) en geen *Variation Inflation Factor* (VIF) waarden hoger dan 5 (Rogerson, 2019). Dit betekent dat de variabelen onafhankelijk genoeg waren.

Voor het aantal variabelen in de analyse is de richtlijn van Formann (1984) aangehouden, die stelt dat de grootte van de steekproef minimaal 2^m moet zijn waarbij m het aantal clustervariabelen is. Voor een analyse met zes clustervariabelen moet de onderzoeksgroep dus uit minstens 64 personen bestaan. De kwaliteit van een clusteroplossing wordt aangeduid met de *silhouette measure of cohesion and separation* score. Deze geeft aan hoe gelijk de datapunten per cluster zijn en hoe verschillend de clusters van elkaar zijn, waarbij een score van 1 betekent dat de clusters elkaar niet overlappen. Een score van -1 tot 0,2 indiceert een slechte kwaliteit, 0,2 tot 0,5 matig en 0,5 tot 1 goed (Mooi & Sarstedt, 2011). Een goede kwaliteit houdt dus in dat de personen in een cluster qua variabelen op elkaar lijken en dat de clusters duidelijk van elkaar verschillen. De *ratio of sizes* is de verdeling van de personen over de clusters. Hierbij is een waarde lager dan 2 goed (Everitt et al., 2011). Een waarde van 2 betekent dat geen cluster meer dan twee keer zo groot is als een andere cluster, dus dat er geen sprake is van een grote ongelijke verdeling van het aantal personen tussen de clusters. De *predictor importance* is de mate waarin een variabele de clusteroplossing bepaalt. Deze waarde ligt tussen 0 en 1 waarbij 1 betekent dat de variabele de oplossing 100% beïnvloedt. Variabelen met een hoge *predictor importance* zijn dus het meest bepalend voor de clustervorming. Variabelen met een lage *predictor importance* daarentegen spelen een kleine tot geen rol in het onderscheiden van clusters. Er is geen algemene richtlijn voor de exacte interpretatie van de predictor importance waarden, Abubakar (2021) suggereert dat 0 tot 0,2 laag is, 0,2 tot 0,6 matig en 0,6 tot 1 goed. Om verwarring met de persoonlijkheidsstoornissenclusters te voorkomen wordt gesproken van (psychopathologie)groepen in plaats van clusters.

Om te zien hoe de gevonden psychopathologieclusters (groeperingsvariabele) van elkaar verschillen met betrekking tot aard, ernst, frequentie en wederkerigheid van het geweld (testvariabelen), werden wederom de Mann-Whitney U (ter vergelijking van twee groepen) en daarnaast de Kruskal-Wallis (ter vergelijking van meer dan twee groepen) toetsen gebruikt. Voor een Kruskal Wallis toets is de powerberekening benaderbaar door te kijken naar een one-way ANOVA. Dit geeft een benodigde totale steekproefgrootte van 159 bij $f = 0,25$ (medium effect), $\alpha = 0,05$ en power = 0,80 (G-power 3.1).

Ten slotte is aan de hand van *Frequencies* gekeken in welke mate *assortative mating* voorkomt, dus of er bij beide partners sprake is van aanwijzingen voor dezelfde psychopathologie. Deze combinaties zijn met een Kendalls tau correlatiecoëfficiënt getoetst op hun samenhang met geweld. Kendalls tau is geschikt voor non-parametrische ordinale variabelen. Als interpretatie van de waarde van Kendalls tau kan aangehouden worden: 0 tot 0,1 verwaarloosbaar, 0,1 tot 0,39 zwak, 0,4 tot 0,69 matig, 0,7 tot 0,89 sterk en 0,9 tot 1 zeer sterk (Schober et al., 2018). Bij een effect size van 0,3 (medium effect), een α van 0,05 en power van 0,80, is de benodigde steekproefgrootte 64 personen (G-power 3.1). Het percentage voor *assortative mating* binnen een groep met een bepaalde stoornis voorkomt, is berekend door het aantal koppels met de combinatie te vermenigvuldigen met 2 (aantal personen) en dat te delen door het totale aantal personen met aanwijzingen voor die stoornis.

4. Resultaten

4.1 Beschrijvende statistiek

In tabel 1 worden de gemiddelden en standaarddeviaties van de ruwe totaalscores van de onderzoeksvariabelen weergegeven voor de totale groep en voor vrouwen en mannen apart. Ook is per variabele/subschaal de interne consistentie aan de hand van Cronbach's alfa te zien.

Tabel 1 Interne consistentie (Cronbach's α), gemiddelde, mediaan en standaarddeviatie van onderzoeksvariabelen

	Totale groep				Vrouwen			Mannen		
	α	M	Med	SD	M	Med	SD	M	Med	SD
Klinische stoornissen										
Depressie	0,79	1,82	2	1,22	1,80	2	1,10	1,84	2	1,34
Angst	0,82	1,81	2	1,36	1,9	2	1,26	1,71	1	1,45
Middelen	0,10	0,98	0	1,33	1,18	0	0,14	1,21	1	1,44
Alcohol	-	0,47	0	0,92	0,41	0	0,83	0,54	0	1
Drugs	-	0,62	0	1,22	0,40	0	1,04	0,84	0	1,35
ADHD	0,93	22,99	22	13,57	19,26	17	13,04	26,71	26	13,13
PTSS	0,94	30,04	29	17,75	28,61	27,5	17,10	31,47	31	18,38
Persoonlijkheidsstoornissen										
Cluster B	0,89	10,40	9	6,37	7,76	7	5,52	13,04	12,5	6,10
Antisociaal	0,86	2,58	1	3,16	1,23	0	2,09	3,93	3	3,46
Borderline	0,84	4,45	4	2,60	3,9	4	2,67	5	5	2,41
Theatraal	0,64	1,18	1	1,33	1,09	1	1,22	1,27	1	1,43
Narcistisch	0,70	2,19	2	1,89	1,54	1	1,52	2,84	3	2,01
Cluster C	0,75	8,81	8	4,39	8,70	8	4,60	8,93	8	4,19
Vermijdend	0,59	2,91	2	2,30	3,09	2,5	2,57	2,74	2	2,02
Afhankelijk	0,67	1,76	1	1,79	1,59	1	1,77	1,93	2	1,80
Obsessief compulsief	0,50	4,14	4	1,65	4,03	4	1,71	4,25	4	1,59
Geweld										
Psychologisch										
Matig	0,64	29,57	13	22,36	28,57	24,50	22,86	30,57	25,50	21,98
Ernstig	0,70	5,50	2	10,64	4,50	1	11,17	6,50	2	10,06
Fysiek										
Matig	0,83	10,84	6	18,40	9,39	2	19,56	12,30	6	17,19
Ernstig	0,51	3,01	0	6,95	2,80	0	7,77	3,21	1	6,07
Seksueel										
Matig	0,88	0,66	0	4,33	0,16	0	1,20	1,17	0	5,99
Ernstig	-	0,01	0	0,09	-	-	-	0,01	0	0,12
Verwonding										
Matig	0,61	2,74	1	5,11	1,67	0	3,37	3,81	2	6,24
Ernstig	0,09	0,50	0	1,72	0,19	0	0,62	0,81	0	2,32

Cluster A is geen onderdeel van de hypothesen en wordt daarom niet in de analyses meegenomen. Vanwege een te lage betrouwbaarheid werd in de verdere analyses de schaal middelen, indien relevant, opgenomen als de separate items alcohol en drugs. De schaal ernstige verwonding werd ondanks een zeer lage alfa wel in de analyses meegenomen omdat de oorzaak van de lage betrouwbaarheid voortkwam uit dat door iedereen "Nooit" werd gescoord op het item "Ik heb mijn partner opzettelijk verbrand of een brandwond toegebracht." . Als er niet gescoord wordt op een item, is dit een aanwijzing voor onbetrouwbaarheid omdat dit er in een andere populatie anders uit kan zien. In dit geval beschouwen we de lage betrouwbaarheid van het item echter als weergave van een kenmerk van de onderzoeksgroep, waarin dus geen sprake is (geweest) van het toebrengen van brandwonden.

4.2 Psychopathologie

In tabel 2 is te zien bij hoeveel deelnemers aanwijzingen (gebaseerd op afkapwaarden van de screeners) voor bepaalde psychopathologie zijn gevonden en of er significante verschillen zijn tussen de groep mannen en de groep vrouwen.

Tabel 2 Frequentie aanwijzingen voor psychopathologie in de onderzoeksgroep ($N = 140$) en verschillen tussen vrouwen ($n = 70$) en mannen ($n = 70$)

	Totaal N(%)	Vrouw n(%)	Man n(%)	Mann- Whitney U	p
Klinische stoornissen					
Depressie	83(59,3)	44(62,9)	39(55,7)	2449,00	0,997
Angst	76(54,3)	42(60)	34(48,6)	2226,00	0,340
Alcohol	37(26,4)	18(25,7)	19(27,1)	2360,50	0,630
Drugs	38(27,1)	12(17,1)	26(37,1)	1961,50	0,009
ADHD	76(54,3)	29(41,4)	47(67,1)	1621,00	< 0,001
PTSS	59(42,1)	26(37,1)	33(47,1)	2224,50	0,347
Persoonlijkheidsstoornissen					
Cluster B	101(72,1)	37(52,9)	64(91,4)	1260,50	
Antisociaal	68(48,6)	19(27,1)	49(70)	1184,00	<0,001
Borderline	68(48,6)	28(40)	40(57,1)	1855,50	0,013
Theatraal	11(7,9)	4(5,7)	7(10)	2312,00	0,546
Narcistisch	20(14,3)	4(5,7)	16(22,9)	1509,00	<0,001
Cluster C	102(72,9)	50(71,4)	52(74,3)	2333,50	
Vermijdend	53(37,9)	29(41,4)	24(34,3)	2338,50	0,639
Afhankelijk	12(8,6)	5(7,1)	7(10)	2107,00	0,142
Obsessief compulsief	89(63,6)	41(58,6)	48(68,6)	2265,00	0,433

Bij meer dan de helft van de groep kwamen aanwijzingen voor een obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis, een schizotypische persoonlijkheidsstoornis, depressie, angst en ADHD voor. Mannen scoorden significant hoger op aanwijzingen voor drugs, ADHD en antisociale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis (cluster B). Bij de overige vormen van psychopathologie werden geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden.

Het gemiddelde aantal diagnoses van de totale groep was 3,45 ($SD = 1,69$), bereik 0 - 6. Er was geen significant verschil in aantal diagnoses tussen vrouwen ($M = 3,26$, $SD = 1,74$) en mannen ($M = 3,64$, $SD = 1,62$); $U = 2114,00$; $p = 0,155$.

4.3 Geweld

Tabel 3 bevat de gemiddelde frequentiescores van het geweld per groep.

Tabel 3 Gemiddelde en standaarddeviatie frequentie geweld in de onderzoeksgroep (N = 140) en verschillen tussen vrouwen (n = 70) en mannen (n = 70)

	Totaal M(SD)	Vrouw M(SD)	Man M(SD)	Mann-Whitney U	p
Psychologisch					
Matig	29,57(22,36)	28,57(22,86)	30,57(21,98)	2270,50	0,454
Ernstig	5,50(10,64)	4,50(11,17)	6,50(10,06)	1985,50	0,047
Fysiek					
Matig	10,84(18,40)	9,39(19,56)	12,30(17,19)	1809,50	0,007
Ernstig	3,01(6,95)	2,80(7,77)	3,21(6,07)	2025,00	0,049
Seksueel					
Matig	0,66(4,33)	0,16(1,20)	1,17(5,99)	2134,50	0,009
Ernstig	0,01(0,09)	0	0,01(0,12)	2415,00	0,317
Verwonding					
Matig	2,74(5,11)	1,67(3,37)	3,81(6,24)	1769,00	0,002
Ernstig	0,50(1,72)	0,19(0,62)	0,81(2,32)	2111,00	0,034

Op matig psychologisch en ernstig seksueel geweld na, scoren mannen significant hoger op geweld dan vrouwen. Voor alle vormen van partnergeweld geldt dat de matige variant van de geweldsvorm meer voorkomt dan de ernstige variant. Psychologisch geweld wordt zowel door mannen als door vrouwen het vaakst gepleegd, gevolgd door fysiek geweld. Seksueel geweld wordt het minst gepleegd.

In tabel 4 staat weergegeven wat de vrouwen en mannen aangaven over eenzijdigheid en in tabel 5 over wederkerigheid van het door hen gepleegde geweld. Hierbij gaat het om of het geweld wel of niet heeft plaatsgevonden, niet om in welke mate.

Tabel 4 Eenzijdigheid van geweld in de onderzoeksgroep (N = 140)

	Totaal N(%)	Vrouw n(%)	Man n(%)	Eenzijdig vrouw n(%)	Eenzijdig man n(%)	Mann-Whitney U	p
Psychologisch							
Matig	137(97,9)	67(95,7)	70(100)	0	3(4,3)	2345,00	0,081
Ernstig	91(65)	41(58,6)	50(71,4)	11(15,7)	20(27,9)	2135,00	0,068
Fysiek							
Matig	101(72,1)	44(62,9)	57(81,4)	3(4,3)	17(24,3)	1960,00	<0,001
Ernstig	60(42,9)	24(34,3)	36(51,4)	6(8,6)	18(25,7)	2030,00	0,007
Seksueel							
Matig	13(9,3)	2(2,9)	11(15,7)	2(2,9)	11(15,7)	2135,00	0,009
Ernstig	1(0,7)	0	1(1,4)	0	1(1,4)	2380,00	0,314
Verwonding							
Matig	72(51,4)	28(40)	44(62,9)	3(4,3)	19(27,1)	1890,00	<0,001
Ernstig	25(17,9)	8(11,4)	17(24,3)	4(5,7)	8(11,4)	2310,00	0,229

Tabel 5 Wederkerigheid(ratio's) van geweld in de onderzoeksgroep (N = 140)

	Weder- kerig n(%)	Ratio vrouw meer M(SD)	Ratio man meer M(SD)	Mann- Whitney U	p
Psychologisch					
Matig	67(95,7)	1,82(3,12)	3,49(3,30)	492,50	<.001
Ernstig	30(42,9)	3,07(1,65)	2,76(4,17)	93,00	.074
Fysiek					
Matig	41(58,6)	1,61(2,67)	4,98(9,17)	164,00	<.001
Ernstig	18(25,7)	2,40(3,75)	3,43(1,67)	28,00	.014
Seksueel					
Matig	0	-	-	-	-
Ernstig	0	-	-	-	-
Verwonding					
Matig	25(35,7)	3,53(2,70)	3,69(2,53)	34,50	.791
Ernstig	4(5,7)	4	6(2,82)	0,50	.480

Psychologisch geweld was bij bijna alle stellen wederkerig (95.7%), fysiek geweld bij bijna twee derde (62.9%) en verwonding bij ruim een derde (41.4%). Seksueel geweld vond alleen eenzijdig plaats, zowel door mannen als door vrouwen maar vaker waren het mannen, namelijk vijf keer zo veel als dat vrouwen seksueel geweld vertoonden. Eenzijdig matig en ernstig fysiek geweld, matig seksueel geweld en matige verwonding werden significant vaker gepleegd door mannen. Hoewel het geweld vaak wederkerig was, was het niet altijd even frequent; zowel de mannelijke als de vrouwelijke partner konden degene zijn die meer geweld gebruikte. Bij wederkerig matig psychologisch en matig en ernstig fysiek partnergeweld was de mannelijke partner vaker degene die meer agressie vertoonde dan de vrouwelijke partner. Een gemiddelde ratio van 3,49 bij *Man meer Mild Psychologisch*, betekent dat wanneer mannen meer mild psychologisch geweld plegen dan hun partner, dit gemiddeld 3,49 keer vaker is. Voor vrouwen geldt dus dat wanneer zij degene zijn die meer psychologisch geweld plegen binnen de relatie, dit 1,82 keer vaker is.

4.4 Psychopathologiegroepen

Vrouwen

Omdat de door de power van de steekproefgrootte slechts voldoende was voor zes clustervariabelen, is ervoor gekozen om de lager betrouwbare middelenvariabele niet in de analyses op te nemen. Uit de two-step clusteranalyse kwamen twee groepen; groep 1 met $n = 29$ (41,4%) en groep 2 met $n = 41$ (58,6%). Deze clusteroplossing had met 0,4 een redelijke kwaliteit en een goede *ratio of sizes* van 1,41. In tabel 6 is de *predictor importance* per variabele te zien en hoeveel een psychopathologieaanwijzing voorkwam per groep.

Tabel 6 Predictor importance (I) en prevalentiepercentages aanwijzingen voor psychopathologie bij de vrouwen ($n = 70$)

	I	Groep 1 %	Groep 2 %
ADHD	1,00	82,8	12,2
Angst	0,95	100	31,7
Depressie	0,71	96,6	39
PTSS	0,64	69	14,6
Cluster B	0,54	82,8	31,7
Cluster C	0,28	89,7	58,5

ADHD en angstklachten speelden de belangrijkste rollen in de groepering van de vrouwen. Groep 1 en groep 2 onderscheidten zich in de mate van aanwezige psychopathologie. In groep 1 ("Meer psychopathologie") waren aanwijzingen voor alle psychopathologie hoofdzakelijk aanwezig en in groep 2 ("Minder psychopathologie") hoofdzakelijk afwezig met uitzondering van cluster C.

Mannen

De two-step clusteranalyse resulteerde in drie groepen; groep 1 van $n = 27$ (38,6%), groep 2 van $n = 16$ (22,9%) en groep 3 van $n = 27$ (38,6%), zie tabel 7. Deze clusteroplossing had met 0,4 een redelijke kwaliteit en een goede *ratio of sizes* van 1,69.

Tabel 7 Predictor importance (I) en prevalentiepercentages aanwijzingen voor psychopathologie bij de mannen ($n = 70$)

	I	Groep 1 %	Groep 2 %	Groep 3 %
PTSS	1	0,0	37,5	100
Angst	0,87	22,2	6,2	100
Borderline PS	0,55	18,5	100	70,4
ADHD	0,51	29,6	93,8	88,9
Depressie	0,35	25,9	56,2	85,2
Antisociale PS	0,15	85,2	43,8	70,4

In tabel 7 is te zien dat PTSS en angstklachten het meest bepalend waren in de groepsvorming bij de mannen. Qua psychopathologie was bij groep 1 vooral sprake van APS ("Antisociale problematiek"), bij groep 2 van BPS, ADHD en (in iets mindere mate) depressie ("Borderline en ADHD") en bij groep 3 van alle variabelen ("Veel psychopathologie").

4.5 Psychopathologiegroepen en geweld

Vrouwen

In tabel 8 is te zien of de gemiddelden en standaarddeviaties van de frequenties van aard en de wederkerigheid van het door vrouwen gepleegde geweld per psychopathologiegroep significant verschillen.

Tabel 8 Mann-Whitney U toets verschillen tussen geweld tussen groep 1 ($n = 29$) en 2 ($n = 41$)

Vrouwen	Groep 1 "Meer psycho- pathologie" M(SD)	Groep 2 "Minder psycho- pathologie" M(SD)	Mann- Whitney U/ χ^2	p
Psychologisch				
Matig	29,83(24,44)	27,68(21,93)	562.000	0,70
Ernstig	7,72(16,52)	2,22(3,34)	456.500	0,09
Fysiek				
Matig	11,38(23,20)	7,98(16,67)	539.500	0,50
Ernstig	3,72(10,57)	2,15(4,97)	535.500	0,41
Seksueel				
Matig	0,34(1,86)	0,02(0,16)	588.000	0,79
Ernstig	0	0	594.500	1
Verwonding				
Matig	1,79(2,87)	1,59(3,72)	525.500	0,35
Ernstig	0,17(0,54)	0,20(0,68)	586.000	0,85
	n(%)	n(%)		
Wederkerigheid				
Psychologisch	29(100)	38(82,7)	2,217	0,14
Fysiek	18(62,1)	26(63,4)	0,013	0,91
Seksueel	0	0	-	-
Verwonding	13(44,8)	16(39)	0,236	0,63

De groep met meer psychopathologische problematiek (1) scoorde gemiddeld hoger op alle soorten geweld behalve ernstige verwonding, waar met een klein verschil door vrouwen met minder psychopathologie hoger op gescoord werd. Significant hoger was dit voor ernstig psychologisch, ernstig fysiek en matige verwonding. Wederkerigheid was juist in groep 2 meer, maar alleen significant voor psychologisch geweld.

Mannen

Tabel 9 geeft weer in welke mate de psychopathologiegroepen verschillen qua frequentie van aard en wederkerigheid van het plegen van geweld.

Tabel 9 Kruskal-Wallis toets verschillen tussen geweld tussen groep 1 ($n = 27$), 2 ($n = 16$) en 3 ($n = 27$)

Mannen	Groep 1 "Anti- sociaal" M(SD)	Groep 2 "Borderline en ADHD" M(SD)	Groep 3 "Veel psycho- pathologie" M(SD)	Kruskal Wallis	p
Psychologisch					
Matig	33,11(23,40)	34,13(23,83)	25,93(19,23)	1,752	0,42
Ernstig	5,19(7,72)	5,69(8,76)	8,30(12,62)	0,241	0,89
Fysiek					
Matig	11,52(14,08)	10(12,08)	14,44(22,21)	0,700	0,71
Ernstig	1,78(2,17)	2,56(4,44)	5,04(8,70)	0,322	0,85
Seksueel					
Matig	0,33(1,07)	0,69(1,30)	2,30(9,54)	1,380	0,50
Ernstig	0,04(0,19)	0	0	1,598	0,45
Verwonding					
Matig	2,96(3,47)	3,13(4,57)	5,07(8,75)	0,480	0,79
Ernstig	0,74(1,16)	0,44(1,32)	0,81(2,32)	3,107	0,21
	$n(\%)$	$n(\%)$	$n(\%)$		
Wederkerigheid					
Psychologisch	25(92,6)	15(93,8)	27(100)	2,001	0,37
Fysiek	19(70,4)	6(37,5)	19(70,4)	5,712	0,06
Seksueel	0	0	0	0	-
Verwonding	14(51,9)	4(25)	11(40,7)	2,994	0,22

De groep met veel psychopathologie (3) scoorde significant lager op matig psychologisch geweld dan de andere twee groepen. De antisociale groep (1) scoorde hoger op ernstig seksueel geweld. En de groep met borderline en ADHD-aanwijzingen (2) scoorde lager op ernstige verwonding. Wederkerigheid van fysiek geweld en verwonding waren bij groep 2 minder dan in de andere groepen. Bij groep 3 was de wederkerigheid van psychologisch geweld meer dan bij de andere twee groepen.

4.6 Combinatie psychopathologie

Tabel 10 geeft de aantallen koppels weer waarbij combinaties van de onderzoeksvariabelen voorkomen, in de kolommen de aanwijzingen voor psychopathologie van de vrouwen en in de rijen van de mannen. Achter de *assortative mating* combinaties (gearceerd in de tabel) staat het percentage waarin de combinatie voorkomt onder het totaal van de mensen met de betreffende aanwijzing voor psychopathologie.

Tabel 10 Combinaties psychopathologie bij koppels in aantallen ($N = 70$)

	Vrouw	Dep	Angst	PTSS	Alc	Drugs	ADHD	APS	BPS	ClusB	ClusC
Man											
Depressie		23(55)	23	13	8	6	16	9	13	17	27
Angst		20	19(50)	12	8	5	11	8	11	15	23
PTSS		21	20	15(51)	8	6	14	10	11	15	23
Alcohol		11	12	6	8(43)	2	7	5	5	8	12
Drugs		19	17	9	6	9(47)	11	10	12	16	17
ADHD		31	28	19	12	8	20(53)	12	21	26	36
Antisociale ps		28	30	18	11	11	21	17(50)	21	29	35
Borderline ps		27	25	20	10	5	18	11	17(50)	21	31
Cluster B ps		38	39	25	16	11	27	19	26	35(69)	45
Cluster C ps		32	34	21	11	10	23	14	21	27	39(76)

Dus binnen de groep personen met aanwijzingen voor depressie heeft 55% een partner met eveneens aanwijzing voor depressie. Van *assortative mating* was het meest sprake bij de clusters B en C, maar ook bij depressie, PTSS en ADHD was er sprake van meer combinaties van dezelfde stoornis dan op basis van toeval verwacht zou mogen worden. De meest voorkomende 'niet gepaarde' combinatie was cluster C problematiek bij de vrouwen met cluster B problematiek bij de mannen ($n = 45$; 64,3% van alle koppels). Opvallend is dat de combinaties van cluster C problemen bij de vrouwen vaak de hoogste percentages van aanwijzingen voor psychopathologie bij de mannen vertoonden. Bij de mannen gold dit voor cluster B problemen.

De correlatiecoëfficiënten in tabel 11 geven de samenhang tussen de combinaties van dezelfde psychopathologie, de meest voorkomende 'ongepaarde' psychopathologie (cluster B bij mannen en cluster C bij vrouwen) en het geweld weer. Omdat alle mannen en de meeste vrouwen psychologisch geweld plegen, is er in de meeste categorieën geen correlatiecoëfficiënt te berekenen, alleen voor ernstig psychologisch geweld door vrouwen.

Tabel 11 Samenhang tussen dezelfde combinaties van psychopathologie en geweld bij koppels ($N = 70$)

Frequentie	Dep - dep	Angst- angst	PTSS- PTSS	Alc-Alc	Drugs- Drugs	ADHD- ADHD	APS- APS	BPS- BPS	ClusB- ClusB	Clus C- Clus C	ClusB- ClusC
Psychologisch											
Vrouw ernstig	-.029	-.008	.086	.120	.150	-.046	.273*	.206	.319**	.126	.160
Fysiek											
Vrouw matig	-.092	.004	.041	.090	.207	-.103	.160	.091	.237*	-.150	-.079
Man matig	-.135	.044	-.109	-.290*	.183	-.186	.099	.013	-.037	-.056	-.126
Vrouw ernstig	-.121	-.035	-.084	.119	.082	.010	-.058	.012	.120	-.144	-.090
Man ernstig	.010	.208	-.050	.080	.288*	-.018	.150	.150	.114	-.061	-.068
Seksueel											
Vrouw matig	.063	.088	.119	.208	-.066	.271*	-.097	.303*	.171	.153	.128
Man matig	.116	-.087	-.034	-.032	-.049	.161	-.061	.030	-.039	-.089	-.088
Man ernstig	-.084	-.073	-.063	-.043	-.046	-.076	-.068	-.068	-.120	.107	.090
Verwonding											
Vrouw matig	-.137	.026	-.071	-.018	.209	.000	.150	.014	.233	-.094	-.122
Man matig	-.029	.137	-.103	-.096	.295*	-.103	.091	.022	.000	-.209	-.264*
Vrouw ernstig	-.060	.185	.031	.012	.130	-.128	-.099	.006	.180	-.041	-.013
Man ernstig	.029	.104	-.052	.111	-.018	-.137	-.010	.068	.100	.035	-.065

* correlatie is significant op 0,05 niveau (2-tailed)

** correlatie is significant op 0,01 niveau (2-tailed)

Uit tabel 11 komt naar voren dat de combinaties van dezelfde psychopathologie zelden samenhangen met de aard en ernst van het geweld door de vrouwen en de mannen. Er waren enkel een aantal zwakke significante relaties, bijvoorbeeld een positieve correlatie tussen drugsgebruik en fysiek ernstig geweld en matige verwonding door de man. Dit betekent dat wanneer beide partners drugs gebruikten er meer sprake was van fysiek ernstig geweld en matige verwonding door de man.

Wanneer beide partners alcohol gebruikten was er sprake van een negatieve correlatie, dus minder matig fysiek geweld door de man. De hoogste correlatie was die tussen de combinatie clusterB-clusterB en ernstig psychologisch geweld door de vrouw, maar ook deze was zwak.

5. Discussie

Dit onderzoek werd opgezet om meer zicht te krijgen op de psychopathologie van en het gebruik van geweld door de vrouwelijke partners van mannen die in behandeling zijn voor partnergeweld in de forensische ambulante psychiatrie. Zeventig mannelijke hoofdccliënten en hun zeventig vrouwelijke partners vulden psychopathologiescreeners en de CTS-2 in.

Op grond van eerder onderzoek werd verwacht dat er bij de betrokkenen bij partnergeweld meer sprake zou zijn van aanwijzingen voor psychopathologie dan in de algemene bevolking. Dit bleek het geval, ook waren de gevonden percentages relatief vergelijkbaar met die van soortgelijke populaties in eerder onderzoek. De meest voorkomende aanwijzingen voor een klinische stoornis waren de depressieve stoornis bij vrouwen (62,9%) en ADHD bij mannen (67,1%). Hoewel dit laatste significant verschilde van de 41,4% bij de vrouwen, is ook die hoeveelheid fors. In een recente systematische review en meta-analyse van Arrondo et al. (2023), kwam naar voren dat mannen en vrouwen met ADHD 2,5 keer zo veel kans hebben plegger te worden van partnergeweld en ruim 1,5 keer zo veel om slachtoffer te worden van partnergeweld. Als mogelijke verklaring voor de link tussen ADHD en partnergeweld werd in deze studie genoemd dat mensen met ADHD enerzijds vaker problematische relaties hebben (meer relatiebreuken, relatiewisselingen en lagere relatietevredenheid) en anderzijds problemen hebben met het reguleren van emoties en gedrag. Deze combinatie kan ertoe leiden dat mensen met ADHD vaker conflicten hebben met hun partner en dat ze daarbij meer moeite hebben met emotie- en agressieregulatie, resulterend in partnergeweld. Wymbs et al. (2019) onderschreven ADHD als risicofactor voor relatieproblemen en speculeerden dat dit risico nog groter zou kunnen zijn bij *assortative mating*, dus wanneer bij beide partners sprake is van ADHD-symptomen. In ons onderzoek had 53% van de personen met aanwijzingen voor ADHD een partner die eveneens aanwijzingen voor ADHD rapporteerde. Op grond van de eerder gevonden samenhang tussen ADHD en een hogere frequentie van fysiek en verbaal partnergeweld (Buitelaar et al., 2019; Wymbs et al., 2017), werd verwacht dat de combinatie ADHD-ADHD een nog hogere correlatie met geweld zou laten zien. Maar er werd alleen een zwakke correlatie gevonden met matig seksueel geweld door vrouwen. De indicaties voor *assortative mating* en een versterkende werking daarvan met betrekking tot ADHD waren dus beperkt. Dit gold ook voor de andere psychopathologie-combinaties, er waren weinig samenhangen met aard en ernst van het partnergeweld.

Duidelijk is geworden dat de onderzoeksgroep bestond uit mensen die veel aanwijzingen voor psychische problemen rapporteren. Het was eerder regel dan uitzondering dat er bij beiden sprake was van meerdere psychopathologische klachten. Ook het plegen van partnergeweld werd veelvuldig gerapporteerd. De 'hoofdccliënt' die als plegger van partnergeweld wordt aangemeld, was in de meeste gevallen ook slachtoffer; partnergeweld in onze setting was met betrekking tot psychologisch en fysiek geweld vaker wel dan niet wederkerig. Zoals verwacht kwam psychologisch partnergeweld het meest frequent voor en seksueel geweld het minst. Op matig psychologisch geweld en ernstig seksueel geweld na, scoorden de mannen significant hoger op alle soorten geweld dan de vrouwen. Ook pleegden mannen significant meer eenzijdig matig en ernstig fysiek geweld, matig seksueel geweld en matige verwonding.

De mate van wederkerigheid verschilde per soort geweld, psychologisch geweld was het meest wederkerig (95,7%), fysiek geweld in 62,9% van de gevallen en verwonding bij 41,4%. Aanzienlijke percentages, rekening houdend met het gegeven dat wederkerig partnergeweld mogelijk gevaarlijker is voor het slachtoffer, ongeacht het geslacht (Nadda et al., 2019; Whitaker et al., 2007). Seksueel geweld vond enkel eenzijdig plaats, door mannen of vrouwen, maar vaker door mannen. Net als bij de Veilig Thuis-onderzoeksgroep van Tierolf et al. (2014) waren vooral de matige vormen van psychologisch en fysiek geweld wederkerig, waarbij de ratio's van wederkerigheid van de mannen significant hoger bleken dan die van de vrouwen. Wanneer er sprake is van wederkerig matig psychologisch en fysiek geweld, gebeurde dit dus vaker door mannen dan door vrouwen. Dit sluit aan bij de resultaten van Holmes et al. (2019) die lieten zien dat vrouwen meer gevictimiseerd werden dan mannen. Wederkerig betekent dus niet in gelijke mate. Bij de interpretatie van deze uitkomst in dit onderzoek moet echter de aard van de onderzoeksgroep, met als insteek mannen die als hoofdccliënt zijn aangemeld voor partnergeweld, meegewogen worden. Omdat bij al deze mannen sowieso sprake is van een vorm van partnergeweld en bij de vrouwen enkel potentieel, is er bij

voorraat een ongelijkmatige verdeling, waardoor de kans groter is dat het geweld door mannen onder de streep hoger uitvalt dan dat door de vrouwen.

Het verwachte onderscheid in drie psychopathologiegroepen met internaliserende, externaliserende en minder problematiek werd niet gevonden. De resultaten clusterden twee groepen vrouwen, vooral gekenmerkt door de mate van (meer of minder) psychopathologie. In groep 1 waren aanwijzingen voor alle psychopathologie hoofdzakelijk aanwezig. Deze groep laat zowel internaliserende als externaliserende problematiek zien. In groep 2 rapporteerden de meeste vrouwen minder aanwijzingen voor psychopathologie, met uitzondering van cluster C, waar 58.5% van de vrouwen in deze groep op aanwijzingen scoorde. Deze laatste groep correspondeerde wel met de verwachting van een groep met minder problemen. Deze uitkomsten suggereren dat de vrouwen in onze steekproef wel verschilden in de mate waarin zij psychische klachten ervaren, maar dat het type psychische klachten daarbij van minder belang is.

ADHD en angstklachten hadden de sterkste *predictor importance* voor de groepsindeling bij de vrouwen. Angstklachten bij partners worden al langer in verband gebracht met partnergeweld, voornamelijk het verband tussen angstklachten en slachtofferschap van partnergeweld is veel onderzocht. Zo wordt in een systematische review van Lagdon et al. (2014) opnieuw bevestigd dat angst-, stemmingsklachten en PTSS het meest worden geassocieerd met slachtofferschap van partnergeweld. Maar ook ouderschap van partnergeweld en angstklachten gaan bij vrouwen samen (Oram et al., 2013), al is de samenhang tussen angstklachten en het plegen van partnergeweld zwakker dan die tussen angstklachten en het ondergaan van partnergeweld (Spencer et al., 2019). Deze bevindingen sluit aan bij de gevonden prevalentie van angstklachten bij onze steekproef; bij 60% van de vrouwen, die in ieder geval allemaal slachtoffer van partnergeweld zijn (en in iets mindere mate pleger) was er sprake van angstklachten. Dat ADHD de belangrijkste invloed had op de psychopathologiegroepsvorming in dit deel van de onderzoeksgroep, zou richting een verband met partnergeweld kunnen wijzen. Arrondo et al.'s (2023) suggestie, dat mensen met ADHD vaker relatieproblemen én emotieregulatieproblemen hebben wat de kans op partnergeweld verhoogt, verdient in ieder geval verdere aandacht in onderzoek en praktijk.

De geclusterde psychopathologiegroepen bij de mannen kwamen enigszins overeen met de typologie van Holzworth-Munroe en Stuart (1994). Net als bij hen was er een groep die vooral gekenmerkt werd door antisociale persoonlijkheidsproblematiek. De tweede groep kwam overeen op borderline persoonlijkheidsproblematiek maar daarnaast was er meer sprake van ADHD dan van depressie. De derde groep vertoonde een veelheid aan problematiek, waar dit bij Holzworth-Munroe en Stuart juist een groep met weinig problemen was. Dit heeft mogelijk te maken met verschillende soorten onderzoeksgroepen. De typologie van Holzworth-Munroe en Stuart was gebaseerd op een sample uit de algemene bevolking, waar mensen waarschijnlijk minder psychische problemen hebben dan in een klinische sample.

Naast angstklachten was bij de mannen, anders dan bij de vrouwen, de stoornis met de hoogste *predictor importance* PTSS. Van de totale onderzoeksgroep scoorde 47,1% van de mannen (en 37,1% van de vrouwen) op aanwijzingen voor PTSS. Vergeleken met de lifetime prevalentie die De Vries et al. (2009) vond onder de mannen in de Nederlandse bevolking van 4,3% is dat fors. Ook opvallend is dat meer mannen zich herkenden in de PTSS-klachten dan vrouwen. Dit lijkt tegengesteld aan bevindingen in de literatuur, waarin doorgaans gevonden wordt dat vrouwen vaker PTSS klachten ontwikkelen dan mannen (Olff et al., 2007; Tolin & Foa, 2006). Alle mannen in de derde groep scoorden op aanwijzingen voor PTSS, in groep 2 was dit een stuk minder (37,5%) en in groep 1 had geen van de mannen aanwijzingen voor PTSS. Behalve PTSS vertoonden de mannen in groep 3 ook vaak andere psychische klachten, naast angstklachten met name ook stemmingsproblemen en ADHD. Mogelijk heeft dit te maken met een hoge comorbiditeit tussen PTSS en andere vormen van psychopathologie. PTSS komt naar schatting in 10-15% van de gevallen op zichzelf staand voor, vaker gaat PTSS samen met een of meer andere aandoeningen (Creamer & McFarlane, 2001). Een derde tot de helft van de mensen met PTSS heeft ook een depressieve stoornis of een middelenstoornis (Keane et al., 2006; Debell et al., 2014). Ook persoonlijkheidsproblematiek komt vaker voor bij PTSS; in een meta-analyse van Friborg et al. (2013) kwam naar voren dat 35% van de mensen met PTSS ook een persoonlijkheidsstoornis heeft. Met name de paranoïde, borderline, vermijdende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen kwamen in deze studie vaker voor bij PTSS. Muscari (2012) gaf in haar handboek over PTSS verschillende verklaringen voor de

hoge comorbiditeit tussen PTSS en andere psychiatrische aandoeningen; mogelijk hebben mensen die een kwetsbaarheid hebben voor het ontwikkelen van PTSS ook een kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van andere vormen van psychopathologie. Een andere mogelijkheid is dat mensen met psychiatrische klachten gemakkelijker onderwerp worden van grensoverschrijdend gedrag en dus vaker een traumatiserende gebeurtenis meemaken. Ook is het mogelijk dat PTSS zo invaliderend en belastend is, dat mensen met PTSS daarbij andere psychische klachten ontwikkelen.

Gezien de hoge percentages PTSS klachten bij partnergeweldplegers en de hoge comorbiditeit met andere psychische klachten, is het belangrijk om in de behandelpraktijk alle cliënten te screenen op PTSS. Dit sluit aan bij de recente ontwikkeling van traumasensitief behandelen, ook bij plegers van geweld (Scott & Jenney, 2023).

Hoewel op basis van de literatuur verwacht werd dat middelenstoornissen een prominente rol zouden spelen bij partnergeweld, kwam dat in deze studie niet naar voren. De prevalentie van middelenstoornissen in de onderzoeksgroep was laag en de betrouwbaarheid van de meting onvoldoende. Mogelijk is het niet het middelengebruik op zich dat samenhangt met partnergeweld, maar bepalen andere factoren of gebruik samenhangt met geweld. Dit sluit aan op de bevindingen van Leonard en Quigley (2017), zij concludeerden op basis van dertig jaar onderzoek een causale invloed van alcoholgebruik op geweld, maar nuanceerden dat het afhangt van andere persoons- en situatiegebonden aspecten of dit alcoholgebruik daadwerkelijk tot geweld leidde. Een andere mogelijke verklaring voor de bescheiden rol van middelenstoornissen in dit onderzoek, is de samenstelling van de steekproef. Wanneer middelenstoornissen duidelijk en ernstig aanwezig zijn, wordt er vaak voor gekozen om cliënten niet naar de ambulante forensische ggz te verwijzen maar naar specifieke instellingen voor verslavingshulpverlening, waardoor middelenstoornissen in onze steekproef mogelijk ondervertegenwoordigd zijn.

Er werd een aantal significante verschillen gevonden in aard, ernst en wederkerigheid van partnergeweld tussen de psychopathologiegroepen. Bij de vrouwen liet de groep met meer psychopathologie (1) meer ernstig psychologisch en ernstig fysiek geweld en matige verwonding en meer wederkerig psychologisch geweld zien. Omdat er alleen in mate maar niet in soort psychopathologie onderscheid gemaakt kon worden, lijkt het weinig meerwaarde te hebben om binnen de vrij specifieke doelgroep van dit onderzoek dergelijke indelingen of subgroepen te maken. Bij psychopathologiegroepen bij de mannen gaven meer aanwijzingen voor verschillen tussen geweld aan de hand van specifieke psychopathologie maar niet per se in de verwachte richting. De antisociale groep (1) liet meer ernstig seksueel geweld zien. De groep met borderline en ADHD (2) minder ernstige verwonding en de groep met veel psychopathologie (3) minder matig psychologisch geweld. Ook was er bij groep 2 sprake van meer wederkerigheid van fysiek geweld en verwonding en bij groep 3 meer wederkerigheid van psychologisch geweld. Een mogelijke link tussen de APS en het plegen van seksueel partnergeweld is ook in eerder onderzoek naar voren gekomen (Collison & Lynam, 2021). Maar gezien het relatief hoge percentage aanwijzingen voor APS in onze steekproef mannen (70%), zou men dan wellicht ook meer voorkomen van seksueel geweld (dan 17,1%) in deze groep verwachten. Dat de groepen met BPS en ADHD en meer problematiek respectievelijk minder ernstige verwonding en minder matig psychologisch geweld vertonen is lastiger te interpreteren. Waarschijnlijk gaat het hierbij eerder om dat de andere twee groepen hoger scoren. Dus meer ernstige verwonding bij antisociaal en meer psychopathologie, maar dat zegt weer minder over verschillen op grond van specifieke psychopathologie.

Het gebrek aan een duidelijke samenhang tussen combinaties van psychopathologie en partnergeweld in dit onderzoek geeft weinig aanknopingspunten voor 'diagnosegestuurde' behandeling. Het gebruik van psychiatrische diagnoses uit de DSM is zowel wetenschappelijk als in de behandelpraktijk al jaren gemeengoed; definities van psychiatrische diagnoses liggen internationaal vast en er zijn gestandaardiseerde instrumenten om deze diagnoses of aanwijzingen ervoor in kaart te brengen. Ook in de Nederlandse ggz wordt de DSM als uitgangspunt gebruikt (NZA; https://puc.overheid.nl/doc/PUC_658416_22), waarbij de diagnose (mede) bepaalt welke zorg iemand krijgt. Er is echter ook veel kritiek op de DSM-classificaties. Zo stelt Scheepers (2020) dat er tussen mensen met dezelfde diagnose veel sprake is van variatie en dat niet iedereen met dezelfde diagnose in dezelfde mate last heeft van alle diagnostische criteria. Ook is er overlap van criteria tussen stoornissen, waardoor bij een diagnose onduidelijk is welk criterium precies welke rol speelt (Scheepers, 2020). Er is een groeiende behoefte aan een transdiagnostische benadering (Pederson et al., 2022), waarbij meer klachtgericht geïnventariseerd wordt en waarbij onderliggende mechanismen die afzonderlijke stoornissen met elkaar gemeen hebben, centraal staan (Van Heycop

Ten Ham et al., 2014). Dalglish et al. (2020) menen dat een transdiagnostische benadering de complexiteit, dimensionaliteit en comorbiditeit van de klinische en wetenschappelijke realiteit beter weergeeft.

Naast dat een diagnostische classificatie niet precies weergeeft welk soort klachten bij een individu van belang zijn, zegt deze ook niets over waarom iemand die klachten heeft, wat er aan stressoren meespeelt, wat de hulpbronnen of beschermende factoren in iemands leven zijn of hoe er op de klachten van deze persoon door de omgeving wordt gereageerd. Samenhangen tussen psychopathologie en partnergeweld kunnen in verschillende vormen (mediërend, modererend) en specifieke aspectrelaties voorkomen. Daarbij zijn er mogelijk andere factoren dan de aanwezigheid van psychopathologie die invloed kunnen hebben op het plaatsvinden van partnergeweld. Te denken valt aan coping, hechting en stress. Stressoren zoals bijvoorbeeld financiële problemen (het niet kunnen betalen van rekeningen en eten) lieten een samenhang zien met een verhoogde kans op geweld in relaties (Schwab-Reese et al., 2016).

Enkele onderzoeken wijzen op een mediërende rol van copingstrategieën bij vrouwen die partnergeweld meemaken en afhankelijk van de copingstrategie die zij gebruikten, klachten ontwikkelden (Rizo et al., 2017). Flanagan et al. (2014) onderzochten specifiek vermijdende copingstrategieën en vonden dat vrouwen die slachtoffer werden van partnergeweld meer psychische klachten hadden als er sprake was van vermijdende copingstrategieën. Maar ook vonden zij dat vrouwen die te maken hadden met wederzijds partnergeweld én die vermijdende copingstrategieën hadden, vaker partnergeweld meemaakten én ernstigere PTSS, stemmingsklachten en middelenstoornissen hadden. Ook emotieregulatieproblemen kunnen een rol spelen met betrekking tot partnergeweld. Een recente review van Neilson et al. (2023) liet zien dat de vaardigheid om emoties adequaat te reguleren een remmende factor was voor het plegen van partnergeweld. Problemen met emotieregulatie kwamen in deze studie naar voren als voorspellers van psychologisch en fysiek partnergeweld, zowel bij mannen als vrouwen.

Hechtingsstijl, de manier waarop iemand zich voelt en gedraagt in emotionele relaties, lijkt ook een factor van betekenis te zijn bij partnergeweld. Scott et al. (2009) beschreven hoe zowel psychopathologie als hechting samenhangt met partnergeweld en stelden dat bij plegers van partnergeweld niet alleen naar psychopathologie maar ook naar hechtingsstijl gekeken moet worden om tot effectieve interventies te komen. Er is in meerdere wetenschappelijke onderzoeken ondersteuning gevonden voor een positieve relatie tussen onveilige hechting en het risico op plegen en ondergaan van partnergeweld. Uit een meta-analyse (Spencer et al., 2021) kwam naar voren dat angstige gehechtheid, vermijdende gehechtheid en ongeorganiseerde gehechtheidsstijlen significant geassocieerd waren met het plegen van fysiek partnergeweld. Veilige gehechtheid was significant negatief gerelateerd aan het plegen en ondergaan van partnergeweld. En Dumas et al. (2008) vonden dat de combinatie van een vrouw met een angstige hechtingsstijl (veel behoefte aan nabijheid) met een man met vermijdende hechtingsstijl (veel behoefte aan afstand) een groter risico gaf op geweld in de relatie. Onderzoek van Bond en Bond (2004) vond zelfs een negen keer zo grote kans op partnergeweld bij stellen waarbij de man een vermijdende en de vrouw een angstig gepreoccupeerde hechtingsstijl had. De onderzoeken naar hechtingsstijlen wijzen er niet alleen op dat hechting een belangrijk thema is bij partnergeweld, ook wordt duidelijk dat om partnergeweld beter te begrijpen, naar het functioneren van en de dynamiek tussen beide partners gekeken moet worden.

Een andere verklaring voor de in dit onderzoek relatief weinig gevonden samenhang tussen psychopathologie en partnergeweld kan liggen in de rol die beschermende factoren mogelijk spelen bij partnergeweld. Uit de literatuur (Yakubovich et al., 2018) is bijvoorbeeld bekend dat leeftijd en relatiestatus beschermend zijn; naarmate mensen ouder zijn en als mensen getrouwd zijn, is het risico op partnergeweld lager. Een rapport over de aanpak van partnergeweld van kennisbureau Movisie (2015) noemde zelfbeheersing en een sterke gehechtheid aan een vaderfiguur als beschermende factoren voor het plegen van partnergeweld. Een essay van Verwijs en Lünemann (2012) voegde daar veerkracht aan toe en noemde dat zowel in de slachtoffer- als daderhulpverlening bij partnergeweld de laatste jaren meer de focus wordt verlegd naar het vergroten van de individuele krachten in plaats van de focus op kwetsbaarheid.

Samenvattend zijn er meerdere mogelijke verklaringen voor dat psychopathologie weinig onderscheid lijkt te maken voor de aard en ernst van het partnergeweld in deze steekproef. Dit kan te maken hebben met de samenstelling van de steekproef (die mogelijk al uit een subtype op zich bestaat), met de beperking die diagnostische classificaties met zich meebrengen en met andere

factoren die mogelijk samenhangen met psychopathologie enerzijds en partnergeweld anderzijds, zoals coping, hechtingsstijl en beschermende factoren.

Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek

Naast de resultaten van dit onderzoek mogen een aantal beperkingen ervan niet onvermeld blijven. Deze betreffen vooral de keuze van de psychopathologievariabelen, de instrumenten en eigenschappen van de onderzoeksdeelnemers. De keuze van psychopathologievariabelen, allereerst, bleef beperkt tot de stoornissen die het meest in de literatuur voorkomen. Maar dat er weinig of geen onderzoek naar gedaan is, wil niet zeggen dat een bepaald aspect niet van invloed kan zijn. Zo hebben we er wél voor gekozen om ADHD mee te nemen als variabele, maar zou het bijvoorbeeld ook interessant kunnen zijn om nader te kijken naar slaapproblemen en partnergeweld (Matos & Gonçalves, 2019). In vervolgonderzoek zouden we er waarschijnlijk ook voor kiezen om transdiagnostisch te kijken naar criteria van psychopathologiestoornissen (zoals bijvoorbeeld impulsiviteit en separatieangst) in plaats van de gehele stoornissen. En psychopathologie is ook slechts één van de variabelen die invloed kunnen hebben op partnergeweld. Idealiter zou breder gekeken kunnen worden naar andere individuele factoren (bijvoorbeeld coping, emotieregulatie en bronnen van stress) en relationele factoren (bijvoorbeeld communicatie en hechtingsstijlen).

Qua instrumenten is een belangrijke beperking dat in het onderzoek enkel werd *gescreend* op psychopathologie, waarmee iets gezegd kan worden over aanwijzingen voor de onderzochte vormen van psychopathologie bij de onderzoeksdeelnemers maar niet over daadwerkelijke diagnoses. Om diagnoses te kunnen stellen is nader onderzoek nodig, bijvoorbeeld aan de hand van een uitgebreide anamnese. Ook zijn screeners over het algemeen gevoeliger en is discutabel of voor alle screeners de beste opties gekozen zijn. Hoewel het namelijk bijvoorbeeld wordt afgeraden om de SCID-5-PV als opzichzelfstaand instrument te gebruiken en gewaarschuwd wordt voor vals positieven, hebben we er toch voor gekozen deze als instrument op te nemen, omdat alternatieven ook nadelen met zich meebrachten. De *Personality Diagnostic Questionnaire-R* (PDQ-R; Hyler & Rieder, 1987), bijvoorbeeld, is beter onderzocht maar gaat nog over de DSM-IV en liet een lage specificiteit zien (Ouwersloot et al., 1994). En de *Vijf-Dimensionale Persoonlijkheidstest* (5DPT; Van Kampen, 2015) heeft weliswaar een goede COTAN beoordeling, maar betreft een lijst die dimensionale persoonlijkheidskenmerken in beeld brengt die zich lastig laat vergelijken met de persoonlijkheidsstoornissen uit de literatuur (hoofdzakelijk DSM-IV diagnoses). De *DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst* (PID-5-NL; Krueger et al., 2012), die de domeinen en facetten van het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen meet, viel om een soortgelijke reden af. Dit instrument zou wel geschikt zijn voor het onderzoek met een transdiagnostische aanpak.

Ook van de CTS2 werden een aantal beperkingen ondervonden tijdens het onderzoek, zoals de berekening van wederkerigheid. Afgezien van dat deze op verschillende manieren weergegeven kan worden, afhankelijk van of er resultaten van één of beide partners zijn, is er niet uit afleidbaar in welke mate er sprake is van zelfverdediging waardoor een vertekend beeld kan ontstaan van 'onechte' wederkerigheid (Chapman & Gillespie, 2019). In dit onderzoek hebben we ervoor gekozen om enkel naar de rapportage van onderzoeksdeelnemers over zichzelf te gebruiken, maar het zou ook heel informatief kunnen zijn om de door de deelnemers gegeven informatie over hun partners op te nemen in de vergelijkingen. In eerder onderzoek kwam naar voren dat beide partners hun eigen agressie lager inschatten dan die die hun partner hen toeschreef (Simpson & Christensen, 2005). Er zijn correcties voorgesteld tegen over/onderrapportage (Heyman & Schlee, 1997), met name bedoelt voor wanneer er slechts beschikking is over één CTS2. Maar aan de ingewikkelde discrepanties van hij zei/zij zei is onmogelijk te ontkomen. Dus naast zelfrapportage is het wenselijk om collaterale broninformatie van professionals, naasten en officiële (justitiële) voorgeschiedenis- en recidivecijfers in de beeldvorming mee te nemen.

Wat betreft de onderzoeksdeelnemers viel de beoogde instroom tegen, ondanks meerdere creatieve pogingen om het onderzoek onder de aandacht te brengen. Hierdoor hebben enkele analyses minder power en moeten de resultaten voorzichtiger geïnterpreteerd worden. Geringe animo van cliënten voor deelname aan onderzoek in de ambulante forensische ggz lijkt een terugkerend struikelblok. De schatting van de instroom is bij eerdere projecten vrijwel altijd te optimistisch gebleken. Misschien is het beroep dat op behandelaren wordt gedaan, om cliënten te motiveren tot deelname, te veel gevraagd in de context van hoge productiedruk en volle agenda's. Zeker 'op afstand' (andere

vestigingen) is het lastig om collega's te betrekken bij zo'n onderzoek. De instroom was dan ook het beste op de vestiging waar de eerste auteur zelf werkt en in MDO's zit. Een belangrijk voordeel van dit onderzoek was dat voor behandelaars en cliënten door de ontvangen terugkoppeling van de resultaten de meerwaarde direct tastbaar werd. Cliënten vonden het interessant en vaak herkenbaar en behandelaars nuttig als gespreksinsteek en als opstap naar verder diagnostisch onderzoek. Hierdoor waren de laatste geneigd om een volgende keer met andere cliënten de benodigde tijd te investeren en opnieuw cliënten voor dit onderzoek te benaderen. Mogelijk was het helpend geweest om eerst een pilot te draaien om tijdens het onderzoek zo veel mogelijk te kunnen anticiperen op knelpunten en om een adequatere schatting te kunnen maken van de instroom. Bij de expertmeeting over succesvol includeren werd ook de suggestie gedaan om de licht verstandelijke beperking als exclusiecriteria te laten vallen. Voor dit exclusiecriteria was gekozen omdat de meetinstrumenten niet geschikt waren voor deze doelgroep. Een betere oplossing was geweest om de instrumenten op die doelgroep af te stemmen om deze te kunnen includeren.

Een andere complicatie van het onderzoek is de zeer beperkte generaliseerbaarheid van de onderzoeksgroep. Ons inclusiecriteria was gebaseerd op het grootste deel van de aanmeldingen in onze populatie; mannelijke hoofdccliënten en hun vrouwelijke partner. We hebben hiervoor gekozen om de power zo groot mogelijk te krijgen; een groep met een meer gevarieerde samenstelling (bijvoorbeeld vrouwelijke hoofdccliënten en hun mannelijke partner of hoofdccliënten met een partner van hetzelfde geslacht) zou meer onderzoeksdeelnemers vereist hebben om te kunnen kijken naar de 'subtypen', wat onhaalbaar was binnen de geplande onderzoeksperiode. Een consequentie is dat de onderzoeksgroep erg specifiek was: allen hebben een intake gehad, bij allen zijn daarbij behandelmogelijkheden gezien en bij allen is een partner in beeld die bereid is om bij de behandeling betrokken te worden. Ook gaat het heel specifiek om mannen die plegers en mogelijk slachtoffer zijn en vrouwen die slachtoffer en mogelijk pleger zijn. Mogelijk liggen de verschillen niet binnen deze groep, maar tussen deze groep en de groepen die niet in beeld komen en na intake worden afgewezen, wiens partner niet in beeld is of niet bereid is mee te komen. We hebben ook geen zicht gekregen op de mensen die aan de inclusiecriteria voldeden maar niet gevraagd werden om mee te doen of niet mee wilden doen aan het onderzoek. Daardoor kunnen we niet veronderstellen dat de uitkomsten representatief zijn voor de gehele populatie die bij de Waag wordt aangemeld voor partnergeweld. Denkbaar is bijvoorbeeld dat stellen waarbij sprake is van intiem terreur minder snel geneigd zijn om mee te doen aan dit onderzoek, bijvoorbeeld uit angst of omdat hun partner niet wil dat zij in beeld komen. We weten ook niets over ex-partners en over welk geweld en welke psychische problemen in de relatie met hen speelden. Ook zal onze steekproef minder vergelijkbaar zijn met andere groepen die niet voor een partnergeweldbehandeling worden aangemeld. Het is voorstelbaar dat in een steekproef van personen in een opvanglocatie andere psychische problemen en ander partnergeweld gevonden worden. Een steekproef in een justitiële setting (bijvoorbeeld mannen en vrouwen die veroordeeld worden voor het plegen van partnergeweld) zou ook weer andere psychische problemen en vormen/mate van partnergeweld kunnen vertonen. Om hier beter zicht op te krijgen en de onderzoeksgroep groter en generaliseerbaarder te krijgen, zou samenwerking met andere organisaties en soortgelijk onderzoek daar informatief kunnen zijn.

Praktische implicaties

Waar voorafgaand aan het onderzoek de verwachting was aan typologieën gekoppelde behandelsuggesties te kunnen doen, bieden de resultaten daar te weinig handvatten voor. Het klinkt handig dat het identificeren van subtypen en hun specifieke problemen en behoeften zou kunnen leiden tot een effectievere aanpak van partnergeweld (Cavanaugh & Gelles, 2005), maar in de praktijk is het lastig om gerichte interventies in te zetten op typen als "Meer psychopathologie" en "Minder psychopathologie". Hieruit vloeit de overweging voort dat het wellicht nuttiger is om meer transdiagnostisch, dus meer klachtgericht dan diagnosegericht, te behandelen. Hiermee wordt bedoeld dat behandeling zou kunnen worden geboden op thema's als zelfbeheersing, coping en emotieregulatie, los van de onderliggende diagnose.

In de behandelpraktijk wordt bij agressieregulatieproblemen bijvoorbeeld onder meer gewerkt met de AR-op-maat methodiek (Hoogsteder & Bogaerts, 2018). Dit is een effectief gebleken methode voor het verminderen van agressief gedrag. Deze methode wordt voornamelijk toegepast bij jongvolwassenen en volwassenen met algemene agressieregulatieproblemen en niet specifiek bij partnergeweld, maar zou mogelijk ook goed aan kunnen sluiten bij cliënten die in de partnerrelatie

agressief gedrag vertonen. In de methode wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan stress, impulsiviteit, emotieregulatie, probleemoplossende vaardigheden en conflicthantering. Hierbij is het waardevol om ook het perspectief van cliënten mee te wegen. Desgevraagd gaven mannelijke partnergeweldplegers bijvoorbeeld aan dat zij als belangrijkste barrières voor verandering cognitieve distorsies, emotionele disregulatie, genderrollen en zelfwaardeproblemen ervaarden (McGinn et al., 2020). Dit zijn concrete ingangen voor interventies die zich niet specifiek richten op psychopathologie.

De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat partnergeweld in onze steekproef meestal wederkerig, maar niet symmetrisch plaatsvindt en dat beide partners meestal meerdere psychische klachten hebben. Wederkerig partnergeweld is mogelijk gevaarlijker voor het slachtoffer, ongeacht het geslacht (Nadda et al., 2019; Whitaker et al., 2007). Hoewel het de richtlijn is om partners bij de behandeling van partnergeweld te betrekken (Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij Kinderen en Volwassenen, 2009), wordt op grond van dit onderzoek aangeraden om hierbij een stap verder te gaan; bij wederkerig partnergeweld zou het de voorkeur kunnen hebben om beide partners aan te nemen voor behandeling, waarbij er naast een individueel traject per partner ook een gezamenlijk traject voor het koppel wordt geboden. Dit sluit aan bij de bevindingen van Tiberio en Capaldi (2019), dat zowel de individuele kenmerken van de partners als interactionele factoren tussen partners bijdragen aan het vergroten of verkleinen van de kans op partnergeweld. Een uitzondering op deze werkwijze is partnergeweld in de vorm van intiem terreur (Johnson, 1995; 2006) waarbij er een patroon van controle en dwang aanwezig is, wat zich kan uiten in het isoleren, vernederen en intimideren van de partner tot (ernstig) fysiek geweld en seksueel geweld. Ook kan het gaan om controle van de financiën en bedreigingen (van het slachtoffer of zijn/haar dierbaren). Intiem terreur vindt meestal eenzijdig plaats en wordt meestal door mannen gepleegd. Bij partnergeweld in de vorm van intiem terreur heeft het *niet* de voorkeur om partners een gezamenlijk traject te bieden en wordt aangeraden *alleen* individueel met partners apart in gesprek te gaan (VNG, 2021; Keilholtz & Spencer, 2022). Het is belangrijk om mensen die werken met partnergeweldkoppels bewust te maken van de verschillende vormen van partnergeweld en aandacht te besteden aan het leren onderscheiden van deze verschillende vormen.

Dat RNR-interventies in de meta-analyse van Travers et al. (2021) op de lange termijn geen significant effect bleken te laten zien bij partnergeweldbehandeling, indiceert dat er meer nodig is dan een focus op het verminderen van risico's. Een mooie aanvulling daarbij is bijvoorbeeld het *Good Lives Model* van Ward et al. (2007), oorspronkelijk ontwikkeld voor zedendelinquenten en al langer breder gebruikt in de forensische behandelpraktijk. Dit model richt zich niet zozeer op psychopathologie of risicofactoren maar op het ontwikkelen en bereiken van positieve levensdoelen die niet verenigbaar zijn met het criminele gedrag en daarmee de kans op recidive verkleinen. Barnao et al. (2016) pleitten voor een verandering in focus binnen de forensische psychiatrie richting een toekomstgerichte behandeling waar de persoon centraal staat en niet de psychiatrische stoornis en het delictgedrag. Er zijn geen studies gevonden die de toepassing van het Good Lives Model bij behandelingen van partnergeweld onderzoeken. Wel wint de positieve psychologie de laatste jaren aan populariteit, zowel in de samenleving als in de gezondheidszorg (Bohlmeijer et al., 2021). Mogelijk biedt het Good Lives Model nieuwe aanknopingspunten voor een effectieve behandeling van partnergeweld.

Dit onderzoek richtte zich op partnergeweld en betrof beide partners. De kinderen van deze partners zijn buiten beschouwing gelaten, maar het is belangrijk dat deze groep niet over het hoofd wordt gezien. Het is bekend dat het meemaken van partnergeweld als kind tot psychische schade kan leiden (Tierolf et al., 2014). In verschillende systematische reviews en meta-analyses komt als kind getuige zijn van huiselijk geweld naar voren als risicofactor voor geweld in de huidige partnerrelatie (Fazel et al., 2018), zowel voor slachtofferschap (Yakubovich et al., 2018) als daderschap (Clare et al., 2021; Capaldi, 2012). De risicofactor is het sterkst aanwezig als bij beide partners sprake is van een voorgeschiedenis van huiselijk geweld (Amramsky et al., 2011). Het is van belang om in verder onderzoek ook het welzijn van kinderen die getuige zijn van partnergeweld in kaart te brengen en aanbevelingen te doen voor hoe de negatieve gevolgen hiervan beperkt kunnen worden.

Conclusie

In de ambulante forensische behandelpraktijk van de Waag worden voornamelijk mannen aangemeld als “hoofdccliënt” en partners worden als nevencliënt uitgenodigd mee te komen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat deze koppels divers zijn en zich moeilijk in een hokje laten plaatsen. Wat ze met elkaar gemeen hebben, is dat de lijdensdruk groot is; er is (meestal) een veelheid aan problemen bij beide partners én beiden zijn (meestal) pleger en slachtoffer van partnergeweld. Het is belangrijk om hier in de behandeling rekening mee te houden. Het is al gebruikelijk om partners te betrekken bij een behandeling van partnergeweld, maar het heeft meerwaarde om een stap verder te gaan; door de veelheid en complexiteit aan problemen en doordat het onderscheid tussen hoofdccliënt en nevencliënt twijfelachtig genoemd kan worden, is het aan te raden om bij wederkerig partnergeweld zowel de man als de vrouw als hoofdccliënt te benaderen, de individuele problematiek van beiden in kaart te brengen én om zowel een individuele behandeling gericht op de persoonlijke problematiek als een systemische behandeling gericht op interactionele factoren te bieden.

6. Referenties

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11(1), 109.
- Abubakar, S. (2021). Evaluating Students' Performance of Social Work Department Using K-means and Two-step Cluster. *Mogadishu University Journal*, 7, 13–33.
- Afifi, T.O., MacMillan, H., Cox, B.J., Asmundson, G.J.G., Stein, M.B., & Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1398–1417.
- Ali, P.A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 16–25.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. Public Safety Canada.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5de ed.). LexisNexis.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19–52.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 126(5), 651–680.
- Arrondo, G., Osorio, A., Magallón, S., Lopez-Del Burgo, C. & Cortese, S. (2023). Attention-Deficit/hyperactivity Disorder as a Risk Factor for Being Involved in Intimate Partner Violence and Sexual Violence: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Medicine*, 24, 1–10.
- Ayub, M., Irfan, M., Nasr, T., Lutufullah, M., Kingdon, D., & Naeem, F. (2009). Psychiatric morbidity and domestic violence: a survey of married women in Lahore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 953–960.
- 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(8), 1023–1053.
- Ball, S.A., Rounsaville, B.J., Tennen, H., & Kranzler, H.R. (2001). Reliability of personality disorder symptoms and personality traits in substance-dependent inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 341–352.
- Barnao, M., Ward, T., & Robertson, P. (2016). The Good Lives Model: A new paradigm for forensic mental health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288–301.
- Bates, E.A. (2016). Current Controversies within Intimate Partner Violence: Overlooking Bidirectional Violence. *Journal of Family Violence*, 31(8), 937–940.
- Bates, E.A., Graham-Kevan, N., & Archer, J. (2014). Testing predictions from the male control theory of men's partner violence. *Aggressive Behavior*, 40(1), 42–55.
- Bell, K.M., & Orcutt, H.K. (2009). Posttraumatic Stress Disorder and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence. *JAMA*, 302(5), 562–564.
- Benassi, M., Garofalo, S., Ambrosini, F., Sant'Angelo, R.P., Raggini, R., De Paoli, G., Ravani, C., Giovagnoli, S., Orsoni, M., & Piraccini, G. (2020). Using Two-Step Cluster Analysis and Latent Class Cluster Analysis to Classify the Cognitive Heterogeneity of Cross-Diagnostic Psychiatric Inpatients. *Frontiers in Psychology*, 11, 1085.

- Beydoun, H.A., Beydoun, M.A., Kaufman, J.S., Lo, B., & Zonderman, A.B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959–975.
- Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K., & Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489–498.
- Boeschoten, M.A., Van der Aa, N., Bakker, A., Ter Heide, F.J.J., Hoofwijk, M.C., Jongedijk, R.A., Van Minnen, A., Elzinga, B.M., & Olff, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Article 1546085.
- Bohlmeijer, E., Jacobs, N., Walburg, J.A., & Westerhof G. (2021). *Handboek positieve psychologie : theorie, onderzoek en interventies. Geheel herziene editie*. Boom Uitgevers.
- Bond, S.B., & Bond, M. (2004). Attachment Styles and Violence Within Couples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 857–863.
- Bovin, M.J., Marx, B.P., Weathers, F.W., Gallagher, M.W., Rodriguez, P., Schnurr, P.P., ... & Keane, T.M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391.
- Bravo, A.J., Villarosa-Hurlocker, M.C., Pearson, M.R., & Protective Strategies Study Team. (2018). College student mental health: An evaluation of the DSM–5 self-rated Level 1 cross-cutting symptom measure. *Psychological Assessment*, 30(10), 1382–1389.
- Brown, T.A. (2023). *Elucidating the validity and utility of the ICD-11 personality disorder diagnosis: A multi-method examination* (Thesis, Doctor of Philosophy). University of Otago. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10523/16064>
- Buitelaar, N.J., Ferdinand, R.F., Posthumus, J.A., & Buitelaar, J.K. (2016). Screening for ADHD Among Offenders of Intimate Partner Violence. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(3), 256–264.
- Buitelaar, N.J., Posthumus, J.A., Bijlenga, D., & Buitelaar, J.K. (2019). The Impact of ADHD Treatment on Intimate Partner Violence in a Forensic Psychiatry Setting. *Journal of Attention Disorders*, 25(7), 1021–1031.
- Buitelaar, N.J., Posthumus, J.A., Bijlenga, D., Ferdinand, R.F. & Buitelaar, J.K. (2020). Type and Severity of Intimate Partner Violence in Offenders with and without ADHD. *International Journal of Forensic Mental Health*, 19(2), 142–151.
- Bulmer, M.G. (1979). *Principles of statistics*. Dover.
- Butters, R.P., Droubay, B.A., Seawright, J.L., Tollefson, D.R., Lundahl, B., & Whitaker, L. (2021). Intimate partner violence perpetrator treatment: Tailoring interventions to individual needs. *Clinical Social Work Journal*, 49(3), 391–404.
- Campbell, J.C. (2002). Health Consequences of Intimate Partner Violence. *The Lancet*, 359, 1331–1336.
- Capaldi, D.M., & Kim, H.K. (2007). Typological approaches to violence in couples: A critique and alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 253–265.
- Capaldi, D.M., Shortt, J.W., & Kim, H.K. (2005). A Life Span Developmental Systems Perspective on Aggression Toward a Partner. In W.M. Pinsof & J.L. Lebow (Eds.), *Family psychology: The art of the science* (pp. 141–167). Oxford University Press.
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. & Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 3(2): 231–280.

- Carbone-Lopez, K., Kruttschnitt, C., & Macmillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports*, 121(4), 382–392.
- Cavanaugh, M.M., & Gelles, R.J. (2005). The Utility of Male Domestic Violence Offender Typologies: New Directions for Research, Policy, and Practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 155–166.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2022). Huiselijk geweld; aard geweld, aanvullende informatie, regio. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84851NED>
- Chapman, H., & Gillespie, S.M. (2019). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): A review of the properties, reliability, and validity of the CTS2 as a measure of partner abuse in community and clinical samples. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 27–35.
- Choo, E.K., Benz, M., Rybarczyk, M., Broderick, K., Linden, J., Boudreaux, E.D., & Ranney, M.L. (2014). The Intersecting Roles of Violence, Gender, and Substance Use in the Emergency Department: A Research Agenda. *Academic Emergency Medicine*, 21(12), 1447–52.
- Clare, C. A., Velasquez, G., Martorell, G. M. M., Fernandez, D., Dinh, J., & Montague, A. (2021). Risk factors for male perpetration of intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 56, 101532.
- Coker, A.L., Davis, K.E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M., & Smith, P.H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260–268.
- Collison, K.L., & Lynam, D.R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102047.
- Coolidge, F.L., & Anderson, L.W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 17(2), 117–131.
- Crane, C.A., Hawes, S.W., Devine, S., & Easton, C.J. (2014). Axis I Psychopathology and the Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of clinical psychology*, 70(3), 238–247.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237–1247.
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195.
- Danielson, K.K., Moffitt, T.E., Caspi, A., & Silva, P.A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 131–133.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos Instituut.
- De Vries, G.-J., & Olff, M. (2009). The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands: Lifetime Prevalence of Traumatic Events and PTSD in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259–267.
- Debell, F., Fear, N.T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S. & Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1401–1425.
- DeJonghe, E.S., Bogat, G.A., Levendosky A.A., & Eye, A. von (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294–300.

- Desmarais, S.L., Reeves, K.A., Nicholls, T.L., Telford, R.P., & Fiebert, M.S. (2012). Prevalence of physical violence in intimate relationships, part 2: Rates of male and female perpetration. *Partner Abuse*, 3(2), 170–198.
- DeVries, K.M., Child, J.C., Bacchus, L.J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., & Heise, L. (2013). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379–391.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale IV: Checklists, norms and clinical interpretation*. New York, NY: Guilford Press.
- Doumas, D.M., Pearson, C.L., Elgin, J.E., & McKinley, L.L. (2008). Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence: the "mispairing" of partners' attachment styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5), 616–634.
- Dutton, D.G., Starzomski, A., & Ryan, L. (1996). Antecedents of abusive personality and abusive behavior in wife assaulters. *Journal of Family Violence*, 11(2), 113–132.
- Eckhardt, C.I., Murphy, C.M., Whitaker, D.J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196–231.
- Engfer, A., Walper, S., & Rutter, M. (1994). *Individual characteristics as a force in development*. In M. Rutter & D. Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* (pp. 79–111). Blackwell Scientific.
- Everitt, B.S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster Analysis (5th ed.)*. John Wiley & Sons.
- Fals-Stewart, W. (2003). The Occurrence of Partner Physical Aggression on Days of Alcohol Consumption: A Longitudinal Diary Study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 41–52.
- Fard, Z.G., Pourshahbaz, A., Anderson, J., Shakiba, S., & Mirabzadeh, A. (2022). Assessing DSM-5 Section II Personality Disorders Using the MMPI-2-RF in an Iranian Community Sample. *Assessment*, 29(4), 782–805.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191.
- Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z. & Geddes, J. R. (2018). Risk Factors for Interpersonal Violence: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *British journal of psychiatry*, 213(4), 609–614.
- Feder, L., & Wilson, D.B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1(2), 239–262.
- Feng, C., Wang, H., Lu, N., Chen, T., He, H., Lu, Y., & Tu, X.M. (2014). Log-transformation and its implications for data analysis. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26(2), 105–109.
- First, M.B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., & Spitzer, R.L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Flanagan, J. V., Overstreet, N., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220(1), 391–396.
- Foa, E.B., Cascardi, M., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 67–91.
- Formann, A.K. (1984). *Die Latent-Class-Analyse: Einführung in die Theorie und Anwendung*. Beltz.

- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., & Jan, H.R. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 143–155.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.)* Pearson.
- GGZ Standaarden (2017). *Samenvattingskaart zorgstandaard: Persoonlijkheid* [Factsheet]. Akwa GGZ.
https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/fae52bfd617097eb29b4e8ab527e51ae.pdf
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132.
- Graña, J.L., Redondo, N., Muñoz-Rivas, M.J. & Cantos, A.L. (2014). Subtypes of Batterers in Treatment: Empirical Support for a Distinction between Type I, Type II and Type III. *Public Library of Science One*, 9(10), e110651.
- Haverkamp, B.E., & Youngstrom, E.A. (2019). Using Typologies to Understand Heterogeneity in Mental Health Problems: A Systematic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(3), e12284.
- Helfrich, C., Fujiura, G., & Rutkowski-Kmitta, V. (2008). Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(4), 437–453.
- Hellmuth, J.C., Jaquier, V., Swan, S.C., & Sullivan, T.P. (2014). Elucidating Posttraumatic Stress Symptom Profiles and Their Correlates Among Women Experiencing Bidirectional Intimate Partner Violence: PTSD Symptom Profiles Among IPV-Exposed Women. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 1008–1021.
- Henry, D., Dymnicki, A.B., Mohatt, N., Allen, J., & Kelly, J.K. (2015). Clustering Methods with Qualitative Data: A Mixed Methods Approach for Prevention Research with Small Samples. *Prevention Science*, 16(7), 1007–16.
- Heyman, R.E., & Schlee, K.A. (1997). Toward a better estimate of the prevalence of partner abuse: Adjusting rates based on the sensitivity of the Conflict Tactics Scale. *Journal of Family Psychology*, 11(3), 332–338.
- Holmes, S.C., Johnson, N.L., Rojas-Ashe, E.E., Ceroni, T.L., Fedele, K.M., & Johnson, D.M. (2019). Prevalence and Predictors of Bidirectional Violence in Survivors of Intimate Partner Violence Residing at Shelters. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(16), 3492–3515.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G.L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1000–1019.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476–497.
- Hoogsteder, L.M., & Bogaerts, S. (2018). *Agressie Regulatie op Maat Klinisch Volwassenen (ARK-V)*. Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.
- Hyler, S.E., & Rieder, R.O. (1987). *PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire-Revised*. New York State Psychiatric Institute
- Johnson, M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 282–294.
- Johnson, M.P. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 12, 1003–1018.
- Kaal, H.L., Nijman, H.L.I., & Moonen, X.M.H. (2013). *Screeners voor intelligentie en licht verstandelijke beperking bij volwassenen van achttien jaar en ouder. Handleiding*. Hogrefe.

- Karakurt, G., Koç, E., Çetinsaya, E.E., Ayluğtarhan, Z., & Bolen, S. (2019). Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105, 220–230.
- Karakurt, G., Whiting, K., Van Esch, C., Bolen, S.D., & Calabrese, J.R. (2016). Couples Therapy for Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(4), 567–583.
- Keane, T.M., Marshall, A.D. & Taft, C.T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161–197.
- Keilholtz, B.M., & Spencer, C.M. (2022). Couples therapy and intimate partner violence: Considerations, assessment, and treatment modalities. *Practice Innovations*, 7(2), 124–137.
- Keller, P.S. , El-Sheikh, M., Keiley, M., & Liao, P. (2009). Longitudinal Relations Between Marital Aggression and Alcohol Problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1), 2–13.
- Kemp, A., Green, B., Hovanitz, C., & Rawlings, E. (1995). Incidence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 43–55.
- Kent, P., Jensen, R.K., & Kongsted, A. (2014). A comparison of three clustering methods for finding subgroups in MRI, SMS or clinical data: SPSS TwoStep Cluster analysis, Latent Gold and SNOB. *BMC Medical Research Methodology*, 14, 113.
- Kim, H.K., & Capaldi, D.M. (2004). The Association of Antisocial Behavior and Depressive Symptoms Between Partners and Risk for Aggression in Romantic Relationships. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 82–96.
- Kooij, J.J.S., Boonstra, A.M., Swinkels, S.H.N., Bekker, E.M., De Noord, I., & Buitelaar, J.K. (2008). Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 445–458.
- Kooij, J.J.S., & Buitelaar, J.K. (1997). *Zelf-rapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit voor volwassenheid en kindertijd*. In: J.J.S. Kooij, ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling, 3e druk. Pearson.
- Kooij, J.J.S., & Francken, M.H. (2007). *Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA) bij volwassenen*. Kenniscentrum ADHD bij volwassenen PsyQ. Online beschikbaar via www.kenniscentrumadhdbijvolwassenen.nl
- Korf, D.J., Mot, E., Meulenbeek, H., & Brandt, T. van den (1997). *Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen*. Ministerie VWS.
- Kuijpers, K.F., van der Knaap, L.M., & Winkel, F.W. (2012a). PTSD symptoms as risk factors for intimate partner violence revictimization and the mediating role of victims' violent behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 179–186.
- Kuijpers, K.F., van der Knaap, L.M., & Winkel, F.W. (2012b). Risk of Revictimization of Intimate Partner Violence: The Role of Attachment, Anger and Violent Behavior of the Victim. *Journal of Family Violence*, 27(1), 33–44.
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, Article 24794.
- Leonard, K.E., & Quigley, B.M. (2017). Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. *Drug and Alcohol Review*, 36, 7–9.
- Macy, R., Rizo, C., & Ermentrout, D. (2013). Characteristics, needs, and help seeking of partner violence victims mandated to community services by courts and child protective services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(4), 588–599.

- Magdol, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Newman, D.L., Fagan, J., & Silva, P.A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21-year-olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 68–78.
- Maiuro, R.D., Cahn, T.S., Vitaliano, P.P., Wagner, B.C., & Zegree, J.B. (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 17–23.
- Matos, M., & Gonçalves, M. (2019). Sleep and women intimate partner victimization: prevalence, effects and good practices in health care settings. *Sleep Science*, 12(1), 35–42.
- McGinn, T., McColgan, M., & Taylor, B. (2020). Male IPV perpetrator's perspectives on intervention and change: A systematic synthesis of qualitative studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(1), 97–112.
- McLeod, J.D. (2014). *Typologies of patients in mental health services*. In R.C. Cautin & S.O. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1-5). John Wiley & Sons.
- Miller, S.L., & Meloy, M.L. (2006). Women's Use of Force: Voices of Women Arrested for Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12(1), 89–115.
- Mooi, E.A., & Sarstedt, M. (2011). *A Concise Guide to Market Research: The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics*. Springer.
- Moore, T.M., Stuart, G.L., Meehan, J.C., Rhatigan, D.L., Hellmuth, J.C., & Keen S.M. (2008). Drug Abuse and Aggression Between Intimate Partners: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247–274.
- Murphy, C.M., & Ting, L. (2010). The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data. *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 325–333.
- Muscari, M. E. (2012). *PTSD*. New York: DemosHealth.
- Nadda, A., Singh Malik, J., Bhardwaj, A.A., Ali Khan, Z., Arora, V., Gupta, S., & Nagar, M. (2019). Reciprocate and nonreciprocate spousal violence: A cross-sectional study in Haryana, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1), 120–124.
- Narrow, W.E., Clarke, D.E., Kuramoto, S.J., Kraemer, H.C., Kupfer, D.J., Greiner, L., & Regier, D.A. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 71–82.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij Kinderen en Volwassenen*. NVP.
- Neilson, E.C., Gulati, N.K., Stappenbeck, C.A., George, W.H., & Davis, K.C. (2023). Emotion regulation and intimate partner violence perpetration in undergraduate samples: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 576–596.
- Nunnally, J., & Bernstein, L. (1994). *Psychometric Theory*. MacGraw-Hill Higher, Inc.
- Oğuztüzün, Ç., Koyutürk, M., & Karakurt, G. (2023). Systematic Investigation of Meta-Analysis Data on Treatment Effectiveness for Physical, Psychological, and Sexual Intimate Partner Violence Perpetration. *Psychosocial Intervention*, 32(2), 59–68.
- Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Grant, B.F., Lin, K.-H., & Blanco, C. (2011). Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey. *Psychiatric services*, 62(8), 959–62.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B.P.R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204.
- Oram, S., Trevillion, K., & Howard, L.M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94–99.

- Ouwensloot, G., Van den Brink, W., Diekstra, R.F.W., & Hoogduin, C.A.L. (1994). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Een evaluatie van Nederlandstalig instrumentarium. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 558–570.
- Pederson, K.M., Toman, E.L., & Miller, H.A. (2022). The relationship between mental health, risk, and community supervision outcomes. *Journal of Criminal Justice*, 82, 101985.
- Pico-Alfonso, M.A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577–588.
- Pu, D.F., Rodriguez, C.M., & Dimperio, M.D. (2022). Factors Distinguishing Reciprocal Versus Nonreciprocal Intimate Partner Violence Across Time and Reporter. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15–16), 088626052110014.
- Riggs, D.S., Caulfield, M.B., & Street, A.E. (2000). Risk for Domestic Violence: Factors Associated with Perpetration and Victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289–1316.
- Rizo, C.F., Givens, A., & Lombardi, B. (2017). A systematic review of coping among heterosexual female IPV survivors in the United States with a focus on the conceptualization and measurement of coping. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 35–50.
- Rogerson, P.A. (2019). *Statistical methods for geography: a student's guide* (5 ed.). Sage Publications Limited.
- Scheepers, F. (2019). *Mensen zijn ingewikkeld*. De Arbeiderspers.
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L.A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763–1768.
- Schwab-Reese, L.M., Peek-Asa, C., & Parker, E. (2016). Associations of financial stressors and physical intimate partner violence perpetration. *Injury Epidemiology*, 3, 6.
- Scott, K.L., & Jenney, A. (2023). Safe not soft: trauma- and violence-informed practice with perpetrators as a means of increasing safety. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(7–8), 1088–1107.
- Scott, L.N., Levy, K.N., & Pincus, A.L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 258–280.
- Shorey, R.C., Fite, P.J., Menon, S.V., Cohen, J.R., Stuart, G.L., & Temple, J.R. (2021). The Association Between PTSD Symptoms and IPV Perpetration Across 6 Years. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9–10), NP5340–NP5361.
- Shorey, R.C., Zucosky, H., Brasfield, H., Febres, J., Cornelius, T.L., Sage, C., & Stuart, G.L. (2012). Dating violence prevention programming: Directions for future interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 289–296.
- Sijbrandij, M., Jonker, I.E., & Wolf, J.R.J.M. (2008). *Clientprofielen van vrouwen met geweldservaringen in de vrouwenopvang. Rapport in opdracht van ZonMw*. UMC St. Radboud.
- Simpson, L.E., & Christensen, A. (2005). Spousal agreement regarding relationship aggression on the Conflict Tactics Scale-2. *Psychological Assessment*, 17(4), 423–432.
- Smith, K.Z., Smith, P.H., Violanti, J.M., Bartone, P.T., & Homish, G.G. (2015). Posttraumatic stress disorder symptom clusters and perpetration of intimate partner violence: Findings from a U.S. nationally representative sample. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 469–474.
- Spencer, C.M., Keilholtz, B.M., & Stith, S.M. (2021). The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Family Process*, 60(2), 270–284.

- Spencer, C.M., Mallory, A.B., Cafferky, B.M., Kimmes, J.G., Beck, A.R., & Stith, S.M. (2019a). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 9(1), 1–17.
- Spencer, C.M., Stith, S.M., & Cafferky, B. (2019b). Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 8–17.
- Steele, C.M., Wymbs, B.T., & Capps, R.E. (2022). Birds of a Feather: An Examination of ADHD Symptoms and Associated Concerns in Partners of Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(2), 296–306.
- Straus, M.A., & Douglas, E.M. (2004). A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19(5), 507–20.
- 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(3), 283–316.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., & Warren, W.L. (2003). *The Conflict Tactics Scale Handbook. Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). CTS: Parent-Child Version (CTSPC)*. Western Psychological Services.
- Stuart, G.L., Moore, T.M., Kahler, C.W., & Ramsey, S.E. (2003). Substance abuse and relationship violence among men court-referred to batterers' intervention programs. *Substance Abuse*, 24(2), 107–122.
- Stuart, G.L., Moore, T.M., Gordon, K.C., Ramsey, S.E., & Kahler, C.W. (2006). Psychopathology in Women Arrested for Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(3), 376–389.
- Stuart, G.L., O'Farrell, T.J., & Temple, J.R. (2009). Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use & Misuse*, 44(9-10), 1298–1317.
- Swan, S.C., & Snow, D.L. (2002). A Typology of Women's Use of Violence in Intimate Relationships. *Violence Against Women*, 8(3), 286–319.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5 ed. Vol. 5). Pearson Education.
- Taft, C.T., Watkins, L.E., Stafford, J., Street, A.E., & Monson, C.M. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and Intimate Relationship Problems: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 22–33.
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A.I., & De Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22, 275–285.
- Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & De Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: A study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16, Article 249.
- Tiberio, S. S. & Capaldi, D. M. (2019). Couples' affect dynamics: Associations with trait hostility and physical intimate partner violence. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1715–1727.
- Tierolf, B., Lünemann, K., & Steketee, M. (2014). *Doorbreken geweldspatroon vraagt gespecialiseerde hulp: Onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4*. Verwey-Jonker Instituut.
- Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years research. *Psychological Bulletin*, 132, 959–992.
- Travers, Á., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C., & Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 84, 101974.

- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L.M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 7(12), e51740.
- Ulloa, E.C., & Hammett, J.F. (2016). The Effect of Gender and Perpetrator–Victim Role on Mental Health Outcomes and Risk Behaviors Associated With Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(7), 1184–1207.
- Vaeth, P.A.C., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010). Depression among couples in the United States in the context of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(5), 771–790.
- Van den End, A., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Aarts, I., Snoek, A., Blankers, M., Vriend, C., Van den Heuvel, O.A., & Thomaes, K. (2021). Clinical Efficacy and Cost-Effectiveness of Imagery Rescripting Only Compared to Imagery Rescripting and Schema Therapy in Adult Patients With PTSD and Comorbid Cluster C Personality Disorder: Study Design of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 633614.
- Van der Veen, H.C.J., & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland. Overkoepelend synthesesrapport van het vangst-, hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010*. Boom Juridische Uitgevers.
- Van Dijk, T., Veen, M., & Cox, E. (2010). *Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Intomart.
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren, theorie en praktijk*. Amsterdam, Boom uitgevers.
- Van Kampen, D. (2015). *5DPT Vijf-dimensionale Persoonlijkheidstest*. Boom Test Uitgevers.
- Van Oosten, N., Visser, A., Hazebroek, L. & Daru, S. (2015). "Wat werkt bij partnergeweld". Movisie, 2015.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2021). *Factsheet Intiem Terreur*. VNG.
- Verwijs, L.K., & Lünemann, K. (2012). *Partnergeweld: achtergrond en risicofactoren*. Verwey-Jonker Instituut.
- Visee, H.C., & Homburg, G.H.J. (2010). *Verzuimkosten werkgevers ten gevolge van huiselijk geweld*. Regioplan beleidsonderzoek.
- Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87–107.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Weiss, N.H., Dixon-Gordon, K.L., Peasant, C., Jaquier, V., Johnson, C., & Sullivan, T.P. (2017). A latent profile analysis of intimate partner victimization and aggression and examination of between-class differences in psychopathology symptoms and risky behaviors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(3), 370–378.
- Whitaker, D.J., Haileyesus, T., Swahn, M., & Saltzman, L.S. (2007). Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *American Journal of Public Health*, 97(5), 941–947.
- White, S.J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C.M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2023). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 15248380231155529. Advance online publication.

- Wits, E.G., Knibbe, R.A., Verveen, J., & Meulders, W. (2003). *Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg*. Instituut Voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Wortmann, J.H., Jordan, A.H., Weathers, F.W., Resick, P.A., Dondanville, K.A., Hall-Clark, B., Foa, E.B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J., Hembree, E.A., Mintz, J., Peterson, A.L., & Litz, B.T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28, 1392–1403.
- Wymbs, B.T., Dawson, A.E., Suhr, J.A., Bunford, N., & Gidycz, C.A. (2017). ADHD Symptoms as Risk Factors for Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 659–681.
- Wymbs, B.T., Dawson, A.E., Egan, T.E., & Sacchetti, G.M. (2019). Rates of Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization Among Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 949–958.
- Wymbs, B.T., & Molina, B.S.G. (2015). Integrative couples group treatment for emerging adults with ADHD symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 161–171.
- Yakubovich, A.R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G.J., Steinert, J.I., Glavin, C.E.Y., & Humphreys, D.K. (2018). Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-Analyses of Prospective-Longitudinal Studies. *American Journal of Public Health*, 108(7), e1–e11.
- Zwirs, B., Verhulst, F., Jaddoe, V., Hofman, A., Mackenbach, J., & Tiemeier, H. (2012). Partner Similarity for Self-Reported Antisocial Behaviour Among Married, Cohabiting and Dating Couples: The Generation R Study. *Psychology, Crime & Law*, 18(4), 335–349.