



FAM

Vivienne de Vogel

Michiel de Vries Robbé

Willemijn van Kalmthout

Caroline Place

Female Additional Manual

Een aanvulling op de HCR-20^{V3} voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen

FAM

**Een aanvulling op de HCR-20^{V3} voor het inschatten
van gewelddadig gedrag bij vrouwen**

Voor het bestellen van de FAM en informatie over trainingen:

www.gewelddadigevrouwen.nl

Voor inhoudelijke informatie kunt u contact opnemen met de volgende twee auteurs:

Vivienne de Vogel / Michiel de Vries Robbé

Van der Hoeven Kliniek

Postbus 174

3500 AD Utrecht

Telefoon: 030-2758275

vdevogel@hoevenkliniek.nl

mdevriesrobbe@hoevenkliniek.nl

Copyright © 2015 Van der Hoeven Kliniek onderdeel van De Forensische
Zorgspecialisten

Omslagontwerp: Idefix Vormgeving & Communicatie, Ossendrecht.

Opmaak: www.studiosnh.nl

ISBN: 978-90-79649-32-7

FAM

Female Additional Manual

Een aanvulling op de HCR-20^{V3} voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen

Vivienne de Vogel

Michiel de Vries Robbé

Willemijn van Kalmthout

Caroline Place

Inhoudsopgave

Voorwoord van de auteurs	6
Voorwoord	8
Inleiding	13
Deel I Achtergrond	15
Risicotaxatie volgens het gestructureerd professioneel oordeel	15
Gewelddadig gedrag door vrouwen	16
Risicotaxatie van geweld bij vrouwen	21
Toepassing van risicotaxatie-instrumenten bij vrouwen	22
Beschermende factoren bij vrouwen	26
Gender-responsieve behandeling	28
De noodzaak van een gender-sensitief instrument	28
Deel II De FAM	31
Ontwikkeling	34
Doelstelling	36
Definitie van gewelddadig gedrag	36
Toepassing	37
Eisen aan de beoordelaar	38
Scoreprocedure	38
Onderzoek	44
Beperkingen	46
Definitie van de risicofactoren	49
Historische items	51
H7 Persoonlijkheidsstoornis aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 ^{v3}	54
H8 Traumatische ervaringen aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 ^{v3}	59
H11 Prostitutie	62
H12 Problemen met opvoeden	64
H13 Zwangerschap op jonge leeftijd	66
H14 Suïcidaliteit / automutilatie	68

Klinische items	71
C6 Heimelijk / manipulatief gedrag	73
C7 Laag zelfbeeld	76
Risicohanterings items	79
R6 Problemen omtrent zorg voor kinderen	81
R7 Problematische intieme relatie	84
Codeerblad	
Codeerschema FAM	87
Codeerblad Female Additional Manual (FAM)	88
Referenties	91
Bijlagen	111
Bijlage 1: Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 ^{V3} items in de FAM	112
Bijlage 2: Specifieke risicofactoren voor vrouwen in aanvulling op de HCR-20 ^{V3}	114

Voorwoord van de auteurs

Dit is de *Female Additional Manual* (FAM), een aanvulling op de HCR-20^{V3} voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen die eerder dergelijk gedrag hebben vertoond. Uit de literatuur blijkt dat risicofactoren voor geweld bij vrouwen veelal verschillen van risicofactoren bij mannen. Deskundigen uit de klinische praktijk herkennen deze verschillen en geven aan behoefte te hebben aan meer specifieke richtlijnen voor risicotaxatie bij vrouwen (zie ook Adams, 2002).

In 2007 is het idee ontstaan om een aanvullend gender-sensitief risicotaxatie-instrument te ontwikkelen en deze vervolgens te onderzoeken op de waarde en bruikbaarheid voor vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten. De internationaal veelgebruikte HCR-20 is hierbij als basis genomen omdat we menen dat ondanks dat het instrument als geheel onvoldoende voorspellende waarde voor gewelddadig gedrag door vrouwen heeft (Schaap, Lammers, & De Vogel, 2009; De Vogel & De Ruiter, 2005), het merendeel van de HCR-20 / HCR-20^{V3} items voor vrouwen wel degelijk van belang is. De auteurs van de originele HCR-20 / HCR-20^{V3} zijn bekend met - en ondersteunen de ontwikkeling van de FAM.

De FAM is van origine ontwikkeld als een aanvullende handleiding op de HCR-20 voor het inschatten van geweld bij vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten. Met het verschijnen en in gebruik nemen van de nieuwe versie van de HCR-20 (de HCR-20^{V3}) in 2013 was een aantal aanpassingen in de FAM nodig. De HCR-20^{V3} is in april 2013 gepubliceerd in het Engels (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013). De Nederlandse vertaling is in oktober 2013 uitgebracht (De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013a, b). Twee van de FAM auteurs (Vivienne de Vogel en Michiel de Vries Robbé) zijn betrokken geweest bij een tweetal pilot projecten naar de HCR-20^{V3} (zie De Vogel, Van den Broek, & De Vries Robbé, 2014) en tevens bij de Nederlandse vertaling. De auteurs van de FAM waren dus op de hoogte van de (concept) versie van de HCR-20^{V3} toen ze de FAM ontwikkelden en hebben hier tot op zekere hoogte rekening mee gehouden. Met enkele aanpassingen kon de FAM ook gebruikt worden als aanvulling op de HCR-20^{V3}. De huidige handleiding is echter volledig aangepast voor gebruik met de HCR-20^{V3}. Verder is in de huidige handleiding nieuwe resultaten uit het lopende multicenter onderzoek (zie De Vogel, Stam, Bouman, Ter Horst, & Lancel, 2014a, b) en wat meer informatie over geweld naar kinderen opgenomen. Er zijn geen essentiële wijzigingen in de items aangebracht. We verwijzen graag naar de

website voor updates en meest actuele kennis: www.gewelddadigevrouwen.nl of www.violencebywomen.com. Er bestaat tevens een Engelstalige versie van de FAM in aanvulling op de HCR-20 en op de HCR-20^{V3}. Daarnaast zijn er diverse andere vertalingen gepubliceerd (Fins, Frans) of in voorbereiding (Italiaans, Deens, Zweeds, Spaans). Deze versies zijn allen geschikt zowel als aanvulling op de HCR-20 en op de HCR-20^{V3}. In Nederland wordt de HKT-30 / HKT-R ook regelmatig gebruikt voor de risicotaxatie van gewelddadig gedrag. In 2015 zal in samenwerking met HKT-R mede-auteur Paul Ter Horst een versie van de FAM worden ontwikkeld die specifiek als aanvulling op de HKT-R kan worden gebruikt.

Het doel dat wij voor ogen hebben met de FAM is het bieden van een meer accurate risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij vrouwen in de forensische psychiatrie, maar mogelijk ook in de algemene psychiatrie of bij vrouwen in detentie. We hopen dat het instrument waardevol is voor de dagelijkse praktijk, dat wil zeggen, verbeteringen geeft voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen en concrete aanknopingspunten biedt voor risicomangement. De FAM is *work in progress*; er is nog weinig evidentie voor de voorspellende waarde van (de factoren in) dit instrument voor herhaald gewelddadig gedrag bij vrouwen en onderzoek hiernaar is dan ook zeer wenselijk. Ondanks dat de FAM nog in ontwikkeling is en het daardoor met voorzichtigheid dient te worden geïnterpreteerd, zien we de combinatie van de HCR-20^{V3} met de FAM als *best practice* en is er naar onze mening momenteel geen geschikt alternatief voorhanden voor het inschatten van toekomstig gewelddadig gedrag bij volwassen vrouwen.

We willen alle deskundigen uit de Van der Hoeven Kliniek die een bijdrage hebben geleverd aan de FAM hartelijk bedanken. Jeantine Stam heeft met haar onderzoek naar de Research versie van de FAM een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de FAM en meer recentelijk aan de multicenter studie. Daarnaast danken we Marijke Louppen hartelijk voor haar betrokkenheid en werk in het prospectieve onderzoek naar de FAM.

Tot slot staan we open voor iedereen die opmerkingen, commentaar of ideeën heeft aangaande de FAM of het onderwerp (risicotaxatie van) geweld bij vrouwen omdat dit kan bijdragen aan verfijning van gender-sensitieve risicotaxatie en de verdere ontwikkeling van de FAM.

Vivienne de Vogel, Michiel de Vries Robbé, Willemijn van Kalmthout en Caroline Place, december 2014

Voorwoord

It is a considerable honour and a pleasure to be invited to write a preface for the Female Additional Manual (FAM). Although it has long been passionately discussed in the literature (Correctional Service of Canada, 1990; Corston, 2007), few concrete advances have been achieved to address concerns that the assessment, classification, management, and treatment of women offenders require gender-informed approaches. Increasingly, a light has been shone on the urgent need to include women in research samples and disaggregate data whenever possible (e.g., Canadian Institutes of Health Research, 2011). It is evident such efforts have had some success as the literature on female offending is burgeoning (Blanchette & Brown, 2006; Gendreau, Little, & Goggin, 1996; Zaplin, 2008) but those findings have been slow to be translated in advances in clinical practice. In particular, there has been considerable debate with regard to the extent to which clinicians working with women can comfortably rely on currently available risk assessment measures, ostensibly constructed with men in mind (Garcia-Mansilla, Rosenfeld, & Nicholls, 2009). Yet, with the exception of the Early Assessment Risk List for Girls (see Augimeri, Enebrink, Walsh, & Jiang, 2010), measures developed from the outset to inform evaluations with female populations at risk for violence are nonexistent.

The lack of empirically validated woman-centered practices in the violence risk assessment and risk management field largely reflects the fact that female violence is widely acknowledged to be a problem of a much smaller magnitude than that of male violence. As De Vogel and her co-authors remind us, on the whole, the data unequivocally support this conclusion. Gender is regarded as one of the best predictors of violent and criminal behaviour (Monahan et al., 2001). Worldwide, women represent a small proportion of individuals who perpetrate violence and as such they are found in much smaller numbers within offender and institutionalized populations of relevance to violence risk assessments (e.g., ~10% of inpatient forensic hospitals). The gender disparity in incarceration rates is particularly large for violent crimes. For instance, in the United Kingdom, the total prison population is comprised of 6.1% women, 17% of whom were incarcerated for violent offences (Home Office, 2003), these proportions are highly consistent with other Western nations (Nicholls, Greaves, & Moretti, 2008).

Acknowledging that men are by far the predominant perpetrators of violence and offending does not, however, overshadow the relevance and necessity of evidence-informed practice in the assessment of women's risk for violence.

The number of women who are the focus of violence risk assessments is not insubstantial, particularly if one considers the diverse populations and settings in which risk for violence is considered (jails, prisons, forensic and civil psychiatric inpatient and community settings) (e.g., women represent ~40% of civil psychiatric inpatients). It has been widely acknowledged that violence risk assessments are a well-entrenched aspect of mental health law and firmly rooted in the responsibilities of diverse mental health professionals and allied disciplines. There is little question that these assessments invariably have significant ramifications, regardless the gender of the individual being assessed (see Melton, Petrila, Poythress, & Slobogin, 2007).

In addition to the wide-ranging demand for violence risk evaluations, as the authors of the FAM demonstrate, research reveals ever-increasing numbers of girls and women being charged and incarcerated for criminal offences. Data across international borders suggests the growth rate in the number of individuals in prisons and jails is substantially higher among women than among men (Nicholls et al., 2008). For instance, the proportion of Canadian women charged with criminal offences has increased steadily over the past three decades, up from 15% in 1979 to 21% in 2009 (Hotton-Mahony, 2011). These increases in female offending tend to be relatively small once population growth is taken into account but it is noteworthy that they often are seen in parallel with decreasing rates of male offending (e.g., Federal Bureau of Investigation [FBI], 2005).

As the number of women in conflict with the law has continued to rise there has been an increasingly urgent call from decision makers (Auditor General of Canada, 2003), and academics alike (Hannah-Moffat, 2004; Webster & Doob, 2004) to avoid what some consider systematic bias against minority groups (women as well as ethnic minorities) in violence risk assessments. Many have been calling for a 'woman-wise' agenda for decades (Carlen, 1985; see Heilbrun et al., 2008). As De Vogel and her colleagues demonstrate so clearly in the FAM, there likely is considerable overlap in the variables of relevance to risk assessments with men and women; hence the value of the FAM as an 'add on' to the existing HCR-20 violence risk assessment scheme (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997). However, they remind us that not only does the rate of women's offending differ dramatically from that of men, in many ways the form and function of women's violence is unique (Nicholls et al., 2008). This suggests that the outcome criterion of interest may differ in meaningful ways when assessing violence risk in men versus women. Women tend to be arrested for different offences than men (embezzlement, prostitution; FBI, 2005, 2006). In fact, some

crimes are virtually unique to women (neonaticide) or men (uxoricide) or at least the rate of offending is drastically differentiated by the sex of the perpetrator. For instance, sexual offending (4-5% are women, Cortoni & Hanson, 2005), stalking (15-20% are women, Meloy & Boyd, 2003) and familicide (95% of perpetrators are male, Wilson, Daly, & Daniele, 1995) are predominantly perpetrated by one gender or the other. In contrast, other forms of violence are more evenly distributed across the sexes (e.g., child abuse, partner abuse, Archer, 2000; Hamel & Nicholls, 2007). In addition, women's violence most often is less chronic and on average their offences are predominantly of a minor nature when compared to their male counterparts (Nicholls et al., 2008).

When they are involved in violence, the victims of women's offences and the circumstances of their offending often also differ from that of men (Hotton-Mahony, 2011; Monahan et al., 2001; Morash, Bynum, & Koons, 1998). Although recent research suggests that perhaps women's changing societal roles and socialization may be decreasing these differences (Weizmann-Henelius, 2006). Unlike men, women do not generally commit crimes in pairs or in groups, they are less likely to use weapons, and these differences translate into lower out of pocket expenses and fewer injuries for their victims (e.g., Greenfield & Snell, 1999; Kruttschnitt, Gartner, & Ferraro, 2002). Commentators also contend that the motivations that drive the timing and nature of women's offending often are unique from that of men (Zaplin, 2008). In sum, the context (Triplett & Myers, 1995) or 'gestalt' of offences varies by the sex of the perpetrator and these discrepancies are asserted to increase as the severity of the offence increases (Daly, 1994; Zaplin, 2008).

As the FAM authors articulate, men and women do share many risk factors, but even then gender differences often are evident suggesting these variables may carry differential significance (Nicholls et al., 2008). Women tend to present with more severely dysfunctional backgrounds reflected in exceptional service needs even compared to male offenders who also present with high rates of disadvantage and victimization histories (e.g., disproportionately high rates of sexual and physical abuse, mental illness, drug abuse, adulthood victimization) (Abram, Teplin, & McClelland, 2003; Browne, Miller, & Maguin, 1999; Morash et al., 1998; Teplin, Abram, McClelland, 1996). There also is substantial evidence to support a consideration of feminine-specific risk factors that may have a causal relationship with girls' and women's entries into aggressive and antisocial behaviour. The research suggests that different pathways may bring men and women into contact with the justice system (Holtfreter & Cupp, 2007; Salisbury

& Van Voorhis, 2009) or that the threshold for the risk of antisocial behavior may be met earlier on in boys than in girls (Moffit & Caspi, 2001). For these reasons, additional variables or differing criteria may be required to inform violence assessments as well as prevention and intervention planning to ensure successful recovery in females. Finally, there is a measure to support such efforts.

Van Voorhis and Presser (2001) completed interviews with representatives of 50 US state correctional agencies and the Federal Bureau of Prisons (Feb to May, 2000) and found that a resounding 92% of respondents asserted that women have unique needs that should be addressed in correctional settings. Yet, Hardyman and Van Voorhis (2004) demonstrated that many agencies still rely on gender-neutral assessments for women. The absence of a validated gender-informed risk assessment model has had unknown but potentially dramatic implications for our efforts to successfully prevent and treat women's crime and violence. As I noted, many clinicians, academics, and decision-makers have decried the absence of 'woman-centered' services (Pollack, 2005) but experts caution that there is an absence of a strong empirical basis to support novel 'gendered' approaches (Heilbrun et al., 2008; Zaplin, 2008; though see Van Voorhis, Salisbury, Wright, & Bauman, 2008). The FAM authors' cautious recommendations in the FAM and its intended use in concert with the HCR-20 therefore represents a very welcome measured and responsible approach to introducing a gendered risk assessment measure to the field.

Despite forty years of progress, a critical limitation in the violence risk assessment field to date has been the failure to integrate our knowledge of the unique offending trajectories and profile of women offenders into risk assessment and risk management research and clinical practice in a systematic way. There also remains a pressing need to test the implications of efforts to optimize predictive accuracy (i.e., do female specific risk items add incremental validity over established risk items). The FAM is one in a long series of exceptional contributions from De Vogel and her colleagues at the Van der Hoeven Kliniek. This manual represents a pioneering effort to advance forensic mental health services. It simultaneously opens up new opportunities for research, potentially presents an innovation over existing assessment approaches, and provides possible avenues for improving clinical outcomes with at risk women.

Tonia L. Nicholls, PhD

University of British Columbia / BC Mental Health and Addiction Services

January 2012

Inleiding

Ondanks dat vrouwen slechts een minderheid vormen binnen het penitentiaire systeem en in de forensische psychiatrie (in 2010 respectievelijk 6,3% en 7% verblijvend en 8% en 10,6% instroom; DJI, 2011), lijkt gewelddadig gedrag door vrouwen de laatste jaren toe te nemen, met name onder meisjes en jonge vrouwen. Daarnaast zijn er typen gewelddadig gedrag die net zo vaak voorkomen bij vrouwen als mannen, zoals partnergeweld en geweld binnen psychiatrische instellingen (zie verder *Gewelddadig gedrag door vrouwen*). De vraag is echter of de huidige theoretische en empirische kennis over geweld door mannen en de inschatting van herhaald risico hiervan wel voldoende valide en van toepassing is voor vrouwen. Onderzoek heeft aangetoond dat voor vrouwen andere risicofactoren van belang zijn dan voor mannen en dat de huidige risicotaxatie-instrumenten voor gewelddadig gedrag onvoldoende voorspellende waarde hebben voor vrouwen (zie verder *Risicotaxatie van geweld bij vrouwen*).

In 2007 is in de Van der Hoeven Kliniek de wens ontstaan om een gender-sensitief risicotaxatie-instrument te ontwikkelen. De Van der Hoeven Kliniek is een forensisch psychiatrisch centrum in Utrecht waar naast mannen ook vrouwen - hoofdzakelijk met een tbs-titel - worden opgenomen (zie voor meer informatie www.hoevenkliniek.nl of Van Binsbergen, Keune, Gerrits, & Wiertsema, 2007). Binnen deze instelling is eerder vergelijkend onderzoek gedaan naar de waarde van het - zowel in Nederland als internationaal - veelgebruikte risicotaxatie-instrument voor gewelddadig gedrag, de *Historical Clinical Risk management-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) en van de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003) bij vrouwelijke en mannelijke patiënten. Uit dit onderzoek bleek dat beide instrumenten goede predictieve validiteit hadden voor gewelddadige recidive voor mannen, maar onvoldoende voorspellen voor vrouwen (De Vogel & De Ruiter, 2005). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met internationaal onderzoek waarin ambigue resultaten naar voren komen (zie bijvoorbeeld Garcia-Mansilla, Rosenfeld, & Nicholls, 2009, McKeown, 2010). Meer recentelijk werden echter juist grotere effectgrootten voor de HCR-20 gevonden in populaties met grotere aantallen vrouwen (O'Shea, Mitchell, Picchioni, & Dickens, 2013). Op basis van de ambigue onderzoeksresultaten en de vraag van behandelaars naar meer specifieke kennis over vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten is besloten om een instrument voor meer gender-sensitieve risicotaxatie te ontwikkelen. Hierbij is de HCR-20 als uitgangspunt genomen omdat aangenomen wordt dat - ondanks dat de voorspellende

waarde als geheel onvoldoende is voor vrouwen - de meeste items in de HCR-20 toepasbaar zijn voor vrouwen (zie ook Guy & Douglas, 2006) en omdat we zoveel mogelijk willen aansluiten bij de (inter)nationaal gangbare praktijk. Het resultaat is een aanvullende handleiding behorende bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag door volwassen vrouwen die eerder dergelijk gedrag hebben vertoond: de *Female Additional Manual* (FAM). In 2013 is de revisie van de HCR-20 gepubliceerd; de *Historical, Clinical, Risk Management Version 3* (HCR-20^{V3}; Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013) en de Nederlandse vertaling hiervan (De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013a, b). De FAM was in eerste instantie ontwikkeld als een aanvulling op de HCR-20, maar de huidige handleiding is volledig aangepast voor gebruik met de HCR-20^{V3}. In Nederland wordt in meerdere forensische instellingen de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003) of de revisie, de HKT-R (Spreen, Brand, Ter Horst, & Bogaerts, 2014) gebruikt. Ondanks dat de FAM in eerste instantie ontwikkeld is als aanvulling op de HCR-20 kan de FAM ook als aanvulling op de HKT-30 of HKT-R worden gebruikt (zie Bijlage 1 en 2). In 2015 zal een aangepaste versie van de FAM verschijnen specifiek als aanvulling op de HKT-R.

In Deel I *Achtergrond* zal als eerste kort worden ingegaan op de methode van risicotaxatie volgens het gestructureerd professioneel oordeel (*Structured Professional Judgment*, SPJ), waarna de literatuur zal worden samengevat over geweld door vrouwen, risico- en beschermende factoren voor gewelddadig gedrag door vrouwen, toepassing van huidige risicotaxatie-instrumenten bij vrouwen en gender-responsieve behandeling voor vrouwen. De vraag die in dit literatuuroverzicht centraal staat is waarom een specifiek risicotaxatie-instrument voor vrouwen nodig of gewenst is. In Deel II *De FAM* wordt de ontwikkeling en codeerprocedure van de FAM beschreven en worden de voor vrouwen specifieke risicofactoren en aanvullende richtlijnen bij twee HCR-20^{V3} items in de FAM besproken.

Deel I Achtergrond

Risicotaxatie volgens het gestructureerd professioneel oordeel

De FAM biedt – net als de HCR-20^{V3} – richtlijnen voor risicotaxatie van geweld volgens de methode van het gestructureerd professioneel oordeel. Halverwege de jaren negentig heeft een groep onderzoekers uit Canada het model van het gestructureerd professioneel oordeel (*Structured Professional Judgment*, SPJ) ontwikkeld met als doel de afstand te overbruggen tussen de klinische praktijk en statistische, empirische kennis. Bij het gestructureerd professioneel oordeel wordt de risicotaxatie uitgevoerd door een deskundige met behulp van een checklist. Deze checklist bevat zowel statische als dynamische risicofactoren waarvan empirisch onderzoek heeft aangetoond dat ze met geweld samenhangen. De essentie van deze methode is dat de deskundige niet alleen de factoren scoort en bij elkaar optelt – zoals bij de actuariële methode het geval is – om tot een conclusie over het risico te komen, maar daarnaast zijn/haar kennis en ervaring gebruikt om de factoren te interpreteren, integreren, combineren en wegen.

De HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig delictgedrag is de meest bekende checklist volgens het gestructureerd professioneel oordeel. Onderzoek met diverse (forensisch) psychiatrische steekproeven in verschillende landen heeft aangetoond dat de HCR-20 een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit heeft (zie voor een uitgebreide samenvatting van onderzoeksresultaten met de HCR-20: Douglas, Guy, & Weir, 2006; Douglas & Reeves, 2010, www.hcr-20.com). De voor Nederland bewerkte versie van de HCR-20 (Philipse, De Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000) is geïmplementeerd in meerdere forensisch psychiatrische instellingen in Nederland. In de Van der Hoeven Kliniek is promotie-onderzoek verricht naar de HCR-20 en de waarde van het gestructureerd professioneel oordeel in de Nederlandse forensische klinische praktijk. De methode van het gestructureerd professioneel oordeel - het kritisch beschouwen, integreren, wegen en bediscussiëren van risicofactoren en op basis daarvan tot een eindoordeel komen - bleek effectief. De HCR-20 had voor mannelijke tbs-patiënten een goede betrouwbaarheid en predictieve validiteit voor gewelddadige incidenten tijdens de behandeling en voor gewelddadige recidive na behandeling en voorspelde het risico van geweld significant beter dan de ongestructureerd klinische inschatting (De Vogel, 2005, zie ook De Vogel, Van den Broek, & De Vries Robbé, 2014). Ook voor het specifiek voor de Nederlandse situatie ontworpen instrument volgens het gestructureerd professioneel oordeel de HKT-30, werd een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en

voorspellende waarde gevonden (Canton, 2004; Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005). In 2013 is een nieuwe versie van de HCR-20, de HCR-20^{v3}; (Douglas et al., 2013) uitgebracht, evenals de Nederlandse vertaling (De Vogel et al., 2013a) welke direct werd geïmplementeerd in de Van der Hoeven Kliniek. Twee recent ontwikkelde SPJ instrumenten zijn hier vermeldenswaardig omdat ze van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van de FAM: de *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007, 2012) en de *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004). De SAPROF is een instrument voor de inschatting van beschermende factoren welke in combinatie met een SPJ risicotaxatie-instrument zoals de HCR-20 / HCR-20^{v3} of HKT-30 / HKT-R gebruikt dient te worden. Dit instrument wordt sinds 2007 standaard gebruikt in de Van der Hoeven Kliniek en de resultaten wat betreft de betrouwbaarheid en predictieve validiteit zijn goed (zie De Vries Robbé, 2014). De START is een instrument voor korte-termijn beoordeling van risico's en behandelbaarheid dat volledig bestaat uit dynamische factoren. Hierbij wordt niet alleen het risico van gewelddadig gedrag naar anderen ingeschat, maar ook andere risico's, zoals zelfbeschadigend gedrag, ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik en victimisatie.

Gewelddadig gedrag door vrouwen

Prevalentie van gewelddadig gedrag

Vrouwen plegen minder gewelddadige delicten dan mannen en 'man zijn' is dan ook één van de beste voorspellers van gewelddadig en crimineel gedrag (Archer & McDaniel, 1995; Monahan et al., 2001). Ondanks dat vrouwen slechts een minderheid vormen binnen het penitentiaire systeem en in de forensische psychiatrie, lijkt gewelddadig gedrag onder meisjes en vrouwen toe te nemen. Uit onderzoek van het WODC naar jeugdcriminaliteit in de periode 1996-2007 blijkt dat hoewel het aandeel mannelijke daders nog altijd duidelijk groter is dan het aandeel vrouwelijke daders, criminaliteit door meisjes / vrouwen sterker toegenomen is (Van der Laan, Blom, Tollenaar, & Kea, 2010). Onder de 12-17-jarige meisjes is het aandeel daders (afgedane strafzaak) ten opzichte van 2002 in 2007 toegenomen met 33% en onder de 18-24-jarige vrouwen met 48% (bij jongens / mannen gaat het om een toename van respectievelijk 19% en 20%).¹ Hierbij gaat het om alle vormen van criminaliteit, maar vooral geweld

¹ In 2007 waren er 0.8 daders per 100 12-17 jarige meisjes en 1 dader per 100 18-24 jarige vrouwen. Bij de mannen waren er 3.1 daders per 100 12-17 jarige jongens en 5.8 daders per 100 18-24 jarige mannen (zie van der Laan et al., 2010).

lijkt sterk te stijgen (zie ook Chesney-Lind & Pasko, 2004). Deze trend is al enige tijd gaande; in 1998 beschreven Mertens, Grapendaal en Docter-Schamhardt de toename in geweldsdelicten door meisjes van 140 door justitie gehoorde meisjes in 1980 naar 926 in 1996. Mogelijke verklaringen die zij hierbij gaven zijn de emancipatoire verklaring (de zogenaamde inhaalslag van meisjes, het feit dat meisjes meer met jongens optrekken), maar ook de vermindering van tolerantie in de maatschappij voor (verbaal) gewelddadig gedrag door meisjes, met name wanneer gepleegd in groepsverband.

In 2013 bevonden zich 112 vrouwen in forensisch psychiatrische centra (7% van de populatie; DJI, 2014). Ondanks dat dit een kleine groep betreft, is in de afgelopen 15 jaar een stijging in het aantal vrouwen binnen de tbs-populatie geconstateerd (Graat, Lammers, & Bloemsaat, 2011; Lammers & De Vogel, 2012). Met de huidige ontwikkelingen (zie DJI, 2009; Van Dijk, 2011; Nagtegaal, Van der Horst, & Schönberger, 2011) blijkt het aantal tbs-opleggingen bij mannen sinds 2007 sterk af te nemen, terwijl het aantal vrouwen met een tbs-maatregel vrij constant blijft (DJI, 2011).² Ook internationaal is de stijging van gewelddadig gedrag door meisjes en vrouwen aangetoond (Batchelor, 2005; Blackburn & Trulson, 2010; Heilbrun et al., 2008; Meichenbaum, 2006; Odgers, Moretti, & Reppucci, 2005; Pollock & Davis, 2005; Weizmann-Henelius, Viemerö, & Eronen, 2004). Hierbij dient aangetekend te worden dat verminderde maatschappelijke tolerantie en toegenomen aandacht bij politie en justitie voor geweld door vrouwelijke daders deze toename deels kan verklaren (Hawkins, Graham, Williams, & Zahn, 2009; Willison & Lutter, 2009). Het is echter nog steeds zo dat over het algemeen een neiging bestaat om delicten van vrouwen minder serieus te nemen, om er minder snel aangifte van te doen, danwel de aangifte niet in behandeling te nemen of minder snel en streng te straffen (zie bijvoorbeeld Jeffries, Fletcher, & Newbold, 2003).

Aard en motieven van gewelddadig gedrag

Onderzoek heeft aangetoond dat de aard van geweld door vrouwen verschilt van geweld door mannen. Geweld door vrouwen is over het algemeen minder zichtbaar en meer subtiel en speelt zich vaker af binnenshuis bijvoorbeeld bij partnergeweld, kindermishandeling en geweld naar familieleden (Monahan et al., 2001; Nicholls, 2001; Robbins, Monahan, & Silver, 2003). De meest voorkomende slachtoffers van geweld door volwassen vrouwen zijn de intieme partner of haar kind(eren) en door meisjes de broers / zussen en leeftijdgenoten (Batchelor,

² Het aantal opleggingen bij mannen daalde van 169 in 2007 tot 99 in 2009; bij vrouwen bleef het aantal opleggingen constant op ongeveer 14 per jaar.

2005). Geweld door vrouwen is meer reactief, indirect en binnen sociale relaties en juist minder vaak instrumenteel dan bij mannen (Crick & Grotpeter, 1995; Monahan et al., 2001; Nicholls, 2001; Odgers et al., 2005; Robbins et al., 2003). In de literatuur worden hiervoor verschillende verklaringen gegeven (zie voor een uitgebreide uiteenzetting bijvoorbeeld Bennett, Farrington, & Huesman, 2005). Een veelgenoemde verklaring is de verschillende wijze van socialisatie: bij jongens wordt assertief gedrag sterker aangemoedigd, terwijl bij meisjes het opbouwen van relaties sterker wordt aangemoedigd (zie bijvoorbeeld Brownie, 2007). In volwassenheid zijn vrouwen meer geneigd zichzelf in termen van hun relatie met anderen te beschrijven dan op hun individuele kenmerken (Cross & Madson, 1997).

Vrouwen blijken vaak andere motieven voor hun gewelddadige delicten te hebben dan mannen. Door vrouwen genoemde motieven voor geweldpleging zijn bijvoorbeeld jaloezie, zelfverdediging en het feit dat ze zich niet gerespecteerd voelen door de ander (Kruttschnitt & Carbone-Lopez, 2006). Vrouwen zijn vergeleken met mannen meer geneigd messen of zogenoemde 'persoonlijke wapens' te gebruiken, zoals handen en tanden en minder vaak een vuurwapen (Koons-Wit & Schram, 2003). In een onderzoek in de Verenigde Staten naar verklaringen voor gewelddadige delicten door meisjes zoals gezien door reclasseringsambtenaren waren de drie meest genoemde verklaringen voor meisjes: 1) gebrek aan emotionele controle; 2) problemen binnen sociale relaties; en 3) misbruik in het verleden (Fusco, 2011). Voor jongens werden deze drie verklaringen geen enkele keer genoemd. De drie meest genoemde verklaringen voor gewelddadige delicten waren voor jongens: 1) behouden of vergroten van status; 2) druk van groepsgenoten; en 3) overlevingsdrang.

Kortom, geweld door vrouwen is over het algemeen anders van aard dan geweld door mannen. Onderzoek laat echter ook zien dat er een subgroep van meisjes / vrouwen bestaat waarbij sprake lijkt te zijn van verharding en meer 'mannelijke' vormen van geweldpleging. Bij deze vrouwen komt instrumentele agressie, vijandigheid, het plegen van overvallen en het actief lid zijn van een criminele bende vaker voor (Babcock, Miller, & Siard, 2003; Batchelor, 2005; Bottos, 2007; MacKenzie & Johnson, 2003).

Hieronder worden vier vormen van gewelddadig gedrag door vrouwen meer in detail besproken.

1. Geweld binnen intieme relaties

Geweld binnen intieme relaties is één van de meest onderzochte vormen van geweld door vrouwen. Onderzoek heeft aangetoond dat de prevalentie van geweld binnen intieme relaties voor vrouwen vergelijkbaar en soms zelfs hoger is dan voor mannen (Adams, 2002; Archer, 2000; Magdol et al., 1997; Straus, 2008). Geweld door vrouwen binnen intieme relaties leidt echter over het algemeen minder vaak tot ernstige verwondingen dan geweld door mannen (Archer, 2000; Meichenbaum, 2006). Sommige onderzoekers stellen dat geweld door vrouwen naar de partner vrijwel altijd een reactie is op eerder geweld door de mannelijke partner (Allen, Swan, & Raghavan, 2009; Swan & Snow, 2006). Anderen daarentegen vinden weinig verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de prevalentie van- en motieven voor partnergeweld (Archer, 2000; Carney, Buttell, & Dutton, 2007; McFarlane, Willson, Malecha, & Lemmey, 2000).

2. Geweld naar kinderen

In de literatuur wordt gesuggereerd dat de prevalentie van geweld naar (stief) kinderen niet significant verschilt tussen moeders en vaders. Bovendien zijn er bepaalde vormen van geweld naar kinderen die vooral door moeders worden gepleegd. Neonaticide (doden van een kind binnen de eerste 24 uur na de geboorte), infanticide (doden van een kind ouder dan een dag, maar jonger dan 12 maanden), en Münchausen by Proxy syndroom (het opzettelijk induceren, verergeren of voorwenden van lichamelijke of psychologische symptomen c.q. signalen door de primaire verzorger bij een ander) worden bijna exclusief door moeders gepleegd. Er zijn verschillen gevonden tussen kenmerken van moeders versus vaders die hun kind(eren) doden. Moeders waren vaker gediagnosticeerd met depressie of psychoses, waren vaker suïcidaal en hadden vaker een geschiedenis van victimisatie. Vaders hadden vaker financiële problemen en problemen met alcoholgebruik (Putkonen et al., 2010; Verheugt, 2007). Doorgaans waren de slachtoffers van vaders ouder dan de slachtoffers van moeders en het delict betrof vaker een familicide. Vaders werden vaker door de rechtbank als toerekeningsvatbaar beschouwd vergeleken met moeders.

3. Seksueel geweld

De literatuur naar het plegen van seksueel geweld door vrouwen is beperkt. Onderzoek heeft aangetoond dat vrouwen slechts een klein aandeel hierin hebben (in Nederland tussen 1 en 3% van het aantal veroordelingen voor een seksueel delict; Korfage & De Hoop, 2006; internationaal zijn cijfers gevonden tussen 4 en 5%; Cortoni, Hanson, & Coache, 2010; Logan, 2008). Hierbij speelt wel de vraag of officiële cijfers wellicht een onderschatting vormen voor de werkelijke prevalentie. Seksueel misbruik door een vrouw is over het algemeen minder zichtbaar (bijvoorbeeld binnen een verzorgende rol) en bevindt zich vaker in de taboesfeer (bijvoorbeeld de lerares die een 'seksuele relatie' heeft met een leerling) (zie o.a. Korfage & De Hoop, 2006; Wijkman, Bijleveld, & Hendriks, 2010). In een internationale meta-analyse naar recidive door vrouwelijke seksuele daders (N = 2490) vonden Cortoni en collega's (2010) dat slechts 1 tot 3% opnieuw werd veroordeeld voor een seksueel delict; 4 tot 8% voor een niet-seksueel geweldsdelict; en 19 tot 24% voor een delict in het algemeen. De meerderheid van vrouwelijke seksuele daders pleegt een seksueel delict met een minderjarig slachtoffer (Logan, 2008; Wijkman et al., 2010). Vrouwen die seksuele delicten plegen bevinden zich vaker in een verzorgende relatie tot het slachtoffer en zijn minder geneigd om vreemden te misbruiken vergeleken met mannen die seksuele delicten plegen (Rudin, Zalewski, & Bodmer-Turner, 1995; Tsopelas, Spyridoula, & Athanasios, 2011). Verder is bekend dat vrouwen wanneer zij seksuele delicten plegen dit relatief vaak samen met een mannelijke mededader doen (Beech, Parrett, Ward, & Fisher, 2009; Wijkman et al., 2010).

4. Brandstichting

Vrouwen zijn relatief vaker veroordeeld of aangeklaagd voor brandstichting vergeleken met mannen (Coid, Kahtan, Gault, & Jarman, 2000; Van Emmerik & Brouwers, 2001). Gannon (2010) heeft een literatuuronderzoek verricht en geconcludeerd dat onderzoek tot nu toe suggereert dat vrouwelijke brandstichtsters op drie punten verschillen van mannelijke brandstichters: 1) pathologie (vaker depressie en geen seksuele fetisjisme geassocieerd met brandstichting); 2) motivatie (vaker aandacht vragen, '*cry for help*'); en 3) problemen in de kindertijd (vaker seksueel misbruikt).

5. Gewelddadig gedrag binnen instellingen

Er is vrij veel onderzoek verricht naar gewelddadig gedrag binnen psychiatrische instellingen door vrouwen. Hierin is aangetoond dat vrouwelijke psychiatrische patiënten minstens evenveel gewelddadige incidenten binnen psychiatrische

instellingen veroorzaken als mannelijke psychiatrische patiënten (Graat et al., 2011; Lam, McNiel, & Binder, 2000; Newhill, Mulvey, & Lidz, 1995; Nicholls et al., 2009; Tardiff et al., 1997; De Vogel & De Ruiters, 2005). Gewelddadige incidenten door vrouwelijke patiënten leiden echter minder vaak tot ernstige verwondingen vergeleken met gewelddadige incidenten door mannelijke patiënten (Krakowski & Czobor, 2004).

Risicotaxatie van geweld bij vrouwen

Onderzoek heeft aangetoond dat ongestructureerd klinische risicotaxatie vatbaar is voor *gender-based biases*; zowel mannelijke als vrouwelijke deskundigen zijn geneigd het risico van geweld door vrouwelijke psychiatrische patiënten te onderschatten (Skeem et al., 2005). Gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten wordt aanbevolen om dergelijke biases te voorkomen (Borum, 1996). De meeste risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20 / HCR-20^{v3} zijn echter met name ontwikkeld op basis van onderzoek uitgevoerd in (voornamelijk) mannelijke populaties. Bovendien is het meeste onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van dergelijke instrumenten uitgevoerd in (voornamelijk) mannelijke populaties. Sommige wetenschappers menen dat er geen reden is om aan te nemen dat deze instrumenten niet ook valide zijn voor vrouwen, omdat risicofactoren voor mannen en vrouwen gelijk zijn (Loucks & Zamble, 1999; Newhill et al., 1995). In de literatuur wordt deze opvatting ook wel de '*gender-blind perspective*' genoemd (Garcia-Mansilla et al., 2009). Er is echter nauwelijks empirisch bewijs om dit perspectief te ondersteunen (Odgers et al., 2005). Recente onderzoeksresultaten en reviews laten zien dat de taxatie van het risico van geweld op een aantal vlakken verschilt tussen mannen en vrouwen en dat er behoefte bestaat aan een meer gender-sensitieve risicotaxatie (Funk, 1999; Garcia-Mansilla et al., 2009; Logan, 2003; Logan & Blackburn, 2009; McKeown, 2010; Odgers et al., 2005; Rossegger et al., 2009; Salisbury, Van Voorhis, & Spiropoulos, 2009; Schaap et al., 2009; Vitale & Newman, 2001; De Vogel & De Ruiters, 2005; Van Voorhis, Wright, Salisbury, & Bauman, 2010; Warren et al., 2005; Willison & Lutter, 2009).

Onderzoek heeft aangetoond dat er risicofactoren zijn die bij vrouwen een sterkere voorspellende waarde hebben dan bij mannen, bijvoorbeeld mishandeling en trauma's in zowel de jeugd als volwassenheid, problemen binnen intieme relaties en familie en economische achterstand (Benda, 2005; Bottos, 2007; Funk, 1999; Odgers et al., 2005; Widom & Maxfield, 2001). Er kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen factoren waaraan vrouwen vaker worden blootgesteld (bijvoorbeeld seksueel slachtofferschap) en factoren

waarbij de sensitiviteit van vrouwen groter is, dat wil zeggen die bij vrouwen een sterker effect hebben op later gewelddadig of crimineel gedrag (bijvoorbeeld problemen binnen relaties). Anderzijds zijn er ook factoren die voor vrouwen juist minder sterk gelden dan voor mannen, bijvoorbeeld de aanwezigheid van 'threat control-override symptoms' (Teasdale, Silver, & Monahan, 2006). Willison en Lutter (2009) hebben een literatuuronderzoek verricht en geconcludeerd dat de 'route tot geweld' sterk verschilt tussen mannen en vrouwen. Voor vrouwen lijkt de interactie tussen risicofactoren, de causale mechanismes en de uiting van gewelddadig gedrag niet te passen binnen de algemene theoretische modellen zoals die zijn opgesteld voor mannen (zie bijvoorbeeld Heilbrun et al., 2008).

Toepassing van risicotaxatie-instrumenten bij vrouwen

HCR-20 / HCR-20^{v3}

Er zijn enkele studies uitgevoerd waarin de verschillen werden onderzocht tussen vrouwen en mannen wat betreft HCR-20 scores. Guy en Douglas (2006) hebben een grote set HCR-20 data uit samengevoegde steekproeven onderzocht met *Item Response Theory* en vonden geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen. Strand en Belfrage (2001) vergeleken de HCR-20 scores van vrouwelijke en mannelijke forensische patiënten en vonden geen significante verschillen tussen gemiddelde subschaal en totaalscores. In Nederlands onderzoek in de Van der Hoeven Kliniek werd de HCR-20 onderzocht in een groep vrouwen en een gematchte groep mannen (De Vogel & De Ruiters, 2005). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen wat betreft de gemiddelde subschaal scores en de totaalscores. In de individuele items werden echter wel enkele significante verschillen gevonden: vrouwen scoorden hoger op *Instabiliteit van relaties* en *Impulsiviteit* en lager op *Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident*, *Psychopathie* en *Negatieve opvattingen*.

Verder zijn er meerdere studies uitgevoerd waarin de predictieve validiteit van de HCR-20 werd onderzocht. Nicholls, Ogloff en Douglas (2004) onderzochten de HCR-20 bij vrouwelijke en mannelijke psychiatrische patiënten en vonden goede predictieve validiteit voor gewelddadige incidenten binnen de instelling voor zowel mannen als vrouwen. Wat betreft fysiek geweld in de maatschappij werd een significante predictieve validiteit gevonden voor mannen maar niet voor vrouwen, behalve voor de Historische subschaal. In het bovengenoemde Nederlandse onderzoek (De Vogel & De Ruiters, 2005) werd eveneens de predictieve validiteit onderzocht. Voor mannen werd een uitstekende predictieve validiteit voor de HCR-20 subschaal- en totaalscores en het eendoordeel voor herhaald gewelddadig gedrag gevonden. Voor vrouwen

bleek echter wel het eindoordeel, maar niet de subschaal- of totaalscores voorspellende waarde te hebben voor gewelddadige recidive of gewelddadige incidenten tijdens de behandeling. Geconcludeerd werd dat hoewel een simpele optelsom van HCR-20 risicofactoren geen voorspellende waarde had, de methode van het gestructureerd professioneel oordeel goed lijkt te werken. Overigens werd ditzelfde recentelijk gevonden voor gebruik van de START bij vrouwelijke patiënten (Petersen, Douglas, & Nicholls, 2011). Schaap en collega's (2009) onderzochten de HCR-20 bij vrouwelijke patiënten uit twee forensisch psychiatrische centra (populatie deels overlappend met De Vogel & De Ruiter, 2005) en vonden geen significante predictieve validiteit voor HCR-20 subschaal- of totaalscores voor gewelddadige recidive. Ditzelfde werd gevonden in een groep gedetineerde vrouwen in Engeland (Warren et al., 2005) en in een groep vrouwelijke patiënten met een kortdurende opname in de algemene psychiatrie (Strub, 2010). In een meta-analyse werden juist grotere effectgrootten gevonden voor populaties met een groter aantal vrouwen (O'Shea et al., 2013).

Concluderend, de onderzoeksresultaten tot nu toe zijn tegenstrijdig en de predictieve validiteit van de HCR-20 voor toekomstig gewelddadig gedrag door vrouwen is niet (overtuigend) bewezen. Een soortgelijke conclusie is verwoord in twee recente reviews naar risicotaxatie van geweld bij vrouwen. Garcia-Mansilla en collega's (2009) concluderen in hun review dat gestructureerde methoden meer accuraat zijn dan ongestructureerde methoden, maar dat over het geheel genomen de empirische resultaten voor de bruikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20 voor vrouwen ambivalent zijn. McKeown (2010) heeft eveneens de literatuur naar risicotaxatie bij vrouwen in forensische settings bestudeerd en geconcludeerd dat het gebruik van de HCR-20 (en PCL-R) voor vrouwen in principe ondersteund kan worden, maar dat meer informatie en onderzoek nodig is naar aanpassingen van de HCR-20 voor gebruik bij vrouwen, bijvoorbeeld door toevoeging van specifieke factoren voor vrouwen. Er is nog geen onderzoek gepubliceerd naar de predictieve validiteit van de HCR-20³ voor vrouwen.

HKT-30 / HKT-R

Met de Nederlandse HKT-30 is voor zover ons bekend één onderzoek naar de predictieve validiteit voor recidive bij vrouwen uitgevoerd. Schaap (2006) vond geen voorspellende waarde voor de HKT-30 in een groep van 30 vrouwelijke tbs-patiënten. De voorspellende waarde van de HKT-30 subschaal Historische items voor recidive benaderde echter significantie en kan in een onderzoek op grotere schaal wellicht wel voorspellend zijn (Lammers & De Vogel, 2012). Voor

de dynamische items (HKT-30 Klinische en Toekomst subschalen) werd geen voorspellende waarde gevonden. Voor de HKT-R bleek het niet mogelijk om de predictieve validiteit te bepalen voor de vrouwen, omdat in dit onderzoek geen enkele vrouw was gereciveerd. De auteurs concluderen dan ook dat de HKT-R vooralsnog niet geschikt lijkt te zijn voor vrouwelijke patiënten (Spreen et al., 2014, p. 8).

Andere risicotaxatie-instrumenten

Er is een aantal studies uitgevoerd naar de predictieve validiteit voor vrouwen van een actuarieel risicotaxatie-instrument, de *Level of Service Inventory* (LSI; Andrews & Bonta, 2000). De LSI is niet specifiek bedoeld voor gewelddadig gedrag, maar voor algemene recidive en het onderzoek hiernaar is uitgevoerd binnen populaties met overwegend vermogens- of drugsdelicten. Een groep Amerikaanse onderzoekers is al sinds 1999 bezig met het ontwikkelen van een meer gender-sensitieve methode om algemene recidive in te schatten (zie o.a. Salisbury et al., 2009; Van Voorhis et al., 2010). Zij hebben de LSI aangepast voor gebruik bij vrouwen met het idee dat het efficiënter is om een reeds bestaand instrument aan te passen dan om een compleet nieuw instrument te ontwikkelen (Van Voorhis et al., 2010). De resultaten naar deze voor vrouwen aangepaste LSI laten zien dat zowel gender-sensitieve factoren als gender-neutrale factoren voorspellend waren voor misdragingen in de gevangenis en algemene recidive na vrijlating (Salisbury et al., 2009; Van Voorhis et al., 2010). Andere studies vonden dat de LSI voor zowel vrouwen als voor mannen een goede voorspellende waarde heeft voor algemene recidive. Wat betreft het voorspellen van gewelddadige recidive werd echter gevonden dat de LSI niet goed classificeert voor vrouwen (Reisig, Holtfreter, & Morash, 2006; Schwalbe, 2008).

Er zijn diverse risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor het inschatten van partnergeweld, bijvoorbeeld de *Spousal Assault Risk Assessment guide* (SARA; Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1999) of de *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk* (B-SAFER; Kropp, Hart, & Belfrage, 2005). Ondanks dat deze instrumenten volgens de handleiding in principe gebruikt kunnen worden voor zowel mannen als vrouwen geldt voor deze instrumenten hetzelfde als voor de meeste andere risicotaxatie-instrumenten: de items zijn voornamelijk gebaseerd op onderzoek naar mannen en er is nauwelijks onderzoek verricht naar de waarde van dit soort instrumenten voor gebruik bij vrouwelijke daders. De itembeschrijvingen zijn over het algemeen sterk geformuleerd vanuit het perspectief van de mannelijke dader en het vrouwelijke slachtoffer. Voor

zover ons nu bekend is er geen specifiek SPJ instrument beschikbaar voor het inschatten van het risico van partnergeweld door een vrouw.

Psychopathie en de PCL-R bij vrouwen

Over psychopathie en het gebruik van de PCL-R bij vrouwen is een aantal reviews gepubliceerd (Logan, 2009; Nicholls, Ogloff, Brink, & Spidel, 2005; Vitale & Newman, 2001). De PCL-R is strikt genomen geen risicotaxatie-instrument, maar aangezien een hoge mate van psychopathie zoals gemeten met de PCL-R een belangrijke risicofactor is voor geweld, is het vaak als item opgenomen in risicotaxatie-instrumenten als de HCR-20 / HKT-30. In de HCR-20^{v3} heeft psychopathie een minder prominente rol gekregen en in de HKT-R is psychopathie als risicofactor geheel verdwenen. Op basis van de reviews kan geconcludeerd worden dat er aanzienlijk bewijs is dat psychopathie ook voor vrouwen een belangrijke risicofactor is, maar dat het effect niet zo sterk is als voor mannen. Over het algemeen wordt voor vrouwen een lagere prevalentie van psychopathie en lagere scores op de PCL-R gevonden vergeleken met mannen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PCL-R bij vrouwen lijkt goed, maar de predictieve validiteit is matig. Waarschijnlijk meten sommige PCL-R items het construct psychopathie zoals geuit door vrouwen niet goed (Forouzan & Cooke, 2005; Weizmann-Henelius et al., 2010) en het is wellicht zinvol om deze items anders te formuleren voor vrouwen. Ook wordt aangeraden om de *cut-off* score van de PCL-R voor vrouwen te verlagen (zie Falkenbach, 2008; Kennealy, Hicks, & Patrick, 2007; Weizmann-Henelius et al., 2010). Een instrument dat meer toegespitst is op gebruik bij vrouwen zou waardevol kunnen zijn voor de forensische praktijk. Idealiter wordt de PCL-R dan ook aangepast voor gebruik bij vrouwen.

Binnen een Nederlands multicenter onderzoek naar vrouwen in de forensische psychiatrie werd een deelonderzoek uitgevoerd naar psychopathie in een groep van 221 vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten (Klein Tunte, De Vogel, & Stam, 2014). In deze studie werden significante verschillen gevonden tussen vrouwen met een hoge mate van psychopathie zoals gedefinieerd met het FAM item *Psychopathie* (PCL-R \geq 23) versus vrouwen met een lagere mate van psychopathie (PCL-R < 23). Vrouwen met een hoge mate van psychopathie hadden een jongere leeftijd bij het eerste delict en meer diversiteit in hun delictgeschiedenis. De indexdelicten betroffen vaak een poging tot een levensdelict of geweld en minder vaak brandstichting of een voltooid levensdelict. Verder hadden vrouwen met een hoge mate van psychopathie vaker een vreemde als slachtoffer en pleegden ze hun delict vaker vanuit een

zogenoemd *Bad* motief (bijvoorbeeld, macht, dominantie, persoonlijk gewin) vergeleken met vrouwen met een lage mate van psychopathie.

In een tweede fase van dit onderzoek werden de resultaten vergeleken tussen 197 vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten en 197 mannelijke forensisch psychiatrische patiënten. Mannen scoorden significant hoger op de totaalscore, de Hare twee factoren / vier facetten en de drie factoren van Cooke and Michie (2001). Verder scoorden mannen significant hoger op alle individuele PCL-R items, behalve op het item *Veel kortstondige partnerrelaties* waarvoor de gemiddelde score bij vrouwen significant hoger was en voor de items *List en bedrog/manipulerend gedrag*, *Gebrekkige beheersing van het gedrag* en *Impulsiviteit* waarvoor geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen werd gevonden. Verder werden er meerdere verschillen gevonden in criminele en psychiatrische kenmerken tussen vrouwen en mannen met een hoge mate van psychopathie versus vrouwen en mannen met een lage mate van psychopathie. Er werd geconcludeerd dat vrouwen met een hoge mate van psychopathie meer op mannen lijken wat betreft delictgedrag (bijvoorbeeld, jongere leeftijd bij eerste veroordeling, meer criminele diversiteit), maar dat er ook belangrijke verschillen waren tussen vrouwen met een hoge mate van psychopathie en mannen met een hoge mate van psychopathie. Vrouwen met een hoge mate van psychopathie waren vergeleken met mannen met een hoge mate van psychopathie vaker gediagnosticeerd met de Borderline persoonlijkheidsstoornis, hadden vaker fraude gepleegd, pleegden hun delict vaker vanuit een relationeel motief en lieten meer manipulatief en zelfdestructief gedrag zien tijdens de behandeling (De Vogel & Lancel, submitted, zie www.gewelddadigevrouwen.nl / www.violencebywomen.com).

Beschermende factoren bij vrouwen

Meichenbaum (2006) benadrukt dat gender-responsieve taxaties niet alleen naar risicofactoren moeten kijken, maar ook aandacht moeten besteden aan sterke kanten van de vrouw, oftewel beschermende factoren. Er zijn aanwijzingen dat meisjes / vrouwen anders reageren op beschermende factoren dan mannen (Rumgay, 2004). Hawkins en collega's (2009) vonden bijvoorbeeld dat verbondenheid in de familie en het aanhangen van een religie significante beschermende factoren waren voor meisjes, maar niet voor jongens. In een studie naar risico en beschermende factoren bij adolescente jongens en meisjes werd gevonden dat positieve sociale relaties een sterker beschermend effect hadden op meisjes dan op jongens (Hart, O'Toole, Price-Sharps, & Shaffer, 2007). In een Nederlands onderzoek naar verschillen tussen gedetineerde adolescente

jongens en meisjes op de *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Borum, Bartel, & Forth, 2006) werd gevonden dat de scores op de beschermende factor *Duidelijk positieve houding tegenover interventie en gezag* significant hoger waren voor meisjes vergeleken met jongens (Lodewijks, De Ruiter, & Doreleijers, 2008). De totaalscore op de zes protectieve factoren was een significante voorspeller van niet-recidive voor zowel meisjes als jongens.

Voor volwassen vrouwen is gevonden dat een huwelijk van goede kwaliteit, werk en een goede financiële situatie leiden tot minder recidive (Holtfreter & Cupp, 2007). Een specifieke beschermende factor voor vrouwen die vaak wordt genoemd in de literatuur is moederschap of toewijding naar haar kind(eren). Dit kan een belangrijke motivator voor de behandeling zijn (Benda, 2005; Kreager, Matsueda, & Eroshva, 2010; Simmons, Lehmann, & Dia, 2010; Willison & Lutter, 2009)³, hoewel het ook een extra risicofactor kan vormen (zie FAM item *Problemen omtrent zorg voor kinderen*). In een onderzoek naar gender-sensitieve risico- en beschermende factoren bij vrouwen in gevangenis in de Verenigde Staten werd bewijs gevonden voor zelfvertrouwen, steun van familie en partner, financiën en scholing als beschermende factoren voor algemene recidive (Van Voorhis et al., 2008; 2010). In een onderzoek naar de intergenerationele transfer van risico werd gevonden dat kinderen van moeders met meer scholing minder antisociaal gedrag vertoonden (Serbin et al., 1998). In een prospectief onderzoek in de Van der Hoeven Kliniek werd gevonden dat de voorspellende waarde van de SAPROF voor het niet plegen van gewelddadige incidenten tijdens de behandeling voor vrouwelijke patiënten redelijk goed was, maar niet zo goed als voor mannen. Er waren verschillen in welke factoren het meest waardevol waren. Voor mannen waren de items *Zelfcontrole* en *Houding tegenover autoriteit* de beste voorspellers voor het niet plegen van gewelddadige incidenten tijdens de behandeling. Voor vrouwen waren de items *Coping* en *Intelligentie* de beste voorspellers (De Vries Robbé, 2014). Verder is voor de START gevonden dat vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten die succesvol gere-integreerd waren in de maatschappij significant hogere scores hadden op de *Strength scale* van de START vergeleken met vrouwen die nog altijd opgenomen waren (Viljoen, Nicholls, Greaves, De Ruiter, & Brink, 2011).

³ Uiteraard kan dit ook voor mannen een beschermende factor zijn, maar er wordt aangenomen dat het effect voor vrouwen sterker is.

Gender-responsieve behandeling

In de afgelopen tien jaar is internationaal meer aandacht gekomen voor specifieke behandelbehoeften van vrouwelijke daders, ook wel gender-responsieve benaderingen genoemd (zie bijvoorbeeld Blanchette & Brown, 2006; Bloom, Owen, & Convington, 2003; Bottos, 2007; Heilbrun et al., 2008; McClellan, Farabee, & Crouch, 1997; Morgan & Patton, 2002). Over het algemeen wijzen deze benaderingen op het belang van gender-sensitieve taxatie van risico- en beschermende factoren en leggen ze de nadruk op het behandelen van specifieke problemen voor vrouwen, zoals trauma's uit het verleden, seksueel misbruik en de rol van sociale relaties, met name verstoringen binnen deze relaties. In Noord-Amerikaanse behandelprogramma's voor vrouwelijke delinquenten staat *empowerment* vaak centraal in de behandeling; het vergroten van zelfvertrouwen en van de interne *locus of control* (Salisbury et al., 2009). Verder wordt aanbevolen dat in de behandeling van vrouwen aandacht moet uitgaan naar de hoge mate van comorbiditeit, met name As I/II comorbiditeit (Logan & Blackburn, 2009). Lewis (2006) pleit voor een behandelmodel waarin niet alleen rekening wordt gehouden met wat de verschillen tussen vrouwen en mannen betekenen voor de behandeling van vrouwen, maar ook met de specifieke uitdagingen voor behandelaars, oftewel de erkenning dat werken met vrouwen in sommige aspecten lastiger is dan werken met mannen. Foley (2008) concludeert op basis van een analyse van twaalf behandelprogramma's voor delinquente meisjes dat de meeste van deze programma's onvoldoende rekening houden met relevante theorieën op gebied van gender en criminaliteit en taxatie van gender-specifieke risico- en beschermende factoren. Dowden en Andrews (1999) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de waarde van het *Risk Need Responsivity model* (Andrews & Bonta, 1998; 2010) specifiek voor vrouwelijke daders en geconcludeerd dat er voor zowel mannen als vrouwen voldoende empirische steun bestaat voor dit model. Hubbard en Matthews (2008) bestudeerden de gender-responsieve benadering (zie bijvoorbeeld Chesney-Lind & Pasko, 2004) en de "*What works*" benadering (zie bijvoorbeeld Latessa, Cullen, & Gendreau, 2002) en concludeerden dat ze meer complementair dan competitief zijn en tezamen een blauwdruk vormen voor effectieve behandeling van meisjes en vrouwen.

De noodzaak van een gender-sensitief instrument

In een recente meta-review naar de predictieve validiteit van risicotaxatie-instrumenten werd gevonden dat instrumenten die voor een specifieke doelgroep zijn gemaakt betere voorspellende waarde hebben dan algemene

instrumenten (Singh, Grann, & Fazel, 2011). De auteurs bevelen dan ook aan om instrumenten te ontwikkelen voor specifieke populaties of specifieke delicttypen. Ondanks de ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie van gewelddadig gedrag de afgelopen 30 jaar en het feit dat er verschillende instrumenten op de markt zijn gekomen voor verschillende typen geweld en verschillende leeftijdscategorieën is er echter nog nauwelijks iets ontwikkeld specifiek voor vrouwen. Een uitzondering is de *Early Assessment Risk List for Girls* (EARL-21G; Levene et al., 2001) voor het inschatten van antisociaal / gewelddadig gedrag door meisjes tussen de 6 en 12 jaar oud. Naast risicofactoren die geldig zijn voor zowel jongens als meisjes bevat dit instrument twee risicofactoren specifiek voor meisjes; *Caregiver-daughter interaction* en *Sexual development*. Er zijn positieve resultaten gevonden wat betreft betrouwbaarheid, predictieve validiteit en klinische toepasbaarheid van de EARL-21G (Augimeri, Enebrink, Walsh, & Jiang, 2010). Voor adolescente meisjes of volwassen vrouwen is echter geen specifiek instrument voor het inschatten van geweld beschikbaar.

Meer kennis over risicofactoren voor geweld door vrouwen en meer gender-sensitieve risicotaxatie is dan ook wenselijk. Deskundigen die dagelijks met vrouwen werken herkennen de verschillen tussen mannen en vrouwen en hebben de wens geuit voor een meer gender-sensitieve meting van factoren die gewelddadig gedrag voorspellen en verklaren (Odgers et al., 2005). Adams (2002) heeft attitudes onderzocht van deskundigen op het gebied van huiselijk geweld en geconcludeerd dat veel deskundigen training en goede richtlijnen missen die hen kunnen helpen bij het inschatten van risico's bij vrouwen. Meer adequate risicotaxatie en risicomanagement bij vrouwen is ook belangrijk vanuit het oogpunt van de zogenaamde intergenerationele transfer van risico van geweld tussen moeders en kinderen: moeders met een geschiedenis van gewelddadig gedrag hebben een grotere kans om problematische, agressieve kinderen op te voeden (Kim et al., 2009; Meichenbaum, 2006; Motz, 2001; Serbin et al., 1998). Uit bovenstaande literatuuroverzicht kan geconcludeerd worden dat gewelddadig gedrag door vrouwen een niet te negeren probleem is en dat er gereede twijfel bestaat of de huidige theoretische kennis over geweld door mannen, de inschatting van herhaald risico hiervan en de behandeling van dergelijk gedrag wel voldoende valide en van toepassing is voor vrouwen. In het navolgende worden richtlijnen geboden voor gender-sensitieve risicotaxatie van gewelddadig gedrag.

Deel II De FAM

In de FAM zijn voor twee items van de HCR-20^{V3} aanvullende richtlijnen voor vrouwen opgesteld en zijn acht specifieke risicofactoren voor vrouwen opgenomen. Tabel 1 geeft de items van de HCR-20^{V3} en de FAM weer (zie ook Bijlage 1 en 2). Daarnaast is de scoreprocedure op twee punten uitgebreid op basis van ervaringen met de HCR-20, START en SAPROF: 1) het bepalen van het eindoordeel op een vijfpuntsschaal in plaats van driepuntsschaal; en 2) het bepalen van de extra eindoordelen.

Tabel 1. Items van de HCR-20^{V3} en de FAM.

HCR-20^{V3}		FAM	
Historische items			
H1	Geweld		
H2	Overig antisociaal gedrag		
H3	Relaties		
H4	Werk		
H5	Middelengebruik	<i>Aanvullende richtlijnen voor de volgende HCR-20^{V3} items</i>	
H6	Ernstige psychische stoornis		
H7	Persoonlijkheidsstoornis	H7	Persoonlijkheidsstoornis
H8	Traumatische ervaringen	H8	Traumatische ervaringen
H9	Gewelddadige opvattingen		
H10	Respons op behandeling of toezicht - Verleden		
		<i>Specifieke risicofactoren voor vrouwen</i>	
		H11	Prostitutie
		H12	Problemen met opvoeden
		H13	Zwangerschap op jonge leeftijd
		H14	Suïcidaliteit / automutilatie
Klinische items			
C1	Inzicht		
C2	Gewelddadige denkbeelden of intenties		
C3	Symptomen van ernstige psychische stoornis		
C4	Instabiliteit		
C5	Respons op behandeling of toezicht - Heden		
		<i>Specifieke risicofactoren voor vrouwen</i>	
		C6	Heimelijk / manipulatief gedrag
		C7	Laag zelfbeeld

HCR-20 ^{V3}	FAM
Risicohanterings items	
R1	Professionele ondersteuning en plannen
R2	Leefomstandigheden
R3	Persoonlijke steun
R4	Respons op behandeling of toezicht – Toekomst
R5	Stress / coping
	<i>Specifieke risicofactoren voor vrouwen</i>
	R6 Problemen omtrent zorg voor kinderen
	R7 Problematische intieme relatie
Eindoordelen	
Geweld	Geweld
Ernstig lichamelijk letsel	Ernstig lichamelijk letsel
Acuut dreigend geweld	Acuut dreigend geweld
	Extra eindoordelen
	Zelfdestructief gedrag
	Victimisatie
	Niet-gewelddadig crimineel gedrag

Noot. De HCR-20^{V3} items zijn overgenomen met toestemming van de originele auteurs (Douglas et al., 2013). Zie Tabel 3, 4 en 5 voor de subitems van de HCR-20^{V3} (p. 53, 72, 79).

Ontwikkeling

De FAM is ontwikkeld op basis van:

1. Literatuurstudie.
2. Klinische expertise:
 - a. Door deskundigen meest genoemde extra risicofactoren voor vrouwelijke tbs-patiënten;
 - b. Semi-gestructureerde interviews met deskundigen vanuit verschillende disciplines;
 - c. Ervaring met de scoreprocedure van andere taxatie-instrumenten (SAPROF, START).
3. Een pilot studie naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en genderspecificiteit van de *FAM: Research Versie*.

Literatuurstudie

In 2007 werd gestart met de ontwikkeling van de FAM. Eerst werd een literatuurstudie verricht naar risicofactoren voor geweld door vrouwen (Van Kalmthout & Place, 2007). Er werd met name gezocht naar de toepasbaarheid van de HCR-20 items voor vrouwelijke populaties. Voor de meeste Historische items werd empirische steun gevonden voor gebruik bij vrouwen, hoewel er verschillen werden geconstateerd wat betreft de interpretatie en implicaties van sommige items voor vrouwen. Er werden nauwelijks studies gevonden naar de dynamische HCR-20 items voor vrouwen, waardoor er geen direct empirisch bewijs voor de validiteit van deze items voor vrouwen bestaat. Verder werd in de literatuur gezocht naar gender-specifieke risicofactoren die onvoldoende aan bod komen in de items van de HCR-20. Al met al leidde de literatuurstudie tot suggesties voor aanpassing van enkele Historische items en het opnemen van nieuwe gender-specifieke factoren, zoals prostitutieverleden, zwangerschap op jonge leeftijd en automutilatief gedrag (Blanchette & Brown, 2006; Messer et al., 2004; Morgan & Patton, 2002).

Klinische expertise

In eerder onderzoek naar verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke forensisch psychiatrisch patiënten op de HCR-20 (De Vogel & De Ruiter, 2005) werden de door deskundigen gescoorde Overige overwegingen geregistreerd. De drie

meest gescoorde Overige overwegingen voor vrouwen waren 1) (een patroon van) problematische partnerkeuze; 2) problemen met zorg voor kinderen, met name de stress die daarmee gepaard gaat; en 3) prostitutie, met name de vaak bijbehorende maladaptieve levensstijl en kwetsbaarheid. In een vervolgonderzoek werden semi-gestructureerde interviews gehouden met een groep ervaren deskundigen vanuit verschillende disciplines (zie Van Kalmthout & Place, 2007). Uit deze interviews kwamen nieuwe factoren naar voren die niet in de literatuur beschreven waren, maar die door de deskundigen als relevant werden gezien voor het inschatten van gewelddadig gedrag en het behandelen hiervan, namelijk heimelijk / manipulatief gedrag, zoals stoken, zaken verborgen houden of inzetten van seksualiteit om eigen doelen te bereiken en laag zelfbeeld. Integratie van de literatuur en klinische expertise leidde tot een eerste aangepaste versie van de HCR-20. Deze versie werd vanaf eind 2007 gescoord voor alle vrouwen in de Van der Hoeven Kliniek. In 2010 is deze versie aangepast op basis van opgedane klinische ervaringen, een *update* van de literatuur en ervaringen met de scoreprocedure van andere taxatie-instrumenten, zoals de SAPROF en de START. Deze versie werd de *Female Additional Manual: Research Versie* (FAM:RV; De Vogel et al., 2010) genoemd.

Pilot studie FAM:RV

In 2010 werd een pilot studie uitgevoerd met de FAM:RV met als voornaamste doel het onderzoeken van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de genderspecificiteit van de FAM items (zie Stam, 2010). De pilot studie heeft geleid tot een aantal veranderingen, zoals het aanscherpen van codeerinstruaties, bijvoorbeeld van het item met de laagste betrouwbaarheid *Problemen omtrent zorg voor kinderen*; het gedeeltelijk opnemen van het Historische item *Instrumenteel inzetten van seksualiteit* in het Klinische item *Heimelijk / manipulatief gedrag*, en het schrappen van een aantal aanvullende richtlijnen bij items die bij nader inzien onvoldoende relevant of prevalent bleken. De resultaten van de pilot studie hebben geleid tot de huidige FAM.

De FAM als aanvullende handleiding op de HCR-20^{v3} in plaats van de HCR-20

In 2013 werd de FAM op enkele punten aangepast voor gebruik met zowel de HCR-20 als HCR-20^{v3}. De huidige handleiding is volledig aangepast als aanvulling op alleen de HCR-20^{v3}. De aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 items H7 *Psychopathie* en H9 *Persoonlijkheidsstoornis* zijn nu aanvullende richtlijnen bij het HCR-20^{v3} item H7 *Persoonlijkheidsstoornis*. Deze aanvullende richtlijnen gelden over het algemeen nog steeds, hoewel er kleine veranderingen zijn voor gebruik

met de HCR-20^{V3} (zie p. 54 en Bijlage 1). De aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 items H6 *Psychische stoornis*, H8 *Problemen in de kindertijd* en H10 *Eerdere onttrekking aan toezicht* zijn niet langer nodig wanneer de FAM gebruikt wordt als aanvulling op de HCR-20^{V3}.

Bijna alle specifieke risicofactoren voor vrouwen in de FAM blijven van toegevoegde waarde en kunnen nog steeds gebruikt worden als aanvulling op de HCR-20^{V3}. Een uitzondering is het item H15 *Slachtofferschap na de kindertijd* welke niet langer nodig is als een nieuw item, omdat slachtofferschap is opgenomen in het HCR-20^{V3} item H8a *Victimisatie / trauma*. In dit nieuwe HCR-20^{V3} item wordt echter gekeken naar traumatische ervaringen op enig moment in het leven. De auteurs van de HCR-20^{V3} erkennen het belang van victimisatie en traumatische ervaringen tijdens de verschillende ontwikkelingsfasen (kindertijd, adolescentie en volwassenheid) en hebben daarom indicatoren⁴ toegevoegd welke voor deze verschillende fasen beschouwd kunnen worden bij het coderen van item H8a. Wij zijn echter van mening dat dit onderscheid voor vrouwen meer expliciet moet worden gemaakt, gezien de empirische kennis over de impact van victimisatie op vrouwen, zowel in de kindertijd als in volwassenheid. Voor zowel klinisch gebruik als vanuit onderzoeksperspectief is het naar ons idee waardevol om dit onderscheid te kunnen maken. Concluderend, aangezien onderzoek heeft aangetoond dat victimisatie na de kindertijd een sterke voorspeller is voor vrouwen bevelen we aan dit HCR-20^{V3} item H8a op te splitsen in: H8a1 *Victimisatie / trauma tijdens de kindertijd* en H8a2 *Victimisatie / trauma na de kindertijd*. Kortom, in plaats van het eerdere FAM item H15 worden aanvullende richtlijnen geboden voor HCR-20^{V3} item H8a.

Doelstelling

De doelstelling van de FAM is een adequate inschatting van het risico van gewelddadig gedrag door vrouwen naar anderen mogelijk te maken en daaruit voortvloeiend een meer op vrouwen afgestemd risicomangement en behandeling te kunnen bieden.

Definitie van gewelddadig gedrag

Gewelddadig gedrag is in de FAM in principe hetzelfde gedefinieerd als in de HCR-20^{V3}: *daadwerkelijk toegebracht lichamelijk letsel aan een andere persoon, een poging daartoe of dreiging daarmee* (De Vogel et al., 2013a, p. 70). Hieronder vallen alle gewelds- en levensdelicten, seksuele delicten, en brandstichting met gevaar

⁴ Indicatoren zijn representatieve voorbeelden van het soort informatie waar een beoordelaar naar op zoek gaat bij het coderen van een risicofactor (De Vogel et al., 2013a, p. 91).

voor personen. Er hoeft geen sprake te zijn van een juridische veroordeling, maar het gewelddadige gedrag dient wel dermate ernstig te zijn om te kunnen leiden tot een aanklacht. In de FAM behoort het **aanzetten tot gewelddadig gedrag**⁵ of **medeplichtig zijn aan gewelddadig gedrag** ook expliciet tot de definitie. In de HCR-20^{V3} wordt niet vermeld of aanzetten tot – of medeplichtig zijn aan gewelddadig gedrag tot de definitie behoort. De reden om het in de FAM expliciet te benoemen is omdat aangenomen wordt dat vrouwen relatief vaker dan mannen worden veroordeeld voor medeplegen en uitlokken van strafbare feiten, hoewel hier geen officiële cijfers over bekend zijn. Deskundigen zijn van mening dat vrouwen vaker dan mannen een ander aanzetten tot het plegen van geweld / antisociaal gedrag en dat hun eigen aandeel wellicht niet altijd even duidelijk gezien wordt. Daarbij wordt opgemerkt dat vrouwen misschien niet zelf daadwerkelijk geweld plegen maar mogelijk wel medeplichtig zijn aan gewelddadig gedrag, bijvoorbeeld door niet in te grijpen wanneer hun partner geweld pleegt.

Toepassing

De FAM is ontwikkeld als aanvulling op de HCR-20^{V3} voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij volwassen vrouwen. Net als de HCR-20^{V3} kan de FAM worden gebruikt voor het inschatten van het risico van geweld wanneer daar een wettelijke of klinische noodzaak voor is. Mogelijk is de FAM ook bruikbaar voor vrouwen in detentie of vrouwen in de algemene psychiatrie die eerder gewelddadig gedrag naar anderen hebben vertoond.⁶ In Nederland wordt de HKT-30 of de revisie, de HKT-R ook regelmatig gebruikt voor de risicotaxatie van gewelddadig gedrag. In de toekomst de FAM worden aangepast voor gebruik als aanvulling op de HKT-R. Vooralsnog lijken de nieuwe items en de aanvullende richtlijnen bij HCR-20^{V3} items in de FAM ook waardevol bij gebruik van de HKT-R voor vrouwen (zie Bijlage 1 en 2 voor details). Voor geweld door jonge meisjes (tussen 6 en 12 jaar) wordt verwezen naar de EARL-21G. Voor adolescente meisjes bestaat voor zover wij nu weten geen gender-sensitief risicotaxatie-instrument. Mogelijk is de FAM deels bruikbaar voor adolescente meisjes, maar voorzichtigheid is hierbij geboden, aangezien er mogelijk factoren specifiek voor adolescente meisjes bestaan die niet in de FAM zijn opgenomen, zoals omgang

⁵ De juridische termen (zie art.47 Wetboek van Strafrecht) die hiervoor gebruikt kunnen worden zijn: doen plegen (bijvoorbeeld het strafbare feit uitdenken) of uitlokken (d.m.v. bijvoorbeeld giften, beloften, misleiding of verschaffen van gelegenheid opzettelijk uitlokken van een strafbaar feit). Zie voor meer informatie bijvoorbeeld Keulen et al., 2010.

⁶ Geweld door vrouwen vindt relatief vaak plaats in de gezins sfeer. Voor meer gerichte taxatie van het risico van partnergeweld wordt daarnaast verwezen naar de B-SAFER (zie ook Thijssen & De Ruiter, 2010) of de SARA (Kropp et al., 1999) en voor kindermishandeling naar de CARE-NL (De Ruiter & De Jong, 2005).

met deviante leeftijdgenoten, lid zijn van een bende en weglopen van huis (zie o.a. Funk, 1999; Hart et al., 2007; Park, Morash, & Stevens, 2010).

Eisen aan de beoordelaar

De eisen aan de beoordelaar van de FAM zijn in principe hetzelfde als beschreven in de HCR-20^{V3} (zie De Vogel et al., 2013a, p. 73). De beoordelaar dient te beschikken over enige expertise in het uitvoeren van individuele diagnostiek en bekend te zijn met de recente wetenschappelijke kennis over gewelddadig gedrag en het voorspellen daarvan. Daarnaast dient de beoordelaar bekend te zijn met gebruik van de HCR-20^{V3}. Een training in het gebruik van de HCR-20^{V3} en FAM wordt aanbevolen.⁷

Scoreprocedure

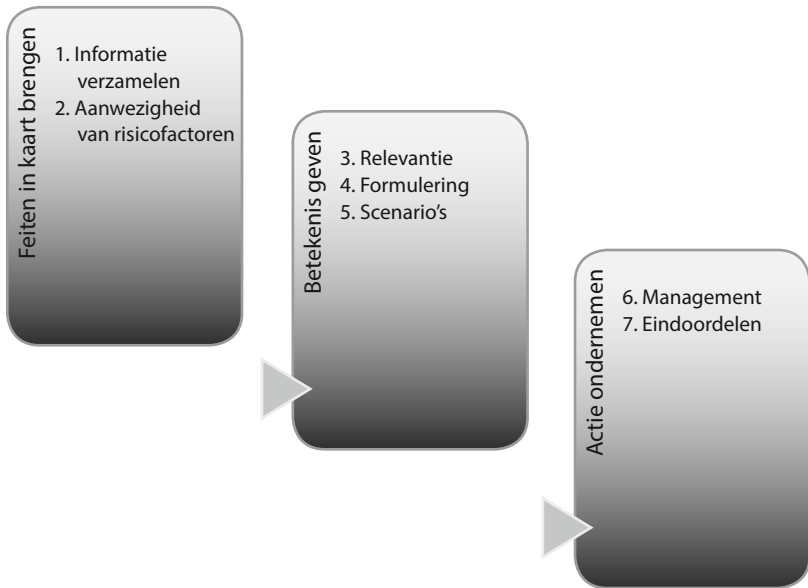
De scoreprocedure voor de FAM is nagenoeg hetzelfde als de scoreprocedure voor de HCR-20^{V3}. In de HCR-20^{V3} worden zeven stappen onderscheiden (zie Figuur 1; De Vogel et al., 2013a, p. 76). In de FAM, zijn enkele aanpassingen gemaakt voor stap 2 (Aanwezigheid van risicofactoren) en stap 7 (Eindoordelen). Verder wordt op basis van klinische ervaring (zie ook *Algemene aanbevelingen*, p. 43) een aanvullende suggestie geboden voor stap 3 (Relevantie). Het dient opgemerkt te worden dat deze aanbeveling voor mannen ook waardevol kan zijn.

Een voorbeeld van een codeerblad dat gebruikt kan worden bij het coderen van de FAM staat op p. 88.⁸ Voor het coderen van de FAM en HCR-20^{V3} is het noodzakelijk om beide handleidingen tegelijkertijd te gebruiken. Voor het coderen van HCR-20^{V3} items H7-H8 wordt verwezen naar de aanvullende richtlijnen in de FAM. Deze items dienen op het FAM codeerblad ingevuld te worden en niet op het HCR-20^{V3} codeerblad teneinde dubbelcodering van hetzelfde concept te voorkomen.

⁷ De RINO groep biedt deze training aan (zie www.rinogroep.nl).

⁸ Het FAM codeerblad is te downloaden vanaf www.gewelddadigevrouwen.nl of digitaal verkrijgbaar via de auteurs.

Figuur 1. HCR-20^{v3} stappen overgenomen uit De Vogel et al., 2013a.



Stap 1: Informatie verzamelen (zie De Vogel et al., 2013a)

Stap 2: Aanwezigheid van risicofactoren (zie ook De Vogel et al., 2013a)

De items worden gecodeerd op basis van de mate waarin de risicofactor aanwezig is (zie Tabel 2). Een 'Nee' betekent dat de risicofactor niet of nauwelijks aanwezig is. Een 'Deels' betekent dat de risicofactor mogelijk of in enige mate aanwezig is, maar dat er geen doorslaggevend bewijs is voor de aanwezigheid ervan. Een 'Ja' betekent dat de risicofactor zeker of duidelijk aanwezig is. In de Nederlandse vertaling van de HCR-20^{v3} is de mogelijkheid toegevoegd om de items te coderen op een zevenpuntschaal omdat hiermee ook kleine veranderingen aangegeven kunnen worden en dit discussie vaak vergemakkelijkt (Nee / Nee+ / Deels- / Deels / Deels+ / Ja- / Ja). Wanneer de beoordelaar onvoldoende informatie heeft om het item te coderen is het in eerste instantie zaak om te proberen deze alsnog te achterhalen, bijvoorbeeld door meerdere bronnen te raadplegen, te overleggen met collega's, of te informeren bij de vrouw zelf. Als er over een bepaald item te weinig informatie beschikbaar is of als de beschikbare informatie als onbetrouwbaar wordt beschouwd moet het item opengelaten worden. Van deze mogelijkheid dient zo min mogelijk gebruik te worden gemaakt en het item

moet niet worden opengelaten in geval van twijfel over de aanwezigheid van een factor (dat wil zeggen 'Deels'). Wanneer er in totaal in de HCR-20^{V3} en de FAM meer dan **zes** items zijn opengelaten (de subitems hierbij niet meegerekend) is de risicotaxatie niet meer bruikbaar. Het item *Problemen met opvoeden* is niet van toepassing als de betreffende vrouw geen kind(eren) heeft (gehad) of onder haar hoede heeft (gehad). In dit geval bestaat de optie tot het aanvinken van het hokje n.v.t. en dit wordt dan ook niet gezien als een openlating. Wanneer de beoordelaar in een individueel geval één of meerdere aanvullende risicofactoren belangrijk acht die niet onder de 28 items van de HCR-20^{V3} en FAM vallen, dan kunnen deze worden gecodeerd onder Overige overwegingen.

Tabel 2. Coderen van de aanwezigheid van de risicofactoren.

Ja	De informatie toont aan dat de factor aanwezig is.
Deels	De informatie toont aan dat de factor mogelijk of gedeeltelijk aanwezig is.
Nee	De informatie toont aan dat de factor niet aanwezig of niet van toepassing is.
Openlaten	Er is geen betrouwbare informatie op basis waarvan de aanwezigheid van de factor beoordeeld kan worden.

Stap 3: Relevantie (zie De Vogel et al., 2013a)

Hoewel de beoordeling van de relevantie van de risicofactoren als een belangrijke stap wordt gezien in het codeerproces, is het in sommige instellingen wellicht niet mogelijk of reëel om uit te voeren, omdat het teveel tijd kost. Een alternatief kan zijn om in plaats van de relevantie van alle items te coderen alleen cruciale factoren te coderen, dat wil zeggen risicofactoren die voor de betreffende casus als essentieel worden gezien. Deze items hebben als doel sturing te geven aan het opstellen van behandeldoelen en afstemmen van klinische interventies. De mogelijkheid tot het markeren van cruciale items wordt ook toegepast in de START en de SAPROF. De ervaringen van deskundigen met het markeren van de cruciale items in de SAPROF zijn positief, aangezien het voordelen biedt voor de dagelijkse praktijk, zoals het geven van concrete richtlijnen voor de behandeling en het prioriteren van behandeldoelen (zie De Vries Robbé, 2014).

Stap 4: Formulering (zie De Vogel et al., 2013a)

Stap 5: Scenario's (zie De Vogel et al., 2013a)

Stap 6: Management (zie De Vogel et al., 2013a)

Stap 7: Eindoordelen

Net als in de HCR-20^{V3} wordt het eindoordeel van het risico van toekomstig gewelddadig gedrag naar anderen niet alleen bepaald door de optelsom van de individuele factoren, maar hangt het vooral af van de interpretatie en integratie van de verschillende items. In de Nederlandse versie van de HCR-20^{V3} en FAM kan het eindoordeel worden weergegeven op een vijfpuntsschaal: 1) laag; 2) laag tot matig; 3) matig; 4) matig tot hoog; en 5) hoog. De reden om een vijfpuntsschaal te hanteren in plaats van een driepuntsschaal zoals bij de originele Engelstalige HCR-20^{V3} is omdat het hierbij makkelijker is nuances aan te brengen. In een forensische populatie verloopt de behandeling vaak relatief traag en kan het nuttig en motiverend zijn om kleine veranderingen te kunnen weergeven. Het instrument is met een vijfpuntsschaal sensitiever voor verandering. Daarnaast is gebleken uit onderzoek in de Van der Hoeven Kliniek dat een vijfpuntsschaal een betere voorspelling oplevert dan een driepuntsschaal (De Vries Robbé & De Vogel, 2012). Het coderen op een vijfpuntsschaal lijkt overigens ook voor mannen waardevol. Bij het formuleren van het eindoordeel dient tevens rekening te worden gehouden met de items die als cruciale items beschouwd worden. Het eindoordeel dient te worden ingeschat voor het komende jaar. Hierbij is het aan te raden niet alleen de kans op gewelddadig gedrag in te schatten, maar ook aandacht te besteden aan de context, frequentie, duur en de termijn waarop geweld mogelijk plaats zou kunnen vinden en wie potentieel slachtoffer is. In de HCR-20^{V3} wordt dit proces Scenarioplanning genoemd (zie voor meer details stap 5, De Vogel et al., 2013a, p. 100-102).

Het bepalen van de extra eindoordelen

In de FAM is de mogelijkheid toegevoegd om naast de drie eindoordelen *Geweld*, *Ernstig lichamelijk letsel* en *Acuut dreigend geweld* ook het risico van *Zelfdestructief gedrag*, *Victimisatie* en *Niet-gewelddadig crimineel gedrag* in te schatten. Het specificeren van het eindoordeel wordt ook toegepast in de START. Hoewel er vanuit de literatuur nauwelijks empirische evidentie is dat de items in de FAM daadwerkelijk samenhangen met deze drie andere risico's, kan het nuttig zijn voor klinisch gebruik. Deze drie extra eindoordelen dienen dan ook gezien te worden als experimenteel; toekomstig onderzoek zal moeten aantonen of deze

eindoordelen voorspellende waarde hebben en waardevol zijn voor de praktijk. Overigens zijn de eindoordelen zeer waarschijnlijk ook aan elkaar gerelateerd (zie ook Strub, 2010). Hillbrand (2001) bestudeerde de literatuur naar het samengaan van agressie naar zichzelf en naar anderen en concludeerde dat er een sterke relatie tussen deze twee vormen van agressie bestaat en dat risicotaxatie naar beide typen gedrag tegelijk zou moeten plaatsvinden. Verder is uit onderzoek gebleken dat zelfdestructief gedrag of een geschiedenis van suicidepogingen bij vrouwen een voorspeller was voor algemene en gewelddadige recidive (Blackburn & Trulson, 2010; Blanchette & Brown, 2006; Motz, 2001; zie ook het FAM item *Suïcidaliteit / automutilatie*). Ook victimisatie kan leiden tot gewelddadig gedrag (bijvoorbeeld in de vorm van reactieve agressie of zelfverdediging), maar ook indirect, bijvoorbeeld doordat het slachtoffer stress ervaart of middelen gaat gebruiken als reactie op traumatische ervaringen (zie Hiday et al., 2001; de aanvullende richtlijnen bij het HCR-20^{V3} item H8 *Traumatische ervaringen*).

1. *Risico van zelfdestructief gedrag*

Onder zelfdestructief gedrag wordt verstaan alle gedragingen die verwondingen of letsel aan het eigen lichaam toebrengen. Hieronder vallen specifiek automutilatie en suicidaliteit (zie ook p. 68), maar ook ernstige zelfverwaarlozing door excessief gebruik van alcohol, drugs of medicijnen; zich niet houden aan medicatievoorschriften voor fysieke klachten met mogelijk ernstige gevolgen of zeer slechte persoonlijke / hygiënische verzorging. Het gaat hierbij om ernstige vormen van zelfdestructief gedrag, dat wil zeggen, het moet leiden tot een duidelijke verslechtering van de psychische en fysieke toestand van de vrouw. Met name de items *Middelengebruik*, *Ernstige psychische stoornis*, *Suïcidaliteit / automutilatie* en *Laag zelfbeeld* zijn van belang voor het inschatten van het risico van zelfdestructief gedrag. De FAM dient overigens **niet** opgevat te worden als een instrument om het risico van suicide in te schatten; er zijn meer voorspellers voor suïcidaal gedrag die niet zijn opgenomen in de FAM (zie bijvoorbeeld Bouch & Marshall, 2005; Van Beek & Kerkhof, 2010; Kerkhof & Van Luyn, 2010).

2. *Risico van victimisatie*

Onder victimisatie wordt verstaan het slachtoffer worden van beschadigende gedragingen door een ander. Hieronder valt met name slachtoffer worden van gewelddadig gedrag, zoals geweld binnen een intieme relatie, seksueel misbruik of gedwongen worden tot prostitutie. Met name de items *Relaties*, *Traumatische ervaringen*, *Prostitutie*, *Heimelijk / manipulatief gedrag*, *Laag zelfbeeld* en *Problematische intieme relatie* zijn van belang voor het inschatten van het risico van victimisatie.

3. Risico van niet-gewelddadig crimineel gedrag

Onder niet-gewelddadig crimineel gedrag wordt verstaan alle (niet-gewelddadige) gedragingen die niet conform de wet zijn. Hieronder vallen alle delicten waarbij geen sprake is van (seksueel) gewelddadig gedrag, zoals oplichting, brandstichting zonder gevaar voor personen, vermogensdelicten, overtreding van de Opiumwet en vernieling. Uit onderzoek naar voorspellers voor algemene recidive (inclusief geweld) kwamen veel van de historische factoren in de HCR-20 / FAM naar voren, met name factoren gerelateerd aan psychische stoornis, victimisatie en problemen in relaties en met betrekking tot opvoeden van kinderen (zie Van Voorhis et al., 2010). Naast bovengenoemde factoren lijken met name de items *Overig antisociaal gedrag*, *Prostitutie* en *Heimelijk / manipulatief gedrag* van belang voor het inschatten van het risico van niet-gewelddadig crimineel gedrag, maar hiervoor is nog geen empirische onderbouwing.

Algemene aanbevelingen

Gebaseerd op ervaringen uit de klinische praktijk in de Van der Hoeven Kliniek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan (zie ook De Vogel, De Vries Robbé, Wever, De Spa, 2013; De Vogel, Van den Broek, & De Vries Robbé, 2014). Ten eerste kan het nuttig zijn om zowel de Risicohanterings items als het eindoordeel voor verschillende contexten in te schatten, bijvoorbeeld voor de situatie 'opgenomen in een klinische instelling' en voor de situatie 'begeleid wonen in de maatschappij'. Door het coderen voor verschillende contexten kan meer inzicht worden verkregen in de eventuele noodzaak van continuering van behandeling. In de praktijk is dit nuttig gebleken, bijvoorbeeld bij het schrijven van tbs-verlengingsadviezen en bij het beargumenteren van deze adviezen voor de rechtbank. Ten tweede wordt aangeraden om naast het inschatten van risicofactoren ook de beschermende factoren in te schatten, bijvoorbeeld met behulp van de SAPROF. Door niet alleen te kijken naar risicofactoren, maar ook naar aanwezige of te ontwikkelen beschermende factoren is een meer evenwichtige risicotaxatie mogelijk en ontstaat een completer beeld van de persoon. Bovendien werkt het beschouwen van beschermende factoren motiverend voor zowel patiënten als behandelaars (zie voor meer informatie De Vogel, De Vries Robbé, De Ruiters, & Bouman, 2011; De Vries Robbé, 2014; www.saprof.com). Ten derde wordt het consensusmodel aangeraden om tot een zorgvuldige risicotaxatie te komen. In dit model worden de instrumenten door zowel onderzoekers als behandelaars

onafhankelijk van elkaar gescoord en vervolgens wordt door middel van een discussie tot een consensuscodering gekomen. Uit onderzoek is gebleken dat risicotaxatie volgens het consensusmodel leidt tot een significant betere voorspelling van het recidiverisico (De Vogel, 2005; De Vogel & De Ruiters, 2006). Consensusbesprekingen met collega's kunnen van nut zijn in het aanscherpen van begrip van de items, het verbeteren van scoringsvaardigheden, maar ook gelegenheid bieden om multidisciplinair te discussiëren over mogelijke aanvullende risico- of beschermende factoren en risicomangement strategieën.

Verslaglegging

Nadat de beoordelaar de FAM heeft gecodeerd, dient een rapportage opgesteld te worden waarin de belangrijkste risicofactoren (en beschermende factoren) in onderlinge samenhang worden beschreven. Het is hierbij niet de bedoeling om scores te noemen, maar om beschrijvend te rapporteren. Bij het formuleren van het eindoordeel dient niet alleen gerapporteerd te worden over de kans op gewelddadig gedrag, maar ook over de mogelijke context, termijn, frequentie, duur en aard van het gewelddadig gedrag en wie potentiële slachtoffers zijn. Terugkoppeling van deze rapportage naar de vrouw (bij voorkeur in aanwezigheid van haar behandelaars) is wenselijk. Uiteindelijk dient een risicotaxatie gevolgd te worden door het opstellen van een risicomangement plan op basis van de belangrijkste conclusies van de risicotaxatie.

Onderzoek

Onderzoek naar de FAM is nog beperkt. In 2010 is in de Van der Hoeven Kliniek een prospectief onderzoek gestart naar de waarde van risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij vrouwen, in het bijzonder naar de psychometrische eigenschappen van de FAM. In dit onderzoek worden de FAM, HCR-20 en SAPROF gescoord op standaard risicotaxatie-momenten⁹ voor alle vrouwelijke patiënten die opgenomen worden of reeds opgenomen zijn in de Van der Hoeven Kliniek. Een eerste deel van dit onderzoek is reeds afgerond (Stam, 2010; De Vogel & De Vries Robbé, 2013). In dit onderzoek werden de FAM en de HCR-20 gescoord voor 42 vrouwelijke tbs-patiënten en 42 mannelijke tbs-patiënten. De vrouwen en mannen werden gematcht op hun fase in de behandeling, pathologie en delicttype. Voor 20 vrouwen werden de instrumenten door twee onafhankelijke

⁹ De standaard risicotaxatie-momenten in de Van der Hoeven Kliniek zijn: 1) bij opname; 2) voorafgaand aan eerste begeleidende verlof; 3) voorafgaand aan eerste onbegeleidende verlof; en 4) bij de start van de transmurale fase. Vanaf stap 2 wordt de risicotaxatie jaarlijks herhaald. Verder kan de risicotaxatie worden herhaald indien hiertoe aanleiding is (bijvoorbeeld een veranderde context of een specifieke vraag vanuit het behandelteam).

beoordelaars gescoord om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek goed te zijn voor alle individuele items van de FAM (Intraklasse Correlatie Coëfficiënt single measure (ICCs) varieerden van .63 tot .97, allen $p < .05$); de geïntegreerde totaalscore van de HCR-20 en FAM (ICC = .95, $p < .001$) en voor het eindoordeel van het risico van gewelddadig gedrag naar anderen (ICC = .95, $p < .001$). Voor de extra eindoordelen werd een matige tot goede betrouwbaarheid gevonden (ICC = .54-.85, allen $p < .001$). Wat betreft de verschillen tussen vrouwen en mannen op de FAM werd gevonden dat vrouwen significant hoger scoorden op zeven van de negen nieuwe items: *Prostitutie, Zwangerschap op jonge leeftijd, Suïcidaliteit / automutilatie, Slachtofferschap na de kindertijd, Heimelijk / manipulatief gedrag, Laag zelfbeeld en Problematische intieme relatie* (zie voor meer details www.gewelddadigevrouwen.nl). Er werden geen significant hogere scores gevonden voor vrouwen op de HCR-20 items met aanvullende richtlijnen en voor twee van deze items scoorden de mannen juist hoger, te weten *Psychopathie* en *Problematisch gedrag in de kindertijd*. Dit laatste is conform de verwachtingen.

Uit een eerste analyse naar de predictieve validiteit van de FAM voor gewelddadige incidenten gedurende de behandeling werd in een groep van 46 vrouwen¹⁰ gevonden dat over het geheel genomen de FAM een goede predictieve validiteit heeft voor incidenten van geweld naar anderen gedurende de behandeling en zelfs nog sterker voor zelfdestructief gedrag gedurende de behandeling (De Vogel & De Vries Robbé, 2013). In een doorlopend Nederlands multicenter onderzoek werd gevonden dat de FAM / HCR-20 Historische subschaal score een significante, maar matige voorspeller was voor verschillende type incidenten tijdens de behandeling (fysiek geweld, verbaal geweld, bedreigingen en brandstichting). Verder bleek dat Historische subschaal score significant te voorspellen of een vrouw overgeplaatst moest worden naar een andere afdeling binnen de instelling, doorgaans vanwege ernstige problemen (De Vogel, Stam, Bouman, Ter Horst, & Lancel, 2014). Nader onderzoek naar de predictieve validiteit voor incidenten gedurende de behandeling en recidive na ontslag zal de komende jaren plaatsvinden (zie voor recente informatie www.gewelddadigevrouwen.nl).

In het algemeen kan gesteld worden dat onderzoek naar vrouwen die gewelddadig gedrag hebben vertoond geen makkelijke opgave is (zie ook Burman, Batchelor, & Brown, 2001). Het betreft een relatief kleine groep (in Nederland) en veel van deze vrouwen hebben dermate ernstige problematiek

¹⁰ De 42 vrouwen uit het eerdere onderzoek aangevuld met vier nieuw opgenomen vrouwelijke patiënten.

dat zij lang - vaak zelfs chronisch - in de forensische of algemene psychiatrie verblijven. Slechts weinig vrouwen uit de forensische psychiatrie - in verhouding met mannen - komen weer volledig in de maatschappij terecht. Voor het onderzoeken van de voorspellende waarde voor gewelddadig gedrag binnen instellingen is dit geen probleem, maar het bemoeilijkt *follow-up* onderzoek in de maatschappij. Daarnaast overlijdt een relatief groot aantal vrouwen. Van de 42 vrouwen uit een eerder onderzoek naar de HCR-20 in de Van der Hoeven Kliniek (De Vogel & De Ruiter, 2005) bleken er binnen zeven jaar na de studie acht te zijn overleden (waarvan 2 door suïcide). Ook in het buitenland is dit een bekend fenomeen; in een Brits onderzoek werd gevonden dat vrouwen uit *medium secure* instellingen een bijna tienmaal hoger sterftecijfer hadden dan de algemene populatie en tweemaal hoger dan mannen die ontslagen waren uit diezelfde instellingen (Davies, Clarke, Hollin, & Duggan, 2007). Bovendien bleken vrouwen behandeld in Britse *medium secure units* vaker heropgenomen te worden dan mannen (Sahota et al., 2010). Onderzoek naar geweld door vrouwen en het voorspellen van dergelijk gedrag is dan ook lastig en vereist langere tijd en goede samenwerking tussen instellingen. Daarnaast is de over het algemeen gehanteerde uitkomstmaat van gewelddadige recidive waarschijnlijk minder bruikbaar bij vrouwen, aangezien de aard van geweld door vrouwen anders is dan door mannen en geweld door vrouwen nog altijd ondergerapporteerd blijft. Het is aan te bevelen om in toekomstig onderzoek verschillende uitkomstmaten te gebruiken, zoals zelfdestructief of suïcidaal gedrag, victimisatie, meer subtiele vormen van geweld zoals verbaal geweld en andere vormen van antisociaal gedrag. Als aanvulling op veroordelingen voor geweld zijn zelfrapportagegegevens en observatiegegevens mogelijk meer geschikt om herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen te onderzoeken.

Beperkingen

De belangrijkste beperking van de FAM is dat er nog relatief weinig wetenschappelijke evidentie voor de (voorspellende waarde van de) risicofactoren in de FAM bestaat. Voor een aantal factoren is wel empirische steun voor de relatie met algemeen delictgedrag, maar niet specifiek voor de relatie met gewelddadig gedrag. Daarnaast is voor een aantal items weliswaar een verband gevonden tussen de betreffende factor en gewelddadig gedrag in het verleden, maar dit wil nog niet zeggen dat de factor ook gerelateerd is aan toekomstig gewelddadig gedrag. Toekomstig onderzoek in diverse instellingen zal moeten uitwijzen of deze items daadwerkelijk herhaald gewelddadig gedrag naar anderen voorspellen. Ook wat betreft de extra eindoordelen is

vooralsnog onbekend of de items daadwerkelijk empirische waarde hebben voor de voorspelling van zelfdestructief gedrag, victimisatie en niet-gewelddadig crimineel gedrag. Een andere beperking is dat er relatief veel Historische items in de FAM opgenomen zijn. De twee HCR-20^{V3} items waarvoor aanvullende richtlijnen voor vrouwen zijn geformuleerd en meer dan de helft van de nieuwe items zijn historisch van aard. Deze items kunnen belangrijke aandachtspunten vormen voor behandelaars, maar zijn helaas als risicofactor niet meer ten goede veranderbaar door klinische interventie. Met de toevoeging van de relevantiecoderingen in de HCR-20^{V3}, worden de historische items echter meer klinisch bruikbaar omdat hiermee de relevantie wordt beoordeeld voor het huidige risiconiveau.

Definitie van de risicofactoren

In het navolgende worden codeerinstruaties gegeven voor de specifieke risicofactoren voor vrouwen in de FAM evenals aanvullende richtlijnen bij twee HCR-20^{V3} items. Bij alle nieuwe items wordt een definitie gegeven voor de opname van dit item in de FAM gebaseerd op literatuur, alsmede de uitkomsten van de interviews met deskundigen. Daarnaast wordt een definitie en codeerinstruatie gegeven die dient als hulpmiddel bij het coderen van het betreffende item. Verder is bij de nieuwe items ter illustratie een casus¹¹ uit de klinische praktijk met een code Ja op dit item toegevoegd. Opgemerkt dient te worden dat in de definitie van de FAM items referenties naar literatuur zijn toegevoegd, terwijl dit voor de HCR-20^{V3} niet zo is. Voor een gedetailleerde beschrijving van de literatuur per item voor de HCR-20^{V3} wordt verwezen naar de website www.hcr-20.com. Verder worden indicatoren en toelichtingen gegeven om te assisteren in het coderen van de items. Voor het coderen van de originele HCR-20^{V3} items dient de HCR-20^{V3} handleiding te worden gebruikt (De Vogel et al., 2013a).

¹¹ Alle beschreven cases berusten op werkelijk bestaande cases. Omwille van de privacy zijn namen en omstandigheden gewijzigd.



Historische items

De Historische items gaan over het gehele verleden van de vrouw **tot het moment van de risicotaxatie**. In de FAM zijn aanvullende richtlijnen opgesteld voor twee Historische items uit de HCR-20^{V3} (H7-H8) en zijn vier nieuwe historische risicofactoren voor vrouwen opgenomen (H11-H14). Voor het coderen van de originele Historische items wordt verwezen naar de handleiding van de HCR-20^{V3} (De Vogel et al., 2013a).

Tabel 3. Historische items van de HCR-20^{v3} en de FAM.

Historische items	
H1	Geweld a. Als kind (12 jaar en jonger) b. Als adolescent (13-17 jaar) c. Als volwassene (18 jaar en ouder)
H2	Overig antisociaal gedrag a. Als kind (12 jaar en jonger) b. Als adolescent (13-17 jaar) c. Als volwassene (18a.jaar en ouder)
H3	Relaties a. Intieme relaties b. Niet-intieme relaties
H4	Werk
H5	Middelengebruik
H6	Ernstige psychische stoornis a. Psychotische stoornis b. Stemmingsstoornis c. Andere ernstige psychische stoornis
H7	Persoonlijkheidsstoornis a. Antisociale of psychopathische b. Andere persoonlijkheidsstoornis
H7	<i>Aanvullende richtlijnen bij de volgende HCR-20^{v3} items</i> H7 Persoonlijkheidsstoornis a. Antisociale of psychopathische b. Andere 1. Cluster B (anders dan antisociaal) of met kenmerken van achterdocht 2. Andere persoonlijkheidsstoornis
H8	Traumatische ervaringen a. Victimisatie / trauma b. Problematische opvoedingssituatie
H8	H8 Traumatische ervaringen a. Victimisatie / trauma 1. Tijdens de kindertijd 2. Na de kindertijd
H9	Gewelddadige opvattingen
H10	Respons op behandeling of toezicht
	<i>Specifieke risicofactoren voor vrouwen</i>
	H11 Prostitutie
	H12 Problemen met opvoeden
	H13 Zwangerschap op jonge leeftijd
	H14 Suïcidaliteit / automutilatie

Noot. De HCR-20^{v3} items zijn overgenomen met toestemming van de originele auteurs (Douglas et al., 2013).

H7 Persoonlijkheidsstoornis

aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{V3}

H7a Antisociale / psychopathische persoonlijkheidsstoornis

Psychopathie is niet langer een verplicht item in de HCR-20^{V3}. Desondanks wordt er nog steeds geadviseerd om de mate van psychopathie mee te nemen bij het coderen van subitem H7a *Antisociale / psychopathische persoonlijkheidsstoornis*. De verschillen tussen mannen en vrouwen met betrekking tot psychopathie zijn nog altijd relevant voor HCR-20^{V3} item H7a. We bevelen daarom aan om de aangepaste *cut-off* score voor vrouwen te blijven gebruiken wanneer de PCL-R wordt gebruikt voor het coderen van HCR-20^{V3} subitem H7a.

Definitie

Over het algemeen worden voor vrouwen lagere scores op de PCL-R en een lagere prevalentie van de diagnose psychopathie gevonden vergeleken met mannen (Logan, 2009; Nicholls et al., 2005; Vitale & Newman, 2001; zie ook p. 25). In de literatuur wordt gesuggereerd dat het waardevol kan zijn om de PCL-R *cut-off* score te verlagen voor vrouwen (zie bijvoorbeeld, Falkenbach, 2008; Kennealy, Hicks, & Patrick, 2007; Weizmann-Henelius et al., 2010). In de FAM is dit advies opgevolgd en de *cut-off* score van de originele PCL-R en *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV; Hart, Cox, & Hare, 1995) verlaagd. In een recente studie naar psychopathie bij vrouwen werd gevonden dat met de diagnostische *cut-off* score van 23 zoals toegepast in de FAM een duidelijk verschil werd gevonden tussen vrouwen met een hoge mate van psychopathie en vrouwen met een lage mate van psychopathie (Klein Tunte et al., 2014; De Vogel, & Lancel, in voorbereiding). Op basis hiervan kan beargumenteerd worden dat het gebruik van een lagere diagnostische *cut-off* score voor de PCL-R een betekenisvol aspect is van de FAM. Deze *cut-off* dient echter vooral gezien te worden als experimenteel en met name gebruikt voor onderzoeksdoeleinden en niet om vrouwen uit te sluiten van behandeling vanwege een hoge score.

Aanvullende codeerinstructie voor vrouwen

- Een score boven 23 op de PCL-R, of boven 15 op de PCL:SV dient geïnterpreteerd te worden als duidelijk / ernstige psychopathie en moet als Ja worden gecodeerd.
- Een score tussen 14-23 op de PCL-R, of tussen 11-15 op de PCL:SV dient geïnterpreteerd te worden als mogelijk / minder ernstige psychopathie en moet als Deels worden gecodeerd.
- Een score beneden 14 op de PCL-R, of beneden 14 op de PCL:SV dient geïnterpreteerd te worden als geen psychopathie en moet als Nee worden gecodeerd.

H7b Andere persoonlijkheidsstoornis

Wanneer de HCR-20^{V3} wordt gebruikt voor vrouwen wordt aangeraden om H7b *Andere persoonlijkheidsstoornis* op te splitsen in: H7b1 *Cluster B stoornissen (anders dan antisociaal) of met kenmerken van achterdocht* en H7b2 *Andere persoonlijkheidsstoornis*.

Definitie

Uit onderzoek is gebleken dat niet alle persoonlijkheidsstoornissen gerelateerd zijn aan gewelddadig gedrag, maar dat dit vooral geldt voor Cluster B persoonlijkheidsstoornissen en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (Berman, Fallon, & Coccaro, 1998; Coid, 2000; Coid, Kahtan, Gault, & Jarman, 1999). Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. In een onderzoek naar de relatie tussen stoornissen en geweld bij vrouwen werd een relatie gevonden tussen eerder gewelddadig gedrag en Cluster B persoonlijkheidsstoornissen, met name de antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornis (Warren et al., 2002). De borderline persoonlijkheidsstoornis was vooral gerelateerd aan gewelddadig gedrag binnen een instelling. In dit onderzoek werd tevens een relatie gevonden tussen Cluster A problematiek (achterdocht en bizarre gedachten) en eerder gewelddadig gedrag. Voor Cluster C problematiek werd geen significante relatie gevonden met eerder gewelddadig gedrag. Weizmann-Henelius en collega's (2004) vonden een hogere frequentie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis en een hoge mate van psychopathie bij vrouwen die herhaaldelijk voor gewelddadig gedrag waren veroordeeld vergeleken met vrouwen die voor het eerst waren veroordeeld voor een gewelddadig delict.

Aanvullende codeerinstructie voor vrouwen

- Bij het coderen van item H7b1 voor vrouwen wordt de beoordelaar aangeraden om expliciet te kijken naar cluster B persoonlijkheidsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen met kenmerken van achterdocht, zoals de paranoïde persoonlijkheidsstoornis.
- Een officiële diagnose van één of meer cluster B persoonlijkheidsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen met kenmerken van achterdocht dient als Ja gecodeerd te worden.
- Mogelijke of minder ernstige cluster B persoonlijkheidsstoornissen (trekken) of persoonlijkheidsstoornissen met kenmerken van achterdocht dienen als Deels gecodeerd te worden.
- Geen officiële diagnose van één of meer cluster B persoonlijkheidsstoornissen

of persoonlijkheidsstoornissen met kenmerken van achterdocht dient als Nee gecodeerd te worden.

- Alhoewel er weinig bewijs is van een relatie tussen cluster C persoonlijkheidsstoornissen en gewelddadig gedrag (Warren et al., 2002), worden deze gecodeerd onder H7b2. Ditzelfde geldt voor cluster A persoonlijkheidsstoornissen, anders dan die met kenmerken van achterdocht.

H8 Traumatische ervaringen

aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{V3}

H8a Victimisatie / trauma

In het HCR-20^{V3} subitem H8a wordt gekeken naar traumatische ervaringen op enig moment in het leven (zie de indicatoren voor het coderen van dit item in de kindertijd, adolescentie en volwassenheid). Aangezien voor vrouwen is aangetoond dat victimisatie tijdens de verschillende ontwikkelingsfases het risico van geweld vergroot, wordt aangeraden om dit item op te splitsen in: H8a1 *Victimisatie / trauma tijdens de kindertijd* en H8a2 *Victimisatie / trauma na de kindertijd*.

Definitie

Victimisatie / trauma in de kindertijd

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die als kind verwaarloosd werden of slachtoffer waren van mishandeling of seksueel misbruik een grotere kans hebben op problemen met middelengebruik en het plegen van gewelddadige delicten als volwassene (Bishop, Mahmoodzadegan, & Warren, 2008; Blackburn & Trulson, 2010; Herrera & McCloskey, 2003; Siegel, 2000). Dit verband bestaat ook voor mannen, maar lijkt sterker te zijn voor vrouwen (Belknap & Holsinger, 2006; Blackburn & Trulson, 2010; Bottos, 2007; Widom & Maxfield, 2001). Er bestaat een duidelijke relatie tussen slachtoffer geweest zijn van kindermishandeling en het op latere leeftijd plegen van kindermishandeling (De Ruiter & De Jong, 2005). Verder is een relatie gevonden tussen andersoortige problematische omstandigheden in de jeugd en het later plegen van gewelddadig gedrag. Gescheiden ouders en het getuige zijn geweest van geweld tussen de ouders onderscheidde vrouwen die herhaald gewelddadig gedrag pleegden van vrouwen die eenmalig geweld hadden vertoond (Weizmann-Henelius et al., 2004). Vrouwen die gewelddadige delicten pleegden hadden vaker ouders met psychische of verslavingsproblemen dan vrouwen die andersoortige delicten pleegden (Pollock, Mullings, & Crouch, 2006). Voor vrouwelijke gedetineerden is een relatie gevonden tussen problematische omstandigheden in de kindertijd, met name fysieke en mentale mishandeling door moeder en het op volwassen leeftijd gediagnosticeerd worden met Cluster B persoonlijkheidsproblematiek, met name de borderline persoonlijkheidsstoornis (Loper et al., 2008), hetgeen eveneens een risicofactor voor gewelddadig gedrag kan zijn.

Victimisatie / trauma na de kindertijd

Onderzoek heeft aangetoond dat slachtofferschap na de kindertijd gerelateerd is aan: 1) gewelddadig gedrag; 2) seksueel delictgedrag; en 3) algemeen delictgedrag. Ten eerste, wat betreft gewelddadig gedrag is aangetoond dat vrouwelijke geweldsdelinquenten vaker psychisch en lichamelijk mishandeld zijn als kind en als volwassene dan vrouwen zonder delictgeschiedenis (Weizmann-Henelius et al., 2004). Swan en collega's (2005) vonden dat vrouwen die veelvuldig slachtoffer zijn geweest van geweld door de partner zelf ook vaker gewelddadig gedrag naar hun partner vertoonden, zeker wanneer er daarnaast sprake was geweest van slachtofferschap in de kindertijd. Vrouwen die door hun partner worden mishandeld zijn tevens vaker hardhandig naar hun kinderen dan vrouwen die niet worden mishandeld (Margolin, Gordis, Medina, & Oliver, 2003; Pels, Lünemann, & Stekete, 2011). Daarnaast bleek dat deze vrouwen een grotere kans hebben op het ontwikkelen van een posttraumatische stress-stoornis en depressie (Spataro, Mullen, Burgess, Wells, & Moss, 2004) en dat daarmee ook het risico van gewelddadig gedrag naar anderen wordt vergroot. Ten tweede blijkt dat bij vrouwen die seksuele delicten plegen er veelal sprake is geweest van seksueel misbruik, zowel in de kindertijd als in volwassenheid (Gannon & Cortoni, 2010; Korfage & De Hoop, 2006). Vrouwen die seksueel misbruikt zijn hebben vaker te kampen met depressieve gevoelens, woedegevoelens en prikkelbaarheid wat vervolgens kan leiden tot gewelddadig gedrag. Ten derde is er een significante relatie gevonden tussen slachtofferschap in volwassenheid en algemene recidive (Benda, 2005; Van Voorhis et al., 2010). Hierbij geldt dat slachtofferschap voor zowel mannen als vrouwen een risicofactor is, maar dat het verband voor vrouwen sterker is (Benda, 2005). Vrouwen worden over het algemeen vaker blootgesteld aan slachtofferschap dan mannen. In een studie naar gedetineerde vrouwen bleken nagenoeg alle vrouwen tenminste één traumatische ervaring in volwassenheid te hebben gehad (Green et al., 2005). In het algemeen voorspellen traumatische ervaringen ook andere risicovolle (gezondheids)gedragingen, zoals middelengebruik en risicovol seksueel gedrag (Rheingold, Acerno, & Resnick, 2004) en zijn daarmee indirect ook een risicofactor voor geweld (Briere & Elliott, 2003; Coker et al., 2002).

Aanvullende codeerinstructie voor vrouwen

- Victimisatie / trauma dat plaatsvond tijdens de kindertijd dient te worden gecodeerd onder H8a1 en slachtofferschap na de kindertijd onder H8a2.
- De ernst van het slachtofferschap is afhankelijk van de duur, de mate van lichamelijke en materiële schade en de fysieke en / of psychische gevolgen voor het slachtoffer.
- Vrouwelijke patiënten kunnen volgens sommige deskundigen makkelijk een slachtofferrol aannemen. Bij het beoordelen van dit item moet daarom goed gelet worden op de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van de bronnen die wijzen op slachtofferschap.

H11 Prostitutie

Definitie

Het hebben van een prostitutieverleden is zowel uit onderzoek (Morgan & Patton, 2002) als uit interviews met deskundigen naar voren gekomen als een risicofactor voor geweld bij vrouwen. Onder prostitutie wordt het tegen betaling aanbieden van het lichaam verstaan. Er kunnen verschillende oorzaken en motieven ten grondslag liggen aan prostitutie. Prostitutie kan een persoonlijke keuze zijn, maar er kan ook sprake zijn van gedwongen prostitutie. Zowel vrijwillige als gedwongen prostitutie kan een risicofactor vormen voor gewelddadig gedrag. Gedwongen prostitutie is een indicatie voor de beïnvloedbaarheid en kwetsbaarheid van een vrouw en het niet kunnen bewaken van haar grenzen. Een vrouw die gedwongen in de prostitutie zit, is waarschijnlijk ook kwetsbaarder voor de invloed van anderen, bijvoorbeeld een antisociale partner of antisociale vrienden. Een vrouw kan zich onder invloed van dergelijke personen eerder in het criminele circuit bevinden. Het vrijwillig werken als prostituee kan op verschillende manieren een risicofactor zijn voor gewelddadig gedrag. Vrijwillige prostitutie kan wijzen op een antisociale attitude. Prostitutie kan voortkomen uit een wens naar macht of geld of kan gebruikt worden om een drugsverslaving te bekostigen. Verder kan de vrouw door prostitutie in gevaarlijke situaties terechtkomen, zeker wanneer er sprake is van straatprostitutie. Dit kan ertoe leiden dat de vrouw zelf slachtoffer wordt, maar mogelijk ook – als reactie of verdediging – dader.

Indicatoren

- Heeft als prostituee gewerkt voor tenminste enige periode
- Heeft als prostituee op straat of achter het raam gewerkt
- Heeft als prostituee in een club gewerkt
- Vrijwillige prostitutie
- Was gedwongen om te werken als prostituee

Toelichting

- Dit item gaat om zowel vrijwillige als gedwongen prostitutie.
- Het toekennen van een score Deels of Ja is afhankelijk van de frequentie, intensiteit en duur van de prostitutie. Als een vrouw slechts eenmalig of gedurende een korte periode in de prostitutie heeft gezeten en er geen patroon zichtbaar was dient een Deels gecodeerd te worden.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Islayah vertoont vanaf jonge leeftijd veel problemen; ze spijbelt veel, gebruikt vanaf haar 13^e drugs en pleegt een veelheid aan delicten, waaronder bedreigingen en openlijke geweldpleging. Van haar ouders, die haar grenzen proberen te stellen trekt ze zich niets aan. Islayah is al vanaf haar 13^e seksueel actief. Vanaf haar 18^e is ze werkzaam in de prostitutie, zowel als straat en raamprostitutie als in nachtclubs en via een escortbureau. Ook houdt ze zich bezig met de zakelijke organisatie van het escortbureau. Ze wordt er meerdere malen van beschuldigd haar cliënten te bestelen. Op haar 22^e betrapt Islayah haar vriend met een meisje in bed en dwingt ze een aanwezige man om het meisje te verkrachten. Ze wordt veroordeeld tot tbs wegens het medeplegen van verkrachting.

H12 Problemen met opvoeden

Definitie

Er bestaat een verband tussen problemen met opvoeden van een kind of kinderen¹² en: 1) geweld naar kinderen; 2) geweld naar de intieme partner; en 3) algemeen crimineel gedrag. Ten eerste is uit onderzoek gebleken dat ouders die hun kinderen mishandelen vaker over inadequate opvoedingsvaardigheden beschikken (zie De Ruiter & De Jong, 2005). Motz (2001) noemt als verklaring voor het verband met gewelddadig gedrag dat het opvoeden van kinderen bij vrouwen mogelijk eigen ervaringen van misbruik en verwaarlozing kan oproepen hetgeen tot heftige negatieve gevoelens kan leiden en uiteindelijk tot mishandeling van eigen kinderen. Ten tweede bleek uit een exploratief onderzoek naar de relatie tussen opvoeden en partnergeweld dat vrouwen opvoedstress zien als rechtvaardiging voor geweld naar hun partner, met name als vrouwen het gevoel hebben niet goed te zijn in de ouderrol en als ze het gevoel hebben dat de behoeften van hun kinderen hun leven domineren (Simmons et al., 2010). Ten derde bleek uit een longitudinaal onderzoek van Messer en collega's (2004) een sterk verband tussen problemen met de opvoeding en algemeen crimineel gedrag. Een belangrijke factor hierin is dat het opvoeden van kinderen veel stress oplevert, zeker voor een moeder die er alleen voor staat en geen partner heeft (Van Voorhis et al., 2010).

Indicatoren

- Structurele verwaarlozing van kinderen
- Lichamelijke mishandeling van kinderen
- Emotionele / geestelijke mishandeling van kinderen
- Seksueel misbruik van kinderen
- Niet ingrijpen bij mishandeling van het kind door de partner
- Ingrijpen door professionele hulpverleners is nodig geweest, bijvoorbeeld contacten met Bureau Jeugdzorg, Raad van de Kinderbescherming en andere hulpverlenende instanties
- Uithuisplaatsing of ondertoezichtstelling van kinderen
- Uit de ouderlijke macht ontzet zijn

¹² Vanaf nu kinderen genoemd ten behoeve van de leesbaarheid.

Toelichting

- Bij dit item worden problemen met het opvoeden van kinderen gecodeerd. Het opvoeden van niet-biologische kinderen (kinderen van partner of adoptiekinderen) valt hier ook onder.
- Bij het beoordelen van dit item is het belangrijk na te gaan of ingrijpen door professionele hulpverleners nodig is geweest, contacten met Bureau Jeugdzorg, Raad van de Kinderbescherming en andere hulpverlenende instanties zijn een indicatie voor opvoedproblemen. Uithuisplaatsing of ondertoezichtstelling van kinderen of het uit de ouderlijke macht ontzet zijn wijzen op ernstige opvoedproblemen.
- Het toekennen van een score Deels of Ja is afhankelijk van de aard, ernst en duur van de opvoedproblemen.
- Wanneer een vrouw geen (pleeg – stief) kinderen heeft / er geen sprake is geweest van een opvoedsituatie, is het item niet van toepassing en dient het vakje n.v.t. te worden aangekruist.¹³

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Sacha is een 33 jarige vrouw die veroordeeld is wegens doodslag op haar 2 jarige zoon. Sacha is als kind ernstig verwaarloosd en mishandeld door haar moeder. Als ze zelf kinderen krijgt laat ze hetzelfde mishandelende gedrag zien als haar moeder. Haar twee kinderen worden onder toezicht gesteld en uiteindelijk uit huis geplaatst wegens mishandeling en verwaarlozing. Een aantal jaren later krijgt ze – met een nieuwe man – nog twee kinderen. Sacha kan de zorg voor het oudste kind niet aan en verwaarloost en mishandelt hem op ernstige wijze. De jongen overlijdt uiteindelijk als gevolg van de fysieke mishandelingen in combinatie met ondervoeding.

¹³ De reden om van dit item een uitzondering te maken is omdat anders later (bijvoorbeeld in het kader van onderzoek) mogelijk niet meer achterhaald kan worden of er een 0 is gescoord omdat de vrouw geen problemen op gebied van opvoeden heeft gehad of omdat ze nooit een kind onder haar hoede heeft gehad.

H13 Zwangerschap op jonge leeftijd

Definitie

Resultaten van een longitudinaal onderzoek van Messer en collega's (2004) wijzen op een sterke associatie tussen tienerzwangerschappen (voor 20 jaar) en crimineel gedrag. Het op jonge leeftijd moeder worden belemmert de verdere ontwikkelingsmogelijkheden en kan leiden tot verschillende negatieve consequenties op het gebied van financiën, educatie en sociale en intieme relaties (zie ook Serbin et al., 1998). Wanneer een moeder haar kind na de geboorte heeft moeten afstaan (adoptie of pleeggezin) kan dit een grote emotionele impact hebben (Motz, 2001) en mogelijk een risicofactor voor gewelddadig gedrag vormen.

Indicatoren

- Was zwanger op jonge leeftijd (voor 20^e jaar)
- Zwangerschap voor 20e had een grote impact op haar leven
- Zwangerschap voor 20e had fysieke, psychische, sociale of financiële gevolgen
- Was niet in staat om haar opleiding af te ronden vanwege de zwangerschap voor 20e
- Zwangerschap voor 20e resulteerde in ernstige problemen in intieme relatie
- Zwangerschap voor 20e zorgde voor veel stress
- Heeft een abortus ondergaan voor 20e en dit had een grote negatieve impact
- Heeft een miskraam gehad voor 20e en dit had een grote negatieve impact

Toelichting

- Bij dit item wordt gecodeerd of een vrouw op jonge leeftijd (voor 20^e jaar) zwanger is geraakt en wat de gevolgen daarvan voor de vrouw zijn geweest.
- Wanneer er sprake is geweest van een abortus, miskraam of het afstaan van een kind en er wordt ingeschat dat dit aanzienlijke negatieve impact heeft gehad op de vrouw, dan mag dit in dit item meegenomen worden. Afhankelijk van frequentie en impact leidt dit dan tot een code Deels of Ja.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Anita raakt op haar 16^e ongepland zwanger. Omdat Anita ernstig drugverslaafd is en het haar niet lukt te stoppen met drugs verloopt de zwangerschap niet voorspoedig. Uiteindelijk wordt haar dochter veel te vroeg geboren. Het kind wordt vrijwel direct bij Anita weggehaald en bij een pleeggezin ondergebracht. In de jaren daarna gaat het verder bergafwaarts met Anita; ze heeft vele instabiele relaties, pleegt veelvuldig vermogens- en geweldsdelicten en wordt met regelmaat opgenomen in psychiatrische instellingen. Op haar 24^e wordt Anita terbeschikkinggesteld wegens diefstal met geweld. Bij opname blijkt er naast de persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek ook sprake te zijn van schizofrenie. Anita heeft last van wanen en hallucinaties die haar zeer beangstigen, bijvoorbeeld de waan dat ze zwanger is en dat ze een kindje voelt bewegen in haar buik. Dit roept voor haar pijnlijke herinneringen op aan haar zwangerschap en het hebben moeten afstaan van haar dochter.

H14 Suïcidaliteit / automutilatie

Definitie

Uit zowel onderzoek als gesprekken met deskundigen is een verband gebleken tussen automutilatief gedrag en / of een geschiedenis van suïcidepogingen en gewelddadig gedrag naar anderen door vrouwen (Blanchette & Brown, 2006; Blanchette & Motiuk, 1995; Morgan & Patton, 2002; Völm & Dolan, 2009; Weizmann-Henelius et al., 2004). Ook is er een relatie gevonden tussen suïcidale gedachten en algemeen crimineel gedrag bij vrouwen (Benda, 2005; Wilkins & Coid, 1991). In de forensische psychiatrie en in detentie komen automutilatie en suïcidepogingen meer voor bij vrouwen dan bij mannen (Belknap & Holsinger, 2006; Coid et al., 2000; Graat et al., 2011; Motz, 2001; Nicholls, 2001). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat automutilatie vaker voorkomt bij depressie en de borderline persoonlijkheidsstoornis; stoornissen die in de forensische psychiatrie over het algemeen vaker bij vrouwen voorkomen dan bij mannen (Coid et al., 2000; Coid, Wilkins, Coid, & Everitt, 1992). Motz (2001) stelt dat agressie gericht naar zichzelf een typisch vrouwelijke expressie van boosheid is. Deskundigen zien dit in de praktijk ook: mannen richten hun agressie meer naar buiten (externaliseren) en vrouwen meer naar binnen (internaliseren). Suïcidepogingen en automutilatie tonen volgens de deskundigen de aanwezigheid van wanhoop en frustratie aan. Wanneer iemand destructief gedrag naar zichzelf vertoont, kan dit overgaan in agressie gericht op anderen of andermans eigendommen. Deskundigen geven verder aan dat suïcide het motief achter sommige delicten, zoals brandstichting of kinderdoding kan zijn (zie ook Wilson & Daly, 1988). Bij dit item wordt de definitie van suïcidaliteit van de Wereldgezondheidsorganisatie gehanteerd (zie Kerkhof & Van Luyn, 2010). Het gaat hierbij om gedachten, wensen of fantasieën, suïcidepogingen of voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is geweest.

Indicatoren

- Ernstige automutilatie (bijvoorbeeld in de huid krassen of snijden, schaven, branden, met het hoofd tegen muren bonken of giftige middelen of grote hoeveelheden medicijnen innemen)
- Heeft een serieuze wens om haar leven te beëindigen
- Suïcidepogingen
- Suïcidale gedachten of plannen
- Heeft serieuze voorbereidingshandelingen getroffen voor suïcide

Toelichting

- Bij het bepalen van de ernst dient rekening te worden gehouden met de aard, ernst en frequentie van suïcidaliteit / automutilatie en de fysieke en / of psychische gevolgen daarvan.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Maartje groeit op in een zeer streng gelovig gezin. Met haar vader heeft ze goed contact, maar haar moeder mishandelt haar. Op haar 9^e wordt ze gedurende een aantal maanden seksueel misbruikt door een kennis van het gezin. Ze vertelt het aan haar moeder, maar die vindt dat het haar eigen schuld is en noemt haar vies en slecht. Vanaf dat moment begint Maartje met automutilatief gedrag, zoals zichzelf bekrassen. Ze verlaat op haar 15^e het ouderlijk huis, maar is niet in staat een stabiel leven op te bouwen of een vaste relatie aan te gaan. Nadat ze door een kennis wordt verkracht doet ze haar eerste suïcidepoging waarna ze wordt opgenomen in het ziekenhuis. Hierna volgen talloze suïcidepogingen, meestal met medicijnen of drugs. Verschillende malen wordt ze opgenomen in een psychiatrische instelling, maar de behandelingen slaan nauwelijks aan. Maartje gedraagt zich regelmatig agressief naar het personeel en ze vernielt spullen of sticht brand om haar boosheid te uiten. Uiteindelijk wordt ze tot tbs veroordeeld voor het in brand steken van haar kamer in een poging tot suïcide in een psychiatrisch ziekenhuis waarbij gevaar voor anderen is opgetreden.



Klinische items

Bij de Klinische items dient met name gekeken te worden naar observeerbaar gedrag in de **afgelopen 6 maanden tot het moment van de risicotaxatie**. In de FAM zijn twee nieuwe klinische risicofactoren voor vrouwen opgenomen (C6 en C7). Voor het coderen van de originele Klinische items wordt verwezen naar de handleiding van de HCR-20^{V3} (De Vogel et al., 2013a). Een algemene tip bij het coderen van de Klinische items is dat de beoordelaar aandacht moet hebben voor het feit dat door sekseverschillen in het socialisatieproces vrouwen meer oog hebben voor wat sociaal wenselijk is (Bennett, Farrington, & Huesmann, 2005). Mogelijk worden hierdoor voor vrouwen zelfinzicht en motivatie voor de behandeling makkelijker overschat dan voor mannen. Verder wordt vaak aangenomen dat vrouwen betere verbale capaciteiten hebben dan mannen (zie bijvoorbeeld Evertzen, 2007), hoewel hiervoor geen onomstotelijk bewijs is geleverd (Wallentin, 2009).

Tabel 4. Klinische items van de HCR-20^{V3} en de FAM.

Klinische items	
C1	Inzicht a. Inzicht in de stoornis b. Inzicht in het risico van gewelddadig gedrag c. Inzicht in de noodzaak van behandeling
C2	Gewelddadige denkbeelden of intenties
C3	Symptomen van ernstige psychische stoornis a. Psychotische stoornis b. Stemmingsstoornis c. Andere ernstige psychische stoornis
C4	Instabiliteit Affectieve instabiliteit Gedragsmatige instabiliteit Cognitieve instabiliteit
C5	Respons op behandeling of toezicht Behandeltrouw Responsiviteit
<i>Specifieke risicofactoren voor vrouwen</i>	
C6	Heimelijk / manipulatief gedrag
C7	Laag zelfbeeld

Noot. De HCR-20^{V3} items zijn overgenomen met toestemming van de originele auteurs (Douglas et al., 2013).

C6 Heimelijk / manipulatief gedrag

Definitie

Voor de voorspellende waarde van dit item¹⁴ voor gewelddadig gedrag is voorsnog geen direct empirisch bewijs. Een aanwijzing voor opname van dit item komt uit onderzoek dat heeft aangetoond dat vrouwen over het algemeen meer indirecte agressie vertonen dan mannen (zie bijvoorbeeld Archer & Côté, 2005; Crick & Grotpeter, 1995; Graat et al., 2011; Hess & Hagen, 2006). Onder indirecte agressie (ook wel relationele, sociale of heimelijke agressie of sociale manipulatie genoemd) wordt verstaan een doelbewuste poging een ander te kwetsen via de sociale relaties of door aantasting van de sociale status, bijvoorbeeld roddelen of de ander buitensluiten. Voor meisjes is in meerdere studies gevonden dat zij significant vaker indirecte agressie vertonen vergeleken met jongens (Brownie, 2007; Österman et al., 1998). Naar indirecte agressie bij volwassen vrouwen is minder onderzoek gedaan. In een onderzoek naar sekseverschillen bij tbs-patiënten vonden Graat en collega's (2011) dat vrouwen significant meer indirecte agressie op de *Buss-Durkee Hostility Index-Dutch* (BDHI-D) rapporteerden dan mannen. Mogelijk bestaat er een verband tussen indirecte agressie bij vrouwen en een hoge Factor 1 score op de PCL-R (Isoma & Guyton, 2011). Het feit dat vrouwen over het algemeen meer indirecte agressie rapporteren of vertonen wil overigens nog niet zeggen dat dit een voorspellende waarde heeft voor herhaald / direct gewelddadig gedrag.

Deskundigen benoemen heimelijk gedrag regelmatig als potentiële risicofactor voor gewelddadig gedrag (met name het aanzetten tot gewelddadig of andersoortig antisociaal gedrag) en als belangrijk onderwerp voor de behandeling. Vrouwelijke patiënten worden geraffineerder genoemd in het sturen en misleiden van de omgeving en blijken volgens deskundigen vaak een niet direct zichtbare rol te spelen bij incidenten in de sociale omgeving. Dergelijke gedragingen hoeven niet zozeer direct tot geweld te leiden, maar kunnen wel aanleiding tot conflicten en problemen geven. Een specifieke vorm van manipulatief gedrag die door deskundigen als risicovol voor (het aanzetten tot) gewelddadig gedrag wordt gezien is het inzetten van seksualiteit voor eigen gewin. Seksualiteit kan voor vrouwen verschillende functies hebben; zij kunnen seksualiteit bijvoorbeeld inzetten als machtsmiddel, om dingen gedaan te krijgen van anderen. Dit treft men relatief vaak aan bij vrouwen met een hoge

¹⁴ In de FAM:RV was dit item opgesplitst in twee items *Heimelijk gedrag* en *Instrumenteel inzetten van seksualiteit*. In de huidige FAM is gekozen voor integratie van deze items. Ondanks dat het verschillende typen gedragingen zijn denken we dat beide gedragingen uitingsvormen zijn van hetzelfde onderliggende motief te weten het trachten (subtiel) te bespelen van de omgeving.

mate van psychopathie (Forouzan & Cooke, 2005). Het inzetten van seksualiteit om anderen (meestal mannen) dingen voor je te laten doen, kan ook de kans vergroten op het aanzetten van anderen tot gewelddadig gedrag. Tot slot kan manipulatief seksueel gedrag het risico van victimisatie vergroten, bijvoorbeeld wanneer de ander zich realiseert dat hij of zij wordt gebruikt.

Indicatoren

- Heimelijk / manipulatief gedrag
- Roddelen
- Liegen over het hebben van een intieme relatie
- Oplichten
- Anderen voor haar karretje spannen
- Mensen tegen elkaar uit spelen
- Onduidelijke of subtiele betrokkenheid bij gewelddadige of andere incidenten die in haar omgeving plaatsvinden
- Inzetten van somatische klachten om onder behandelprogramma's uit te komen
- Doelbewust inzetten van seksualiteit voor eigen gewin

Toelichting

- Heimelijk gedrag binnen een instelling kan in kaart worden gebracht door te observeren hoe een vrouw zich beweegt in de groep, wat voor invloed ze op de groep heeft en of er bijvoorbeeld opvallend veel incidenten plaatsvinden in de omgeving van de vrouw waar ze mogelijk een aandeel in heeft.
- Heimelijk en manipulatief gedrag kunnen symptomen zijn van bepaalde stoornissen, zoals psychopathie of de borderline persoonlijkheidsstoornis, die ook al worden gecodeerd bij het Historische item *Persoonlijkheidsstoornis*. Het huidige item is echter dynamisch, het gaat om gedrag in de afgelopen zes maanden en dient indien aanwezig gecodeerd te worden, ook al is het reeds meegenomen in de Historische items.
- Om te bepalen welke code toegekend moet worden, moet gelet worden op concrete gedragingen in de afgelopen zes maanden en op de aard en ernst van deze gedragingen.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Gerrie is een 46 jarige vrouw die herhaaldelijk is veroordeeld wegens oplichting, verduistering, valsheid in geschrifte en flessentrekkerij. Enkele malen is hierbij sprake van (verbaal) dreigend gedrag. Ze licht zowel bekenden als relatief onbekenden op. Eén van de patronen is dat ze relaties aangaat met mannen, hen voor grote bedragen benadeelt en vervolgens met de noorderzon vertrekt. Ze krijgt hiervoor een gemaximeerde tbs opgelegd. In de kliniek laat Gerrie een patroon zien van heimelijk gedrag: ze roddelt en stookt waardoor er in haar omgeving misverstanden en problemen ontstaan. Ze is betrokken bij handel in onder andere mobiele telefoons en ze faciliteert een geheime relatie binnen de kliniek door haar kamer te 'verhuren'. Verder speelt ze begeleiders tegen elkaar uit. Ze vraagt medepatiënten die buiten de kliniek mogen komen om spullen voor haar mee te nemen en ze leent bedragen van medepatiënten of uit het groepsbudget die ze niet terugbetaalt. Gerrie volgt haar behandelprogramma onregelmatig en meldt zich zeer regelmatig ziek. Haar behandelaars hebben het sterke vermoeden dat ze haar somatische klachten inzet om onder verplichtingen uit te komen.

C7 Laag zelfbeeld

Definitie

In een meta-analyse werd voor vrouwen een associatie gevonden tussen het hebben van een laag zelfbeeld en antisociaal en gewelddadig gedrag naar anderen, vooral naar kwetsbare anderen, zoals kinderen (Larivière, 1999). In een onderzoek naar de criminele carrières van meisjes in Nederland bleek dat vrijwel alle meisjes die delicten hadden gepleegd een laag zelfbeeld hadden. Meisjes met een extreem laag zelfbeeld hadden allen problemen op gebied van agressieregulatie (Wong, Bijleveld, & Slotboom, 2009). Het hebben van een laag zelfbeeld is tevens gerelateerd aan andere risicofactoren. Vrouwen die in het verleden zijn mishandeld of misbruikt hebben vaker een laag zelfbeeld (Salisbury et al., 2009) en een laag zelfbeeld is geassocieerd met een sterkere neiging tot middelenmisbruik (Hubbard & Matthews, 2008). Deskundigen noemen dat negatieve opvattingen over zichzelf voortvloeiende uit een laag zelfbeeld kunnen worden uitgegeerd door middel van gewelddadig gedrag naar zowel zichzelf als naar anderen.

Indicatoren

- Aanwijzingen voor een laag zelfbeeld
- Heeft een negatieve houding naar zichzelf
- Heeft negatieve opvattingen over zichzelf
- Heeft negatieve gevoelens over zichzelf
- Is geneigd zichzelf te devalueren
- Doet diskwalificerende uitlatingen over zichzelf
- Gelooft dat ze niets waard is
- Heeft gevoelens van hopeloosheid
- Heeft het gevoel dat ze niets te verliezen heeft

Toelichting

- Het gaat bij dit item specifiek om negatieve opvattingen en emoties over zichzelf waarbij een relatie tot geweld wordt gezien of verwacht, bijvoorbeeld gevoelens van hopeloosheid of het gevoel niets te verliezen te hebben en als gevolg daarvan gewelddadig te handelen naar zichzelf en / of anderen.
- Om te bepalen welke code toegekend moet worden, moet gekeken worden naar concrete uitingen of gedragingen in de afgelopen zes maanden.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Tessa is een 30 jarige vrouw die als kind erg onzeker en timide was en veel is gekleineerd door haar vader. Al vanaf jonge leeftijd liegt ze, bijvoorbeeld over ernstige ziektes die ze zou hebben. Ze merkt dat ze daarmee positieve aandacht krijgt van haar ouders en leeftijdgenoten. Het liegen neemt pathologische vormen aan en Tessa raakt steeds meer verstrikt in haar leugens. Om spanningen te reguleren begint ze brand te stichten met gevaar voor goederen en personen. Ze wordt hiervoor veroordeeld tot een gemaximeerde tbs. In de kliniek wordt gezien dat Tessa erg onzeker is, moeite heeft met het aangeven van grenzen en voor zichzelf opkomen. Tegelijkertijd liegt ze ook in de kliniek voortdurend tegen zowel stafleden als medepatiënten. Het gevolg hiervan is dat anderen haar niet serieus nemen, over haar heen lopen en haar uiteindelijk afwijzen. Daarnaast stoot ze anderen af door haar gebrekkige zelfzorg en hygiëne. Dit alles leidt bij Tessa tot een opeenstapeling van frustratie en destructief gedrag, naar zowel zichzelf (automutilatie) als anderen (brandstichten, sabotage, passieve agressie).



Risicohanterings items

Bij het coderen van de Risicohanterings items dient de huidige en toekomstige context in ogenschouw te worden genomen: **tot maximaal 12 maanden na de risicotaxatie**. Daarnaast kan - ter vergelijking - worden gecodeerd voor andere contexten. Voor vrouwen met een tbs-maatregel kan bijvoorbeeld tevens worden gecodeerd voor de hypothetische situatie dat de tbs-maatregel beëindigd zou worden. Deze codes kunnen behulpzaam zijn bij de argumentatie aan de rechter of en waarom de tbs-maatregel verlengd moet worden. In de FAM zijn twee nieuwe Risicohanterings risicofactoren voor vrouwen opgenomen (R6 en R7). Voor het coderen van de originele Risicohanterings items wordt verwezen naar de handleiding van de HCR-20^{V3} (De Vogel et al., 2013a).

Tabel 5. Risicohanterings items van de HCR-20^{V3} en de FAM.

Risicohanterings items	
R1	Professionele ondersteuning en plannen
R2	Leefomstandigheden
R3	Persoonlijke steun
R4	Respons op behandeling of toezicht a. Behandeltrouw b. Responsiviteit
R5	Stress / coping
	<i>Specifieke risicofactoren voor vrouwen</i>
R6	Problemen omtrent zorg voor kinderen
R7	Problematische intieme relatie

Noot. De HCR-20^{V3} items zijn overgenomen met toestemming van de originele auteurs (Douglas et al., 2013).

R6 Problemen omtrent zorg voor kinderen

Definitie

Bij dit item gaat het om twee zaken: 1) de zorg voor een minderjarig kind of kinderen¹⁵ is een te zware belasting en verantwoordelijkheid; 2) boosheid, frustratie en verdriet over het verlies van - of beperkt contact met kinderen. Ten eerste brengt het grootbrengen van kinderen veel verantwoordelijkheden met zich mee wat voor vrouwen met complexe problemen / pathologie te zwaar kan zijn.¹⁶ Onderzoek heeft aangetoond dat vrouwen die de verantwoordelijkheid voor een kind hebben vaker recidiveren, met name wanneer er daarnaast sprake is van armoede, weinig sociale steun en problemen met middelengebruik (Greene, Haney, & Hurtado, 2000; Van Voorhis et al., 2008). Uit de literatuur komt naar voren dat als een vrouw haar kinderen eerder heeft verwaarloosd of mishandeld, de toekomstige zorg voor eigen of andermans kinderen een verhoogd risico van geweld naar die kinderen met zich mee brengt (Motz, 2001; De Ruiter & De Jong, 2005). Ten tweede is aangetoond dat wanneer vrouwen door detentie of opname beperkt contact hebben met hun kinderen zij duidelijk een verhoging van stress en psychische problemen ondervinden (Van Voorhis et al., 2010). Wanneer er een dreiging bestaat dat de kinderen van de vrouw worden afgenomen, bijvoorbeeld wanneer ze uit de ouderlijke macht gezet dreigt te worden leidt dit vaak tot hevige gevoelens van boosheid en verdriet (Batchelor, 2005; Van Voorhis et al., 2008).

Deskundigen geven aan dat problemen kunnen ontstaan doordat vrouwen het gevoel hebben te falen of dat ze teleurgesteld zijn omdat ze hun kinderen niet kunnen helpen vanwege hun afwezigheid door opname of detentie. Irreële verwachtingen over de frequentie en intensiteit van het contact met of de zorg voor kinderen, kunnen (meer) frustratie, boosheid en andere negatieve gevoelens tot gevolg hebben, bijvoorbeeld naar degenen die haar opvoedkwaliteiten in twijfel trekken of naar het pleeggezin en zijn daardoor risicoverhogend.

¹⁵ Vanaf nu kinderen genoemd ten behoeve van de leesbaarheid.

¹⁶ Overigens kan het hebben van kinderen ook een beschermend effect hebben (zie p. 26 en het item *Levensdoelen* in de SAPROF).

Indicatoren

- Het is waarschijnlijk dat er problemen zullen ontstaan omtrent zorg voor kinderen
- Voelt zich gefrustreerd, schuldig of boos omdat ze niet in staat is voor haar kinderen te zorgen
- Is niet bereid om begeleiding te accepteren bij het opvoeden van haar kinderen
- Zal waarschijnlijk niet de voogdij terugkrijgen over haar minderjarige kinderen en voelt zich hier gefrustreerd over
- Is niet in staat om op adequate wijze kinderen op te voeden

Toelichting

- Bij dit item dient niet alleen te worden gekeken naar zorg voor haar eigen kinderen, maar ook naar bijvoorbeeld kinderen van een partner.
- Het toekennen van de code is afhankelijk van de verwachte omvang en ernst van problemen door de zorg voor kinderen.
- Er is mogelijk sprake van overlap met het Historische item *Problemen met opvoeden*. Het huidige item is echter dynamisch en breder gedefinieerd. Het gaat bij dit item niet alleen om problemen met betrekking tot de opvoedkwaliteiten, maar ook om problemen m.b.t. de gewenste zorg, zoals de gevolgen van het niet in staat zijn om kinderen op te voeden door detentie of opname.
- In principe gaat dit item om de (wens tot) zorg voor minderjarige kinderen. Wanneer verwacht wordt dat de zorg voor (jong) volwassen kinderen problemen zal opleveren, bijvoorbeeld wanneer er bijzondere omstandigheden zijn, zoals een kind met een handicap, ziekte of ernstige psychische problemen, mag dit ook meegenomen worden.
- Wanneer niet verwacht wordt dat er sprake zal zijn van een (gewenste) zorgrelatie dient een Nee te worden gecodeerd.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Fatima groeit op in affectief en pedagogisch verwaarlozende omstandigheden. Ze is nauwelijks in staat tot hechting en ondervindt dan ook veel problemen in intieme relaties en in het contact met anderen. Op haar 30e krijgt ze een relatie met een man met wie ze drie kinderen krijgt. Haar partner beëindigt echter de relatie waarna het bergafwaarts gaat met Fatima. Ze gaat zwerven, heeft schulden en houdt zich niet aan de bezoeksafspraken met haar kinderen die bij haar ex-schoonfamilie wonen. Ze dreigt de kinderen te ontvoeren en haar ex-partner en zijn familie iets aan te doen. Nadat ze een straatverbod opgelegd heeft gekregen blijft Fatima dreigementen uiten naar haar ex-partner, kinderen en ex-schoonfamilie, waardoor ze uiteindelijk wegens belaging een gemaximeerde tbs opgelegd krijgt. In het begin van de behandeling bezoeken haar kinderen haar, maar omdat dit te belastend is voor zowel Fatima als de kinderen worden deze bezoeken na overleg tussen de kliniek en de gezinsvoogd gestopt. Dit doet Fatima veel verdriet en maakt haar boos. Ze start een rechtszaak rondom de voogdij van haar kinderen. Dit geeft haar veel stress en haar behandelaars zijn van mening dat het voor haar tevens een uitvlucht is om niet inhoudelijk met de behandeling aan de slag te gaan.

R7 Problematische intieme relatie

Definitie

Vrouwen die gewelddadig gedrag vertonen hebben vaker een antisociale, gewelddadige en / of verslaafde partner dan vrouwen die geen gewelddadig gedrag hebben gepleegd (Leverentz, 2006; Van Schellen, Nieuwbeerta, & Poortman, 2008; Weizmann-Henelius et al. 2004). Het samenleven met een antisociale partner, het hebben van een kwalitatief slecht huwelijk en het ontbreken van steun door de partner is eveneens sterk gerelateerd aan algemeen crimineel gedrag (Benda, 2005; Farrington, Barnes, & Lambert, 1996; Messer et al., 2004; Van Voorhis et al., 2010). Het verband tussen het hebben van een problematische intieme relatie en crimineel gedrag geldt voor zowel vrouwen als mannen, maar het verband is voor vrouwen sterker (Benda, 2005). Vrouwen die seksueel misbruikt zijn lijken vaak terug te vallen op eenzelfde type partner (McCartan & Gunnison, 2010). Zij zullen eerder geneigd zijn de relatie met een problematische partner op te pakken of eenzelfde type relatie met een andere partner aan te gaan.

Volgens deskundigen kan het hebben of aangaan van een problematische intieme relatie op verschillende manieren een risico voor toekomstig gewelddadig gedrag vormen. Ten eerste kan een problematische relatie, gekenmerkt door geweld en conflicten, de partner tot een potentieel slachtoffer maken (zie ook p.19). Ten tweede plegen veel vrouwen delicten samen met hun partner. Hierbij kan de partner een vrouw betrekken en inzetten bij het plegen van delicten.

Indicatoren

- Grote kans op een toekomstige problematische relatie
- Zal waarschijnlijk (financieel) afhankelijk zijn van haar partner
- Kan het niet verdragen om geen relatie te hebben
- Is geneigd te vluchten in instabiele relaties
- Er wordt verwacht dat ze een instabiele relatie zal krijgen met veel conflicten
- Er wordt verwacht dat ze een relatie zal krijgen waarin sprake is van misbruik of onderdrukking
- Er wordt verwacht dat ze relaties zal krijgen met antisociale partners

Toelichting

- Dit item heeft betrekking op een al bestaande of een verwachte intieme relatie, die een probleem vormt of kan leiden tot problemen in de toekomst.
- Bij dit item is mogelijk sprake van overlap met het Historische item *Relaties*. Bij beide items gaat het om (een patroon van) instabiliteit en problemen binnen intieme relaties. Het onderscheid is dat het huidige item zich richt op de toekomst. Het gaat hierbij om de verwachting dat een vrouw een problematische intieme relatie handhaaft of opnieuw zal aangaan. Een hoge score op het Historische item *Relaties* hoeft niet automatisch te betekenen dat een vrouw op het huidige item ook hoog zal scoren, maar de kans daarop is wel aanzienlijk groter.
- Relaties waarin sprake is van afhankelijkheid of versmelting zijn risicovol voor het samen plegen van delicten. Onder het samen plegen van delicten valt niet alleen het feitelijk samen plegen, maar ook het initiatief nemen, het aanzetten van een partner tot of het medeplichtig zijn aan het plegen van een delict.

Voorbeeld uit de klinische praktijk

Laura is een 27 jarige vrouw die op haar 16^e samen met haar toenmalige vriend haar oom met geweld om het leven heeft gebracht en hiervoor tbs opgelegd heeft gekregen. Er is bij Laura sprake van een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis en ze wordt al lange tijd behandeld. Ondanks haar motivatie en inzet voor de behandeling lukt het haar onvoldoende om haar leven zelfstandig sturing te geven. Ze is zeer krenkbaar en beïnvloedbaar door anderen en kan nauwelijks haar grenzen aangeven. Laura heeft veel relaties binnen de kliniek gehad, met zowel mannen als vrouwen. Telkens is gebleken dat deze relaties haar destabiliseren. Haar huidige relatie is met een man met verslavingsproblematiek die regelmatig terugvalt in alcoholgebruik. Aangezien alcoholgebruik voor Laura zelf ook een risicofactor is vindt ze het moeilijk om hier mee om te gaan; ze is boos op haar vriend, maar tegelijkertijd krijgt ze zelf ook trek in alcohol. Verder zorgt haar angst om haar vriend te verliezen ervoor dat Laura toestemt in dubieuze verzoeken van hem; zo is ze samen met hem betrokken geweest bij illegale handel in medicijnen. Laura erkent de problemen die deze relatie voor haar oplevert, maar geeft tegelijkertijd aan niet zonder hem te kunnen.

Codeerschema FAM

Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{v3} voor vrouwen

Feiten in kaart brengen

- ❶ Informatie verzamelen
- ❷ Aanwezigheid van risicofactoren

Scoor met behulp van beide handleidingen de items van de HCR-20^{v3} (gebruik de aanvullende richtlijnen voor items H7-H8) en de items van de FAM.



Betekenis geven

- ❸ Relevantie
- ❹ Formulering
- ❺ Scenario's



Actie ondernemen

- ❻ Management
- ❼ Eendoordelen

Bepaal de drie extra eendoordelen:

- *Zelfdestructief gedrag (bijv. automutilatie, suicidepoging)*
- *Victimisatie (bijv. slachtoffer van geweld binnen relaties)*
- *Niet-gewelddadig crimineel gedrag (bijv. vermogensdelicten, oplichting)*

Zie voor nadere uitleg Scoreprocedure (p. 38). Verder wordt aangeraden om naast de risicofactoren ook beschermende factoren te scoren, bijvoorbeeld met behulp van de SAPROF.



Codeerblad Female Additional Manual (FAM)

Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{v3} voor vrouwen

Naam:	Invuldatum:
Leeftijd:	Context van risicotaxatie:

Aanwezigheid: Nee / Nee+ / Deels- / Deels / Deels+ / Ja- / Ja

Relevantie: Laag / Matig / Hoog; relevantie van de items voor het huidige geweldsrisico

Historische items		Aanwezig	Relevantie
H7	Persoonlijkheidsstoornis: <i>aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{v3}</i>		
	a) Antisociale of psychopathische persoonlijkheidsstoornis (lagere PCL-R cut-off scores voor vrouwen)		
	b) Andere persoonlijkheidsstoornis:		
	1. Cluster B (behalve antisociaal/psychopathisch) of kenmerken van achterdocht		
	2. Andere persoonlijkheidsstoornis		
H8	Traumatische ervaringen: <i>aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{v3}</i>		
	a) Victimisatie / trauma		
	1. Tijdens de kindertijd		
	2. Na de kindertijd		
	b) Problematische opvoedingssituatie (originele HCR-20 ^{v3} richtlijnen)		
H11	Prostitutie		
H12	Problemen met opvoeden <input type="checkbox"/> n.v.t.		
H13	Zwangerschap op jonge leeftijd		
H14	Suïcidaliteit / automutilatie		

Klinische items		Aanwezig	Relevantie
C6	Heimelijk / manipulatief gedrag		
C7	Laag zelfbeeld		

Risicohanterings items		Aanwezig	Relevantie
R6	Problemen omtrent zorg voor kinderen		
R7	Problematische intieme relatie		

Andere overwegingen

Eindoordelen voor de komende periode (12 maanden)		
Eindoordelen geweld naar anderen		
Geweld	Ernstig lichamelijk letsel	Acuut dreigend geweld
<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog
Extra eindoordelen		
Zelfdestructief gedrag	Victimisatie	Niet-gewelddadig crimineel gedrag
<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Laag - Matig <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Matig - Hoog <input type="checkbox"/> Hoog
Optioneel: Eindoordeel beschermende factoren (gemeten met de SAPROF)		<input type="checkbox"/> Weinig <input type="checkbox"/> Weinig - Redelijk <input type="checkbox"/> Redelijk <input type="checkbox"/> Redelijk - Veel <input type="checkbox"/> Veel

Naam beoordelaar(s):	Functie beoordelaar(s):

De originele HCR-20^{V3} items en de relevantie dienen te worden gecodeerd met behulp van de HCR-20^{V3} handleiding (De Vogel et al., 2013a).



Referenties

- Abram, K., Teplin, L., & McClelland, G. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1007-1010.
- Adams, S.R. (2002). Women who are violent: Attitudes and beliefs of professionals working in the field of domestic violence. *Military Medicine*, *167*, 445-450.
- Allen, C.T., Swan, S.C., & Raghavan, C. (2009). Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*, 1816-1834.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: Author.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2000). *The Level of Service-Inventory-Revised*. Toronto, Multi-Health Systems.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. 5th ed. New Providence: Anderson Publishing.
- Archer, D. & McDaniel, P. (1995). Violence and gender. In R.B. Ruback & N.A. Weiner (Eds.), *Interpersonal violent behaviors: Social and cultural aspects* (pp. 63-87). New York, NY: Springer.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *126*, 651-680.
- Archer, J. & Côté, S. (2005). Sex differences in aggressive behavior. A developmental and evolutionary perspective. In R.E. Tremblay, W. Hartup, & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 425-443). New York: The Guilford Press.
- Augimeri, L.K., Enebrink, P., Walsh, M., & Jiang, D. (2010). Gender specific risk assessment tools: Early assessment risk list for boys (EARL-20B) and girls (EARL-21G). In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 43-62). New York: Routledge.
- Babcock, J.C., Miller, S.A., & Siard, C. (2003). Toward a typology of abusive women: Differences between partner-only and generally violent women in the use of violence. *Psychology of Women Quarterly*, *27*, 153-161.
- Batchelor, S. (2005). 'Prove me the bam!': Victimization and agency in the lives of young women who commit violent offences. *The Journal of Community and Criminal Justice*, *52*, 358-375.
- Beech, A.R., Parrett, N., Ward, T., & Fisher, D. (2009). Assessing female sexual offenders' motivations and cognitions: An exploratory study. *Psychology, Crime & Law*, *15*, 201-216.

- Beek, W. van & Kerkhof, A. (2010). Van diagnostiek naar behandeling bij suicidaliteit. *GZ-psychologie*, 6, 10-15.
- Belknap, J. & Holsinger, K. (2006). The gendered nature of risk factors for delinquency. *Feminist Criminology*, 1, 48-71.
- Benda, B.B. (2005). Gender differences in life-course theory of recidivism: A survival analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 325-342.
- Bennett, S., Farrington, D.P., & Huesmann, L.R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 263-288.
- Berman, M.E., Fallon, A.E., & Coccaro, E.F. (1998). The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 651-658.
- Binsbergen, M.H., van, Keune, L.H., Gerrits, J., & Wiertsema, H.L. (2007). *Organising forensic psychiatry. Clinical practice at the Van der Hoeven Kliniek*. Utrecht: Forum Educatief.
- Blackburn, A.G. & Trulson, C.R. (2010). Sugar and spice and everything nice? Exploring institutional misconduct among serious and violent female delinquents. *Journal of Criminal Justice*, 38, 1132-1140.
- Blanchette, K. & Brown, S.L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders. An integrative perspective*. Chichester: Wiley Series in Forensic Clinical Psychology.
- Blanchette, K. & Motiuk, L.L. (1995). *Female offender risk assessment: The case management strategies approach*. Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Racheltown.
- Bloom, B.E., Owen, B., & Convington, S.S. (2003). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders*. Washington DC: National Institute of Corrections.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bottos, S. (2007). *Women and violence: Theory, risk and treatment implications*. Research report No. R-198. Ottawa, ON, Canada: Research Brand Correctional Service Canada.
- Bouch, J. & Marshall, J.J. (2005). Suicide risk: Structured professional judgement. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 84-91.

- Briere, J. & Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Browne, A., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 301-322.
- Brownie, B.H. (2007). Relational aggression, gender, and the developmental process. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 107-115.
- Burman, M., Batchelor, S., & Brown, J. (2001). Researching girls and violence: Facing the dilemmas of fieldwork. *British Journal of Criminology*, 41, 443-459.
- Byrd, P.M. & Davis, J.I. (2009). Violent behavior in female inmates. Possible predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 379-392.
- Canadian Institute of Health Research. (2011, December). *Gender, sex and health research guide: A tool for CIHR applicants*. Retrieved from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/32019.html>
- Canton, W. (2004). *Gerapporteerd ... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidiven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*. Breda: Twintype.
- Carlen, P. (1985). Law, psychiatry and women's imprisonment. A sociological view. *British Journal of Psychiatry*, 146, 618-621.
- Carney, M., Buttell, F., & Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior* 12, 108-115.
- Chesney-Lind, M. & Pasko, L. (2004). *The female offender: Girls, women and crime*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Coid, J. (2000). Axis II disorders and motivation for serious criminal behavior. In A.E. Skodol (Ed.), *Psychopathology and violent crime* (pp. 53-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., & Jarman, B. (1999). Patients with personality disorder admitted to secure forensic psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 175, 528-536.
- Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., & Jarman, B. (2000). Women admitted to secure forensic psychiatry services: I. Comparison of women and men. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 275-295.
- Coid, J., Wilkins, J., Coid, B., & Everitt, B. (1992). Self-mutilation in female remanded prisoners II: A cluster analytic approach towards identification of a behavioural syndrome. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 1-14.

- 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, 260-268.
- Cooke, D., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.
- Correctional Service of Canada, Task Force On Federally Sentenced Women (1990). *Creating Choices: Report of the Task Force on Federally Sentenced Women*.
- Corston, J. (2007). *The Corston Report: The need for a distinct, radically different, visibly-led, strategic, proportionate, holistic, woman-centered, integrated approach*. London: Home office. Retrieved from <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/corston-report-march-2007.pdf>
- Cortoni, F., & Hanson, R. (2005). *A review of recidivism rates of adult female sexual offenders*. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Cortoni, F., Hanson, R.K., & Coache, M. (2010). The recidivism rates of female sexual offenders are low: A meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 387-401.
- Crick, N.R. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Cross, S.E. & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- Daly, K. (1994). *Gender, crime, and punishment*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Davies, S., Clarke, M., Hollin, C., & Duggan, C. (2007). Long-term outcomes after discharge from medium secure care: A cause for concern. *British Journal of Psychiatry*, 191, 70-74.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2009). *Toenemende verblijfsduur in de tbs. De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2011). *Forensische zorg in getal 2006-2010*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2011). *Gevangeniswezen in getal 2006-2010*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2014). *Forensische zorg in getal 2009-2013*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Dijk, E.M.H. van (2011). *Daling opleggingen tbs met dwangverpleging. Ontwikkelingen en achtergronden*. Den Haag: WODC.

- Douglas, K.S., Blanchard, A.J.E., Guy, L.S., Reeves, K.A., & Weir, J. (2010). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. Available: <http://kdouglas.files.wordpress.com/2007/10/hcr-20-annotated-biblio-sept-2010.pdf>
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{v3}: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K.S. & Reeves, K.A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: Rationale, Application, and Empirical Overview. In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 147-185). New York: Routledge.
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (1999). What works for female offenders: A meta-analytic review. *Crime & Delinquency*, 45, 438-452.
- Emmerik, J.L. van, & Brouwers, M. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal: Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Ministerie van Justitie, Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Evertzen, A. (2007). *Vrouwelijkheid en mannelijkheid. Over sekseverschillen en gendergevolgen*. Antwerpen: Het Spinhuis.
- Falkenbach, D.M. (2008). Psychopathy and the assessment of violence in women. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8, 212-224.
- Farrington, D.P., Barnes, G.C., & Lambert, S. (1996). The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 47-63.
- Federal Bureau of Investigation. (2005). *Uniform crime reports*. Washington, DC: Author.
- Federal Bureau of Investigation. (2006). *Uniform crime reports*. Washington, DC: Author.
- Felson, R.B. (2002). *Violence and gender reexamined*. Washington: APA.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
- Foley, A. (2008). The current state of gender-specific delinquency programming. *Journal of Criminal Justice*, 36, 262-269.
- Forouzan, E. & Cooke, D.J. (2005). Figuring out *la femme fatale*: Conceptual and assessment issues concerning psychopathy in females. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 765-778.

- Funk, S.J. (1999). Risk assessment for juveniles on probation. A focus on gender. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 44-68.
- Fusco, S.L., Perrault, R.T., Paiva, M.L., Cook, N.E., & Vincent, G. (2011). *Probation officer perceptions of gender differences in youth offending and implications for practice in the field*. Paper presented at the 4th International Congress on Psychology and Law, Miami.
- Gannon, T.A. (2010). Female arsonists: Key features, psychopathologies and treatment needs. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73, 173-189.
- Gannon, T.A. & Cortoni, F. (2010). *Female sexual offenders. Theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Garcia-Mansilla, A., Rosenfeld, B., & Nicholls, T.L. (2009). Risk assessment: Are current methods applicable to women? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 50-61.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works. *Criminology*, 34, 575-608.
- Graat, R., Lammers, S., & Bloemsaat, G. (2011). Sekseverschillen bij tbs-patiënten. *De Psycholoog*, 46, 10-20.
- Green, B.L., Miranda, J., Daroowalla, A., & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning and program needs for women in jail. *Crime & Delinquency*, 51, 133-151.
- Greene, S., Haney, C., & Hurtado, A. (2000). Cycles of pain: Risk factors in the lives of incarcerated mothers and their children. *The Prison Journal*, 80, 3-23.
- Greenfield, L.A., & Snell, T.L. (1999). Women offenders. In *Bureau of Justice Statistics Special Report*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Guy, L.S. & Douglas, K.S. (2006). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Evaluating item bias with item response theory*. The 6th annual conference of the International Association of Forensic Mental Health, Amsterdam.
- Hamel, J., & Nicholls, T. L. (2007). *Family interventions in domestic violence: A handbook of gender-inclusive theory and treatment*. London: Springer.
- Hannah-Moffat, K. (2004). Gendering risk at what cost: Negotiations of gender and risk in Canadian women's prisons. *Feminism & Psychology*, 14, 243-249.
- Hardyman, P.L., & Van Voorhis, P. (2004). *Developing gender-specific classification systems for women offenders*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Justice, National Institute of Corrections.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

- Hart, S.D., Cox, D., & Hare, R.D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Hart, J.L., O'Toole, S.L., Price-Sharp, J.L., & Shaffer, T.W. (2007). The risk and protective factors of violent juvenile offending. An examination of gender differences. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5, 367-384.
- Hawkins, S.R., Graham, P.W., Williams, J., & Zahn, M.A. (2009). *Resilient girls – factors that protect against delinquency* [Online]. Available at: www.ojp.usdoj.gov/ojjdp [accessed on 26 January 2010].
- Heilbrun, K., DeMatteo, D., Fretz, R., Erickson, J., Yasuhara, K., & Anumba, N. (2008). How “specific” are gender-specific rehabilitation needs? An empirical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 1382-1397.
- Herrera, V.M. & McCloskey, L.A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: Findings from a longitudinal study. *Violence and Victims*, 18, 319-334.
- Hess, N.H. & Hagen, E.H. (2006). Sex differences in indirect aggression. Psychological evidence from young adults. *Evolution and Human Behavior*, 27, 231-245.
- Hiday, V.A., Swanson, J.W., Swartz, M.S., Borum, R., & Wagner, H.R. (2001). Victimization: A link between mental illness and violence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 559-572.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).
- Hillbrand, M. (2001). Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 626-635.
- Holtfreter, K. & Cupp, R. (2007). Gender and risk assessment. The empirical status of the LSI-R for women. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 23, 363-382.
- Home Office (2003). *Statistics on Women and the Criminal Justice System*, Home Office Press Office, London. Retrieved from <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/women-criminal-justice-system-07-08.pdf>
- Hotton Mahony, T. (2011, April). *Women and the Criminal Justice System*. Component of Statistics Canada Catalogue no. 89-503-X. Minister of Industry.
- Hubbard, D.J. & Matthews, B. (2008). Reconciling the differences between the “Gender-responsive” and the “What works” literatures to improve services for girls. *Crime and Delinquency*, 54, 225-258.

- Isoma, Z. & Guyton, M.R. (2011). *Relational aggression and psychopathy among male and female inmates*. Paper presented at the AP-LS Conference, Miami, United States.
- Jeffries, S., Fletcher, G.J.O., & Newbold, G. (2003). Pathways to sex-based differentiation in criminal court sentencing. *Criminology*, *41*, 329-354.
- Kalmthout, W. van & Place, C. (2007). *Risk assessment in female tbs patients. An adapted version of the HCR-20 for women. Is it possible to predict the unpredictable?* Amsterdam, VU Universiteit Amsterdam.
- Kennealy, P.J., Hicks, B.M., & Patrick, C.J. (2007). Validity of factors of the Psychopathy Checklist-Revised in female prisoners discriminant relations with antisocial behavior, substance abuse, and personality. *Assessment*, *14*, 323-340.
- Kerkhof, A.J.F.M. & Luyn, B. (Red). (2010). *Suïdepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keulen, B.F., Vellinga-Schootstra, F., Dijk, A.A. van, Lindenberg, K.K., & Wolswijk, H.D. (2010). *Daderschap en deelneming doorgelicht*. Onderzoek naar het functioneren van de regeling van daderschap en deelneming in de rechtspraak tegen de achtergrond van een bespreking van het Nederlandse en Oostenrijkse recht. Den Haag: WODC.
- Kim, H.K., Capaldi, D.M., Pears, K.C., Kerr, D.C.R., & Owen, L.D. (2009). Intergenerational transmission of internalising and externalising behaviours across three generations: Gender-specific pathways. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *19*, 125-141.
- Klein Tuente, S., Vogel, V. de, & Stam, J. (2014). Exploring the criminal behavior of women with psychopathy: Results from a multicentre study into psychopathy and violent offending in female forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, *13*, 311-322.
- Koons-Witt, B. & Schram, P. (2003). The prevalence and nature of violent offending by females. *Journal of Criminal Justice*, *31*, 361-371.
- Korfage, I., & Hoop, W. de (2006). Diagnostiek en behandeling van een vrouwelijke seksueel delinquent. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *30*, 138-143.
- Krakowski, M. & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 459-465.
- Kreager, D.A., Matsueda, R.L., & Erosheva, E.A. (2010). Motherhood and criminal desistance in disadvantaged neighborhoods. *Criminology*, *48*, 221-258.

- Kreis, M.K.F. & Cooke, D.J. (2011). Capturing the psychopathic female: A prototypicality analysis of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) across gender. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 634-648.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., & Belfrage, H. (2005). *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER): User Manual*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions Inc.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3)*. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.
- Krutttschnitt, K. & Carbone-Lopez, K. (2006). Moving beyond the stereotypes: Women's subjective accounts of their violent crime. *Criminology*, 44, 321-351.
- Krutttschnitt, C., Gartner, R., & Ferraro, K. (2002). Women's involvement in serious interpersonal violence. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 529-565.
- Lam, J.N., McNiel, D.E., & Binder, R.L. (2000). The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatric Services*, 51, 1167-1170.
- Laan, A. van der, Blom, M., Tollenaar, N., & Kea, R. (2010). Trends in de geregistreerde jeugdcriminaliteit onder 12- tot en met 24-jarigen in de periode 1996-2007. Bevindingen uit de Monitor Jeugdcriminaliteit 2009. Den Haag: WODC.
- Lammers, S., & Vogel, V. de (2012). Vrouwen in de tbs. In A. Slotboom, M. Hoeve, M. Ezinga, & P. van der Helm (Red.), *Criminele meisjes en vrouwen: Achtergronden en aanpak* (p. 309-322). Den Haag: Boom/Lemma.
- Larivière, M. (1999). *The relationship between self-esteem, criminality, aggression, and violence: A meta-analysis*. Unpublished comprehensive examination, Carleton University, Ottawa, Canada.
- Latessa, E., Cullen, F., & Gendreau, P. (2002). Beyond correctional quackery: Professionalism and the possibility of effective treatment. *Federal Probation*, 66, 43-49.
- Levene, K.S., Augimeri, L.K., Pepler, D.J., Walsh, M.M., Webster, C.D., & Koegl, C.J. (2001). *Early Assessment Risk List for Girls: EARL-21G. Version 1 - Consultation version*. Toronto, Ontario, Canada: EarlsCourt Child and Family Centre.
- Leverentz, A.M. (2006). The love of a good man? Romantic relationships as a source of support or hindrance for female ex-offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43, 459-488.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: Gender matters. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 773-789.

- Lodewijks, H.P.B., Ruiter, C. de, & Doreleijers, Th.A.H. (2008). Gender differences in violent outcome and risk assessment in adolescent offenders after residential treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7, 133-146.
- Logan, C. (2003). Women and dangerous and severe personality disorder: Assessing, treating and managing women at risk. In A. Lord & L. Rayment (Eds.), *Dangerous and severe personality disorder (DSPD)* (pp. 46-60). Leicester: British Psychological Society.
- Logan, C. (2008). Sexual deviance in females: Psychopathology and theory. In D.R. Laws and W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment, 2nd Edition* (pp. 486-507). New York: Guilford Press.
- Logan, C. (2009). Psychopathy in women: Conceptual issues, clinical presentation and management. *Neuropsychiatrie*, 23, S. 25-33.
- Logan, C. & Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 31-38.
- Loper, A.B., Mahmoodzadegan, N., & Warren, J.I. (2008). Childhood maltreatment and cluster B personality pathology in female serious offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20, 139-160.
- Loucks, A.D. & Zamble, E. (1999). Canada searches for predictors common to both men and women. *Corrections Today*, 61, 26-32.
- MacKenzie, A. & Johnson, S.L. (2003). *A profile of women gang members in Canada*. Research report No. R-138. Ottawa, ON: Research Brand Correctional Service Canada.
- 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 years olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 68-78.
- Margolin, G., Gordis, E.B., Medina, A., & Oliver, P.H. (2003). The co-occurrence of husband-to-wife aggression, family-of-origin aggression, and child abuse potential in a community sample. Implications for parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 413-440.
- McCartan, L.M. & Gunnison, E. (2010). Individual and relationship factors that differentiate female offenders with and without a sexual abuse history. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1449-1469.
- McClellan, D., Farabee, D., & Crouch, B. (1997). Early victimization, drug use, and criminality: A comparison of male and female prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 455-477.

- McFarlane, J., Willson, P., Malecha, A., & Lemmey, D. (2000). Intimate partner violence. A gender comparison. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 158-169.
- McKeown, A. (2010). Female offenders: Assessment of risk in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 422-429.
- Meichenbaum, D. (2006). *Comparison of aggression in boys and girls: A case for gender-specific interventions* [Online]. Available at: http://www.melissainstitute.org/documents/2006/Meich_06_genderdifferences.PDF [accessed on 26 January 2010].
- Meloy, J.R. & Boyd, C. (2003). Female stalkers and their victims. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 31*, 211-219.
- Melton, G.B., Petrila, J., Poythress, N.G., & Slobogin, C. (Eds.) (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers (3rd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Mertens, N.M., Grapendaal, M., & Docter-Schamhardt, B.J.W. (1998). *Meisjescriminaliteit in Nederland*. Den Haag: WODC.
- Messer, J., Maughan, B., Quinton, D., & Taylor, A. (2004). Precursors and correlates of criminal behaviour in women. *Criminal Behaviour and Mental Health, 14*, 82-107.
- Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*, 355-375.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University press.
- Morash, M., Bynum, T.S., & Koons, B.A. (1998). *Women offenders: Programming needs and promising approaches* (National Institute of Justice, Research in Brief, NCJ 171668). Retrieved from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/171668.pdf>
- Morgan, M. & Patton, P. (2002). Gender-Responsive Programming in the Justice System - Oregon's Guidelines for Effective Programming for Girls. *Federal Probation, 66*, 57-65.
- Motz, A. (2001). *The psychology of female violence. Crimes against the body*. East Sussex: Brunner-Routledge.

- Nagtegaal, M.H., Van der Horst, R.P., & Schönberger, H.J.M. (2011). *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen. Onderzoek en beleid 290*. Den Haag: WODC.
- Newhill, C.E., Mulvey, E.P., & Lidz, C.W. (1995). Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services, 46*, 785-789.
- Nicholls, T.L. (2001). *Violence risk assessment with female NCRMD acquittees: Validity of the HCR-20 and PCL:SV*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*, 23-30.
- Nicholls, T. L., Greaves, C., & Moretti, M. (2008). Female aggression. In A. Jamieson & A. Moenssens (Eds.). *Wiley Encyclopedia of Forensic Science*. Wiley.
- Nicholls, T.L., Ogloff, J.R.P., Brink, J., & Spidel, A. (2005). Psychopathy in women: A review of its clinical usefulness for assessing risk for aggression and crime. *Behavioral Sciences and the Law, 23*, 779-802.
- Nicholls, T.L., Ogloff, J.R.P., & Douglas, K.S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law, 22*, 127-158.
- O'Shea, L.E., Mitchell, A.E., Picchioni, M.M., & Dickens, G.L. (2013). Moderators of the predictive efficacy of the Historical, Clinical and Risk Management-20 for aggression in psychiatric facilities: Systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 255-270.
- Ogders, C.L. & Moretti, M.M. (2002). Aggressive and antisocial girls: Research update and challenges. *International Journal of Forensic Mental Health, 1*, 103-119.
- Ogders, C.L., Moretti, M.M., & Reppucci, N.D. (2005). Examining the science and practice of violence risk assessment with female adolescents. *Law and Human Behavior, 29*, 7-27.
- Office of the Auditor General of Canada (2003). *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons: Chapter 4 Correctional Service Canada-Reintegration of women offenders*. Retrieved from <http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/20030404ce.pdf>
- Ogle, R.S., Maier-Katkin, D., & Bernard, T.J. (1995). A theory of homicidal behavior among women. *Criminology, 33*, 173-193.

- Österman, K., Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M.J., Kaukiainen, A., Landau, S.F., Frączek, A., & Caprara, G.V. (1998). Cross-cultural evidence of female indirect aggression. *Aggressive Behavior*, *24*, 1-8.
- Park, S., Morash, M., & Stevens, T. (2010). Gender differences in predictors of assaultive behavior in late adolescence. *Youth Violence and Juvenile Justice*, *8*, 314-331.
- Penney, S.R. & Lee, Z. (2010). Predicting and preventing aggression and violence risk in high-risk girls: Lessons learned and cautionary tales from the Gender and Aggression Project. *Court Review*, *46*, 36-43.
- Petersen, K., Douglas, K.S., & Nicholls, T.L. (2011). *Gender differences in the psychometric properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in an acute civil psychiatric sample*. Paper presented at the 4th International Congress on Psychology and Law, Miami.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen / Utrecht: Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Pollack, S. (2005). Taming the shrew: Regulating prisoners through women-centered mental health programming. *Critical Criminology*, *13*, 71-87.
- Pollock, J.M. & Davis, S.M. (2005). The continuing myth of the violent female offender. *Criminal Justice Review*, *30*, 5-29.
- Pollock, J.M., Mullings, J.L., & Crouch, B.M. (2006). Violent women: Findings from the Texas women inmates study. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*, 485-502.
- Putkonen, H., Amon, S., Eronen, M., Klier, C.M., Almiron, M.P., Cederwall, J.Y., & Ghitta Weizmann-Henelius, G. (2010). Child murder and gender differences – A nationwide register-based study of filicide offenders in two European countries. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *21*, 637-648.
- Reisig, M.D., Holtfreter, K., & Morash, M. (2006). Assessing recidivism risk across female pathways to crime. *Justice Quarterly*, *23*, 384-405.
- Rheingold, A.A., Acierno, R., & Resnick, H.S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health risk behaviors. In P.P. Schnurr & B.L. Green (Eds.), *Trauma and health* (pp. 217-243). Washington, DC: American Psychological Association.
- Robbins, P.C., Monahan, J., & Silver, E. (2003). Mental disorder, violence and gender. *Law and Human Behavior*, *27*, 561-571.
- Rossegger, A., Wettil, N., Urbaniok, F., Elbert, T., Cortoni, F., & Endrass, J. (2009). Women convicted for violent offenses: Adverse childhood experiences, low level of education and poor mental health. *BMC Psychiatry*, *9*, 81.

- Rudin, M.M., Zalewski, C., & Bodmer-Turner, J. (1995). Characteristics of child sexual abuse victims according to perpetrator gender. *Child abuse and Neglect, 19*, 963-973.
- Ruiter, C. de & Jong, E.M. de (2005). *CARE-NL. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Enschede: FEBO druk.
- Rumgay, J. (2004). Scripts for safer survival: Pathways out of female crime. *The Howard Journal, 43*, 405-419.
- Sahota, S., Davies, S., Duggan, C., Clarke, M., Huband, M., & Owen, V. (2010). Women admitted to medium secure care: Their admission characteristics and outcome as compared with men. *International Journal of Forensic Mental Health, 9*, 110-117.
- Salisbury, E.J. (2007). *Gendered pathways: An investigation of women offenders' unique paths to crime*. Unpublished doctoral dissertation, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, Criminal Justice.
- Salisbury E.J., & Van Voorhis P. (2009). Gendered pathways: A quantitative investigation of women probationers' paths to incarceration. *Criminal Justice and Behavior, 36*, 541-566.
- Salisbury, E.J., van Voorhis, P., & Spiropoulos, G.V. (2009). The predictive validity of a gender-responsive needs assessment. *Crime & Delinquency, 55*, 550-585.
- Schaap, G. (2006). *Risicotaxatie bij vrouwelijke tbs-patiënten: Een quasi-prospectief onderzoek met de HKT-30 en de PCL-R*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Schaap, G., Lammers, S., & Vogel, V. de (2009). Risk assessment in female forensic psychiatric patients: A quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*, 354-365.
- Schellen, M. van, Nieuwbeerta, P., & Poortman, A.R. (2008). Partners in crime? De criminele carrières van veroordeelden en hun huwelijkspartners. *Tijdschrift voor Veiligheid, 7*, 3-21.
- Schwalbe, C.S. (2008). A meta-analysis of juvenile justice risk assessment instruments: Predictive validity by gender. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 1367-1381.
- Serbin, L.A., Cooperman, J.M., Peters, P.L., Lehoux, P.M., Stack, D.M., & Schwartzman, A.E. (1998). Intergenerational transfer of psychosocial risk in women with childhood histories of aggression, withdrawal, or aggression and withdrawal. *Developmental Psychology, 34*, 1246-1262.
- Sheridan M.S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect, 27*, 431-451.
- Siegel, J.A. (2000). Aggressive behavior among women sexually abused as children. *Violence and Victims, 15*, 235-255.

- Simmons, C.A., Lehmann, P., & Dia, D.A. (2010). Parenting and women arrested for intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1429-1448.
- Singh, J.P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review, 31*, 499-513.
- Skeem, J., Schubert, C., Stowman, S., Beeson, S., Mulvey, E., Gardner, W., & Lidz, C. (2005). Gender and risk assessment accuracy: Underestimating women's violence potential. *Law and Human Behavior, 29*, 173-186.
- Spataro, J., Mullen, P.E., Burgess, P.M., Wells, D.L., & Moss, S.A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry, 184*, 416-421.
- Spinelli, M.G. (2003). *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sprenen, M., Brand, E., Horst, P. ter, & Bogaerts, S. (2014). *HKT-R. Handleiding en methodologische verantwoording*. Groningen: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag.
- Stam, J. (2010). *Risicotaxatie bij vrouwen: kan het beter? Een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de Female Additional Manual*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Strand, S. & Belfrage, H. (2001). Comparison of HCR-20 scores in violent mentally disordered men and women: Gender differences and similarities. *Psychology, Crime, and Law, 7*, 71-79.
- Straus, M.A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review, 30*, 252-275.
- Strub, D.S. (2010). *Evaluation of the performance of the HCR-20 across genders in a civil psychiatric sample*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Swan, S., Gambone, L.J., Fields, A.M., Sullivan, T.P., & Snow, D.L. (2005). Women who use violence in intimate relationships: The role of anger, victimization, and symptoms of posttraumatic stress and depression. *Violence and Victims, 20*, 267-285.
- Swan, S. & Snow, D.L. (2006). The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence against women, 12*, 1026-1045.
- Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A.C., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry, 154*, 88-93.
- Teasdale, B., Silver, E., & Monahan, J. (2006). Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law and Human Behavior, 30*, 649-658.

- Teplin, L., Abram, K., McClelland, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512.
- Thijssen, J. & de Ruiter, C. (2011). Identifying Subtypes of Spousal Assaulters Using the B-SAFER. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1307-1321.
- Triplett, R. & Myers, L. (1995). Evaluating contextual patterns of delinquency: Gender-based differences. *Justice Quarterly*, 12, 59-79.
- Tsopelas, C., Spyridoula, T., & Athanasios, D. (2011). Review on female sexual offenders: Findings about profile and personality. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 122-126.
- Van Voorhis, P. & Presser, L. (2001). *Classification of Women Offenders: A National Assessment of Current Practices*. Washington, D.C.: National Institute of Corrections.
- Van Voorhis, P., Salisbury, E., Wright, E.M., & Bauman, A. (2008). *Achieving accurate pictures of risk and identifying gender responsive needs: Two new assessments for women offenders*. Washington, DC: United States Department of Justice: National Institute of Corrections.
- Van Voorhis, P., Wright, E.M., Salisbury, E., & Bauman, A. (2010). Women's risk factors and their contributions to existing risk/needs assessment. The current status of a gender-responsive supplement. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 261-288.
- Verheugt, A.J. (2007). *Moordouders. Kinderdoding in Nederland: Een klinisch en forensisch psychologische studie naar de persoon van de kinderdoder*. Van Gorcum, Assen The Netherlands.
- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., de Ruiter, C., & Brink, J. (2011). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 752-770.
- Vitale, J.E. & Newman, J.P. (2001). Using the Psychopathy Checklist-Revised with female samples: Reliability, validity and implications for clinical utility. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 117-132.
- Vogel, V. de (2005). Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. Amsterdam: Dutch University Press. Beschikbaar: <http://dare.uva.nl/document/13725>.
- Vogel, V. de (in druk). *De antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie bij vrouwen*. Handboek antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie. De Tijdstroom.

- Vogel, V. de, Broek, E. van den, & Vries Robbé, M. de (2014). The value of the HCR-20^{V3} in Dutch forensic clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health, 13*, 109-121.
- Vogel, V. de & Lancel, M. (in preparation). Gender differences in the manifestation of psychopathy: Results from a multicentre study in forensic psychiatry.
- Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 226-240.
- Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2006). Structured Professional Judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law, 12*, 321-336.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2007). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2012). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. 2e Editie*. Utrecht: Forum Educatief.
- Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y., Horst, P. ter, & Lancel, M. (2014). Gewelddadige vrouwen: Een multicenter onderzoek naar kenmerken van vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 56*, 439-447.
- Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y., Horst, P. ter, & Lancel, M. (2014). *Violent women: Results from a Dutch multicentre comparison study into characteristics of female and male forensic psychiatric patients*. Manuscript submitted for publication.
- Vogel, V. de & Vries Robbé, M. de (2011). *Risk assessment in female forensic psychiatric patients. First results with new gender-sensitive risk assessment guidelines*. Paper presented at the 11th conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain.
- Vogel, V. de & Vries Robbé, M. de (2013). Working with Women. Towards a more gender sensitive violence risk assessment. In: C. Logan & L. Johnstone (Eds.), *Managing Clinical Risk: A guide to effective practice* (pp. 224-241 London: Routledge.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & Ruiter, C. de (2013a). *HCR-20^{V3}: Risicotaxatie van geweld – Gebruikershandleiding*. Delft: Eburon.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & Ruiter, C. de (2013b). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20^{V3}. *Gedragstherapie, 46*, 107-118.

- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Ruiter, C. de, & Bouman, Y.H.A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 171-177.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2010). *Female Additional Manual: Research Versie (FAM:RV)*. Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout W. van, & Place C. (2011). *Female Additional Manual (FAM)*. Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Vogel V. de, Vries Robbé M. de, Kalmthout W. van, & Place C. (2012). Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: Naar een meer gender-sensitieve methode. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54*, 329-338.
- Völlm, B.A. & Dolan, M.C. (2009). Self harm among UK prisoners: A cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*, 741-751.
- Vries Robbé, M. de (2014). *Protective factors. Validation of the Structured Assessment of Protective Factors for violence risk in forensic psychiatry*. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek. Beschikbaar: www.saprof.com.
- Vries Robbé, M. de & Vogel, V. de. (2012). *Addendum to the SAPROF manual. Updated research chapter*. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek. Beschikbaar: www.saprof.com.
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, & Douglas, K.S. (2013). Risk- and protective factors: A two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 24*, 440-457.
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, Douglas, K.S., & Nijman, H.L.I. (2014). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law and Human Behavior*. Advance online publication.
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, Koster, K., & Bogaerts, S. (2014). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. Advance online
- Vries Robbé, M. de, Vogel, V. de, & de Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 178-186.
- Wallentin, M. (2009). Putative sex differences in verbal abilities and language cortex: A critical review. *Brain and Language, 108*, 175-183.

- Warren, J.I., Burnette, M.L., South, S.C., Chauhan, P., Bale, R., & Friend, R. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 502-509.
- Warren, J.I., South, S.C., Burnette, M.L., Rogers, A., Friend, R., Bale, R., & van Patten, I. (2005). Understanding the risk factors for violence and criminality in women: The predictive validity of the PCL-R and HCR-20. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 269-289.
- Webster, C.M. & Doob, A.N. (2004). Classification without validity or equity: An empirical examination of the Custody Rating Scale for federally sentenced women offenders in Canada. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 46, 395-422.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery*. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmarais, S.L. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery. Version 1.1*. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Weizmann-Henelius, G. (2006): Violent female perpetrators in Finland. Personality and life events. *Nordic Psychology*, 58, 280-297.
- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Grönroos, M., Lindberg, N., Eronen, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2010). Examination of psychopathy in female homicide offenders: Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 177-183.
- Weizmann-Henelius, G., Viemerö, V., & Eronen, M. (2004). Psychological risk markers in violent female behavior. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 185-196.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 Versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Widom, C.S. & Maxfield, M.G. (2001). *An update on the "cycle of violence": Research in brief*. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice.

- Wijkman, M., Bijleveld, C., & Hoving, E. (2008). "Zoiets doet een vrouw niet". Kenmerken en subtypen van vrouwelijke zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 50, 215-233.
- Wijkman, M., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2010). Women don't do such things! Characteristics of female sex offenders and offender type. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 135-156.
- Wilkins, J. & Coid, J. (1991). Self-mutilation in female remanded prisoners I: An indicator of severe psychopathology. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 247-267.
- Willison, J.S. & Lutter, Y.L. (2009). Contextualizing women's violence: Gender-responsive assessment and treatment. In J.T. Andrade (Ed). *Handbook of violence risk assessment and treatment. New approaches for mental health professionals* (pp. 121-155). New York: Springer Publishing Company.
- Wilson, M. & Daly, M. (1988). *Homicide*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Wilson, M., Daly, M., & Daniele, A. (1995). Familicide: The killing of spouse and children. *Aggressive Behavior*, 21, 275-291.
- Wong, T. Bijleveld, C., & Slotboom, A. (2009). Van probleemmeisje naar delinquente vrouw? Criminele carrières van residentieel behandelde meisjes van 12 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie*, 51, 246-261.
- Wong, T.M.L., Slotboom, A., & Bijleveld, C.C.J.H. (2010). Risk factors of delinquency of adolescent and young adult females: A European review. *European Journal of Criminology*, 7, 266-284.
- Yourstone, J., Lindholm, T., & Kristiansson, M. (2008). Women who kill: A comparison of the psychosocial background of female and male perpetrators. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 374-383.
- Zaplin, R.T. (2008). *Female offenders: Critical perspectives and effective interventions*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.



Bijlagen

Bijlage 1: Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20^{V3} items in de FAM

HCR-20^{V3} items

Aanvullende richtlijnen in de FAM

Historische items

H7 Persoonlijkheidsstoornis
a. Antisociaal of
psychopatisch

De uiting van het construct psychopathie is waarschijnlijk anders voor vrouwen vergeleken met mannen. De PCL-R cut-off score is verlaagd voor vrouwen.

Een code Nee dient te worden gegeven wanneer er een score is lager dan 14 op de PCL-R of lager dan 11 op de PCL:SV; een code Deels dient te worden gegeven wanneer er een score is tussen 14-23 op de PCL-R, of tussen 11-15 op de PCL:SV; een code Ja dient te worden gegeven wanneer er een score is boven 23 op de PCL-R, of 15 op de PCL:SV.

HCR-20^{v3} items**Aanvullende richtlijnen in de FAM**

b. Andere

Onderzoek heeft aangetoond dat er voor vrouwen (en ook voor mannen) een verband is tussen geweld en alle cluster B persoonlijkheidsstoornissen en / of kenmerken van achterdocht. Bij gebruik van de HCR-20^{v3} voor vrouwen wordt daarom aangeraden om H7b op te splitsen in:

H7b1 Cluster B persoonlijkheidsstoornis (anders dan antisociaal) en / of kenmerken van achterdocht;
H7b2 Andere persoonlijkheidsstoornis.

Een code Nee dient te worden gegeven wanneer er geen diagnose van een cluster B persoonlijkheidsstoornis is of een stoornis met kenmerken van achterdocht; een code Deels dient te worden gegeven wanneer er mogelijk of deels sprake is van een diagnose van een cluster B persoonlijkheidsstoornis is of een stoornis met kenmerken van achterdocht; een code Ja dient te worden gegeven wanneer er definitief een diagnose is van een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een stoornis met kenmerken van achterdocht.

H8 Traumatische ervaringen

a. Victimisatie / trauma

H8a1 Victimisatie / trauma tijdens de kindertijd

H8a2 Victimisatie / trauma na de kindertijd

b. Problematische opvoedings situatie

Noot. Voor gebruik van de FAM als aanvulling op de HKT-R geldt alleen de aanbeveling voor HCR-20^{v3} item H8a. Aangeraden wordt om het HKT-R item H07 Slachtoffer van geweld in de jeugd (tot 18 jaar) op te splitsen in: H07a Slachtoffer van geweld in de jeugd (tot 18 jaar) en H07b Slachtoffer van geweld na de kindertijd (vanaf 18 jaar).

Bijlage 2: Specifieke risicofactoren voor vrouwen in aanvulling op de HCR-20^{V3}

FAM items	Korte beschrijving	Literatuur
Historische items		
H11 Prostitutie	Heeft als prostituee gewerkt voor een substantiële periode / meerdere periodes. Het gaat hierbij om zowel vrijwillige prostitutie (mogelijk antisociale attitude, levensomstandigheden) als gedwongen prostitutie (indicatie voor de beïnvloedbaarheid en kwetsbaarheid van een vrouw).	Morgan & Patton, 2002
H12 Problemen met opvoeden	Serieuze opvoedproblemen, zich uitend in bijvoorbeeld mishandeling, emotionele of pedagogische verwaarlozing. Informatie van officiële instellingen, zoals de Raad van Kinderbescherming, is hierbij gewenst.	Messer et al., 2004; Motz, 2001; Salisbury, 2007; Simmons et al., 2010; Van Voorhis et al., 2010
H13 Zwangerschap op jonge leeftijd	Ernstige impact van zwangerschap op jonge leeftijd (voor 20e). Abortus(en) of miskraam / miskramen kunnen hierbij ook meegenomen worden.	Messer et al., 2004; Serbin et al., 1998
H14 Suïcidaliteit / automutilatie	Ernstige en / of herhaalde suïcidepogingen, gedachten en / of automutilatie. Als het suïciderisico toeneemt, neemt het risico van externaliserend gewelddadig gedrag ook toe. Suïcide wordt ook wel gezien als motief voor sommige geweldsdelicten als kinderdoding en brandstichting.	Benda, 2005; Blanchette & Brown, 2006; Blanchette & Motiuk, 1995; Coid et al., 2000; Motz, 2001; Morgan & Patton, 2002; Völlm & Dolan, 2009; Weizmann-Henelius et al., 2004

FAM items	Korte beschrijving	Literatuur	
Klinische items			
C6	Heimelijk / manipulatief gedrag	Serieuze indicaties van heimelijk en/ of manipulatief gedrag. Voorbeelden van heimelijk gedrag zijn het verhullen of verdraaien van de waarheid, stokerig gedrag, roddelen, liegen over relaties of anderen zwartmaken. Voorbeelden van manipulatief gedrag zijn het inzetten van seksualiteit, bijvoorbeeld om macht of aandacht te verkrijgen, of het inzetten van somatische klachten om onder bepaalde zaken uit te komen.	Geen direct empirisch bewijs
C7	Laag zelfbeeld	Het gaat hierbij om negatieve opvattingen over zichzelf, bijvoorbeeld gevoelens van hopeloosheid of het gevoel niets te verliezen te hebben, en als gevolg daarvan gewelddadig te handelen naar anderen en / of zichzelf.	Larivière, 1999; Van Voorhis et al., 2008; Wong et al., 2009, 2010
Risicohanterings items			
R6	Problemen omtrent zorg voor kinderen	Bij dit item gaat het om twee zaken: 1) de zorg voor minderjarige kinderen is een te zware belasting en verantwoordelijkheid gezien de pathologie / problemen van een vrouw; en 2) boosheid en verdriet door verlies van - of beperkt contact met kinderen (bijvoorbeeld door detentie of door uit de ouderlijke macht te zijn gezet).	Greene et al., 2000; Van Voorhis et al., 2010
R7	Problematische intieme relatie	Problematische (toekomstige) intieme relatie, bijvoorbeeld samenleven met een criminele partner, geweld binnen intieme relatie.	Benda, 2005; Leverentz, 2006; Messer et al., 2004; Van Voorhis et al., 2010; Weizmann-Henelius et al., 2004

Noot. Alle FAM items kunnen tevens als aanvulling gelden wanneer de HKT-R wordt gebruikt voor vrouwen.



Hoewel vrouwen nog altijd een minderheid vormen binnen justitiële en forensische psychiatrische instellingen neemt gewelddadig gedrag door vrouwen wereldwijd gestaag toe. Risicofactoren voor geweld bij vrouwen verschillen veelal van risicofactoren bij mannen. Deskundigen uit de klinische praktijk herkennen deze verschillen en geven aan behoefte te hebben aan meer specifieke richtlijnen voor risicotaxatie bij vrouwen. Het beschouwen van gendersensitieve risicofactoren is essentieel voor een accurate inschatting en behandeling van risico van geweld bij vrouwen. Ondanks de vooruitgang in de afgelopen 30 jaar op het gebied van risicotaxatie van gewelddadig gedrag is er nauwelijks instrumentarium ontwikkeld specifiek voor vrouwelijke daders.

De *Female Additional Manual* (FAM) is in 2012 gepubliceerd als een aanvulling op de HCR-20 (of HKT-30) voor het inschatten van gewelddadig gedrag door vrouwen. De huidige versie is geheel aangepast voor gebruik naast de HCR-20^{v3} (of HKT-R). In deze versie van de FAM zijn acht specifieke risicofactoren voor vrouwen opgenomen en daarnaast aanvullende richtlijnen opgesteld voor twee historische items van de HCR-20^{v3}. Het doel van de FAM is om de praktijk een klinisch relevant en bruikbaar risicotaxatie-instrument te bieden dat concrete richtlijnen oplevert voor risicomanagement bij vrouwen.

