

Uit hetzelfde hout gesneden?

Voorgeschiedenis en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB): Een vergelijking met vrouwen zonder een LVB en mannen met een LVB.



Naam: Berber Hogeveen

ANR: 736947

Master PGG

Mastertrack Forensische Psychologie

Universiteit van Tilburg

Eerste begeleider: Prof. Dr. Stefan Bogaerts

Hoogleraar Forensische Psychologie, Universiteit van Tilburg

Tweede begeleider: Prof. Dr. Robert Didden

Trajectum en tevens als bijzonder hoogleraar verbonden aan het
Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Derde begeleider: Dr. Vivienne de Vogel

Van der Hoeven Kliniek, Utrecht

Datum: 18-11-2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	2
Inleiding	4
Methode	6
Participanten en setting	6
Algemene codeerlijst	6
Victimisatie	6
HCR-20/FAM	7
HKT-30	8
Procedure	9
Statistische analyses	9
Resultaten	10
Discussie	18
Referenties	22
Appendix 1. <i>Algemene codeerlijst</i>	26

Voorgeschiedenis en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB): Een vergelijking met vrouwen zonder een LVB en mannen met een LVB.

Samenvatting

Er is weinig bekend over gewelddadig gedrag en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Bestaande risicotaxatie-instrumenten (o.a. HCR-20, HKT-30) zijn onderzocht in overwegend mannelijke populaties. In deze studie hebben we enkele risicofactoren voor gewelddadig gedrag vergeleken tussen vrouwen met een LVB en vrouwen zonder een LVB en tussen vrouwen met een LVB en mannen met een LVB. Een bijzondere risicofactor stond hierbij centraal, te weten victimisatie. Data werden verzameld in een multicenter onderzoek naar 126 vrouwen met een LVB die tussen 1990 en 2014 waren opgenomen in een (forensisch psychiatrische) instelling. Daarnaast zijn data verzameld bij mannen met een LVB die waren gematcht met vrouwen met een LVB. Aan de hand van dossiers zijn een codeerlijst en diverse risicotaxatie-instrumenten gescoord, waaronder de specifiek voor vrouwen ontwikkelde *Female Additional Manual* (FAM; De Vogel et al., 2011).

De resultaten laten zien dat over het geheel genomen de voorgeschiedenis van vrouwen met een LVB meer belast was dan die van vrouwen zonder een LVB. Voorts zien we dat bij vrouwen met een LVB de prevalentie van victimisatie – met name emotionele mishandeling en seksueel misbruik – zowel in de kindertijd als in de volwassenheid hoger is dan bij vrouwen zonder een LVB. In de kindertijd kwam victimisatie bij vrouwen met een LVB even vaak voor als bij mannen met een LVB, maar was er vaker sprake van seksueel misbruik. In de volwassenheid kwam victimisatie drie maal vaker voor dan bij mannen met een LVB en was er vaker sprake van seksueel misbruik en fysieke mishandeling. Bij vrouwen met een LVB was er vaker sprake van zowel victimisatie in de kindertijd als in de volwassenheid. De uitkomsten van het onderzoek bieden aanknopingspunten voor vervolgonderzoek en praktijk van hulpverlening voor vrouwen met een LVB opgenomen in een (forensisch psychiatrische) instelling.

Abstract

Little is known about violent behavior and victimisation in women with mild to borderline intellectual disability (MID). Studies on instruments for risk assessment (e.g., HCR-20, HKT-30) have mainly been conducted among male populations. In the present study, we compared several risk factors for violence between women with MID and women with average intelligence, and between women with MID and males with MID. We focused on a specific risk

factor: victimisation. Data were collected in a multicenter study among 126 women with MID who were admitted to a forensic psychiatric hospital between 1990 and 2014. Additionally, data were collected of males with MID who were matched to a group of women with MID. Case files were scored using a checklist and several risk assessment instruments, including the *Female Additional Manual* (FAM; De Vogel et al., 2011) which was developed for use in women.

Results indicate that women with MID had on the average a more disturbing history than women without MID. Prevalence of victimisation, especially emotional maltreatment and sexual abuse, during both childhood and adulthood was higher in women with MID than in those without MID. Though there was no difference in overall victimisation during childhood, women with MID were more often the victim of sexual abuse than males with MID. During adulthood, victimisation in women with MID was 3 times higher than in males with MID, and women with MID were more often the victim of sexual abuse and physical maltreatment than males with MID. Compared to males with MID, women with MID had higher levels of victimisation during both childhood and adulthood. Results of the present study provide clues for future research as well as for care and treatment of women with MID admitted to a (forensic psychiatric) hospital.

Trefwoorden: risicofactoren, vrouwen, victimisatie, Female Additional Manual (FAM), lichte verstandelijke beperking (LVB)

Inleiding

Mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)¹ hebben een groter risico op het vertonen van gewelddadig gedrag dan mensen zonder een LVB (Kaal, 2014). Risicofactoren, waaronder schooluitval, verslavingsproblematiek en psychische stoornissen, onvoldoende copingvaardigheden, ontbreken van dagbesteding, lage sociaaleconomische status en problemen binnen het gezin, zijn bij mensen met een LVB relatief vaak aanwezig. In de afgelopen jaren is toenemend onderzoek gedaan naar een risicofactor van gewelddadig gedrag die vooral bij vrouwen vaak voor zou komen, namelijk victimisatie. Hieronder wordt verstaan: slachtoffer zijn geweest van mishandeling, seksueel misbruik of (intrafamiliale) verwaarlozing (zie ook Victimisatie). Victimisatie is geassocieerd met een hoge kans op stress en psychische problemen bij vrouwen (Anumba, Dematteo, & Heibrun, 2012). Voorts zijn misbruik en mishandeling sterke voorspellers voor toekomstig gewelddadig gedrag. Een geschiedenis van misbruik resulteert niet alleen in een groter risico voor gewelddadig gedrag naar anderen, maar ook voor agressie gericht op zichzelf (automutilatie; Verona, Hicks, & Patrick, 2005). Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar victimisatie bij vrouwen met een LVB. Victimisatie lijkt een belangrijke risicofactor, die veel voor zou komen bij zowel vrouwen met een LVB als vrouwen zonder een LVB opgenomen in een forensische instelling. Forensische zorg bevindt zich op het raakvlak van de geestelijke gezondheidszorg met justitie en houdt zich bezig met personen die van de rechter een (vrijheidsbeperkende) maatregel opgelegd hebben gekregen, in combinatie met gedwongen verpleging en behandeling. Het doel van de maatregel is behandeling van de patiënt en bescherming van de maatschappij.

Geweld en criminaliteit door vrouwen is een toenemend probleem. Het aantal (gewelds)delicten gepleegd door met name jonge vrouwen neemt toe (Van der Laan, Blom, Tollenaar & Kea, 2010). Ook internationaal is een toename van gewelddadig gedrag door vrouwen aangetoond (Heilbrun et al., 2008). Terwijl resultaten van prevalentieonderzoek uitwijzen dat geweld vaker voorkomt bij vrouwen, is er nog weinig onderzoek gedaan naar de kenmerken en achtergrond van deze vrouwen. Voor vrouwen gelden mogelijk andere risicofactoren dan voor mannen. Het is belangrijk hiernaar onderzoek te doen aangezien instrumenten ten behoeve van risicotaxatie en methoden van risicomanagement zijn gebaseerd op kennis over risicofactoren voor gewelddadig gedrag en recidive bij mannen. Gestructureerde risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20 en de HKT-30 werden tot op heden overwegend ontwikkeld voor en onderzocht in mannelijke populaties. De vraag dringt zich op of de huidige inzichten over gewelddadig gedrag wel voldoende valide en van

¹ Onder de doelgroep 'LVB' vallen mensen met een LVB (IQ 50-70) en mensen die zwakbegaafd zijn (IQ 70-85).

toepassing zijn voor vrouwen. Om een antwoord op deze vraag te geven, hebben De Vogel, De Vries Robbé, Kalmthout en Place (2011) de *Female Additional Manual* (FAM) ontwikkeld als aanvulling op de HCR-20 / HCR-20^{V3} (of HKT-30 / HKT-R). In de FAM wordt naast het risico van geweld naar anderen, ook het risico van zelfdestructief gedrag, victimisatie en algemeen crimineel gedrag beoordeeld.

Het onderzoek naar zowel gewelddadig gedrag als victimisatie bij vrouwen met een LVB staat in de kinderschoenen (zie ook Hayes, 2007). Terwijl een klein aantal studies laat zien dat mensen met een LVB een hogere kans hebben op victimisatie in zowel de kindertijd als in de volwassenheid (Bryen et al., 2007), wordt hierbij vaak geen onderscheid gemaakt tussen vrouwen en mannen. Uit onderzoek naar victimisatie in de volwassenheid blijkt dat vrouwen (zonder een LVB) vaker gevictimiseerd zijn dan mannen (Jordan, Clark, Pritchard, & Charnigo, 2012). Alexander, Piachaud en Gangadharan (2005) laten zien dat vrouwen met een LVB in een forensische setting vaker slachtoffer zijn van seksueel misbruik en mishandeling in de jeugd dan mannen met een LVB. Het vaker voorkomen van seksueel misbruik bij vrouwelijke cliënten met een LVB in vergelijking met mannen werd ook gevonden door Lindsay et al. (2004). Dit onderzoek wees uit dat met betrekking tot mishandeling er geen significant verschil was met mannen met een LVB.

Er is vooralsnog weinig kennis over risicofactoren voor gewelddadig gedrag en victimisatie bij vrouwen met een LVB, en of zij hierin verschillen van vrouwen zonder een LVB. Ook is weinig bekend over eventuele verschillen in victimisatie tussen vrouwen met een LVB en mannen met een LVB. Met de kennis over risicofactoren en victimisatie bij vrouwen met een LVB kan de bejegening en behandeling binnen forensisch psychiatrische instellingen beter worden afgestemd op hun kenmerken en behoeften (zie ook Graat, Lammers & Bloemsaat, 2011). In dit onderzoek beschrijven wij de voorgeschiedenis en kenmerken van 126 vrouwen met een LVB die tussen 1990 en 2014 opgenomen zijn (geweest) in een (forensisch psychiatrische) instelling en vergelijken we deze met vrouwen zonder een LVB. Voorts toetsen we of er verschillen zijn in victimisatie als risicofactor voor gewelddadig gedrag tussen vrouwen met een LVB ($n = 126$) en 76 vrouwen zonder een LVB die op een aantal variabelen vergelijkbaar waren met de groep vrouwen met een LVB. Als laatste maken we dezelfde vergelijking tussen een groep ($n = 31$) vrouwen met een LVB en een gematchte groep mannen met een LVB die opgenomen zijn (geweest) in een forensisch psychiatrische instelling.

Methode

Participanten en Setting

De dossiers zijn gescoord van 126 vrouwen met een LVB die tussen 1990 en 2014 opgenomen zijn (geweest) in een van de volgende (forensisch psychiatrische) instellingen: Trajectum in Boschoord ($N = 36$), FPC Van der Hoeven in Utrecht ($N = 27$), FPC Oldenkotte in Rekken ($N = 23$), FPC De Woenselse Poort in Eindhoven ($N = 19$) en FPK Assen GGZ Drenthe ($N = 21$). De data zijn verzameld in het kader van een landelijk multi-center onderzoek naar vrouwen in de forensische psychiatrie (De Vogel, Stam, Bouman, Horst & Lancel, 2014). Daarnaast zijn de dossiers gescoord van mannen ($N = 31$) met een LVB die zijn opgenomen (geweest) bij Trajectum en gematcht met een groep vrouwen met een LVB op basis van juridische (opname) status, opnamejaar en leeftijd. De gemiddelde leeftijd bij opname was 33 jaar voor mannen ($SD = 9.7$, range = 18 – 52) en 32 jaar voor vrouwen ($SD = 10$, range = 17 – 49). De behandelduur bij de mannen was gemiddeld 51 maanden en bij vrouwen 42 maanden. Er was geen significant verschil in deze variabelen tussen de beide groepen ($\chi^2(41, N = 67) = 50.9, p = .14$).

In dit onderzoek worden vrouwen met een LVB vergeleken met vrouwen zonder een LVB ($N = 76$). Om een groter contrast te verkrijgen zijn binnen de groep vrouwen zonder een LVB vrouwen met een IQ tussen 85 en 95 weggelaten uit de analyses. Aangezien behandelduur en leeftijd bij opname van invloed kunnen zijn op (stapeling van) victimisatie is getoetst of er verschillen waren tussen de twee groepen. De twee groepen verschillen niet significant op deze variabelen ($p = .09$ respectievelijk $p = .21$).

Instrumenten en Uitkomstmaten

Algemene codeerlijst

Voor het verzamelen van gegevens werd gebruik gemaakt van een codeerlijst ontwikkeld voor het multicenter onderzoek naar vrouwen in de forensische psychiatrie (zie voor details: De Vogel et al., 2014). In het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van items die betrekking hebben op demografische, criminologische en psychiatrische variabelen, historische factoren van de FAM/HCR-20 en de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30).

Victimisatie

In de codeerlijst wordt onderscheid gemaakt tussen victimisatie in de kindertijd (leeftijd < 17 jaar) en victimisatie gedurende de (jong) volwassenheid (leeftijd ≥ 17 jaar). In de HCR-20 wordt de leeftijd van 17 jaar aangehouden als grens. De FAM heeft als aanvulling op de

HCR-20 voor dezelfde leeftijdsgrens gekozen. Daarnaast is er een onderscheid gemaakt in 4 typen van victimisatie: (a) emotionele mishandeling, (b) lichamelijke mishandeling, (c) lichamelijke verwaarlozing en (d) seksueel misbruik. De aanwezigheid van (verschillende typen van) victimisatie is gecodeerd per cliënt, net als de stapeling (meerdere typen van victimisatie bij een cliënt) van victimisatie. Deze indeling bevat de meest voorkomende vormen van victimisatie die worden beschouwd als de belangrijkste voorspellers van gewelddadig gedrag (zie Guy et al., 2013).

Wij hebben gebruik gemaakt van de definitie van emotionele mishandeling zoals die in de *Child Abuse Risk Evaluation* - Nederlandse versie (CARE-NL; De Ruiters & De Jong, 2005) wordt gehanteerd. Emotionele mishandeling omvat alle vormen van mishandeling, misbruik en verwaarlozing door bijvoorbeeld een ouder of verzorger die kunnen leiden tot negatieve emotionele of psychische stoornissen. Hieronder valt ook het handelen of nalaten van ouders of verzorgers waarvan de schadelijkheid gelegen is in de ongevoeligheid voor het ontwikkelingsniveau van het kind. Daarnaast wordt in het huidige onderzoek partnergerelateerd geweld (te weten geweld tussen ouders en/of verzorgers) tevens gezien als een vorm van emotionele verwaarlozing omdat het geassocieerd is met gedragsproblemen en emotionele problemen bij de persoon die getuige is geweest (Edleson, 1999; Johnson et al., 2002).

Lichamelijke mishandeling betreft alle typen van lichamelijk geweld naar het slachtoffer, zowel in de kindertijd als (jong) volwassenheid (Wolzak & Ten Berge, 2005). Lichamelijke mishandeling betreft een meer actieve vorm van kindermishandeling. Verwaarlozing betreft meer een passieve vorm van kindermishandeling, waarbij ouders of verzorgers er niet in slagen te voldoen aan de emotionele en lichamelijke behoeften van het kind. De verwaarlozing betreft zowel onvoldoende lichamelijke zorg als onvoldoende toezicht (De Ruiters & De Jong, 2005).

Seksueel misbruik betreft alle seksuele activiteiten die een kind (of volwassene) niet kan begrijpen, waarbij hij of zij qua ontwikkeling niet op is voorbereid, of waarvoor hij of zij geen toestemming heeft gegeven (of kan geven) en wat in strijd is met de wet (Kellogg, 2005). Seksueel misbruik kan variëren van verkrachting tot minder ingrijpende vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

HCR-20 / FAM

De HCR-20 is één van de meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten voor het inschatten van de kans op gewelddadig gedrag. Onderzoek met diverse (forensisch) psychiatrische

steekproeven in verschillende landen heeft aangetoond dat de HCR-20 een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde heeft voor diverse vormen van geweld bij mannen (Douglas & Reeves, 2010). In een review van Van den Berg en De Vogel (2011) wordt een aantal onderzoeken beschreven waaruit blijkt dat de predictieve validiteit van de HCR-20 voor gewelddadige recidive bij patiënten met een LVB redelijk tot groot is (AUC=.70; Augustinus, 2006; AUC=.79; Gray, 2007 en AUC=.72; Lindsay, 2008). De time at risk (TaR), het tijdsbestek waarin iemand (effectief) in de mogelijkheid verkeert om te recidiveren, varieert in deze onderzoeken van twaalf maanden tijdens de behandeling tot gemiddeld zeven jaar na ontslag. Er zijn enkele studies uitgevoerd naar het gebruik van de HCR-20 bij vrouwen (waaronder waarschijnlijk vrouwen met een LVB), waaruit blijkt dat de voorspellende waarde van de HCR-20 voor herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen matig is en slechter dan voor mannen (AUC=.52-.63, TaR: μ = 10.2 maand; De Vogel & De Ruiter 2005; Garcia-Mansilla, Rosenfeld & Nicholls, 2009; McKeown 2010). De FAM is ontwikkeld met als doel (forensisch) deskundigen die met vrouwen werken meer handvatten te geven voor risicotaxatie (De Vogel, De Vries Robbé, Kalmthout, & Place, 2011; 2012). De FAM is een aanvulling op de HCR-20 of de recent uitgebracht revisie de HCR-20^{V3} (zie De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013) voor vrouwen en bevat negen risicofactoren en aanvullende richtlijnen voor vijf HCR-20 items / twee HCR-20^{V3} items. In de FAM wordt niet alleen het risico van geweld naar anderen beoordeeld, maar ook het risico van zelfdestructief gedrag, victimisatie en algemeen delictgedrag. Voorlopige bevindingen uit een lopend prospectief onderzoek naar vrouwelijke tbs-patiënten laten zien dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed is en dat de FAM een goede predictieve validiteit heeft zowel voor incidenten van geweld naar anderen als voor zelfdestructief gedrag gedurende de behandeling (De Vogel & De Vries Robbé, 2013). Items op zowel de FAM als de HCR-20 worden gescoord op een 3-puntsschaal. De score 0 betekent dat de risicofactor duidelijk afwezig is, de score 1 duidt op mogelijke aanwezigheid, of in enige mate aanwezigheid van de risicofactor, en de score 2 geeft aan dat de risicofactor duidelijk aanwezig is. Voor de beantwoording van de vraagstellingen in het huidige onderzoek worden gegevens gebruikt van twee items: *Problematische omstandigheden in de kindertijd* (H8a) en *Slachtofferschap na de kindertijd* (H15).

HKT-30

De *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002) is een specifiek voor de Nederlandse situatie ontworpen instrument. Het

bevat zowel historische (11 items) als dynamische risicofactoren, waarbij de dynamische factoren (13 items) in de meerderheid zijn. Alleen de historische items worden binnen onderhavig onderzoek gebruikt, omdat vrouwen en mannen allen in verschillende fasen van behandeling zaten. Voor de HKT-30 werd een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde gevonden (Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005). De HKT-30 wordt gescoord op een 5-puntsschaal. De score van 0 geeft aan dat de risicofactor niet aanwezig is, en de score 4 geeft aan dat deze duidelijk aanwezig is. Resultaten van een onderzoek van Augustinus (2006) laten zien dat de predictieve validiteit van de HKT-30 voor cliënten met een LVB redelijk tot goed is. Voor de beantwoording van de vraagstellingen worden gegevens gebruikt van het item *Slachtoffer van geweld in de jeugd* (H04).

Procedure

Binnen Trajectum werd toestemming verkregen van cliënten en/of wettelijk vertegenwoordigers om het onderzoek uit te voeren. Door de interne onderzoekscommissies van de deelnemende instellingen werd toestemming verleend voor het inzien van de dossiers. De dossierinformatie was over het algemeen uitgebreid en bevatte een diversiteit aan informatie: politierapporten, psychologische rapporten, behandelbeoordelingen en verslagen van interviews. Op basis van de dossierinformatie van de meest recente of huidige instelling werden codeerlijst en instrumenten door getrainde onderzoekers gescoord. De kwaliteit van de dossiers werd door de onderzoekers beoordeeld op een schaal van 0-100, waarbij 0 staat voor onvoldoende kwaliteit, 50 voor voldoende en 100 voor uitstekend. Hierbij werd onder andere gelet op de beschikbaarheid van meerdere bronnen met informatie over de voorgeschiedenis. Dossiers met een score lager dan 50 zijn uit de analyse gelaten. Van de gebruikte data werd de kwaliteit van het dossier als voldoende beoordeeld met een gemiddelde van 78 ($SD = 13.7$, range = 50 – 100). Een deel van de dossiers is dubbel gescoord voor trainingsdoeleinden en voor het bepalen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op de historische schaal van de HCR-20/FAM. Deze bleek goed te zijn ($n = 25$; ICC: 0,93; $p < 0,001$, zie De Vogel et al., 2014).

Statistische analyses

De analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS 21 voor Windows. Van de uitkomstmaten zijn frequentieverdelingen berekend. Statistische toetsing ten aanzien van verschillen tussen groepen is gedaan met behulp van χ^2 toetsen, aangevuld met tests om kolomproporties te kunnen vergelijken (z-toets), en t-toetsen.

Resultaten

Voorgeschiedenis van vrouwen met een LVB

De gemiddelde leeftijd op het moment van opname was 35 jaar ($SD = 9.3$, range = 17 – 62), en de behandelduur betrof 48 maanden ($SD = 41.9$, range = 1 – 200). De meerderheid van de vrouwen (84%) is in Nederland geboren. Van de 126 vrouwen zijn er 77 vrouwen (61%) opgegroeid bij de biologische ouder(s) en 41 vrouwen (32%) zijn bij zowel de biologische ouders als bij familie, in pleeggezinnen en in tehuizen opgegroeid. Het aantal vrouwen met een LVB ($n = 5$) dat niet opgroeide bij de biologische ouders, was significant kleiner ($\chi^2 (2, N = 199) = 6.2, p < .05$)² dan het aantal ($n = 10$) vrouwen zonder een LVB.

Van de groep vrouwen met een LVB hebben 37 vrouwen (30%) een IQ tussen 50 en 70 en 86 vrouwen (70%) hebben een IQ tussen 70 en 85. Zeventien vrouwen (14%) met een LVB heeft alleen basisonderwijs gevolgd. Ongeveer een zesde deel heeft speciaal onderwijs gevolgd. Een meerderheid ($n = 76$) van de vrouwen met een LVB heeft minimaal 1 jaar een vervolgopleiding gevolgd (32% mavo/huishoudschool, 16% vmbo/lbo, 11% mbo, 3% hbo/wo). Een zeer klein deel ($n = 3$) van vrouwen zonder een LVB heeft speciaal onderwijs gevolgd, 23 vrouwen (30%) hebben havo of hoger gevolgd, 14 vrouwen (18%) hebben mbo niveau gevolgd en 29 vrouwen (38%) hebben vmbo-niveau en/of mavo gevolgd. De helft van de vrouwen zonder een LVB heeft de opleiding significant vaker afgerond dan vrouwen met een LVB (49% en 39% respectievelijk,

$\chi^2 (2, N = 196) = 7.6, p < .05$). Voor opname waren 74 vrouwen (59%) met een LVB werkloos en 25 van deze vrouwen (20%) zaten in de ziektewet of WAO. Een klein deel ($n = 9$) van de vrouwen ging naar de dagbesteding of sociale werkplaats. Vrouwen zonder een LVB hadden significant

vaker ($\chi^2 (11, N = 202) = 30.0, p < .05$) vast werk dan vrouwen met een LVB.

Voor opname woonden 28 vrouwen met een LVB (22%) zelfstandig en 27 vrouwen met een partner (21%). Zeven vrouwen woonden nog bij de ouders (6%) en 17 van hen hadden geen vaste woon- of verblijfplaats (14%). In vergelijking met vrouwen zonder een LVB (12%) waren vrouwen met een LVB significant vaker in een instelling opgenomen of woonden in een begeleide woonvorm ($\chi^2 (8, N = 202) = 17.0, p < .05$). Iets minder dan de helft ($n = 57$) van de vrouwen met een LVB had financiële problemen. Ongeveer eenderde van de vrouwen ($n = 42$) had een relatie voor de opname, 17 vrouwen waren gescheiden of weduwe. De helft van de vrouwen had één of meer kinderen. De meeste vrouwen waren echter niet in staat om zelfstandig voor hun kind(eren) te zorgen; de meerderheid van deze kinderen (83%) woonde

² Alleen verschillen tussen groepen die statistisch significant waren, worden hier vermeld.

niet bij hun moeder, maar was uit huis geplaatst, verbleef bij de (ex)partner, bij familie, in een instelling of pleeggezin.

Delicten

Meer dan de helft van de vrouwen met een LVB was eerder veroordeeld en dit was significant vaker in vergelijking met vrouwen zonder een LVB ($\chi^2 (1, N = 194) = 5.8, p < .02$). De veroordelingen betroffen vooral vermogens- en geweldsdelicten. Het gemiddeld aantal eerdere veroordelingen was 4.4 ($SD = 4.3$, range = 1 – 33). Een deel ($n = 30$) was weliswaar met justitie in aanraking gekomen, bijvoorbeeld vanwege het verstoren van de openbare orde, maar leidde dit niet tot een veroordeling; het betrof dan vaak septs wegens de geestelijke gezondheidstoestand.

De helft van de vrouwen met een LVB was veroordeeld voor een indexdelict. Dit betreft het delict waarvoor de cliënt is opgenomen in een forensische setting. Andere redenen voor opname zijn bijvoorbeeld een indicatie voor intensieve psychiatrische behandeling of begeleiding vanwege een psychiatrische aandoening of er heeft dusdanig grensoverschrijdend gedrag plaatsgevonden waardoor klinische beveiliging noodzakelijk is. De indexdelicten waren over het algemeen ernstig van aard, waarbij brandstichting (25%), poging tot levensdelict (16%), geweld (15%) en vermogensdelicten (8%) het meest voorkwamen. Een voltooid levensdelict kwam in vergelijking met vrouwen zonder een LVB significant minder vaak voor ($\chi^2 (6, N = 176) = 10.1, p < .05$). Het merendeel van de vrouwen met een LVB ($n = 92$) pleegde het delict alleen; een minderheid ($n = 12$) met een (meestal mannelijke) mededader. Vrouwen met een LVB kregen significant minder vaak dan vrouwen zonder een LVB een tbs-maatregel met verpleging opgelegd of een gemaximeerde tbs ($\chi^2 (12, N = 201) = 33.9, p < .05$). Daarnaast werd naar verhouding vaker een rechterlijke machtiging (RM) afgegeven bij vrouwen met een LVB ($\chi^2 (12, N = 201) = 33.9, p < .05$). Bij een klein aantal vrouwen met een LVB ($n = 10$) was een artikel, zoals artikel 37, opgelegd en er was slechts een zeer klein deel van de vrouwen ($n = 2$) vrijwillig opgenomen.

Behandelgeschiedenis

De helft van de vrouwen met een LVB was in de kindertijd eerder in behandeling geweest. In de volwassenheid was bijna de hele groep vrouwen met een LVB in behandeling geweest, waarbij een significant verschil bleek met vrouwen zonder een LVB (98% vs 84% respectievelijk,

$\chi^2 (7, N = 202) = 17.4, p < .05$). Vrouwen met een LVB werden in vergelijking met vrouwen

zonder een LVB voor het 17^{de} jaar vaker (gedwongen) opgenomen ($\chi^2 (1, N = 202) = 10.3, p < .05$). Dit significante verschil gold evenzeer voor meerdere vormen van hulpverlening vanaf het 17^{de} jaar (65% vs 43% respectievelijk, $\chi^2 (1, N = 202) = 4.2, p < .05$). Bij de meerderheid van vrouwen met een LVB ($n = 97$) die in behandeling waren geweest was een eerdere behandeling significant vaker vroegtijdig afgebroken dan bij vrouwen zonder een LVB ($\chi^2 (4, N = 202) = 11.6, p < .05$). Dit was veelal vanwege geweldsincidenten, schending van regels, weglopen of suïcidepogingen.

Psychopathologie

Bij vrouwen met een LVB stond vaker dan bij vrouwen zonder een LVB zowel een (DSM-IV TR) As I als As II stoornis op de voorgrond (58% vs 32% respectievelijk, $\chi^2 (4, N = 202) = 18.1,$

$p < .05$). vrouwen met een LVB werd vaker een posttraumatische stressstoornis (PTSS) geclassificeerd (49% vs 14% respectievelijk, $\chi^2 (12, N = 202) = 18.1, p < .05$). Bij ongeveer tweederde van de vrouwen met een LVB was sprake van problemen met middelengebruik: alcohol

($n = 69$), drugs ($n = 64$) en medicijnen ($n = 16$). Ongeveer eenderde van hen had het indexdelict gepleegd onder invloed van middelen en bij vijftien vrouwen was sprake van polygebruik, ofwel gebruik van twee of meer middelen.

Het merendeel ($n = 153$) van de vrouwen was bekend met zelfdestructief gedrag voor opname. Bij vrouwen met een LVB kwam dit significant vaker voor dan bij vrouwen zonder een LVB (81% vs 71% respectievelijk, $\chi^2 (4, N = 202) = 10.0, p < .05$). Wanneer er gedetailleerder werd gekeken bleek dat bij vrouwen met een LVB automutilatie in de voorgeschiedenis vaker naar voren kwam dan bij vrouwen zonder een LVB (52% vs 34% respectievelijk, $\chi^2 (1, N = 202) = 6.3,$

$p < .05$). Dit bleek tevens uit de scores van de FAM; vrouwen met een LVB hadden een significant hogere gemiddelde score ($M=1.4, SD=.89$) dan vrouwen zonder een LVB ($M=1.0, SD=.83$) op het item *Suïcidaliteit / automutilatie* ($t (200)=-2.70, p < 0.01$). Tevens kwam brandstichting naar zichzelf gericht vaker naar voren bij vrouwen met een LVB in vergelijking met vrouwen zonder een LVB (11% vs 1% respectievelijk, $\chi^2 (1, N = 201) = 6.7, p < .05$).

Victimisatie

In Tabel 1 zijn de gemiddelde scores, t -waarden en p -waarden van de items: H8a en H15 van de HCR-20/FAM en H4 van de HKT-30 te vinden. Uit de analyse van de items van de

risicotaxatie-instrumenten is gebleken dat vrouwen met een LVB significant hoger scoren op de items die betrekking hebben op victimisatie in de kindertijd en de volwassenheid dan met vrouwen zonder een LVB. Opvallend is dat zowel vrouwen met een LVB als mannen met een LVB problematische omstandigheden in de kindertijd kennen. Ofschoon het verschil tussen mannen en vrouwen niet significant was, benaderde de p -waarde het significantieniveau sterk ($p = .06$).

Tabel 1. FAM/HCR-20 HKT-30 Historische risicofactoren m.b.t. victimisatie.

FAM/HCR-20							
		Vrouwen met LVB ($N = 126$)	Vrouwen zonder LVB ($N = 76$)	t -waarde en p -waarde	Vrouwen met LVB ($N = 31$)	Mannen met LVB ($N = 31$)	t -waarde en p -waarde
H8a	Problematische omstandigheden in de kindertijd	1.7 ($SD = .60$)	1.4 ($SD = .74$)	$t = -3.60$ < .001	1.7 ($SD = .60$)	1.3 ($SD = .83$)	$t = -1.77$.06
H15	Slachtofferschap na de kindertijd	1.3 ($SD = .89$)	0.8 ($SD = .92$)	$t = -3.42$ < .001	1.4 ($SD = .92$)	0.5 ($SD = .57$)	$t = -5.12$ < .001
HKT-30							
H04	Slachtoffer van geweld in de jeugd	3.0 ($SD = 1.40$)	2.1 ($SD = 1.61$)	$t = -3.82$ < .001	1.8 ($SD = 1.41$)	3.0 ($SD = 1.46$)	$t = -3.02$ < .001

Victimisatie bij vrouwen met een LVB en vrouwen zonder een LVB

Dader

Bij vrouwen met een LVB worden vader en mannelijke anderen vaak als dader genoemd (14%), beide ouders (10%), ouders en anderen (13%) en overige familieleden (11%) vergeleken met vrouwen zonder LVB. Het blijkt dat vaders significant minder vaak dader zijn dan bij vrouwen zonder een LVB ($\chi^2 (11, N = 144) = 10.8, p < .05$). Vrouwen met een LVB worden in de volwassenheid significant vaker gevictimiseerd door hun partner dan vrouwen zonder een LVB ($\chi^2 (10, N = 107) = 9.3, p < .05$).

Prevalentie en stapeling van victimisatie in de kindertijd

De prevalentie van victimisatie in de kindertijd bij vrouwen met een LVB was hoog (80%) en significant hoger dan bij vrouwen zonder een LVB (zie Tabel 2). Verdere analyses laten zien dat er een hogere prevalentie van emotionele verwaarlozing bij vrouwen met een LVB naar voren kwam in vergelijking met vrouwen zonder een LVB. Eveneens kwam seksueel misbruik gedurende de kindertijd bij vrouwen met een LVB significant vaker voor dan bij vrouwen zonder een LVB. Wat betreft stapeling van victimisatie kwamen bij vrouwen met een LVB vaker twee types van victimisatie naar voren in vergelijking met vrouwen zonder een LVB.

Tabel 2. Victimisatie in de kindertijd en in de volwassenheid.

<i>Victimisatie in de kindertijd</i>						
	Vrouwen met LVB (N = 126)	Vrouwen zonder LVB (N = 76)	p-waarde	Vrouwen met LVB (N = 31)	Mannen met LVB (N = 36)	p-waarde
	N	N		N	N	
Emotionele mishandeling	88 (70%)	37 (49%)	< .01	26 (81%)	24 (77%)	.204
Lichamelijke mishandeling	49 (39%)	24 (32%)	.269	10 (32%)	10 (32%)	.855
Seksueel misbruik	72 (57%)	29 (38%)	< .01	17 (55%)	7 (23%)	< .01
Verwaarlozing	17 (14%)	7 (9%)	.350	5 (16%)	2 (7%)	.193
Totaal	101 (80%)	50 (66%)	< .05	27 (87%)	25 (81%)	.156
<i>Stapeling van victimisatie in de kindertijd</i>						
Geen victimisatie	20 (16%) ^a	24 (32%) ^b		2 (7%)	6 (19%)	
1 type victimisatie	21 (17%)	21 (28%)		5 (16%)	12 (39%)	
2 types victimisatie	43 (34%) ^a	12 (16%) ^b		15 (48%)	9 (29%)	
3 types victimisatie	33 (26%)	14 (18%)		7 (23%)	3 (10%)	
4 types victimisatie	3 (2%)	2 (3%)		0 (0%)	1 (3%)	
Onbekend	6 (5%)	3 (4%)		2 (6%)	0	
Stapeling van victimisatie			< .01			.063
<i>Victimisatie in de volwassenheid</i>						
Emotionele mishandeling	27 (21%)	4 (5%)	< .01	12 (39%)	6 (19%)	.149
Lichamelijke mishandeling	48 (38%)	25 (33%)	.443	11 (36%)	1 (3%)	< .01
Seksueel misbruik	50 (40%)	15 (20%)	< .01	17 (55%)	0	< .001
Verwaarlozing	0	0	-	0	0	-
Totaal	85 (68%)	32 (42%)	< .001	22 (71%)	6 (19%)	< .001
<i>Stapeling van victimisatie in de volwassenheid</i>						
Geen victimisatie	31 (25%) ^a	38 (50%) ^b		7 (23%) ^a	20 (65%) ^b	
1 type victimisatie	50 (40%)	22 (29%)		12 (39%) ^a	5 (16%) ^b	
2 types victimisatie	30 (24%) ^c	8 (11%) ^d		7 (23%) ^a	1 (3%) ^b	
3 types victimisatie	5 (4%)	2 (3%)		3 (10%)	0	
Onbekend	10 (8%)	6 (8%)		2 (7%)	5 (16%)	
Stapeling van victimisatie			< .01			< .001
<i>Victimisatie gedurende de levensloop</i>						
Victimisatie in zowel kindertijd als volwassenheid	53%	32%	< .01	23 (64%)		< .001

Noot. a < b p < .05. c > d p < .05

Prevalentie en stapeling van victimisatie tijdens de volwassenheid

Tabel 2 laat zien dat victimisatie tijdens de volwassenheid significant vaker voor kwam bij vrouwen met een LVB in vergelijking met vrouwen zonder een LVB. Meer gedetailleerde analyses laten zien dat bij vrouwen met een LVB vier keer zo vaak emotionele mishandeling naar voren kwam, en vrouwen met een LVB waren twee keer zo vaak slachtoffer van seksueel misbruik dan vrouwen zonder een LVB. Verschillen tussen vrouwen met een LVB en vrouwen zonder een LVB werden gevonden wat betreft stapeling van victimisatie, waarbij bij vrouwen met een LVB vaker sprake was van twee typen van victimisatie.

Levensloop

Alhoewel zowel bij vrouwen met een LVB als bij vrouwen zonder een LVB een hoge mate van victimisatie aanwezig is tijdens de kindertijd, is victimisatie gedurende de levensloop meer persistent bij vrouwen met een LVB. Zij werden zowel in de kindertijd als in de volwassenheid vaker slachtoffer.

Victimisatie bij vrouwen met een LVB en mannen met een LVB

De prevalentie van victimisatie tijdens de kindertijd was zowel bij vrouwen met een LVB als mannen met een LVB hoog (87% vs 81%) en verschilde niet significant tussen beide groepen. Een meer gedetailleerde analyse liet zien dat er wel een significant verschil was wat betreft seksueel misbruik. Vrouwen met een LVB werden twee keer zo vaak slachtoffer van seksueel misbruik tijdens de kindertijd dan mannen met een LVB. Er werd geen significant verschil gevonden in de mate van stapeling van victimisatie tussen vrouwen met een LVB en mannen met een LVB.

De prevalentie van victimisatie in de volwassenheid was bij vrouwen met een LVB meer dan drie keer hoger dan bij mannen met een LVB. Vrouwen werden significant vaker het slachtoffer van seksueel misbruik. Daarnaast kwam lichamelijke mishandeling meer dan tien keer vaker voor bij vrouwen met een LVB dan bij mannen met een LVB.

Verschillen in victimisatie tussen vrouwen met een LVB en mannen met een LVB werden zichtbaar in de stapeling van victimisatie. Vrouwen kregen significant vaker te maken met minstens twee typen van victimisatie dan mannen. Victimisatie is dus niet alleen meer prevalent bij de vrouwen met een LVB in de volwassenheid, maar ook de stapeling komt meer voor bij vrouwen.

Levensloop

Het blijkt dat er bij vrouwen met een LVB een hogere mate van victimisatie is gedurende de gehele levensloop dan bij mannen met een LVB. Dus hoewel er bij vrouwen met een LVB en mannen met een LVB in de kindertijd een hoge prevalentie is van victimisatie zet dit patroon zich meer voort bij vrouwen dan bij mannen.

Discussie

In deze studie is victimisatie, één van de risicofactoren in de HCR-20 / FAM en HKT-30 voor gewelddadig gedrag, vergeleken tussen vrouwen met een LVB en vrouwen zonder een LVB en tussen vrouwen met een LVB en een overeenkomstige groep mannen met een LVB. Data werden verzameld in een multicenter onderzoek naar vrouwen die tussen 1990 en 2014 waren opgenomen in een (forensisch psychiatrische) instelling. Daarnaast zijn data verzameld bij mannen met een LVB die waren gematcht met een groep vrouwen met een LVB op basis van juridische (opname) status, opnamejaar en leeftijd. Ten behoeve van de dataverzameling zijn aan de hand van dossiers een codeerlijst en diverse risicotaxatie-instrumenten gescoord, waaronder de specifiek voor vrouwen ontwikkelde *Female Additional Manual*.

Bij vrouwen met een LVB werd significant meer victimisatie gevonden in zowel de kindertijd als de volwassenheid dan bij vrouwen zonder een LVB. Er was bij hen vaker sprake van emotionele verwaarlozing en seksueel misbruik, en er was een patroon van victimisatie gedurende de levensloop. De bevindingen sluiten aan bij onderzoek waaruit is gebleken dat mensen met een LVB een hogere kans hebben op victimisatie dan mensen zonder een LVB (zie bijvoorbeeld Bryen et al., 2007). De oorzaken van victimisatie in de kindertijd zijn divers en kunnen zijn gelegen in zowel kind- als omgevingsfactoren. Omgevings- en opvoedingsfactoren die victimisatie tot gevolg kunnen hebben, komen naar verhouding vaker voor bij kinderen met een LVB. Zo is gevonden dat kinderen en jongvolwassenen met een LVB zich relatief vaak bevinden in ongunstige gezins- en maatschappelijke omstandigheden (Maughan et al., 1999). Ouders van meisjes met een LVB hebben niet zelden zelf een LVB en/of psychosociale problemen, zoals problemen met de geestelijke gezondheid, financiële problemen, werkloosheid, zwangerschap op jonge leeftijd en een beperkt sociaal netwerk. Door deze problemen zijn ze wellicht minder goed in staat hun kind een veilig opvoedingsklimaat te bieden en voldoende in te spelen op zijn ontwikkeling. Ouders of verzorgers kunnen ook de directe bron van mishandeling en misbruik zijn, zoals ook onderhavig onderzoek uitwijst. De beperkingen op het gebied van cognitief en intellectueel functioneren en sociaal aanpassingsvermogen vergroten de kans op stress en op problemen in de sociaal-maatschappelijke context. Daarnaast zijn mensen met een LVB relatief vaak het slachtoffer van pestgedrag van anderen. Verder geldt dat vrouwen met een LVB sneller terecht kunnen komen in het zogenoemde 'straatleven', waar verslaving en prostitutie veel voorkomt. Zowel verslaving, prostitutie en de vaak daarmee gepaard gaande levensstijl zijn niet alleen empirisch aangetoonde risicofactoren voor gewelddadig gedrag, maar ook voor victimisatie (De Vogel et al., 2011).

In een vergelijking tussen vrouwen met een LVB en een overeenkomstige groep mannen met een LVB bleek dat de prevalentie van victimisatie tijdens de kindertijd nagenoeg gelijk was. Bij vrouwen met een LVB was echter twee keer zo vaak sprake van seksueel misbruik; dus terwijl mannen evenveel victimisatie hadden meegemaakt, verschilde het type victimisatie significant. In de volwassenheid was victimisatie bij vrouwen met een LVB echter drie keer zo hoog en was er significant vaker sprake van seksueel misbruik en lichamelijke mishandeling dan bij mannen met een LVB. Het patroon van victimisatie zette zich bij vrouwen vaker door dan bij mannen met een LVB. De bevindingen sluiten aan bij onderzoek van Lindsay et al. (2004), waarin werd gevonden dat seksueel misbruik meer voorkwam bij vrouwen met een LVB dan bij mannen met een LVB. Lindsay et al. (2004) vonden evenwel geen verhoogd voorkomen van lichamelijke mishandeling. Binnen onderzoek waarin geen expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen mensen met een LVB en mensen zonder een LVB, maar waar de focus ligt op verschillen tussen mannen en vrouwen, komen dezelfde bevindingen naar voren (Lewis, 2006; Siegel, 2000; Weizmann-Henelius et al., 2004). Deze onderzoekers merken op dat er sprake kan zijn van onderrapportage van (seksuele) victimisatie bij mannen, bijvoorbeeld door schaamte. Er is geen reden om aan te nemen dat dit niet ook geldt voor mannen met een LVB.

Bij onderhavig onderzoek kunnen enkele kanttekeningen worden geplaatst. Er werd gebruikt gemaakt van dossierinformatie. Hoewel de dossiers over het algemeen uitgebreid en van goede kwaliteit waren, waren er verschillen tussen instellingen, bijvoorbeeld in gehanteerde instrumenten en methoden voor het vaststellen van het intellectueel functioneren (IQ) en de DSM-classificaties. De resultaten ten aanzien van deze variabelen dienen dan ook met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Verder zijn de risicotaxatie-instrumenten HCR-20/FAM en HKT-30 nog niet gevalideerd voor vrouwen met een LVB. In het huidige onderzoek zijn de scores op de risicofactoren niet gekoppeld aan gewelddadig gedrag als een uitkomstmaat (recidive na ontslag of gewelddadige incidenten tijdens de behandeling). Vervolgonderzoek zou zich hier op kunnen richten, waarbij een aandachtspunt is om gewelddadig (agressief) gedrag op gestructureerde wijze te meten, bijvoorbeeld met behulp van de *Modified Overt Aggression Scale* + (MOAS+; zie Crocker et al., 2006). Er wordt dan ook aanbevolen om verder (validiteits)onderzoek te doen naar risicotaxatie-instrumenten als de HCR-20/FAM of HKT-30 bij vrouwen met een LVB, zowel voor het voorspellen van gewelddadig en agressief gedrag naar anderen, maar ook van zelfdestructief gedrag, victimisatie of algemeen delictgedrag. De risicofactoren met betrekking tot victimisatie zijn hierin belangrijk, maar ook andere factoren, zoals psychische stoornissen, automutilatie en

suïcidaliteit (Graat et al., 2011; Weizmann-Henelius, Viemerö, & Eronen, 2004). Zo bleek uit onze resultaten dat vrouwen met een LVB significant hoger scoren op het FAM item *Suïcidaliteit /automutilatie* in vergelijking met zowel vrouwen zonder een LVB als mannen met een LVB. Ook de – in het huidige onderzoek niet gescoorde – specifieke dynamische risicofactoren voor vrouwen, zoals *Laag zelfbeeld* en *Heimelijk / manipulatief gedrag* zijn interessant om nader te onderzoeken. Hierbij is het tevens aan te bevelen om meer onderzoek te verrichten naar hoe de verschillende risicofactoren zich tot elkaar verhouden en wat de mogelijke verklarende mechanismen zijn. Mogelijk is er een verband tussen automutilatie en victimisatie, waarbij PTSS een moderator is en automutilatie als een vorm van coping. Dit zou in vervolgonderzoek getoetst kunnen worden. Het strekt tevens tot de aanbeveling meer aandacht te besteden aan beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. De *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2012) richt zich op het in kaart brengen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. In prospectief onderzoek werd gevonden dat de SAPROF een goede voorspellende waarde had zowel voor gewelddadig gedrag naar anderen als voor zelfbeschadigend gedrag (automutilatie) tijdens de behandeling (zie De Vries Robbé, 2014).

Niet in de laatste plaats bevelen we aan om meer onderzoek te verrichten naar traumatische ervaringen en PTSS bij mensen met een LVB. Tot op heden ontbreekt een instrument waarmee traumatische gebeurtenissen in kaart gebracht worden en de diagnose (classificatie) PTSS bij mensen met een LVB ondersteund. Er vindt momenteel binnen Trajectum onderzoek plaats naar de psychometrische kenmerken van de *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS; Siebelink & Treffers, 2001) aangepast voor volwassenen met een LVB. Voorlopige resultaten laten zien dat de aangepaste ADIS, dat in interviewvorm wordt afgenomen bij de cliënt en diens begeleider of andere persoon die de cliënt goed kent, een geschikt en betrouwbaar instrument is voor het in kaart brengen van traumatische gebeurtenissen en het ondersteunen van de diagnose PTSS bij jeugdigen met een LVB (zie Mevissen, Barnhoorn, Didden, Korzilius & De Jongh, 2014).

Voor de praktijk van hulpverlening aan vrouwen (maar ook mannen) met een LVB is het van belang victimisatie en de gevolgen ervan (eerder) te herkennen, mogelijke traumatiserende gebeurtenissen en PTSS te inventariseren respectievelijk diagnosticeren, en cliënten vroegtijdig te indiceren voor behandeling, waaronder *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR; zie Mevissen & De Jongh, 2010) en interventies gericht op het verbeteren van emotieregulatie en zelfbeeld en het voor zichzelf opkomen en om hulp vragen.

Het is belangrijk dat waar mogelijk het sociaal netwerk van de cliënt wordt versterkt en lotgenotencontact benut. Het therapeutisch/leefklimaat alsmede de begeleidingsstijl van sociotherapeuten en andere hulpverleners moeten worden afgestemd op de individuele cliënt (zie ook Didden & Moonen, 2014), en – in het licht van victimisatie en mogelijke traumatisering – op de kernsymptomen van PTSS, waaronder herbelevingen, vermijding en hyperarousal en aangetaste cognities als ‘ik ben niet de moeite waard en ‘de wereld is onveilig, ik kan anderen niet vertrouwen’. Wantrouwen in sociale situaties speelt veelal een grote rol binnen de behandeling. Tijdens de behandeling dienen medewerkers zich bewust te zijn van de gevolgen van victimisatie en hervictimisatie op het welbevinden en gedrag van de cliënt. Het vroegtijdig signaleren van symptomen die verwijzen naar (her)victimisatie is een eerste stap in de richting van een responsieve behandeling en bejegening van vrouwen en mannen met een belaste voorgeschiedenis waarin victimisatie een niet te onderschatten rol heeft gespeeld op enig moment in hun leven.

Referenties

- Alexander, R., Piachaud, J., & Gangadharan, S. (2005). Women with intellectual disability who have offended: Characteristics and outcome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 635.
- Anumba, N., Dematteo, D., & Heilbrun, K. (2012). Social functioning, victimization, and mental health among female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 1204-1218.
- Augustinus, F. (2006). *Intelligentie, recidive en risicotaxatie. Een onderzoek naar de relatie tussen intelligentie en recidive & intelligentie en de voorspellende waarde van de HCR-20, HKT-30 en de PCL-R in een steekproef (ex) terbeschikkinggestelden*. Utrecht/Amsterdam: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Berg, J.W. van den, & Vogel, V. de (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een lichte verstandelijke handicap: hoe bruikbaar zijn risicotaxatieinstrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83-93.
- Bryen, D., Reiter, S., & Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11, 371-387.
- Crocker, A., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M.-E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 50, 652-661.
- Didden, R., & Moonen, X. (2014). Interventies voor delinquenten met een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten* (pp. 175-186). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Douglas, K., & Reeves, K. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: Rationale, Application, and Empirical Overview. In: R. Otto & K. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment: International perspectives on forensic mental Health* (pp. 147-185). New York: Routledge.
- Edleson, J. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.
- Garcia-Mansilla, A., Rosenfeld, B., & Nicholls, T. (2009). Risk assessment: Are current methods applicable to women? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 50-61.
- Graat, R., Lammers, S., & Bloemsaat, G. (2011). Sekseverschillen bij tbs-patiënten. *De Psycholoog*, 46, 10-20.
- Guy, L., Wilson, C., Douglas, K., Hart, S., Webster, C., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 Version 3: Item-by-item summary of violence literature. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #3*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute.

- Hayes, S. (2007). Women with learning disabilities who offend: What do we know? *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 187-191.
- 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.
- 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).
- Jordan, L., Clark, J., Pritchard, A., & Charnigo, R. (2012). Lethal and other serious assaults: Disentangling gender en context. *Crime and Delinquency*, 58, 425-455.
- Johnson, R., Kotch, J., Catellier, D., Winsor, J., Dufort, V., Hunter, W., & Amaya-Jackson, L. (2002). Adverse behavioural and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child Maltreatment*, 7, 179-186.
- Kaal, H., Overvest, N., & Boertjes, M. (2014). Licht verstandelijke beperking en crimineel gedrag: Samenhang en prevalentie. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten* (pp. 53-63). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116, 506-512.
- 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.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: Gender matters. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 773-789.
- Lindsay, W., Murphy, L., Smith, G., Murphy, D., Edwards, Z., Chittock, C., Grieve, A., & Young, S. (2004). The Dynamic Risk Assessment and Management System: An assessment of immediate risk for violence for individuals with offending and challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 267-274.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychological Medicine*, 29, 351-366.
- McKeown, A. (2010). Female offenders: Assessment of risk in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 422-429.
- Mevissen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H., & De Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disability: A pilot study. *Developmental Neurorehabilitation*, 17, 16-23.

- Mevissen, L., & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review*, 30, 308-316.
- Ruiter, C. de, & Jong, E. de (2005). *CARE-NL richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: De Ruiter.
- Siebelink, B., & Treffers, P. (2001). *ADIS-C. Anxiety Disorders Interview Schedule (Kinderen en Adolescenten 7 - 18 jaar)*. Amsterdam: Pearson.
- Siegel, J. (2000). Aggressive behavior among women sexually abused as children. *Violence and Victims*, 15, 235-255.
- Tomasulo, D., & Razza, N. (2007). Posttraumatic stress disorder. In: R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki, & M. First (Eds.), *Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (pp. 365-378). Kingston, NY: NADD Press.
- Verona, E., Hicks, B., & Patrick, C. (2005). Psychopathy and suicidality in female offenders: Mediating influences of personality and abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1065-1073.
- 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, 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 & Vries Robbé, M. de (2013). Working with women. Towards a more gender-sensitive violence risk assessment. In: L. Johnstone, & C. Logan (Eds.), *Managing Clinical Risk: A guide to effective practice* (pp. 224-241). Londen: Routledge.
- 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.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & Ruiter, C. de (2013).

- Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20^{V3}. *Gedragstherapie*, 46, 107-118.
- 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 via: www.saprof.com.
- 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 (2002). *Handleiding HKT-30*.
- Wolzak, A., & Ten Berge, I. (2005). *Kindermishandeling. De aanpak in Nederland*. Utrecht/Amsterdam: NIZW Jeugd/SWP.

Vragenlijst

Vrouwen vergeleken met mannen in de forensische psychiatrie

Vivienne de Vogel, Jeantine Stam, Yvonne Bouman, Paul ter Horst, & Marike Lancel

Doel van dit onderzoek

Deze lijst is opgesteld ten behoeve van een gezamenlijk onderzoek naar mannen en vrouwen in de Nederlandse forensische psychiatrie. Het doel is een zo compleet mogelijk beeld schetsen van vrouwen die in de forensische psychiatrie opgenomen zijn (geweest).

Richtlijnen voor invullen van deze lijst

Waar mogelijk graag aankruisen wat van toepassing is. Vaak kunnen meerdere antwoorden van toepassing zijn. Wanneer je denkt dat er extra informatie is die mogelijk relevant is graag noteren in het vak ‘Bijzonderheden / opmerkingen’. Het dossier wordt gescoord op binnenkomst in de huidige / meest recente instelling.

Deze vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Algemene gegevens
2. Hulpverleningsgeschiedenis / pathologie
3. Delictgeschiedenis
4. Indexdelict
5. HCR-20 / FAM historische items / Psychopathie (PCL-R)

1. Algemene gegevens

Vaak kunnen meerdere antwoorden van toepassing zijn.

1.1 Achternaam plus voornamen (voluit) patiënt		1.2 Geboortedatum:-.....-.....
1.3 MITS/VIP/BSN nummer Vermeld zoveel mogelijk nummers en welk nummer het is		1.4 Geboorteplaats:
	☐ 1 = Oldenkotte ☐ 7 = uitgestroomd ☐ 2 = Woenselse poort ☐ 99 = onbekend	

1.5 Huidig verblijf Waar bevindt patiënte zich nu	☐ 3 = GGz Drenthe ☐ anders, nl..... ☐ 4 = Van der Hoeven Kliniek ☐ 5 = Altrecht, Roosenburg ☐ 6 = Veldzicht	
1.6 Opnamedatum--	1.7 Leeftijd bij opname:	
1.8 Overplaatsing vanuit andere tbs- kliniek Binnen de <u>huidige</u> tbs-maatregel	Overplaatsing andere kliniek ☐ 1 = nee ☐ 2 = ja	Zo ja, vermeld indien bekend kliniek en aantal tbs behandel pogingen vóór huidige behandeling
1.9 Verblijf binnen de huidige instelling ten tijde van opname	☐ 1 = reguliere groep ☐ 2 = specifieke groep, nl..... ☐ 3 = individuele afdeling ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.....	
1.10 Geboorteland biologische vader	☐ 1 = Nederland ☐ 5 = Turkije ☐ 2 = Marokko ☐ 99 = onbekend ☐ 3 = Suriname ☐ anders, nl..... ☐ 4 = Antillen	
1.11 Geboorteland biologische moeder	☐ 1 = Nederland ☐ 5 = Turkije ☐ 2 = Marokko ☐ 99 = onbekend ☐ 3 = Suriname ☐ anders, nl..... ☐ 4 = Antillen	
1.12 Geboorteland patiënte	☐ 1 = Nederland ☐ 5 = Turkije ☐ 2 = Marokko ☐ 99 = onbekend ☐ 3 = Suriname ☐ anders, nl..... ☐ 4 = Antillen	
1.13 Opvoeding	☐ 1 = biologische ouders ☐ 5 = kindertehuis/tehuizen ☐ 2 = bij familie ☐ 99 = onbekend ☐ 3 = pleeggezin ☐ anders, nl.....	

	☐ 4 = adoptie	
1.14 Religie	☐ ja, nl..... ☐ nee ☐ onvoldoende informatie	Praktiserend: ☐ ja ☐ nee ☐ onvoldoende informatie ☐ n.v.t.
1.15 Bijzonderheden opvoeders/gezin? Denk hierbij aan psychiatrische / verslavingsproblematiek, criminaliteit, ernstige ziektes, overlijden	Aanwijzingen voor psychiatrische problematiek ouders? ☐ onvoldoende informatie	
1.16 Bijzonderheden eigen gedrag jeugd? Denk hierbij ook aan spijbelen, ongelukjes, liegen, houding autoriteit en seksueel ontremd gedrag, prostitutie, middelenmisbruik	☐ onvoldoende informatie	

1.17 Slachtofferschap	In de jeugd tot 17 jaar ☐ 0 = geen aanwijzingen ☐ 1 = emotionele mishandeling ³ ☐ 2 = lichamelijke mishandeling ☐ 3 = seksueel misbruik ☐ 4 = lichamelijke verwaarlozing ⁴ ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.... Zo ja, vermeld indien bekend wie de dader was en hoe vaak / gedurende welke periode dit voorkwam	In volwassenheid vanaf 17 jaar ☐ 0 = geen aanwijzingen ☐ 1 = emotionele mishandeling ☐ 2 = lichamelijke mishandeling ☐ 3 = seksueel misbruik ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.... Zo ja, vermeld indien bekend wie de dader was en hoe vaak / gedurende welke periode dit voorkwam
1.18 Hoogst genoten opleiding Dit betekent minimaal één jaar met inzet gevolgd	☐ 0 = geen ☐ 1 = basisonderwijs / lagere school ☐ 2 = bijzonder onderwijs ☐ 3 = MAVO / huishoudschool ☐ 4 = HAVO ☐ 5 = VWO ☐ 6 = vmbo / lbo ☐ 7 = mbo ☐ 8 = hbo ☐ 9 = wo ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl..... Afgerond ☐ 1 = nee ☐ 2 = ja ☐ 3 = onbekend	
1.19 Werksituatie ten	☐ 1 = vast werk, nl ☐ 2 = tijdelijk werk, nl ☐ 7 = student / scholier ☐ 8 = vrijwilligerswerk	

³ Emotionele mishandeling omvat alle vormen van mishandeling, misbruik en verwaarlozing door bijvoorbeeld de ouder die kunnen leiden tot negatieve emotionele of psychische stoornissen. Hieronder valt ook het handelen of nalaten van ouders waarvan de schadelijkheid gelegen is in de ongevoeligheid voor het ontwikkelingsniveau van het kind (CARE-NL; De Ruiter & De Jong, 2005).

⁴ Lichamelijke verwaarlozing kan worden opgesplitst in onvoldoende fysieke zorg en onvoldoende fysiek toezicht (CARE-NL; De Ruiter & De Jong, 2005).

tijde van indexdelict(en)	☐ 3 = ‘huisvrouw’ ☐ 9 = met pensioen ☐ 4 = werkloos ☐ 10 = sociale werkplaats ☐ 5 = zwart werk ☐ 99 = onbekend ☐ 6 = ziekte wet / WAO ☐ anders, nl	
1.20 Woonsituatie ten tijde van indexdelict(en)	☐ 1 = bij ouder(s) ☐ 6 = in instelling opgenomen ☐ 2 = met partner ☐ 7 = bij familie ☐ 3 = zelfstandig (zonder partner) ☐ 8 = bij vriend(en) ☐ 4 = begeleid wonen ☐ 99 = onbekend ☐ 5 = zonder vaste woon- of verblijfsplaats ☐ anders, nl	
1.21 Financiële problemen ten tijde van indexdelict(en) Te denken valt aan slecht financieel beheer, betalingsachterstand ⁵ , te lage bijstandsuitkering	☐ 1 = duidelijke financiële problemen ☐ 2 = mogelijke financiële problemen ☐ 3 = geen duidelijke financiële problemen ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.....	
1.22 Relatie ten tijde van indexdelict(en)	☐ 1 = geen ☐ anders, nl ☐ 2 = getrouwd ☐ 3 = gescheiden ☐ 4 = samenwonend ☐ 5 = lat relatie ☐ 6 = weduwe ☐ 7 = hertrouwd ☐ 8 = geregistreerd partnerschap ☐ 99 = onbekend Partner delinquent: ☐ ja ☐ nee ☐ onbekend ☐ n.v.t	
1.23 Aantal kinderen		1.24 Geboortjaar plus sekse kind(eren):

⁵ Onder lichte betalingsachterstanden wordt verstaan rekeningen die te laat betaald zijn, aanmaningen ontvangen, maandelijkse roodstand en/of een weigering van een automatische incasso. Onder zware betalingsachterstanden vallen achterstanden van betaling van de huur of hypotheek, loonbeslag of afsluiting van de energie (Nibud, 2012).

1.25 Opvoeden van kinderen⁶ Beschrijf de (positieve / negatieve) band tussen vader en kind(eren)	☐ n.v.t.
1.26 Verblijf kind(eren) ten tijde van het indexdelict	☐ n.v.t.
1.27 Zelfdestructief gedrag	☐ automutilatie ☐ suïcidaliteit ⁷ ☐ brandstichting, met de intentie zichzelf mee te doden ☐ ernstige zelfverwaarlozing door ☐ geen aanwijzingen ☐ anders, nl
1.28 Bijzonderheden fysieke gezondheid	☐ onvoldoende informatie
1.29 Bijzonderheden m.b.t. netwerk Denk hierbij aan sociale inbedding, isolement etc.	

⁶ Er is een overlap met het item Problemen met het opvoeden van kinderen in de FAM. In deze vragenlijst wordt meer naar de kwalitatieve data gevraagd. Denk daarbij aan vier mogelijke opvoedstijlen; autoritair, autoritatief, permissief en onverschillig (Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991).

⁷ Bij suïcidaliteit gaat het om gedachten, wensen of fantasieën, suïcidepogingen of voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is geweest (Wereldgezondheidsorganisatie, zie Kerkhof & Van Luyn, 2010)

**1.30 Overig
bijzonderheden /
opmerkingen
demografische
gegevens**

2. Hulpverleningsgeschiedenis / pathologie

Vaak kunnen meerdere antwoorden van toepassing zijn.

2.1 Hulpverleningsgeschiedenis	In de jeugd tot 17 jaar ☐ 0 = geen aanwijzingen ☐ 1 = ambulante ☐ 2 = vrijwillig ambulante ☐ 3 = gedwongen ambulante, nl..... ☐ 4 = opname ☐ 5 = vrijwillige opname ☐ 6 = gedwongen opname, nl..... ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.... Zo ja, omschrijf indien bekend het aantal behandelingen en bijzonderheden van de behandeling(en)	In volwassenheid vanaf 17 jaar ☐ 0 = geen aanwijzingen ☐ 1 = ambulante ☐ 2 = vrijwillig ambulante ☐ 3 = gedwongen ambulante, nl..... ☐ 4 = opname ☐ 5 = vrijwillige opname ☐ 6 = gedwongen opname, nl..... ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.... Zo ja, omschrijf indien bekend het aantal behandelingen en bijzonderheden van de behandeling(en)
2.2 Eerdere behandeling(en) een keer afgebroken	☐ 1 = nee ☐ 2 = ja ☐ 3 = onbekend ☐ 4 = n.v.t.	Zo ja, vermeld indien bekend aantal en reden waarom
	☐ 0 = geen	☐ 4 = gokken

2.3 Misbruik van middelen en / of verslaving in voorgeschiedenis	☐ 1 = alcohol ☐ 2 = drugs ☐ 3 = medicijnen ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl	
2.4 Indexdelict(en) onder invloed van middelen	☐ 1 = nee ☐ 2 = ja, namelijk..... ☐ 3 = waarschijnlijk ☐ 4 = onbekend	
2.5 Indexdelict(en) onder invloed van psychose	☐ 1 = nee ☐ 2 = ja ☐ 3 = dissociatief	☐ 4 = zegt stemmen te horen ☐ 5 = waarschijnlijk ☐ 6 = onbekend
2.6 Pathologie Opnamediagnose	☐ 0 = geen diagnose ☐ 1 = alleen As I ☐ 2 = alleen As II ☐ 3 = op de voorgrond As I plus comorbide As II (hoofddiagnose expliciet vermeld) ☐ 4 = op de voorgrond As II plus comorbide As I (hoofddiagnose expliciet vermeld) ☐ 5 = As I en As II beide aanwezig ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl..... ☐ Bron:	
2. 7 AS I stoornis(sen)	☐ 0 = geen diagnose ☐ 1 = schizofrenie ☐ 2 = depressie ☐ 3 = bipolaire stoornis ☐ 4 = middelen afhankelijkheid ☐ 5 = middelen misbruik ☐ 6 = angststoornis ☐ 7 = PTSS ☐ 8 = ADHD ☐ 9 = pervasieve ontw. stoornis ☐ 10 = autisme ☐ 11 = seksuele stoornis ☐ 12 = stoornis in impulsbeheersing ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl	
2.8 AS II stoornis(sen)	☐ 0 = geen diagnose ☐ 1 = paranoïde psst ☐ 2 = schizoïde psst ☐ 3 = schizotypische psst ☐ 4 = antisociale psst ☐ 5 = borderline psst ☐ 6 = theatrale psst ☐ 7 = narcistische psst ☐ 8 = ontwijkende psst ☐ 9 = afhankelijke psst ☐ 10 = obsessief-compulsieve psst ☐ 11 = NAO psst ☐ 99 = onbekend	
2.9 AS II trekken	☐ 0 = geen trekken ☐ 1 = paranoïde trekken ☐ 7 = narcistische trekken ☐ 8 = ontwijkende trekken	

	☐ 2 = schizoïde trekken ☐ 3 = schizotypische trekken ☐ 4 = antisociale trekken ☐ 5 = borderline trekken ☐ 6 = theatrale trekken	☐ 9 = afhankelijke trekken ☐ 10 = obsessief-compulsieve trekken ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl....
2.10 Intelligentie (TIQ, VIQ, PIQ) Vermeld IQ score, met welke test gemeten en jaartal		2.11 Indien onbekend maar wel schatting bekend/mogelijk: ☐ 1 = verstandelijke beperking ☐ 2 = beneden gem. intelligentie ☐ 3 = gemiddelde intelligentie ☐ 4 = boven gem. intelligentie ☐ 99 = onbekend Bron:
2.12 Bijzonderheden / opmerkingen hulpverleningsgeschiedenis		

3. Delictgeschiedenis (exclusief indexdelict)

Het gaat hierbij om delictgeschiedenis *voorafgaand* aan het indexdelict waarvoor de man zich binnen de huidige behandeling bevindt (of meest recentelijk heeft bevonden). Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

3.1 Eerdere contacten met justitie Excl. indexdelict(en)	☐ 0 = voor zover bekend niet ⁸ ☐ 1 = contact zonder veroordeling ☐ 2 = sepot(s) ☐ 3 = vrijspraak ☐ 4 = nietig verklaard ☐ 5 = schuldig verklaard zonder oplegging van straf	☐ 6 = voorwaardelijke detentie ☐ 7 = veroordeling, aantal:..... ☐ 8 = gedetineerd, aantal:..... ☐ 9 = anders, nl.....
3.2 Aantal en aard contacten justitie naar soort Denk daarbij aan specificatie contact als dader of slachtoffer, valse aangiftes, het niet in behandeling nemen e.d.	 ☐ n.v.t.	
3.3 Eerder tbs gehad	☐ 1 = nee ☐ 2 = ja, met voorwaarden	Zo ja, vermeld indien bekend manier van beëindiging

⁸ Indien er geen eerdere contacten met justitie zijn geweest, ga door naar het volgende onderdeel 'Indexdelict'.

	☐ 3 = ja, met dwangverpleging	
3.4 Leeftijd bij <u>eerste</u> veroordeling		
3.5 Type delict <u>eerste</u> veroordeling Zie p. 10 voor classificatie	☐ 1 = levensdelict(en) ☐ 2 = zedendelict(en) ☐ 3 = geweldsdelict(en) ☐ 4 = vermogensdelict(en) ☐ 5 = brandstichting(en) ☐ 99 = onbekend ☐ overig, nl.....	

3.6 Classificatie eerdere delict(en) exl. Indexdelict (het gaat hier om veroordelingen, mogelijke delicten zonder veroordeling graag vermelden onder 3.7 Bijzonderheden)
☐

onbekend

Levensdelicten ☐ 1 = moord ☐ 2 = poging moord ☐ 3 = doodslag ☐ 4 = poging doodslag ☐ 5 = dood door schuld ☐ 6 = medeplichtig aan levensdelict, nl..... ☐ anders, nl	Vermogensdelicten ☐ 23 = diefstal ☐ 24 = diefstal met braak ☐ 25 = poging diefstal met braak ☐ 26 = heling ☐ 27 = verduistering ☐ 28 = oplichting / fraude ☐ 29 = afpersing ☐ anders, nl	Overige delicten ☐ 38 = wapenbezit ☐ 39 = drugsdelicten ☐ 40 = vernieling ☐ 41 = verstoring openbare orde ☐ 42 = huisvredebreuk ☐ 43 = valse aangifte ☐ 44 = belemmering politie/ justitie ☐ 45 = dierenmishandeling /stroperij ☐ 46 = smaad ☐ 47 = overtreden bedrijfswetten ☐ 48 = belediging ambtenaar ☐ 49 = onttrekking van een minderjarige aan het wettig gezag ☐ 50 = belaging (stalking) ☐ anders, nl
Zedendelicten ☐ 7 = verkrachting ☐ 8 = poging verkrachting ☐ 9 = medeplegen verkrachting ☐ 10 = aanranding ☐ 11 = poging aanranding ☐ 12 = pedoseksueel delict ☐ 13 = hands-off delict ☐ anders, nl	Brandstichting ☐ 30 = brandst. gevaar personen ☐ 31 = brandst. gevaar goederen ☐ 32 = poging brandstichting ☐ 33 = opzettelijke ontploffing ☐ 34 = poging opzettelijke ontploffing ☐ anders, nl	☐ anders, nl
Geweldsdelicten ☐ 14 = zware mishandeling, letsel ☐ 15 = zware mishandeling, dood tg ☐ 16 = poging zware mishandeling ☐ 17 = eenvoudige mishandeling, geen/weinig letsel ☐ 18 = wederrechtelijke vrijheidsberoving ☐ 19 = openlijke geweldpleging ☐ 20 = vermogen + geweld ☐ 21 = vermogen + bedr. geweld ☐ 22 = bedreiging ☐ anders, nl	Verkeersdelicten ☐ 35 = rijden onder invloed ☐ 36 = doorrijden na ongeval ☐ 37 = joyriding ☐ anders, nl	

3.7 Bijzonderheden / opmerkingen delictgeschiedenis Denk aan valse aangiftes, subtiel geweld ⁹	
---	--

4. Indexdelict(en)

Hierbij gaat het specifiek om het delict waarvoor de man zich binnen de huidige behandeling bevindt (of meest recentelijk heeft bevonden). Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Indien er sprake is van een vrijwillige opname en er geen indexdelict is, ga meteen door naar vak ‘Bijzonderheden / opmerkingen indexdelict(en)’ en beschrijf reden van opname forensische setting.

4.1 Leeftijd bij huidig indexdelict 		
4.2 Korte omschrijving van het indexdelict Denk hierbij ook aan: - de context waarin het delict heeft plaatsgevonden, - aanleiding tot het plegen van het delict - relatie dader-slachtoffer, - andere bijzonderheden, zoals anderen aanzetten tot gewelddadig gedrag, manipulatief inzetten van seksualiteit		4.3 Gebruik gemaakt van wapen¹⁰ ☐ 1 = nee ☐ 2 = ja, nl.....

⁹ Subtiel geweld als emotionele mishandeling (bijvoorbeeld kleineren, uitschelden, buitensluiten, chanteren) of minder zichtbaar (fysiek) geweld.

¹⁰ Onder een wapen wordt een voorwerp / werktuig verstaan om iemand aan te vallen, om zich te verdedigen (Van Dale, 2012).

4.2 a Beschrijf indien bekend het motief voor het indexdelict		
4.4 Classificatie indexdelict(en) ☐ onbekend		

Levensdelicten ☐ 1 = moord ☐ 2 = poging moord ☐ 3 = doodslag ☐ 4 = poging doodslag ☐ 5 = dood door schuld ☐ 6 = medeplichtig aan levensdelict, nl..... ☐ anders, nl Zedendelicten ☐ 7 = verkrachting ☐ 8 = poging verkrachting ☐ 9 = medeplegen verkrachting ☐ 10 = aanranding ☐ 11 = poging aanranding ☐ 12 = pedoseksueel delict ☐ 13 = hands-off delict ☐ anders, nl Gewelddelicten ☐ 14 = zware mishandeling, letsel ☐ 15 = zware mishandeling, dood tg ☐ 16 = poging zware mishandeling ☐ 17 = eenvoudige mishandeling, geen/weinig letsel ☐ 18 = wederrechtelijke vrijheidsberoving ☐ 19 = openlijke geweldpleging ☐ 20 = vermogen + geweld ☐ 21 = vermogen + bedr. geweld ☐ 22 = bedreiging ☐ anders, nl	Vermogensdelicten ☐ 23 = diefstal ☐ 24 = diefstal met braak ☐ 25 = poging diefstal met braak ☐ 26 = heling ☐ 27 = verduistering ☐ 28 = oplichting / fraude ☐ 29 = afpersing ☐ anders, nl Brandstichting ☐ 30 = brandst. gevaar personen ☐ 31 = brandst. gevaar goederen ☐ 32 = poging brandstichting ☐ 33 = opzettelijke ontploffing ☐ 34 = poging opzettelijke ontploffing ☐ anders, nl Verkeersdelicten ☐ 35 = rijden onder invloed ☐ 36 = doorrijden na ongeval ☐ 37 = joyriding ☐ anders, nl	Overige delicten ☐ 38 = wapenbezit ☐ 39 = drugsdelicten ☐ 40 = vernieling ☐ 41 = verstoring openbare orde ☐ 42 = huisvredebreuk ☐ 43 = valse aangifte ☐ 44 = belemmering politie/justitie ☐ 45 = dierenmishandeling /stroperij ☐ 46 = smaad ☐ 47 = overtreden bedrijfswetten ☐ 48 = belediging ambtenaar ☐ 49 = onttrekking van een minderjarige aan het wettig gezag ☐ 50 = belaging (stalking) ☐ anders, nl ☐ anders, nl
4.5 Aantal mededaders indexdelict(en)		4.6 Sekse mededader(s)? ☐ 1 = man ☐ 2 = vrouw ☐ 3 = n.v.t.

4.7 Aantal plus sekse slachtoffers¹¹ indexdelict(en)	 ☐ Onbekend ☐ N.v.t.		4.8 Leeftijd slachtoffer(s)? ☐ Onbekend ☐ N.v.t.
4.9 Slachtoffer(s) indexdelict(en)	☐ 0 = geen (direct) slachtoffer ☐ 1 = partner ☐ 2 = ex partner ☐ 3 = biologisch kind ☐ 4 = stief of pleegkind ☐ 5 = ander bekend kind ☐ 6 = onbekend kind ☐ 7 = ouder ☐ 8 = overige familieleden, nl..... ☐ 9 = begeleider / verzorger ☐ 10 = bekend persoon, nl..... ☐ 11 = onbekend persoon ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl		
4.10 Schade door het indexdelict	☐ 0 = geen verwondingen ☐ 1 = verwondingen ☐ 2 = dodelijk ☐ 3 = materiële schade ☐ 4 = psychische verwaarlozing ☐ 5 = n.v.t. ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.....	Zo ja, beschrijf indien bekend de ernst	
4.11 Strafmaat indexdelict(en) Aantal maand(en) gevangenisstraf	 maand(en) ☐ ontslagen van rechtsvervolging		
4.12 Maatregel indexdelict(en)	☐ 0 = geen, vrijwillig opgenomen ☐ 1 = TBS met dwangverpleging ☐ 2 = BB (Bijzondere behandeling) ☐ 3 = TBS met voorwaarden ☐ 4 = gemaximeerde TBS ☐ 5 = artikel 120 + TBS ☐ 6 = artikel 13 ☐ 7 = Rechterlijke Machtiging (RM) ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl		

¹¹ In de wet is de definitie van het begrip slachtoffer als volgt opgenomen: degene die als rechtstreeks gevolg van een strafbaar feit vermogensschade of ander nadeel heeft ondervonden. Dit kan ook een rechtspersoon zijn als een vereniging of een bedrijf (art. 51a lid 1 SV).

4.13 Mate van toerekeningsvatbaarheid (tvb) Indien niet specifiek benoemd wordt wat de mate van toerekeningsvatbaarheid is, graag beschrijven wat wel bekend is	☐ 0 = n.v.t. ☐ 1 = toerekeningsvatbaar ☐ 2 = enigszins verminderd tvb ☐ 3 = verminderd tvb ☐ 4 = sterk verminderd tvb ☐ 5 = ontoerekeningsvatbaar ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl Bronvermelding:
4.15 Bijzonderheden / opmerkingen indexdelict(en)	

--	--

5. HCR-20 / FAM Historische items

Beargumenteer score per item. Zie voor codeerinstructie handleiding FAM. Vink daarbij cruciaal aan indien het item cruciaal was ten tijde van het indexdelict(en), maximaal drie. Bepaalde items hebben een overlap met bovenstaande vragen en je gebruikt dus de informatie tot en met binnenkomst.

Historische items		Item score (0-1-2)	Cruciaal
H1	Eerder geweld		☐
H2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident		☐
H3	Instabiliteit van relaties		☐
H4	Problemen in het arbeidsverleden		☐
H5	Problemen met middelengebruik		☐
H6*	Psychische stoornis		☐

H7*	Psychopathie <i>Scores graag op pagina 18 en 19 invullen.</i>		☐
Historische items		Item score (0-1-2)	Cruciaal
H8a*	Problematische omstandigheden in de kindertijd		☐
H8b*	Problematisch gedrag in de kindertijd		☐
H9*	Persoonlijkheidsstoornissen		☐
H10*	Eerdere onttrekking aan toezicht		☐
H11**	Prostitutieverleden		☐

H12 **	Problemen met opvoeden	☐ n.v.t.		☐
H13 **	Zwangerschap op jonge leeftijd			☐
H14 **	Suïcidaliteit / automutilatie			☐
H15 **	Slachtofferschap na de kindertijd			☐

Codeerblad HKT-30

Codering: 0 - 1 - 2 - 3 – 4, zie handleiding HKT-30

Alleen invullen indien scores beschikbaar zijn in dossier. Zo niet, dan openlaten.

Naam vrouw:		
--------------------	--	--

Historische en statische indicatoren		Score
H01	Justitiële voorgeschiedenis	
H02	Schending voorwaarden behandeling en toezicht	
H03	Gedragsproblemen voor 12 ^e levensjaar	

H04	Slachtoffer van geweld in jeugd	
H05	Hulpverleningsgeschiedenis	
H06	Arbeidsverleden	
H07	Middelengebruik	
H08	Psychotische stoornissen	
H09	Persoonlijkheidsstoornissen	
H10	Psychopathie	
H11	Seksuele deviantie	

Codeerblad PCL-R

Codering: 0 - 1 - 2 , zie handleiding PCL-R

Naam vrouw:		
--------------------	--	--

		Score
1	Gladde prater / oppervlakkige charme	

2	Sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde	
3	Prikkelhongerig / neiging tot verveling	
4	Pathologisch liegen	
5	List en bedrog / manipulerend gedrag	
6	Gebrek aan berouw of schuldgevoel	
7	Ontbreken van emotionele diepgang	
8	Kil / gebrek aan empathie	
9	Parasitaire levensstijl	
10	Gebrekkige beheersing van het gedrag	
11	Promiscue seksueel gedrag	
12	Gedragsproblemen op jonge leeftijd	
13	Ontbreken van realistische doelen op de lange termijn	

14	Impulsiviteit	
15	Onverantwoordelijk gedrag	
16	Geen verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag	
17	Veel kortstondige partnerrelaties	
18	Jeugdcriminaliteit	
19	Schending van voorwaarden bij voorwaardelijke veroordeling en /of achterwege blijven van vervroegde of voorwaardelijke invrijheidstelling	
20	Veelsoortige criminaliteit	

Tweefactorenmodel	
Totaalscore	
Factor 1 score	
Factor 2 score	

Driefactorenmodel	
Factor 1 score	
Factor 2 score	
Factor 3 score	

Zelf gescoord of overgenomen uit dossier:

- ☐ Zelf gescoord
- ☐ Overgenomen uit dossier

Gescoord door:

- ☐ Individu
- ☐ Consensus

Deel B. Incidenten tijdens behandeling

Incidenten meest recente behandeling

1 Duur behandeling	 maanden	
2 Interne overplaatsing gedurende behandeling ten gevolge van problemen in de behandeling	☐ 1 = nee ☐ 2 = ja ☐ 99 = onbekend ☐ anders, nl.....	Zo ja, specificeer: ☐ aantal,..... ☐ reden ,

		☐ overgeplaatst naar
3 Heimelijk / manipulatief gedrag gedurende behandeling	☐ 1 = geen aanwijzingen ☐ 2 = ja ☐ 99 = onbekend	Zo ja, omschrijf het heimelijke / manipulatieve gedrag

4 Korte beschrijving gewelddadige incident(en) naar anderen tijdens huidige / meest recente behandeling Denk hierbij ook aan: - frequentie - in welke fase van behandeling	☐ ja, nl.....
---	--------------------------------------

	☐ geen aanwijzingen ☐ onbekend
8 Bijzonderheden / opmerkingen incidenten tijdens de behandeling	