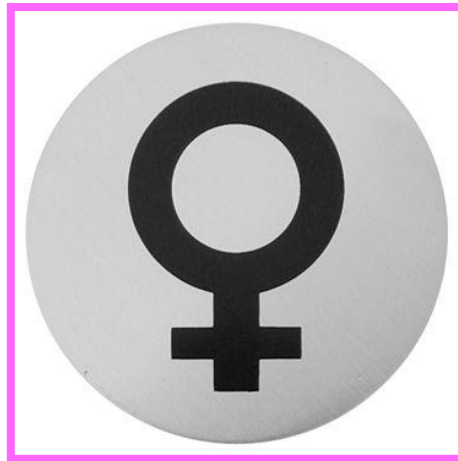


## **Risicotaxatie bij vrouwen: kan het beter?**

Een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de *Female Additional Manual*



A.A.M Stam

0440396

Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen

Vakgroep Klinische Psychologie

Mastertrack Klinische Forensische Psychologie

Universiteit van Amsterdam, november 2010

*Onder begeleiding van:*

Dr. V. de Vogel

Drs. M. de Vries Robbé

Drs. W. Smid

## **Voorwoord**

Deze scriptie is geschreven ter afsluiting van de mastertrack klinische forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Met veel plezier heb ik aan deze scriptie mogen werken. Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken.

Ten eerste gaan woorden van bijzondere dank uit naar mijn interne scriptiebegeleiders Vivienne de Vogel en Michiel de Vries Robbé. Er was altijd tijd en ruimte voor het gezamenlijk brainstormen en de vrijheid om het onderzoek een eigen vorm te geven. Daarbij mocht ik altijd gebruik maken van hun kennis en hebben zij mij uitgedaagd om op een hoger niveau naar de scriptie te kijken. Door hun enthousiasme en vertrouwen raakte ik tijdens het schrijven van mijn scriptie bevlogen in zowel het onderwerp als het onderzoek doen.

Ten tweede wil ik Wineke Smid hartelijk bedanken voor de mogelijkheid om deze stage te kunnen lopen en voor het kritische meedenken. Daarnaast iedereen van de afdeling onderzoek en diagnostiek van de Van der Hoeven Kliniek voor het meehelpen in het verzamelen van de data, de gezelligheid en het fijne taart eten.

Tot slot wil ik iedereen die mij ook maar op enige wijze heeft bijgestaan bij het schrijven van deze scriptie heel hartelijk bedanken. In het bijzonder mijn ouders voor hun hulp, hechtheid en oprechte interesse in al mijn bezigheden. Eveline, Aniek, en Geert voor hun vriendschap, liefde en steun. En niet te vergeten Marijn voor haar gedeelde passie voor het forensische en mijn partner in crime Josien, die de soms lange dagen op de universiteit tot een gezellige dag wist te maken.

Jeantine Stam,  
Utrecht, november 2010

## Inhoudsopgave

<b>Abstract</b>	5
<b>1. Inleiding</b>	
1.1 <i>Tbs</i>	6
1.2 <i>Vrouwen en geweld</i>	8
1.3 <i>Kenmerken vrouwen in de tbs populatie</i>	10
1.4 <i>Risicotaxatie binnen tbs</i>	11
1.5 <i>Risicotaxatie bij vrouwen</i>	12
1.6 <i>De ontwikkeling van een gendersensitieve aanvulling bij de HCR-20</i>	14
1.7 <i>Huidig onderzoek</i>	17
<b>2. Methoden</b>	
2.1 <i>Proefpersonen</i>	19
2.2 <i>Instrumenten</i>	20
2.2.1 <i>HCR-20</i>	20
2.2.2 <i>FAM</i>	21
2.3 <i>Procedure</i>	22
2.4 <i>Analyse</i>	23
<b>3. Resultaten</b>	
3.1 <i>FAM</i>	
3.1.1 <i>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid FAM</i>	25
3.1.2 <i>Interne consistentie FAM</i>	26
3.1.3 <i>Onderlinge overlap items FAM</i>	26
3.1.4 <i>Correlatie subschalen, totaalscore en de eindoordelen van de FAM</i>	28
3.1.5 <i>Cruciale items FAM</i>	28
3.2 <i>Vergelijkingen FAM met HCR-20</i>	
3.2.1 <i>Overeenkomst eindoordelen en correlatie totaalscore met eindoordeel</i>	30
3.2.2 <i>Overlap nieuwe items met de HCR-20 items</i>	30
3.2.3 <i>Onderscheidend vermogen HCR-20 en FAM</i>	32
3.2.4 <i>Spreading binnen het eindoordeel Gewelddadig gedrag</i>	33
3.3 <i>Vergelijking mannen</i>	
3.3.1 <i>Verskil in scoring op nieuwe items plus H7 en C2</i>	34
3.3.2 <i>Verskil subschaal, totaalscore en eindoordelen</i>	35

<b>4. Discussie</b>		
4.1.1	<i>Algemene voorwaarden</i>	37
4.1.2	<i>Itemniveau</i>	38
4.2	<i>Onderscheidende waarde</i>	41
4.3	<i>Vergelijking tussen mannen en vrouwen</i>	42
4.4	<i>Beperkingen van het onderzoek</i>	43
4.5	<i>Implicaties voor de praktijk</i>	44
4.6	<i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	45
<b>5. Literatuurlijst</b>		47
<b>Bijlage 1:</b>	Codeerblad FAM	58
<b>Bijlage 2:</b>	Demografische gegevens	60
<b>Bijlage 3:</b>	Aangepaste en nieuwe items FAM	62

## Abstract

---

Verschillende recente onderzoeken met betrekking tot risico inschatten naar vrouwen tonen de wenselijkheid van een gendersensitief risicotaxatie-instrument aan (McKeown, in druk; De Vogel et al., in druk). De Vogel et al. (2010) hebben met de FAM een initiatief gepresenteerd tot een meer gendersensitieve risicotaxatie voor volwassen vrouwen die eerder gewelddadig gedrag naar anderen hebben vertoond. In dit onderzoek werden voor 42 vrouwen en 42 gematchte mannen de HCR-20 en de FAM gescoord. De betrouwbaarheid, evenals de interne consistentie van FAM was goed. Zowel de onderlinge overlap van de nieuwe items in de FAM, als de overlap tussen deze items en met de HCR-20 bleek marginaal. Geconcludeerd mag worden dat de items van de FAM op zichzelf staande unieke items zijn die een aanvulling zijn op de HCR-20. Uit de vergelijking tussen de vrouwelijke en mannelijke patiënten bleek bovendien dat de FAM items gendersensitief zijn en met name van toepassing zijn voor vrouwen. De FAM lijkt vooralsnog niet bij te dragen aan een betere onderbouwing van het klinische eindoordeel. Vervolgonderzoek zal de klinische toegevoegde waarde en de predictieve validiteit, voor zowel incidenten binnen de klinische behandeling als recidive na de behandeling, van de FAM voor vrouwen moeten uitwijzen.

---

*Keywords:* gewelddadig gedrag, vrouwen, risicotaxatie, gendersensitief, FAM, tbs

## Hoofdstuk 1 Inleiding

### 1.1 Tbs

De (forensische) psychiatrie in Nederland weerspiegelt in haar ontwikkelingsgang wat er in de maatschappij en heersende cultuur als belangrijk wordt ervaren (Mooij, 2001). Als in de samenleving gevoelens van onveiligheid heersen, zal vanuit de publieke opinie vraag zijn naar meer maatregelen om de samenleving te beschermen (Den Hartogh, 2005). Sinds 1928 heeft het Nederlandse rechtssysteem de mogelijkheid om een terbeschikkingstelling (tbs) op te leggen aan mensen die een ernstig (gewelddadig) delict hebben gepleegd en een hoog recidiverisico hebben, om zodoende de samenleving te beschermen.

Binnen de Nederlandse samenleving neemt de terbeschikkingstelling een bijzondere positie in. In artikel 39 van het Wetboek van Strafrecht is opgenomen dat een persoon niet strafbaar is indien hij een feit begaat, dat hem wegens gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis niet kan worden toegerekend. Tevens moet worden bepaald of ten tijde van het delict sprake was van een psychische stoornis, waardoor de verdachte niet in vrijheid zijn wil kon bepalen. Immers, een individu kan niet strafrechtelijk verantwoordelijk gehouden worden indien een persoon niet uit vrije wil<sup>1</sup> handelde (Nagtegaal, 2004). De mate van wilsbeschikking die van kracht wordt gehouden in de rechtszaal kan opgedeeld worden in verschillende gradaties van toerekeningsvatbaarheid; volledig, enigszins verminderd, verminderd en sterk verminderd toerekeningsvatbaar of volledig ontoerekeningsvatbaar (Van Marle, 1999). Indien de rechter oordeelt dat een persoon niet volledig toerekeningsvatbaar is ten tijde van het begaan van het delict en een hoog recidiverisico heeft, kan de tbs-maatregel in werking gesteld worden. Deze maatregel is gebaseerd op twee grondbeginselen (NIFP, 2009). Het eerste grondbeginsel omvat het resocialisatiebeginsel. Dit principe houdt in dat de tenuitvoerlegging van de tbs zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt moet worden aan de behandeling van de veroordeelde en aan de voorbereiding van diens terugkeer in de maatschappij. Het tweede beginsel is het beginsel van minimale beperking. Dit principe houdt in dat de verpleegde aan geen andere beperkingen mag worden onderworpen dan die, welke voor het doel van de vrijheidsbeneming of in de behandeling van de handhaving van de orde of veiligheid, noodzakelijk zijn. Verlof is een essentieel onderdeel van de behandeling vanwege het onder andere oefenen met de verworven vaardigheden en het omgaan met verantwoordelijkheden (Hildebrand, Spreen, Schönberger, Augustinus, & Hesper, 2006). Het verlof kan op humanitaire gronden of in

---

<sup>1</sup> Vrije wil voor mensen wordt in het rechtboek niet betwist maar verondersteld.

het kader van resocialisatie verleend worden. Naast deze verschillende gronden van verloven, kunnen ook verschillende type verloven gebaseerd worden op de verstrekte machtiging; incidenteel, (beveiligd) begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof. Tegelijkertijd wordt door de samenleving verwacht dat justitie een maximale veiligheid garandeert van de tbs. Voor elke patiënt wordt daarom vanuit justitie geëist dat jaarlijks en bij uitbreiding van het verloftype een risicotaxatie afgenomen wordt. Hierdoor worden en blijven de risicofactoren per patiënt voor justitie eveneens goed en helder in beeld (website OM, 2010). In paragraaf 1.4 zal verder op de risicotaxatie ingegaan worden.

Wanneer een ernstig (gewelds)delict gepleegd is, wordt vaak van een mannelijke dader uitgegaan. Vrouwen plegen in de regel minder gewelddadige delicten dan mannen en ‘man’ zijn is dan ook één van de beste voorspellers van gewelddadig en crimineel gedrag (Lilienfeld & Arkowitz, 2010; Monahan et al., 2001). Hoewel het aandeel mannelijke daders nog altijd groter is dan het aandeel vrouwelijke daders, is de criminaliteit onder meisjes en vrouwen sterker toegenomen (Van der Laan, Blom, Tollenaar & Kea, 2010). Tevens blijken er steeds meer gewelddadige (jonge) vrouwelijke delinquenten met (ernstige) misdrijven te zijn (Feld, 2009; Office of Juvenile Justice & Delinquency Prevention (OJJPD), 2008). Onder 12 tot 17 jarige meisjes in Nederland is deze trend van toename van criminaliteit en gewelddadig gedrag al enige jaren gaande (Mertens, Grapendaal, & Docter-Schamhardt, 1998). Motieven voor delicten bleken echter vaker in de relatiesfeer, als wraak, jaloezie en roddel, te liggen dan bij jongens. Internationaal is deze stijging van gewelddadig gedrag door vrouwen ook aangetoond (Heilburn et al., 2008; Meichenbaum, 2006). Ondanks dat vrouwen nog steeds een minderheid in de penitentiaire systeem en de forensische psychiatrie vormen, is de afgelopen 15 jaren een duidelijke stijging in het aantal vrouwen met een tbs-oplegging geconstateerd; van drie naar de huidige zes procent (Lammers & De Vogel, in druk). Wat betreft tbs opleggingen is dit opvallend te noemen. Bij mannen is het aantal tbs-opleggingen namelijk sinds 2007 juist sterk afgenomen (DJI, 2010).

Deze beweging kan niet onopgemerkt blijven en in de praktijk worden al de nodige complicaties ondervonden. Uit de praktijk blijkt het inschatten van gewelddadig gedrag voor vrouwen een vak apart te zijn en vragen behandelaars om meer richtlijnen (De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout & Place, 2010; Van Kalmthout & Place, 2007). Daarnaast kunnen vanuit onderzoek de nodige vragen gesteld worden over de risicotaxatie-instrumenten waarmee gewerkt wordt. Sluiten de instrumenten nog aan bij de kennis die onderzoek in de tussentijd geleverd heeft? Om te beoordelen of de normen van de risicotaxatie-instrumenten voor vrouwen gelegitimeerd kunnen worden, dient deze groep wel als subgroep in de onderzoeken meegenomen te worden (Cotan, 2010). Pas dan kan gesproken worden van een rechtvaardiging van de onderzoeksgegevens. De

vraag kan geopperd worden of een nieuwe kritische blik op de instrumenten voor vrouwen in het tbs-veld niet als zeer wenselijk beschouwd dient te worden. Deze studie richt zich daarom vooral op deze minderheids-, maar niet te onderschatte, populatie in de tbs.

### *1.2 Vrouwen en geweld*

Het heersende denkbeeld in de maatschappij van de verzorgende moederfiguren die geen geweld plegen lijkt thans bijgesteld te moeten worden (Kruttschnitt, Gatner, & Hussemann, 2008). Ondanks dit gegeven bestaat tot op heden de neiging om delicten van vrouwen minder serieus te nemen en daarom geen aangifte te doen, de aangifte niet in behandeling te nemen en/of over te gaan tot seponeren (Jeffries, Fletcher, & Newbold, 2003). Gewelddadige vrouwen lijken eerder psychisch gestoord verklaard te worden, of er wordt vanuit gegaan dat ze mishandeld of onderdrukt worden door hun mannelijke partner (Lammers & De Vogel, in druk).

Door bovenstaand stereotype beeld van vrouwen lijkt hun aandeel in (het aanzetten van) crimineel, gewelddadig gedrag onderschat te worden (Blackburn & Trulson, 2010; Groen, 2003; Kroes & Trijsburg, 2006). Verschillende onderzoeken leveren tegenstrijdige resultaten op over het aandeel dat vrouwen hebben. Pas recent is er meer aandacht voor het feit dat vrouwen ook regelmatig de eerste klap kunnen uitdelen en aandeel hebben in het proces voorafgaand aan de eerste klap (Groen, 2003). Straus (2004) toont bijvoorbeeld aan dat de prevalentie van partnergerelateerd geweld door vrouwen gelijk is aan de prevalentie van ditzelfde type<sup>2</sup> geweld door mannen. Hoewel zowel mannen als vrouwen in de afgelopen jaren meer gewelddadig gedrag zijn gaan vertonen (Archer, 2004; Lilienfeld & Arkowitz, 2010), is de prevalentie van gewelddadig gedrag bij vrouwen substantieel groter geworden dan bij mannen (Graves, 2007). Deze trend in ontwikkeling is eveneens voor de jeugd zichtbaar (Van der Laan et al., 2010).

In de manier waarop mannen en vrouwen (gewelddadig) geweld plegen lijkt wel een verschil te zijn. Zo is bekend dat geweld gepleegd door vrouwen over het algemeen subtieler en minder zichtbaar is en minder vaak leidt tot ernstige verwondingen (Robbins, Monahan, & Silver, 2003). Het geweld wordt eerder binnenshuis naar de partner, de kinderen of familieleden gericht dan naar een onbekende (Bloom, Owen & Convington, 2003; Nicholls, 2001). Coherent aan het publieke denkbeeld zijn het lage aantal veroordelingen van seksueel geweld bij vrouwen en het feit dat vrouwen zich relatief vaak schuldig maken aan brandstichting (Coid, Kahtan, Gault, & Jarman, 2000). Wanneer vrouwen seksuele delicten plegen blijken zij dit juist vaak samen met een

---

<sup>2</sup> Wel zijn verschillende motivationele factoren bij mannen en vrouwen om tot huiselijk geweld te komen te detecteren (Kruttschnitt, Gatner & Ferraro, 2002). Vrouwen plegen namelijk vaker huiselijk geweld in reactie op directe provocatie dan mannen.



mannelijke mededader te doen (Beech, Parret, Ward & Fisher, 2009). De motieven die vrouwen hebben tot gewelddadig gedrag blijken anders te zijn dan voor mannen. Zo plegen vrouwen meer reactief geweld en geweld binnen sociale relaties en juist minder vaak instrumenteel geweld (Monahan et al., 2001; Nicholls, 2001; Robbins et al., 2003).

Verklaringsmodellen over het ontstaan van crimineel gedrag van vrouwen kunnen grofweg in twee uitgangspunten verdeeld worden; minimalistisch en maximalistisch theorieën (Van Kalmthout & Place, 2007). Minimalisten stellen dat mannen en vrouwen fundamenteel niet van elkaar verschillen en dat de ontwikkelingspaden tot crimineel gedrag voor vrouwen gelijk zijn aan de ontwikkelingspaden van mannen. Maximalisten stellen daarentegen dat mannen en vrouwen wel van elkaar verschillen en bij vrouwen andere risicofactoren tot crimineel gedrag leiden. Onderzoek heeft uitgewezen dat in de aanloop naar geweld verschillende routes voor mannen en vrouwen gesignaleerd kunnen worden (Willison & Lutter, 2009; Nicholls, 2001) en dat de algemene theoretische modellen niet voldoende toe te passen zijn op vrouwen (Heilbrun et al., 2008). Zo hebben vrouwen een minder lange justitiële voorgeschiedenis met minder delicten en zijn ze ouder ten tijde van het plegen van het eerste delict. Vrouwen hebben eerder en langer van de hulpverlening gebruik gemaakt (de terbeschikkingstelling in maat en getal, 2001). Revictimisatie wordt eveneens vaak gesignaleerd bij vrouwen (McKeown, in druk).

De opvatting dat mannen en vrouwen daadwerkelijk verschillende routes naar geweld kunnen hebben (Bloom et al., 2003), leidt tot de ondersteuning dat er factoren zijn die alleen of met name voor vrouwen risicoverhogend kunnen zijn (McKeown, in druk). Onderzoek heeft aangetoond dat er psychosociale factoren zijn die een sterker effect op het voorspellen van gewelddadig gedrag bij vrouwen hebben (Belknap & Holsinger, 2006; Byrd & Davis, 2010; Graves, 2007; Murdoch et al., 2010; Weizmann-Henelius, Viemero, & Eronen, 2004) dan op mannen (Lammers & De Vogel, in druk). Zo valt te denken aan mishandeling en trauma's (victimisatie) in zowel de jeugd als de volwassenheid, problemen binnen intieme relaties en familie, en economische achterstand. Bloom et al. (2003) voegen daar problemen met opvoeden en een negatief zelfrespect aan toe. McKeown (2010) concludeert in haar review dat het vormen van een nieuwe relatie en prostitutie eveneens potentiële risicofactoren voor vrouwen kunnen zijn.

Samengevat kan dus worden dat het inschatten van het risico van geweld op meerdere vlakken tussen mannen en vrouwen verschilt (Garcia-Mansilla, Rosenfeld, & Nicholls, 2009; Logan & Blackburn, 2008; De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout, Place, & Breij, in druk; McKeown, in druk).

### *1.3 Kenmerken vrouwen in de tbs populatie*

Vrouwen in de tbs lijken in de meeste opzichten niet af te wijken van wat de internationale literatuur rapporteert over vrouwelijke forensische groepen in het algemeen en vrouwelijke forensische psychiatrische patiënten (Lammers & De Vogel, in druk). Wel scoren vrouwelijke forensische groepen hoger op psychopathologie en vertonen vaak comorbiditeiten. Met name worden veel borderline persoonlijkheidsstoornissen, stemmingstoornissen, PTSS, psychoses en middelenmisbruik gediagnosticeerd (Logan & Blackburn, 2009). De problematiek van vrouwelijke tbs patiënten lijkt, door de combinatie van gewelddadigheid met ernstige pathologie, (nog) gecompliceerder met problematischer intramuraal gedrag dan voor mannelijke tbs patiënten (Lammers & De Vogel, in druk). Daarnaast vertonen mannen vaker agressief gedrag in interactieve situaties met andere patiënten, waar vrouwen juist hun agressiviteit naar de stafleden richten (Nicholls, Brink, Greaves, Lussier & Verdun-Jones, 2009). Enkel vanuit de basale sociodemografische kenmerken is nauwelijks tot geen sekseverschil tussen vrouwelijke en mannelijke tbs-patiënten te observeren (Nicholls et al., 2009; Van Emmerik, 2003), afgezien van de reeds genoemde verschillen in bovenstaande paragraaf. Op bladzijde 13 is een casus van een prototypische vrouw in de tbs ter illustratie te vinden.

### *1.4 Risicotaxatie binnen de tbs*

Bij het bepalen van de inschatting van het recidiverisico wordt gebruikt gemaakt van risicotaxatie instrumenten. Het in Nederland verplichte en daarbuiten regelmatig gebruikte risicotaxatie-instrument, is de Historical Clinical Risk Management – 20 (Versie 2; Douglas, Eaves, & Hart, 1997). Deze risico-analyse bevat een gestructureerd klinische oordeel waarbij door het scoren van het instrument een klinisch professioneel oordeel wordt gestructureerd.<sup>3</sup> De methode van het gestructureerd klinisch oordeel -het kritisch beschouwen, afwegen, integreren, wegen en bediscussiëren van de risicofactoren om op basis daarvan tot een eindoordeel komen- blijkt effectief te zijn (De Vogel et al., 2005). Hierbij dient te worden opgemerkt dat een risicotaxatie geen 100 procent garantie geeft. Het risico is mede afhankelijk van de situatie waarin iemand zich bevindt. De kwaliteit is afhankelijk van de kwaliteit van de informatie over de persoon en de kwaliteit van de codeur. De Vogel (2005) heeft aangetoond dat de kwaliteit van de risicotaxatie verhoogd kan worden wanneer men zich aan een consensus-model houdt. Dit model houdt in dat een risicotaxatie-instrument gescoord dient te worden door codeurs van verschillende disciplines, en deze nadien in consensus te bespreken. Het belang van een consensus-bespreking is groot. Zo leidt het ten eerste

---

<sup>3</sup> Voor meer informatie over de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten zie Heilbrun, Yasuhara en Shah (2010).

tot betere voorspellingen vanwege het samenvoegen van (mogelijke) extra informatie die de codeurs vanwege hun discipline kunnen hebben (De Vogel & De Ruiters, 2006). Tevens bestaat de mogelijkheid tot het bespreken van behandelingsstrategieën. De uitkomsten uit deze risicoanalyse worden gerapporteerd voor de beoogde (verlof)situaties in termen van laag, matig en hoog recidive risico. Van exacte percentages waarvoor geen solide onderbouwing bestaat wordt onthouden; de huidige waarde van dit instrument ligt in de basisprincipes en niet in de details van de items het scoringssysteem (Webster et al., 1997).

### *1.5 Risicotaxatie bij vrouwen*

Skeem et al. (2005) hebben aangetoond dat zowel mannelijke als vrouwelijke professionals geneigd zijn het risico van geweld door vrouwelijke psychiatrische patiënten te onderschatten. Om dergelijke *gender-based biases* te voorkomen, worden daarom gestructureerde risicotaxatie-instrumenten aanbevolen (Borum, 1996). Bij de ontwikkeling en het onderzoek van deze instrumenten zijn echter voornamelijk mannen geïnccludeerd. De generalisatie naar de vrouwelijke populatie wordt hierdoor belemmerd. Sommige wetenschappers menen voldoende reden te hebben om aan te nemen dat deze instrumenten ook valide voor vrouwen zijn, vanwege het feit dat de meeste risicofactoren voor zowel mannen als vrouwen als geldend beschouwd worden (Hare, 2003; Loucks & Zamble, 1999; Newhill, Mulvey & Lidz, 1995). Er is nauwelijks bewijs om deze opvatting te ondersteunen (Logan & Blackburn, 2009; Odgers, Moretti & Reppucci, 2005). Deze aanname van validiteit van risicotaxatie-instrumenten voor vrouwen, wordt het *gender-blind perspective* genoemd (Garcia-Mansilla et al., 2009). Van Voorhis en Presser (2001) concluderen dan ook dat risicotaxatie-instrumenten, die gebaseerd zijn op een mannelijke normgroep, niet als accuraat gezien mogen worden in het classificeren voor het risico van gewelddadig gedrag bij vrouwen. McKeown (in druk) sluit daarbij aan dat een 'vrouwen-gecentreerde' benadering een voorwaarde moet zijn voor het inschatten van het risico en het samenstellen van het risicomangement.

Verscheidende studies zijn uitgevoerd naar het gebruik van de HCR-20 voor vrouwen. Uit deze onderzoeken lijken geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen op item-, subschaal- en totaalscore niveau gevonden te worden (Guy & Douglas, 2006; Strand & Belfrage, 2001). Desalniettemin lijken de itembeschrijvingen van de HCR-20 zich voornamelijk op mannelijk (antisociaal) gedrag te richten (Van Kalmthout & Place, 2007) en hebben vrouwen de neiging om lager te scoren op risicofactoren die gecorreleerd zijn aan antisociaal gedrag dan mannen (Nicholls & Petrilla, 2005). Nicholls et al. (2001) vonden een goede predictieve validiteit voor gewelddadige incidenten binnen de instelling voor vrouwen. Voor de generalisatie naar gewelddadig gedrag in de

maatschappij werd echter een slechte predictieve validiteit gevonden, behalve voor de historische schaal.

Uit onderzoek naar de Nederlandse HCR-20 (Nederlandse vertaling; Philipse, De Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000) bij vrouwen zijn verschillende resultaten over de voorspellende waarden gevonden. Uit de onderzoeken van De Vogel en De Ruiter (2005) en Schaap, Lammers en De Vogel (2009) bleek dat zowel de totaalscore als de subscores van de HCR-20 niet van voorspellende waarde waren bij vrouwelijke tbs-patiënten.<sup>4</sup> Het eindoordeel van de HCR-20 bleek wel van goede voorspellende waarde voor vrouwen te zijn. Vergelijkbaar met internationaal onderzoek vonden De Vogel en De Ruiter (2005) daarnaast geen significant verschil in scoring op subschaalniveau en in de totaalscores tussen mannen en vrouwen. Daarentegen werd op itemniveau gevonden dat vrouwen hoger scoorden op de items *Instabiliteit van relaties* en *Impulsiviteit* en juist lager op de items *Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident*, *Psychopathie* en *Negatieve opvattingen*. Dit onderzoek van De Vogel en De Ruiter (2005) kende enige nadelen als een kleine onderzoekspopulatie en een *mixed-design* met zowel prospectieve als retrospectieve data. Bovendien is de praktische inzet van risicotaxatie-instrumenten tegenwoordig anders. Hierbij kan gedacht worden aan het scoren van verschillende contexten en de integratie van de risicotaxatie in de behandeling. Meer recente onderzoeken vonden op dezelfde populatie positievere resultaten voor de voorspellende waarde van de totaalscore voor gewelddadig gedrag bij vrouwen (De Vries Robbé & De Vogel, 2010). De voorlopige resultaten uit het laatste prospectieve onderzoek van De Vries Robbé en De Vogel (2010) laten voorspellende waarde zien voor de totaalscore, maar niet voor het eindoordeel.

Een ander risicotaxatie-instrument waar onderzoek naar de predictieve validiteit voor vrouwen is gedaan, is de *Level of Service Inventory* (LSI; Andrew & Bona, 2000). Belangrijk verschil met de HCR-20 is dat de LSI een actuarieel risicotaxatie-instrument is. Dit instrument mist het gestructureerd professioneel oordeel wat de afstand tussen de klinische praktijk en de statistische empirische kennis doet overbruggen. Over het algemeen werd gevonden dat de LSI voor zowel vrouwen als voor mannen een goede voorspellende waarde had voor algemeen recidive. Wat betreft het voorspellen van gewelddadig recidive werd echter gevonden dat de LSI niet goed kon classificeren voor vrouwen (Reisig, Holtfreter & Morash, 2006; Schwalbe, 2008).

Voor meisjes onder de leeftijd van 12 jaar bestaat reeds een gendersensitieve risicotaxatie handleiding, de *Early Assessment Risk List for Girls* (EARL-21G; Levene et al., 2001). De EARL-21G bevat naast de algemene risicofactoren ook twee specifieke risicofactoren voor meisjes;

---

<sup>4</sup> De totaalscore is de optelsom van de individuele factoren/items. Het eindoordeel wordt niet alleen bepaald door de optelsom van de individuele factoren, maar hangt tevens af van de interpretatie en de integratie van de items.

*Caregiver-daughter interaction* en *Sexual development*. Bovendien includeert het eindoordeel de mogelijkheid dat meisjes vaker hun antisociale gedragingen en agressie vaker indirect uiten dan jongens. Daarbij wordt de EARL-21G als aanvullende handleiding op de EARL-20B gebruikt. Positieve resultaten in termen van betrouwbaarheid, validiteit en klinisch toepasbaarheid werden bij deze genderspecifieke handleiding gevonden (Augumeri, Enebrink, Walsh & Jiang, 2010).

Hoewel de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 2003) geen risicotaxatie-instrument is, is de uitkomst van dit instrument wel van belang in de risicotaxatie. De uitkomst wordt namelijk vaak als één item in risicotaxatie-instrumenten meegenomen. Hoewel onder vrouwelijke daders en forensische patiënten lagere scores op de PCL-R worden gevonden en voor vrouwen minder vaak een hoge mate van psychopathie hebben in vergelijking met mannelijke daders (Jackson & Richards, 2007; Vitale, Smith, Brinkley & Newman, 2002; Völlm & Dolan, 2009), blijkt een hoge mate van psychopathie voor zowel mannen als vrouwen een zwaarwegende risicofactor voor gewelddadig recidive te zijn (Logan, 2009; Nicholls et al., 2005). De normering van de PCL-R is echter alleen voor mannen beschikbaar. Daarbij wijst onderzoek bij vrouwen uit dat de factorstructuur niet past en dat de PCL-R een matige tot slechte voorspellende waarde voor recidive heeft (Logan, 2009). Enerzijds zou dit verklaard kunnen worden door een algehele lage *base rate* van psychopathie bij vrouwen of het niet voorkomen van het construct bij vrouwen. Anderzijds is het waarschijnlijker dat de PCL-R geen adequate methode is om psychopathie bij vrouwen te meten (McKeown, in druk; Lammers & De Vogel, in druk). Het zou daarom waardevol kunnen zijn om de items van de PCL-R voor vrouwen of te nuanceren (Jackson & Richards, 2007) of anders te formuleren. Vrouwen hebben wellicht een andere, meer subtiele uiting van psychopathische kenmerken. Theatraliteit en seksualiteit staan misschien meer op de voorgrond, waar gewelddadig gedrag meer bij mannen speelt.

Over het algemeen genomen zijn tot op heden de empirische resultaten voor de bruikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten voor vrouwen ambivalent. Het gebruik van de HCR-20 (en de PLC-R) kan in principe voor vrouwen ondersteund worden, maar meer informatie en onderzoek is nodig naar aanpassingen van de HCR-20 voor vrouwen (McKeown, in druk). Hierbij kan gedacht worden aan het toevoegen van extra risicofactoren. Mogelijke extra nuances en toevoegingen voor vrouwen zouden victimisatie, relaties met mannen (Heilbrun et al., 2008), heimelijk gedrag gedurende de behandeling, problemen met de moederrol en het instrumenteel inzetten van seksualiteit kunnen zijn (De Vogel & De Vries Robbé, in druk).

### 1.6 De ontwikkeling van een gendersensitieve aanvulling op de HCR-20

De Vogel et al. (2010) hebben een eerste vrouwspecifieke handleiding voor het inschatten van gewelddadig gedrag als aanvulling op de huidige HCR-20 ontwikkeld: de *Female Additional Manual* (FAM).<sup>5</sup> In deze aanvullende handleiding zijn extra risicofactoren voor vrouwen opgenomen om zodoende een vollediger beeld van de risico's van vrouwen te krijgen die anders wellicht over het hoofd waren gezien. De doelstelling van de FAM is om een betere, meer gendersensitieve inschatting van het risico van gewelddadig gedrag naar anderen mogelijk te maken, en daaruit voortvloeiend een meer op vrouwen afgestemd risicomanagement plan/behandeling te kunnen bieden.

In 2007 is door De Vogel et al. (2010) een pilot versie van de FAM ontwikkeld. In dit project vormde de HCR-20 de basis voor het maken van een eerste pilot versie van een gendersensitieve risicotaxatie-instrument voor vrouwen. Voor de HCR-20 was gekozen vanwege het feit dat, ondanks dat de voorspellende waarde voor vrouwen als geheel als onvoldoende beschouwd mag worden, het merendeel van de HCR-20 items wel als van toepassing op vrouwen gezien kan worden (Guy & Douglas, 2006). Daarnaast heeft de HCR-20 een goede internationale vergelijkbaarheid en een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Douglas & Webster, 1999; De Vogel & De Ruiter, 2005). Deze allereerste pilot versie werd ontwikkeld op basis van een literatuurstudie, klinische expertise en interviews met deskundigen uit de Van der Hoeven Kliniek (Van Kalmthout & Place, 2007). Hoofdzakelijk werd de interpretatie of implicatie van de HCR-20 items hervormd en werden met name historische items toegevoegd, met als doel een betere richtlijn voor het scoren van het item voor vrouwen te genereren. Vervolgens is ruim twee jaar aan de pilot versie gewerkt en is een pilot studie uitgevoerd. Uit dit onderzoek met 72 vrouwelijke (ex)patiënten bleek dat de aangepaste items *Eerdere onttrekking aan toezicht* en *Negatieve opvattingen* en het nieuwe item *Suïcidepoging/automutilatie* significante voorspellende waarde voor gewelddadige incidenten tijdens de behandeling hadden. Het eindoordeel, maar niet de totaalscore, had tevens voorspellende waarde voor gewelddadige incidenten (De Vogel, De Vries Robbé & De Breij, 2009).

Na de allereerste pilot studie van Van Kalmthout & Place (2007) is de handleiding op een aantal punten aangepast. Zo werd onder andere de handleiding verder aangescherpt, de naamgeving van verschillende items gewijzigd en werden cruciale items<sup>6</sup> en experimentele eindoordelen toegevoegd (zie verder hoofdstuk 3. Methode). Als laatste werd de naam van het instrument veranderd in de

---

<sup>5</sup> Zie bijlage 1 voor de beknopte handleiding van de items. Voor de uitgebreide codeerinstructie zie handleiding FAM (De Vogel et al., 2010).

<sup>6</sup> Een cruciaal item kan een aandachtspunt (statisch) of een behandelfocus (dynamisch) zijn die voor het individu het meest belangrijk is.

FAM. In totaal zijn 10 items aangepast, negen items toegevoegd, het eindoordeel Gewelddadig gedrag aangepast en drie extra eindoordelen toegevoegd.

Met betrekking tot de cruciale items en de experimentele eindoordelen van de FAM zijn twee recent ontwikkelde instrumenten zijn van invloed geweest op de ontwikkeling hiervan. Vanuit de *Structured Assessment of Protective Factors for violence Risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2007) is het idee ontstaan tot het markeren van cruciale items. Uit onderzoek bij de *Short-term Assessment of Risk and Treatability* (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004) komt de onderbouwing voor meerdere eindoordelen naar voren, wat de extra inclusie van de experimentele eindoordelen van de FAM ondersteund (Nicholls, Brink, Desmarais, Webster & Martin, 2006). Bij de START wordt namelijk, net als de FAM, ook onderscheid in eindoordelen gemaakt.

De belangrijkste beperking van de FAM is de nog relatief minimale wetenschappelijke evidentie voor de aangepaste en toegevoegde risicofactoren. Tevens waarschuwen de auteurs voor mogelijke overlappen tussen bepaalde items, als *Persoonlijkheidsstoornissen* en *Heimelijk gedrag*. Heimelijk gedrag zou bijvoorbeeld als uiting van de (borderline) persoonlijkheidsstoornis gezien kunnen worden. De auteurs hebben onderscheid in deze overlap trachten te maken, door *Heimelijk gedrag* als dynamisch item en *Persoonlijkheidsstoornis* als historische item te maken. Daarnaast heeft het onderzoek van zowel Van Kalmthout en Place (2007) als De Vogel et al. (2009) zich beperkt tot vrouwen als onderzoekspopulatie. Hierdoor kan niet worden uitgesloten of de nieuwe items voor mannen ook van voorspellende waarde kunnen zijn en de FAM een algehele verbetering van de HCR-20 is. De huidige conclusie van de mogelijke gendersensitieve handleiding blijft dus dat de FAM voor vrouwen mogelijke voorspellende waarde heeft, maar de beoogde gendersensitiviteit kan tot op heden niet bevestigd worden.

Samengevat, uit verschillende onderzoeken blijkt dat het onderzoek naar de toepassing van gendersensitieve risicotaxatie instrumenten in de tbs zeer gewenst is (Korfage & De Hoop, 2006; De Vogel, 2005; McKeown, in druk). De Vogel et al. (2010) hebben een eerste versie van een mogelijke gendersensitieve risicotaxatie instrument gemaakt. In deze fase van het onderzoek is het belangrijk dat de psychometrische kwaliteiten van de FAM in kaart worden gebracht. Dit huidige onderzoek is het begin van een grootschalig prospectief onderzoek naar gendersensitieve risicotaxatie en de predictieve validiteit van verschillende risicotaxatie-instrumenten.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Ten behoeve van het grootschalig prospectief onderzoek zijn tevens de *Clinical, Risk Management Version 3* (HCR:V3; Douglas, Hart, Webster, Belfrage & Eaves, in voorbereiding) en de SAPROF (De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2007) gescoord.

## *Casus*

Ter illustratie van de kenmerken van de vrouwelijke tbs populatie zal hieronder een voorbeeld uit de klinische praktijk gegeven worden. Voor deze casus is ook de FAM gescoord. In bijlage 3 zijn de consensus scores en de eendoordelen weergegeven. Myra krijgt in haar risicotaxatie vrijwel op alle nieuwe en aangepaste items hoge scores. Haar problematiek voor de risico-inschatting lijkt duidelijker in beeld te komen, wat weer extra handvatten voor de behandeling kan bieden. Als cruciale items zijn *Problematisch gedrag in de kindertijd*, *Suïcidepoging/automutilatie*, *Negatieve opvattingen* en *Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen* gemarkeerd.

Myra pleegt op haar 22<sup>ste</sup> een levensdelict waarvoor zij ter beschikking is gesteld. Geboren als één van een drieling laat zij zich vanaf zeer jonge leeftijd nauwelijks door haar ouders begrenzen. Vader is overspannen en drinkt veel, moeder heeft de kinderen niet onder controle en slaat ze. Samen met haar eeneiige tweelingzus vertoont zij vaak prikkelhongerig en opstandig gedrag, mogelijk mede veroorzaakt door ADHD-problematiek en versterkt door de spanningen in het huwelijk van haar ouders. Vanaf 8-jarige leeftijd beginnen ze thuis en uit winkels te stelen. Het huwelijk tussen vader en moeder is slecht te noemen en als Myra twaalf jaar is gaan ze uit elkaar.

Vanaf de middelbare school worden de problemen nog groter. Door de onprettige thuissituatie en om tegemoet te komen aan haar prikkelhonger zoekt Myra haar heil meer en meer op straat. Ze begint met softdrugsgebruik en later alcohol en harddrugs, om vervolgens criminele activiteiten te ondernemen als het plegen van diefstallen, vernielingen en brandstichtingen. Zij heeft vaak ruzie en wordt van school gestuurd nadat zij een medeleerling met een stanleymes bedreigt. Op basis van haar gedragsproblemen wordt zij in diverse internaten geplaatst. Van betekenisvolle vriendschappen met anderen lijkt geen sprake. Wel heeft Myra meerdere relaties, die zich echter kenmerken door instabiliteit en gewelddadigheid; ze wordt mishandeld en verkracht. Als gevolg van één van de mishandelingen krijgt ze een miskraam. Door deze ervaringen wordt haar wantrouwen in andere mensen extra bevestigd.

Het lukt Myra niet om als jong volwassene zelf enige structuur aan te brengen of grip te krijgen op haar leven. Zij ontwikkelt ernstige persoonlijkheidsproblematiek, welke tot uiting komt in een borderline persoonlijkheidsstoornis. In toenemende mate misbruikt ze alcohol en drugs, komt ze in aanraking met de politie en tracht ze suïcide te plegen. Vele opnames volgen onder meer vanwege psychotische belevingen. Myra verricht -om gehoor te geven aan haar agressie en gevoelens van kwaadheid- een groot aantal vernielingen, tracht brand te stichten in een schoolgebouw en dreigt haar ex-vriend 'zijn strot door te snijden'. Uiteindelijk steekt ze een voor haar onbekende vrouw op straat neer, na hiermee bedreigd te hebben op het politiebureau. Het delict zou zij, naar haar zeggen,



plegen omdat zij zich niet serieus genomen voelde door de politie wanneer ze dreigde iemand te zullen vermoorden. Binnen de tbs-instelling bedreigt zij opnieuw een medewerker met een mes en sticht ze brand. Zij voelt zich vrijwel dagelijks gespannen, opgejaagd en heeft paniekgevoelens. Myra geeft veelvuldig aan dat zij last heeft van suïcidale gedachten en de neiging tot automutileren. Ze zegt hier open en eerlijk te willen zijn en hulp nodig te hebben om haar gedrag te veranderen. Deze goede voornemens blijken niet van lange duur. Myra geeft in eerste instantie eerlijk aan dat één van de recent opgenomen groepsleden alcohol produceert op zijn kamer. Later blijkt niettemin dat Myra van meer zaken omtrent het produceren van alcohol weet. Ze lijkt deze groepsgenoot daarmee opzettelijk in een kwaad daglicht te willen zetten, zodat hij alle schuld krijgt.

### *1.7 Huidig onderzoek*

In onderhavig onderzoek zal de nadruk gelegd worden op de psychometrische kwaliteiten van de FAM. Dit onderzoek dient beschouwd te worden als de eerste fase van testconstructie. Het zwaartepunt van het onderzoek zal daarom liggen op de analyse van de toevoegingen van de FAM op de HCR-20. Het in kaart brengen hiervan kan namelijk een constructieve bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van het instrument. Vanwege het prospectieve karakter is het in dit onderzoek onhaalbaar om de voorspellende waarde van de FAM op het recidiverisico te onderzoeken. Ditzelfde geldt voor van de toegevoegde waarde van de cruciale items.

Als eerste dient getoetst te worden of de FAM voldoet aan de voorwaarden van een goede interne consistentie en een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Gecontroleerd zal worden of op groepsniveau een verschil in scoring op de aangepaste items optreedt. Vervolgens zal gecontroleerd worden voor eventuele overlap tussen de nieuwe items onderling, zodat voorkomen kan worden dat een risicofactor niet een dubbele weging krijgt. Eveneens zal onderzocht worden of er op de nieuwe items een goede spreiding optreedt; zodat een indicatie gegeven kan worden van het mogelijk discriminerende effect tussen de vrouwen op de items. Verwacht wordt dat de FAM aan al deze eisen voldoet.

Vervolgens zal de psychometrische onderscheidende waarde van de FAM op de HCR-20 onderzocht worden. Om de onderscheidende waarde van de FAM in kaart te brengen zal allereerst gekeken worden hoe het eindoordeel en de nieuwe items van de FAM zich verhouden tot het eindoordeel en de huidige items van de HCR-20. Verwacht wordt dat er een minimale overlap op deze gebieden tussen de FAM en de HCR-20 zal zijn. Daarna zal getoetst worden of de totaalscore van de FAM beter samenhangt met het eindoordeel voor vrouwen dan de totaalscore van de HCR-20; zodat vrouwen met een hoge totaalscore ook een hoog eindoordeel hebben. Daarbij zal eveneens naar de spreiding in de scores van de FAM en de HCR-20 binnen de laag-, matig- en

hoog-risico vrouwen gekeken worden. Verwacht wordt dat de spreiding van de FAM beter zal zijn dan de spreiding van de HCR-20.

Om een indicatie te kunnen verschaffen over de beoogde gendersensitiviteit van de FAM, zal getoetst worden of mannen anders scoren op de nieuwe items, de totaalscore en alle eindoordelen dan vrouwen. Voorafgaand aan deze analyse zullen de mannen aan de vrouwen gematcht worden, waar onder andere gecontroleerd zal worden voor fase van behandeling en psychopathologie. Zodoende zal gewaakt worden dat elke match niet aan een onevenredig aantal risicofactoren wordt blootgesteld en de patiënten ongeveer dezelfde kenmerken van psychopathologie hebben. Verwacht wordt dat mannen lagere scores op de nieuwe items en op de experimentele eindoordelen zullen krijgen dan vrouwen.

Bovenstaande leidt tot de volgende vraagstellingen:

- 1. Wat zijn de psychometrische eigenschappen van de FAM?*
- 2. Wat is de toegevoegde waarde van de FAM op de HCR-20?*
- 3. Zijn de nieuwe items van de FAM gendersensitief?*

Deze vraagstellingen vallen uiteen in de volgende deelvragen:

- 1. Wat zijn de psychometrische eigenschappen van de FAM?*
  - 1.1 Heeft de FAM een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid?
  - 1.2 Heeft de FAM een goede interne consistentie?
  - 1.3 Hoe groot is de overlap tussen de nieuwe items van de FAM?
  - 1.4 Hoe groot is de samenhang tussen de subschalen, totaalscore en de eindoordelen van de FAM?
- 2. Wat is de toegevoegde waarde van de FAM op de HCR-20?*
  - 2.1 Wat is de overeenkomst tussen de eindoordelen en totaalscore van de FAM en de HCR-20?
  - 2.2 Hoe groot is de overlap tussen de nieuwe items van de FAM en de items van de HCR-20?
  - 2.3 Hangt de totaalscore van de FAM sterker samen met het eindoordeel van de FAM, dan de totaalscore van de HCR-20 met het eindoordeel van de HCR-20?
- 3. Zijn de nieuwe items van de FAM gendersensitief?*
  - 3.1 Hebben mannen lagere scores op de nieuwe items dan vrouwen?
  - 3.2 Verschillen mannen en vrouwen in scoring op de subschalen, totaalscore en eindoordelen, van zowel de HCR-20 als de FAM?

## Hoofdstuk 2 Methode

### 2.1 Proefpersonen

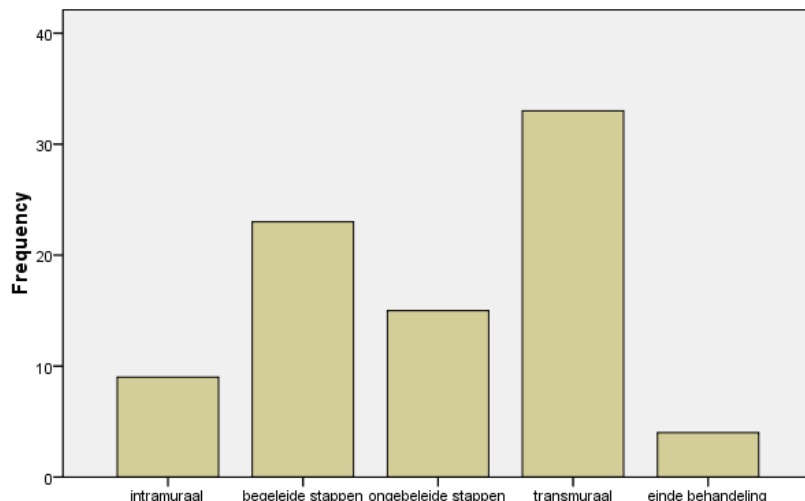
De onderzoeksgroep bestaat uit 42 vrouwelijke en 42 mannelijke tbs-patiënten die momenteel zijn opgenomen in de Van der Hoeven Kliniek. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 33 jaar ( $SD = 9.4$ ) en de bij mannen 39 jaar ( $SD = 9.6$ ). Het gemiddelde aantal eerdere veroordelingen was bij de vrouwen 3.55 ( $SD = 5.0$ ) en bij de mannen 4.45 ( $SD = 4.6$ ). Vrouwen pleegden voornamelijk vermogensdelicten (22,7%) en overige delicten (24,2%) als eerdere delicten, waar mannen vooral geweldsdelicten (34,9%) als eerdere delicten hadden gepleegd. Zie bijlage 2 voor verdere demografische gegevens.

Aan de hand van de volgende criteria zijn de mannen aan de vrouwen gematcht:

1. De fase van behandeling aan de hand van de justitiële status; geen verlof (intramuraal), begeleid verlof, onbegeleid verlof of transmuraal verlof. In figuur 1 zijn de kaders van de risicotaxaties weergegeven.
2. Psychopathologie; cluster B persoonlijkheidstoornis, cluster A en/of C persoonlijkheidsstoornis, en het psychiatrische cluster. Tevens werd rekening gehouden met de mate van psychopathie.
3. Type delict; gewelddadig, niet-gewelddadig, seksueel, brandstichting. Hierbij is eveneens rekening gehouden met het hebben van mededaders tijdens het delict.

In bijlage 2 is te zien dat het matchen van de mannen aan de vrouwen in het algemeen goed verlopen is. Daarnaast is geprobeerd zoveel mogelijk rekening gehouden met het intellectueel vermogen, etniciteit en leeftijd. Minder goed is het matchen van de classificatie van het indexdelict en de psychopathie gelukt. De grootste verschillen bij de classificatie van de indexdelicten werden gevonden in dat mannen vaker dan vrouwen geweldsdelicten als indexdelict hadden en vrouwen juist meer dan mannen levensdelicten en brandstichting als indexdelict hadden (zie bijlage 2). Tevens scoorden de mannen hoger op mate van psychopathie mannen dan de vrouwen ( $t(65) = 2.25, p = .028$ ). De mannen hadden in dit onderzoek een gemiddelde PCL-R score van 24.2 waar vrouwen een gemiddelde PCL-R score van 20.3 hadden.

Figuur 1. Kader risicotaxaties (N= 84)



## 2.2 Instrumenten

### 2.2.1 HCR-20

De HCR-20 is een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor het beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. De HCR-20 bestaat uit 20 items, verdeeld over 10 historische, vijf actuele (klinische) en vijf toekomst (risicohanterings)variabelen. De risicofactoren zijn zowel historische als dynamische risicofactoren.

Het beoordelen van het recidiverisico is contextgebonden, afhankelijk van het soort verlov van de patiënt. Om de HCR-20 te kunnen scoren moet de beoordelaar twee soorten oordelen vellen. Allereerst moet hij op itemniveau de aanwezigheid of afwezigheid van elk van de 20 individuele risicofactoren vaststellen. Vervolgens dient hij de informatie uit de items te integreren om zodoende tot een eindoordeel over het geweldsrisico te komen. De items worden gescoord op een 3-puntsschaal, op basis van de mate waarin een risicofactor aanwezig is. Een '0' geeft aan dat volgens de verzamelde informatie de risicofactor niet aanwezig is. Een '1' indiceert een mogelijke of gedeeltelijke aanwezigheid van de risicofactor. En een '2' geeft aan dat de risicofactor zeker of duidelijk aanwezig is. Het eindoordeel komt volgens de methode van het gestructureerd klinische eindoordeel tot stand. De risicofactoren worden kritisch beschouwd, afgewogen, geïntegreerd, gewogen en bediscussieerd om op basis daarvan tot een eindoordeel te komen. Het uiteindelijke oordeel wordt aangeduid met laag, matig of hoog risico. In de praktijk wordt het eindoordeel in de Van der Hoeven Kliniek standaard voor twee contexten gescoord; 1. de huidige periode (tot maximaal een jaar), 2. de hypothetische situatie indien de tbs maatregel onmiddellijk zou worden beëindigd. Zo kan een indicatie gegeven worden waar de patiënt staat met het recidiverisico in zijn

of haar behandeling<sup>8</sup> als de tbs maatregel acuut zou wegvallen en geeft argumentatie naar de rechter wat betreft het verlengen dan wel beëindigen van de maatregel

Voor het beantwoorden van item H7 *Psychopathie* dient de PCL-R afgenomen te worden. De PCL-R zit in de standaard testbatterij van de Van der Hoeven Kliniek waardoor deze scores beschikbaar waren voor het scoren van dit item. Zowel internationaal als nationaal blijkt dat de HCR-20 een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde voor het inschatten van geweldsrecidive bij mannen heeft (De Vogel, 2005; Douglas & Reeves, 2010).

### 2.2.2 FAM

De FAM is de aangepaste versie van de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten. Voor de FAM zijn de codeerinstructies van de handleiding van zeven Historische items aangepast (H1 *Eerder geweld*, H3 *Instabiliteit van relaties*, H4 *Problemen in het arbeidsverleden*, H7 *Psychopathie*, H8 *Problemen in de kindertijd*, H9 *Persoonlijkheidsstoornissen*, H10 *Eerdere onttrekkingen aan toezicht*) en zijn zes geheel nieuwe historische items toegevoegd: H11 tot en met H16 (zie bijlage 3). Voor drie klinische items zijn de codeerinstructies van de handleiding aangepast (C1 *Gebrek aan zelfinzicht*, C2 *Negatieve opvattingen* en C5 *Reageert niet op behandeling*) en is er een nieuw klinisch item toegevoegd (C6 *Heimelijk gedrag*). Voor de risicohanterings schaal zijn twee nieuwe items toegevoegd (R6 *Problemen m.b.t. gewenste zorg voor kinderen* en R7 *Problematische intieme relaties*) en zijn de bestaande items hetzelfde gebleven.

De scoringsprocedure van de FAM is in principe hetzelfde gebleven als de scoringsprocedure van de HCR-20. Bij de FAM bestaat daarnaast de mogelijkheid om per individu items te markeren als cruciale items, welke naar het inzicht van de beoordelaar, essentieel zijn voor het recidiverisico (De Vogel et al., 2010). Het markeren van cruciale items biedt een extra implicatie voor het gebruik in de dagelijkse praktijk; zoals het geven van concrete richtlijnen voor de behandeling en het prioriteren van behandeldoelen.

Voor de definitie van het eindoordeel op gewelddadig gedrag is het aanzetten tot en medeplichtig zijn aan gewelddadig gedrag geïnccludeerd. Tevens zijn experimentele eindoordelen toegevoegd. Zo wordt bij de FAM ook een eindoordeel over Zelfdestructief gedrag, Victimisatie en Niet-gewelddadig crimineel gedrag gegeven.

De meeste veranderingen in de codeerinstructies in de handleiding van de aangepaste items omvatten marginale aanvullingen. Deze aanpassingen zullen waarschijnlijk niet tot grote

---

<sup>8</sup> De Van der Hoeven kliniek hanteert in haar behandeling een multidisciplinaire benadering met een gestructureerd klinische leefgemeenschap. Voor meer informatie zie Van Binsbergen, Keune, Gerrits en Wiertesema (2007).

verandering in scoring leiden. De aanpassingen van de historische items *Psychopathie*, *Problemen in de kindertijd*, *Persoonlijkheidsstoornissen* en *Eerdere onttrekkingen aan toezicht* omvatten echter meer dan een enkel extra aandachtspunt, waardoor bij deze items wel een verandering in scoring wordt verwacht (zie bijlage 3 voor de codeerinstructies). Zo is bij het item *Psychopathie* is de *cut off* score van de mate van psychopathie verlaagd. Het item *Problemen in de kindertijd* is opgesplitst in *Problematische omstandigheden in de kindertijd* en *Problematisch gedrag in de kindertijd*. Aan het item *Eerdere onttrekkingen aan toezicht* zijn onttrekkingen uit niet verplichte behandelingen extra toegevoegd.

De FAM is een experimenteel instrument dat dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd dient te worden; toekomstig onderzoek zal moeten aantonen of de eindoordelen en items voorspellende waarde hebben en nuttig voor de praktijk zijn.

### 2.3 Procedure

Op basis van dossierinformatie zijn bij 42 vrouwen en 42 mannen de HCR-20 en de FAM afgenomen. De mannen werden voorafgaand aan het onderzoek gematcht aan de vrouwen (zie proefpersonen). Het dossier bestond uit de voorgeschiedenis, rapportage van psychiatrische en psychologische diagnostiek, behandelingsplan, het laatste verlengingsadvies, dagelijkse notulering van drie tot zes maanden geleden en de laatste twee statusverslagen. De context van de risicotaxatie was, in de basis, een jaarlijkse risicotaxatie. In de praktijk wordt bij het inschatten van gewelddadig gedrag onderscheid gemaakt in de huidige situatie binnen het kader van tbs maatregel en de hypothetische situatie wanneer deze maatregel acuut zou komen te vervallen. In dit onderzoek is alleen gekeken naar de inschatting van gewelddadig gedrag voor de huidige periode. In totaal zijn 20 (*at random* geselecteerde) gescoorde dossiers, door twee codeurs dr. De Vogel en auteur, gevolgd door een consensusbespreking ten behoeve van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Voor dit onderzoek is bij het scoren van de FAM voor de mannen de codeerinstructie van de handleiding van item H13 *Zwangerschap op jonge leeftijd* aangepast. In deze codeerinstructie staat beschreven dat de codeur de impact van de zwangerschap of abortussen en miskramen dient te scoren. Hoewel mannen zelf niet zwanger kunnen raken, en dit item dus in principe niet gescoord kan worden, is voor het onderzoek het item toch meegenomen. Bij dit item werd derhalve gekeken wat de leeftijd van de man was ten tijde van de zwangerschap van zijn partner en de impact daarvan op zijn leven.

## 2.4 Analyse

Voor de datawerking en statistische analyses is gebruik gemaakt van het programma SPSS 18.0 voor Windows.

Item H8 *Problemen in de kindertijd* van de HCR-20 is opgesplitst in twee subitems in de FAM; H8a *Problematische omstandigheden* en H8b *Problematisch gedrag*. Deze opsplitsing heeft zijn implicaties in hoe de subitems meegewogen dienen te worden in de totaalscore. Wanneer de twee subitems als zelfstandige items in de totaalscore meegewogen worden, wordt aan het originele item tweemaal zoveel waarde in de FAM als in de HCR-20 gegeven. Aangezien dit een onwenselijke ontwikkeling is en waar voor tevens geen empirische basis wordt gevonden, is in dit onderzoek gekozen voor een gewogen gemiddelde van de twee subitems voor de totaalscore.

De interne consistenties van totaalscore en de subschalen van de FAM zijn berekend met Chronbach's  $\alpha$ . Zowel de mate van overeenkomst als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn berekend door respectievelijk de Cohen's Kappa en de intraklasse correlatie coëfficiënt (ICC). De kritieke waarden voor de Cohen's Kappa wordt als volgt beoordeeld:  $\kappa \geq .75$  is uitstekend,  $.60 \leq \kappa < .75$  is goed,  $.40 \leq \kappa < .60$  is gemiddeld en  $\kappa < .40$  is slecht (Fleiss, 1981). Een kappa van nul betekent dat de overeenkomst tussen de beoordelingen volledig op kans berust, een kappa van 1 is een volledige overeenkomst. Bij de ICC is het *two-way random effect variance model and consistency type* gebruikt (McGraw & Wong, 1996). De onderscheidende waarden voor *single measures* ICC's zijn:  $ICC \leq .40$  = slecht, ICC van .40 tot .60 = matig, ICC van .60 tot .75 = goed,  $ICC \geq .75$  = uitstekend (Fleiss & Schrout, 1978). Daarnaast is bij de FAM met de Pearson correlatie gecontroleerd voor de overlap tussen de nieuwe FAM items. Ook is met de Pearson correlatie gekeken wat de samenhang is tussen de subschalen, totaalscore en de eindoordelen van FAM.

Om te beoordelen hoe het eindoordeel van de FAM zich tot het eindoordeel van de HCR-20, zal de Pearson correlatie tussen deze eindoordelen berekend worden. Om te controleren voor de overlap tussen de nieuwe items en de huidige items van de HCR-20, zal eveneens de Pearson correlatie berekend worden. Net als bij de FAM zal met de Pearson correlatie bekeken worden hoe de subschalen, de totaalscore en het eindoordeel van de HCR-20 zich tot elkaar verhouden. Vervolgens zal getoetst worden of de totaalscore van de FAM beter samenhangt met het eindoordeel dan de HCR-20, door middel van een *oneway* Anova. De onafhankelijke variabele is de totaalscore en de afhankelijke variabele is het eindoordeel. Daarbij zal eveneens met *explore* naar de spreiding binnen het eindoordeel Gewelddadig gedrag bij de FAM en de HCR-20 gekeken worden. Vanwege het verschil in aantal items tussen de twee instrumenten en daardoor een verschil in de maximale totaalscore, zullen de totaalscores en de schalen van de FAM en de HCR-20 eerst gestandaardiseerd

worden voordat deze vergeleken worden. In dit onderzoek wordt in het eindoordeel onderscheid gemaakt worden tussen laag, matig en hoog risico op gewelddadig gedrag.

Om te controleren voor de beoogde gendersensitiviteit, zal onderzocht worden met de t-toets en de Chi-kwadraattoets of mannen anders scoren op de FAM items, subschalen, totaalscore en de experimentele eindoordelen dan de vrouwen.



## Hoofdstuk 3 Resultaten

Voorafgaand aan de analyses is voor verschil in scoring gecontroleerd voor de in de FAM, ten opzichte van de HCR-20, aangepaste items. Uit deze analyse bleek dat alleen de items H7 *Psychopathie* en C2 *Negatieve opvattingen* significant verschilden in scoring tussen de HCR-20 en de FAM (respectievelijk,  $t(41) = -2.95, p \leq .005$ ,  $t(39) = 3.91, p \leq .001$ ). Deze items zullen daarom in de verdere analyses meegenomen worden naast het opgesplitste item H8 en de nieuwe items in de FAM. De overige aangepaste items worden in dit onderzoek bij de analyses buiten beschouwing gelaten.

### 3.1 FAM

#### 3.1.1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid FAM

Alle aangepaste en nieuwe items hadden een goede tot uitstekende betrouwbaarheid van ICC waarden tussen .63 en .1, en een matige tot goede Cohen's Kappa-waarden met waarden tussen .31 en .1 (zie tabel 1). Voor de risicohanterings items R6 *Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen* en R7 *Problematische intieme relatie* werden de laagste ICC (respectievelijk .63 en .75) en Cohen's Kappa waarden gevonden (respectievelijk .31 en .58).

Voor de eindoordelen werden matige tot goede betrouwbaarheden gevonden voor zowel de ICC als de Cohen's Kappa; variërend tussen de .50 tot .95. Voor de totaalscore en de subschalen kon alleen de ICC berekend worden, welke voor allen uitstekend bleken te zijn met ICC waarden tussen .77 en de .98.

Tabel 1. Overzicht van de mate van overeenstemming en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC) van de FAM (N= 20)

Item	ICC	Cohen's Kappa
H7 Psychopathie	1	1
H8a Problematische omstandigheden in de kindertijd*	.87	.63
H8b Problematisch gedrag in de kindertijd*	.95	.82
H11 Prostitutieverleden	.96	.90
H12 Problemen met opvoeden**	.84	.71
H13 Zwangerschap op jonge leeftijd	.81	.79
H14 Suïcidepoging / automutilatie	.97	.92
H15 Slachtofferschap na de kindertijd	.82	.75
H16 Inzetten van seksualiteit	.84	.82
C1 Gebrek aan zelfinzicht	.82	.72
C2 Negatieve opvattingen	.85	.70
C5 Reageert niet op behandeling	.88	.83
C6 Heimelijk gedrag	.82	.66
R6 Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen*	.63	.31
R7 Problematische intieme relatie	.75	.58
Totaal H schaal	.98	-
Totaal C schaal	.88	-
Totaal R schaal	.77	-
Totaalscore	.94	-
Eindoordeel Gewelddadig gedrag	.95	.89
Eindoordeel Zelfdestructief gedrag	.85	.71
Eindoordeel Victimisatie	.54	.50
Eindoordeel Niet-gewelddadig crimineel gedrag	.73	.61

Noot. Voor alle ICC geldt  $p < .001$ , behalve voor R6 geldt een ICC van  $p < .05$ . Voor de Cohen's Kappa geldt  $p < .001$ , behalve voor R6 geldt een Cohen's Kappa van  $p = .07$ .

\*  $n = 19$ , \*\*  $n = 11$ . H schaal = historische schaal. C schaal = klinische schaal. R schaal = risicohanterings schaal.

### 3.1.2 Interne consistentie FAM

De interne consistentie van de totaalscore was goed ( $\alpha = .85$ ). De interne consistentie van de H schaal en de R schaal domeinen waren eveneens goed (respectievelijk  $\alpha = .70$ ,  $\alpha = .86$ ). De C schaal had daarentegen een matige interne consistentie ( $\alpha = .58$ ).

### 3.1.3 Onderlinge overlap items FAM

In tabel 2 is het overzicht opgenomen van de Pearson correlatie tussen alle nieuwe items en H7 en C2 van de FAM. Er is een correlatie gevonden tussen de items H7 *Psychopathie*, H8b *Problematische gedrag in de kindertijd*, H11 *Prostitutieverleden* en H16 *Instrumenteel inzetten van seksualiteit*. H7 *Psychopathie* correleert verder met C2 *Negatieve opvattingen*. Tevens is een

correlatie tussen de items H8b *Problematisch gedrag in de kindertijd* met H13 *Zwangerschap op jonge leeftijd* gevonden. Als laatste is een correlatie tussen het item R7 *Problematische intieme relatie* met H15 *Slachtoffer na de kindertijd* en met C6 *Heimelijk gedrag* gevonden.

Tabel 2. Onderlinge overlap nieuwe items plus H7 en C2 van de FAM (N=42)

	H7	H8a	H8b	H11	H12	H13	H14	H15	H16	C2	C6	R6	R7
H7	-	.228	<b>.628**</b>	<b>.399*</b>	.104	.273	.078	.130	<b>.360*</b>	<b>.428**</b>	.110	-.038	.035
H8a		-	.099	.181	-.088	.279	.284	.290	.056	.163	.112	.285	.261
H8b			-	<b>.456**</b>	.042	<b>.332*</b>	-.006	-.214	<b>.375*</b>	.298	-.010	-.147	-.151
H11				-	-.265	.111	.060	.104	<b>.307*</b>	.186	.017	.015	-.103
H12					-	.295	-.109	.000	.116	.000	.176	.081	.260
H13						-	.028	-.003	.142	.203	.043	.227	.099
H14							-	.243	.155	.204	.030	.169	.030
H15								-	-.057	.111	.155	.158	<b>.326*</b>
H16									-	.007	.058	-.070	-.066
C2										-	.292	.210	.065
C6											-	-.083	<b>.509**</b>
R6												-	.022
R7													-

Noot. \* p< .05. \*\* p< .01

### *3.1.4 Correlatie subschalen, totaalscore en eindoordelen van de FAM*

In tabel 3 zijn de Pearson correlaties tussen de subschalen, de totaalscore en de eindoordelen van de FAM te zien. De subschalen en de totaalscore correleren significant. Het eendoordeel Gewelddadig gedrag correleert alleen significant met de C schaal en zelfs negatief met de H schaal. Tussen de totaalscore en het eendoordeel Gewelddadig gedrag is slechts een niet-significante correlatie van .154 gevonden. Wanneer naar de experimentele eindoordelen gekeken wordt, blijkt dat het eendoordeel Zelfdestructief gedrag correleert met de dynamische schalen en het eendoordeel Gewelddadig gedrag. Het eendoordeel Niet-gewelddadig crimineel gedrag correleert met name met de R schaal. Het eendoordeel Victimisatie correleert met geen enkele schaal significant.

Tabel 3. Pearson correlatie tussen subschalen, totaalscore en eendoordenen FAM (N=42)

	H schaal	C schaal	R schaal	Totaalscore	Eendoordeel Gewelddadig gedrag	Eendoordeel Zelfdestructief gedrag	Eendoordeel Victimisatie	Eendoordeel Niet- gewelddadig crimineel gedrag
H schaal	-	.330*	.375*	.843**	-.046	.094	.080	.063
C schaal		-	.586**	.714**	.359*	.382*	-.134	.199
R schaal			-	.759**	.215	.459**	.032	.401**
Totaalscore				-	.159	.335	.020	.239
Eendoordeel Gewelddadig gedrag					-	.334*	-.032	.133
Eendoordeel Zelfdestructief gedrag						-	.166	.185
Eendoordeel Victimisatie							-	.149
Eendoordeel Niet- gewelddadig crimineel gedrag								-

Noot. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . H schaal = historische schaal. C schaal = klinische schaal. R schaal = risicohanterings schaal

## **3.2 Vergelijking FAM met HCR-20**

### *3.2.1 Overeenkomst eindoordelen en correlatie totaalscore met eindoordeel*

Er is een volledige overeenstemming tussen de eindoordelen van de HCR-20 en de FAM. De totaalscores van de HCR-20 en de FAM correleren eveneens in hoge mate ( $r = .868$ ). De totaalscore van de HCR-20 correleert  $.315$  met het eindoordeel Gewelddadig gedrag (zie tabel 5), de totaalscore van de FAM  $.154$  (zie paragraaf 3.1.4).

### *3.2.2 Overlap nieuwe items met de HCR-20 items*

Er is sprake van een minimale overlap tussen de nieuwe items van de FAM en de items van de HCR-20. In tabel 4 is een overzicht weergegeven van de overlap tussen de nieuwe FAM items en de items van de HCR-20. Uit deze tabel valt te lezen dat vooral H7 *Psychopathie* correleert met meerdere items van de HCR-20.

Tabel 4. Overlap nieuwe items plus H7 en C2 van de FAM op de HCR-20 (N=42)

		FAM												
		H7	H8a	H8b	H11	H12	H13	H14	H15	H16	C2	C6	R6	R7
<b>HCR-20</b>	H1	-.200	.097	-.021	.108	-.084	-.289	-.112	.153	.104	-.204	<b>-.325*</b>	-.071	-.179
	H2	<b>.140**</b>	.111	<b>.540**</b>	.284	-.149	.158	.049	-.294	.274	.235	-.038	.066	-.165
	H3	<b>.338*</b>	<b>.588**</b>	.168	.192	-.084	.160	.214	.172	.185	.079	.085	.218	.106
	H4	<b>.504**</b>	.091	.171	<b>.421**</b>	0	.173	.162	.048	.221	<b>.369*</b>	.059	.124	.116
	H5	.271	.085	.261	.005	-.101	.262	-.014	-.072	-.171	.197	-.077	.080	-.199
	H6	-.143	-.99	.105	-.052	.013	.149	.068	-.174	-.203	.061	-.104	.105	<b>-.468**</b>
	H7	<b>.778**</b>	.034	<b>.695**</b>	<b>.391*</b>	.176	.303	-.018	-.055	<b>.465**</b>	<b>.382*</b>	.138	-.163	-.084
	H8	<b>.341*</b>	<b>.769*</b>	.275	<b>.370*</b>	-.067	.294	.155	.284	.236	.273	.190	<b>.354*</b>	.294
	H9	.258	.270	.200	.181	-.114	.029	.162	.154	.038	.223	.052	.083	.265
	H10	<b>.365*</b>	.029	<b>.338*</b>	.162	-.070	.085	.055	-.203	-.038	<b>.383*</b>	.065	.103	<b>-.326*</b>
	C1	.265	-.036	.073	-.182	.290	.112	-.088	.143	.016	.203	-.094	.077	-.045
	C2	<b>.591**</b>	.144	<b>.426**</b>	.302	.073	.253	.175	.101	.087	<b>.833**</b>	.151	<b>.363*</b>	-.039
	C3	.021	.017	.257	-.098	.286	.038	.060	-.287	.051	.007	-.112	.090	<b>-.378*</b>
	C4	.178	.172	.179	-.092	.181	-.036	<b>.393*</b>	.007	.242	.184	.213	-.064	.154
	C5	.193	.036	-.135	-.201	<b>.402*</b>	-.129	.161	.104	-.104	.203	.145	.101	.043
	R1	<b>.383*</b>	.133	.202	.015	.308	.251	.245	.112	.067	<b>.326*</b>	.179	.063	-.049
	R2	.180	.135	-.156	-.089	-.135	.017	.236	.107	-.137	.168	.081	-.203	.194
	R3	<b>.442**</b>	.271	.068	-.031	-.105	-.030	.248	.134	-.075	<b>.456**</b>	.177	.235	0
	R4	<b>.488**</b>	.152	.213	.096	0	.292	.211	-.052	.135	<b>.358*</b>	.109	-.004	.04
	R5	.053	.190	-.074	.034	.250	.052	<b>.473**</b>	.124	.100	.070	-.042	.093	.192

Noot. \* p<.05. \*\* p< .01.

### 3.2.3. Onderscheidend vermogen HCR-20 en FAM

Om het onderscheidend vermogen van de FAM op de HCR-20 voor vrouwen te toetsen, is eerst binnen de HCR-20 onderzocht hoe de schalen en de totaalscore zich tot het eindoordeel verhouden. Uit de Pearson correlatie blijkt dat het eindoordeel Gewelddadig gedrag van de HCR-20 een correlatie van .135 heeft met de HCR-20 H schaal (zie tabel 5). De C en R schalen en de totaalscore van de HCR-20 hebben daarentegen een correlatie van respectievelijk .368, .293 en .315 met het eindoordeel Gewelddadig gedrag. Dit is vergelijkbaar met de FAM (zie tabel 4).

Tabel 5. Pearson correlatie tussen subschalen, totaalscore en eindoordeel HCR-20 (N= 42)

	H schaal	C schaal	R schaal	Totaalscore	Eindoordeel Gewelddadig gedrag
H schaal	-	.406**	.441**	.818**	.135
C schaal		-	.545**	.791**	.368*
R schaal			-	.788**	.293
Totaalscore				-	.315*
Eindoordeel Gewelddadig gedrag					-

Noot. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

In tabel 6 staan de gemiddelde subschaal- en totaalscores weergegeven, afgezet tegen het eindoordeel Gewelddadig gedrag van de HCR-20 en de FAM. De gemiddelde scores voor zowel de HCR-20 als de FAM nemen toe naarmate het risico hoger wordt ingeschat. Alleen op de H schaal is geen verband te zien tussen de scores en het eindoordeel Gewelddadig gedrag. Op de totaalscore lijkt wel een verband aanwezig te zijn met het eindoordeel Gewelddadig gedrag. Voor zowel de HCR-20 als de FAM is de *oneway* Anova tussen de totaalscore en het eindoordeel echter niet significant (respectievelijk  $F(2) = 2.147, p = .13$ ,  $F(2) = .572, p = .57$ ).



Tabel 6. De gemiddelde totaal- en subschaalscore (standaard deviatie tussen haakjes) per Laag, Matig en Hoog eendoordeel (N= 42)

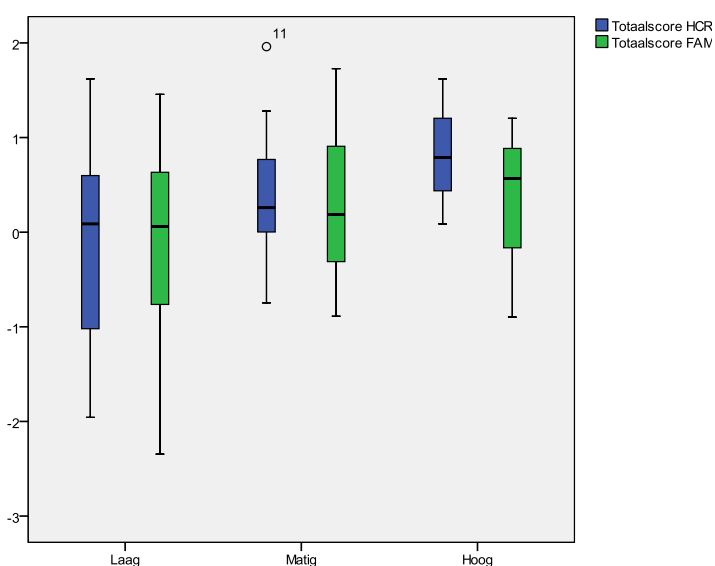
	HCR-20			FAM		
	Laag	Matig	Hoog	Laag	Matig	Hoog
Totaalscore	25.5 (5.8)	29.0 (5.3)	31.4 (4.5)	33.2 (8.0)	36.5 (7.4)	36.3 (8.5)
H schaal	14.8 (3.0)	16.2 (2.6)	15.4 (2.1)	20.3 (5.1)	20.7 (4.4)	18.6 (5.0)
C schaal	4.8 (2.3)	5.9 (1.7)	8.0 (2.0)	5.6 (2.5)	7.0 (1.8)	8.7 (1.2)
R schaal	5.9 (2.1)	7.0 (1.9)	8.0 (1.7)	7.4 (2.8)	8.9 (2.0)	9.0 (3.0)

Noot. H schaal = historische schaal. C schaal = klinische schaal. R schaal = risicohanterings schaal. Maximale score van de HCR-20 is 40 en voor de FAM 58.

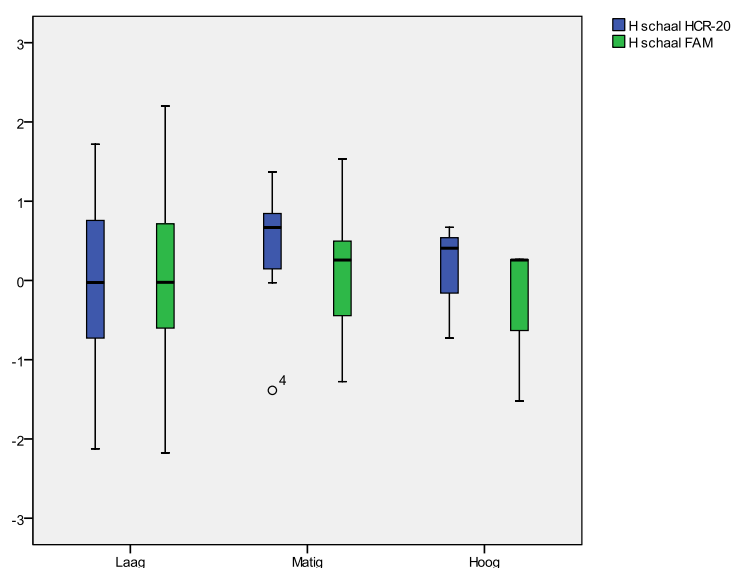
### 3.2.4 Spreiding binnen het eendoordeel Gewelddadig gedrag

Figuur 2 geeft de spreiding van de gestandaardiseerde totaalscore van de HCR-20 en de FAM weer. Zowel de HCR-20 als de FAM hebben een ruime spreiding van de totaalscore bij elk eendoordeel. Uit de Levene's test blijkt dat de variantie voor zowel de HCR-20 als de FAM, niet normaal verdeeld is. De FAM lijkt voor de schalen eveneens geen betere spreiding weer te geven dan de HCR-20 (zie figuren 2 tot en met 5).

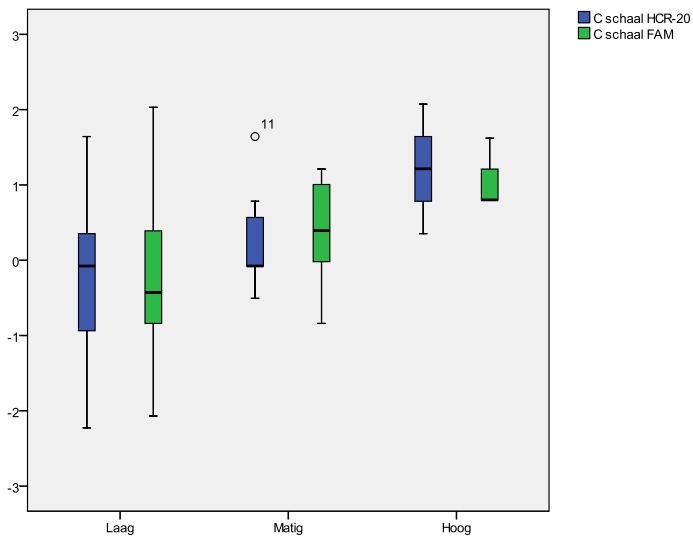
Figuur 2. Spreiding totaalscore per eendoordeel Laag, Matig, Hoog (N= 42)



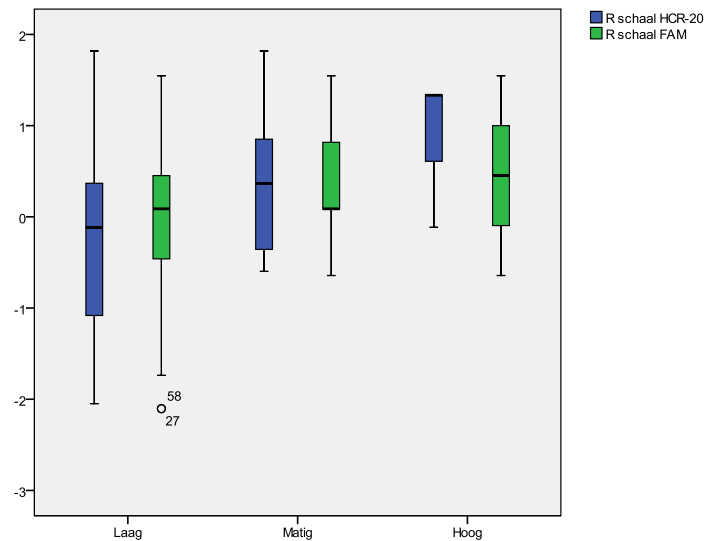
Figuur 3. Spreiding H schaal per eendoordeel Laag, Matig, Hoog (N= 42)



Figuur 4. Spreiding C schaal per eendoordeel  
Laag, Matig, Hoog (N= 42)



Figuur 5. Spreiding R schaal per eendoordeel  
Laag, Matig, Hoog (N= 42)



### 3.3 Vergelijking tussen vrouwen en mannen

#### 3.3.1 Verschil in scoring op nieuwe items plus H7 en C2

Wat betreft een verschil in scoring tussen vrouwen en mannen werd op itemniveau gevonden dat mannen lager scoorden dan vrouwen op de items H11 *Prostitutie*, H13 *Zwangerschap op jonge leeftijd*, H14 *Suïcidepoging/automutilatie*, H15 *Slachtofferschap na de kindertijd*, H16 *Instrumenteel inzetten van seksualiteit* en R7 *Problematische intieme relatie* (zie tabel 7). Op de items H8b *Problematisch gedrag in de kindertijd* en H7 *Psychopathie* werd echter het tegenovergestelde resultaat gevonden en scoorden mannen juist hoger dan vrouwen. Op de items H8a *Problematische omstandigheden in de kindertijd*, H12 *Problemen met opvoeden* en C2 *Negatieve opvattingen*, C6 *Heimelijk gedrag*, R6 *Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen* scoorden mannen niet significant anders dan vrouwen.

Tabel 7. Frequentie, gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD) in scoring (0, 1, 2) nieuwe items plus H7 en C2

	Vrouwelijke patiënten					Mannelijke patiënten				
	n = 42					n = 42				
	0	1	2	M	SD	0	1	2	M	SD
H7	14	13	13	.97*	.832	7	11	20	1.34*	.781
H8a	6	7	29	1.55	.739	6	10	26	1.50	.741
H8b	20	7	15	.88***	.916	5	9	28	1.55***	.705
H11	27	7	8	.55**	.803	38	1	2	.12**	.458
H12	2	2	21	1.76	.597	1	1	13	1.80	.561
H13	31	2	9	.48**	.833	41	1	0	.02**	.154
H14	12	3	27	1.36***	.906	29	4	9	.52***	.833
H15	20	6	16	.90**	.932	31	6	5	.38**	.697
H16	28	5	9	.55***	.832	41	1	0	.02***	.154
C2	17	12	13	.90	.850	9	20	13	1.10	.726
C6	24	13	5	.55	.705	30	8	4	.38	.661
R6	24	8	9	.63	.829	29	11	2	.36	.577
R7	16	10	16	1.0***	.883	31	8	3	.33***	.612

Noot. \* $p < .05$ . \*\* $p < .005$ . \*\*\* $p < .001$ . H schaal = historische schaal. C schaal = klinische schaal. R schaal = risicohanterings schaal.

### 3.3.2 Verschil subschaal, totaalscore en eindoordelen

Wat betreft de verschillen in gemiddelde scoring tussen vrouwen en mannen op de subschalen en de totaalscore blijken er significante verschillen te zijn (zie tabel 8). Bij de HCR-20 scoorden mannen hoger op de H schaal dan vrouwen. Op de FAM zijn meer verschillen opgetreden. Zo bleek zowel de gemiddelde scoring van de R schaal als van de totaalscore voor mannen lager te zijn dan voor vrouwen.

Tabel 8. Overzicht van de gemiddelde HCR-20 en FAM scores (standaard deviatie tussen haakjes) van de subschalen en totaalscore

		Vrouwelijke patiënten	Mannelijke patiënten
		n = 42	n = 42
HCR-20	H schaal	15.08 (2.86)**	16.67 (2.16)**
	C schaal	5.11 (2.26)	4.74 (1.83)
	R schaal	6.19 (2.00)	5.88 (1.94)
	Totaalscore	26.37 (6.71)	27.28 (4.41)
FAM	H schaal	20.14 (4.79)	19.01 (3.04)
	C schaal	5.97 (2.39)	5.45 (2.13)
	R schaal	7.74 (2.71)*	6.55 (2.09)*
	Totaalscore	33.81 (7.80)*	30.92 (5.59)*

Noot. \* $p < .05$ . \*\* $p < .005$ . H schaal = historische schaal. C schaal = klinische schaal. R schaal = risicohanterings schaal

Wat betreft het eendoordeel Gewelddadig gedrag en de experimentele eendoordelen is geen verschil tussen de vrouwen en mannen gevonden (zie tabel 9).

Tabel 9. Verschil in eendoordelen FAM opgesplitst in Laag, Matig en Hoog risicogroep tussen vrouwen (N=42) en mannen (N=42)

	Vrouw			Man			<i>p</i>
	Laag	Matig	Hoog	Laag	Matig	Hoog	
Gewelddadig gedrag	32	7	3	32	10	0	.171
Zelfdestructief gedrag	32	4	6	37	4	1	.140
Victimisatie	38	4	0	38	4	0	1
Niet- gewelddadig crimineel gedrag	35	4	3	32	8	1	.293

## 4. Discussie

Verschillende recente onderzoeken naar risico inschatting bij vrouwen tonen de wenselijkheid van een gendersensitief risicotaxatie-instrument aan (McKeown, in druk; De Vogel et al., in druk). De Vogel et al. (2010) hebben een initiatief gepresenteerd tot een meer gendersensitieve risicotaxatie voor volwassen vrouwen die eerder gewelddadig gedrag naar anderen hebben vertoond. Omwille van de fase van ontwikkeling waarin dit initiatief zich nu bevindt, is het valideren van deze handleiding van belang. Wanneer de resultaten van dit onderzoek in grote lijnen bekeken worden, blijken de psychometrische kwaliteiten in basis goed te zijn. De betrouwbaarheid, evenals de interne consistentie van de FAM is goed. Zowel de onderlinge overlap van de nieuwe items in de FAM, als de tussen deze items en met de HCR-20 is marginaal te noemen, waaruit geconcludeerd mag worden dat de items van de FAM op zichzelf staande unieke items zijn die een aanvulling zijn op de HCR-20. De nieuwe FAM items blijken bovendien anders gescoord te worden voor vrouwen dan voor mannen, waarmee de beoogde gendersensitiviteit van de FAM voor vrouwen wordt bevestigd. Uit de analyses naar de toegevoegde waarde van de FAM ten opzichte van de HCR-20 blijkt de FAM nog niet de gewenste resultaten op te leveren; de FAM lijkt niet bij te dragen aan een betere onderbouwing van het klinische eindoordeel. Het huidige onderzoek dient gezien te worden als aanknopingspunt voor verder onderzoek. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen besproken. Vervolgens zullen de beperkingen, implicaties en suggesties voor vervolgonderzoek behandeld worden.

### 4.1 FAM

#### 4.1.1 Algemene voorwaarden

Met betrekking tot de algemene voorwaarden worden positieve resultaten in dit onderzoek gevonden. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is op zowel item- als op schaalniveau overwegend goed tot uitstekend te noemen. Ook zijn goede betrouwbaarheden voor de eindoordelen van de FAM gevonden, met uitzondering van het experimentele eindoordeel *Victimisatie*. In het onderzoek van Van Kalmthout en Place (2007) zijn soortgelijke resultaten voor de pilot versie van de FAM gevonden. Voor twee items *Negatieve opvattingen* en *Problematische omstandigheden in de kindertijd*) zijn kennelijk de itemcoderingsinstructies verbeterd ten opzichte van de pilot versie, want de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze items was in het huidige onderzoek goed te noemen.

In onderhavig onderzoek is een lagere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor het risicohanterings item *Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen* gevonden. In het algemeen kan gesteld

worden dat de codeerinstructies voor dit item niet scherp genoeg zijn en teveel ruimte overlaat voor persoonlijke interpretatie. Problematisch aan de codeerinstructies is bijvoorbeeld de reikwijdte van de *gewenste* zorg. Tijdens de consensus-besprekingen kwam de vraag naar voren hoe lang de zorg voor kinderen nog van toepassing is. Gedurende de levensloop worden kinderen zelfstandiger en onafhankelijker van hun ouders, waardoor de richting en de kwaliteit van de relatie verandert (Merz, 2010). Afgevraagd kan daarom worden of de *gewenste* zorg voor volwassen kinderen nog van toepassing moet zijn in het risicomanagement. Een andere verklaring voor de relatief lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kan zijn dat patiënten hun gedachten en gevoelens niet altijd expliciet uiten over hun mogelijke kinderwens en de zorg die zij nog willen dragen over hun kinderen. In het algemeen blijken overigens lagere betrouwbaarheden voor de risicohanterings items gevonden te worden (Douglas & Reeves, 2010). Het inschatten van risicofactoren in de toekomst lijkt moeilijker dan het inschatten hoe zeer risicofactoren in het verleden aanwezig waren. Wat betreft de interne consistentie van de FAM kan geconcludeerd worden dat de FAM een goede interne consistentie heeft. Wanneer naar de subschalen van het instrument afzonderlijk gekeken wordt, heeft alleen de klinische schaal een matige interne consistentie. Kennelijk hangen de klinische items minder sterk met elkaar samen dan de historische en de risicohanterings items. Het is volgens de Cotan (2010) niet ongewoon dat de items op één van de schalen van een instrument minder betrouwbaar zijn.

#### 4.1.2 Itemniveau

De FAM heeft op itemniveau de HCR-20 op meerdere vlakken veranderd. Zo zijn items aangepast met aandachtspunten of met daadwerkelijke wijzigingen in de codeerinstructies en zijn er nieuwe items toegevoegd. In dit onderzoek hebben niet alle aangepaste items tot een significant verschil in scoring voor vrouwen geleid. De extra aandachtspunten in de meeste aangepaste items blijken dus niet van een dermate invloed te zijn dat het tot een grote verandering in scores leidt. Afgevraagd kan worden of deze items terecht zijn aangepast of dat deze aanpassingen te minimalistisch zijn om in de codeerinstructies van de handleiding opgenomen te worden. Ook in het kader van het missen van de wetenschappelijke onderbouwing dient deze vraag verder onderzocht te worden. Het kan wellicht wel voor het klinische gebruik bij een individu een belangrijk aandachtspunt zijn. Grootschaliger onderzoek is echter noodzakelijk om hierover uiteindelijke uitspraken te doen. De aangepaste items *Psychopathie* en *Negatieve opvattingen* werden wel significant anders gescoord in de FAM ten opzichte van de HCR-20. Van de nieuwe items in de FAM en de aangepaste items *Psychopathie* en *Negatieve opvattingen* zullen hieronder de meest opvallende bevindingen besproken worden.

De FAM items tonen een goede spreiding in hun scoring. Deze resultaten ontkrachten het idee dat vanwege de hoge prevalentie van de borderline persoonlijkheidsstoornis onder vrouwen, alle FAM items terug te relateren zouden zijn aan deze stoornis en dat daardoor alle vrouwen hoog op deze items zouden scoren. De FAM zou daarom geen waardevolle toevoeging op de HCR-20 kunnen bieden. Deze verwachting van een onverdeelde hoge scoring komt echter niet naar voren uit dit onderzoek. Ook Van Kalmthout en Place (2007) benoemden in hun onderzoek de mogelijke overlap tussen enkele items in de FAM, zoals het hebben van een borderline persoonlijkheidsstoornis en heimelijk gedrag als uiting daarvan. Grote overlappen tussen de nieuwe items (en tussen deze en de originele HCR-20 items) werden echter in dit onderzoek niet gevonden. De overlappen die wel aanwezig waren, zijn marginaal te noemen en de betreffende items correleren veelal logischerwijs met elkaar. Zo is er bijvoorbeeld een overlap tussen *Hoog niveau van ervaren stress* en *Suïcidepoging/automutilatie*. Uit onderzoek blijkt dat psychosociale stressoren sterk samenhangen zijn met onder andere suïcidepogingen (Baca-Garcia et al., 2007), waardoor deze overlap te verklaren valt. Opvallend is wel de negatieve overlap van het item *Problematische intieme relaties* met de andere items, gezien het relatief grote aandeel van geweld van vrouwen binnen partnergerelateerd geweld. De negatieve overlap blijkt zich echter te relateren aan psychotische instabiliteit. Waarschijnlijk hebben patiënten met een psychiatrische stoornis en actieve psychotische verschijnselen niet een intieme relatie, waardoor op dit gebied geen problemen kunnen ontstaan.

Naast dat de items als op zichzelf staande unieke items gezien mogen worden die een aanvulling zijn op de HCR-20, vindt het huidige onderzoek ondersteuning voor de beoogde gendersensitiviteit; mannen scoren op bijna alle nieuwe FAM items lager dan vrouwen. Op enkele items behaalden mannen daarentegen hogere scores dan vrouwen. Dit geldt onder andere voor het subitem *Problematisch gedrag in de kindertijd*. Het lijkt erop alsof mannen eerder dan vrouwen beginnen met het vertonen van problematische gedrag. Dit ligt in lijn met dat mannen al vaker een criminele achtergrond hebben en vaker in aanraking met justitie zijn geweest voordat ze verplichte klinische interventies opgelegd kregen (Strand & Belfrage, 2001; Nicholls, 2001). Het lijkt ook aan te sluiten bij de hypothese dat mannen en vrouwen een andere route tot geweld volgen. De opsplitsing van het item *Problemen in de kindertijd* in de twee subitems *Problematische omstandigheden in de kindertijd* en *Problematische gedrag in de kindertijd* zou voor mannen waarschijnlijk ook van toegevoegde waarde kunnen zijn.

Opmerkelijk is dat op het item *Heimelijk gedrag* mannen niet anders scoren dan vrouwen. Een zelfde scoring impliceert desalniettemin niet een identieke impact, en doet alleen een uitspraak over

in welke mate heimelijk gedrag aanwezig is. Tevens maakt de geringe empirische evidentie voor dit item, dit tot een nog te onderzoeken item.

Verder is het opvallend te noemen dat wanneer mannen de zorg voor een kind hebben, dit bijna direct lijkt te leiden tot problemen met deze zorg en problemen met het opvoeden. Bijna alle mannen met kinderen scoorden namelijk hoog op het item *Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen*. Bij vrouwen wordt in de literatuur reeds gesproken over de zogenaamde intergenerationele transfer van geweld tussen moeders en kinderen (Kim, Capaldi, Pears, Kerr & Owen, 2009; Meichenbaum, 2006). Wellicht is deze transfer -van moeders met een geschiedenis van gewelddadig gedrag die een grotere kans hebben om problematische, agressieve kinderen op te voeden- ook bij deze mannen van toepassing. De maatschappelijk impact zal echter minder snel zichtbaar zijn, aangezien mannen minder vaak de zorg voor het kind hebben en vrouwen frequenter de zorg op zich nemen (Gonzalez, 2005).

Voorafgaand aan het onderzoek is zo goed mogelijk gecontroleerd voor de mate van psychopathie, om zodoende de onderzoekspopulatie van mannen en vrouwen vergelijkbaar te maken. Uit de literatuur blijkt dat psychopathie een zwaarwegende risicofactor is voor gewelddadig recidive (Logan, 2009; Nicholls et al., 2005), maar dat de factorstructuur voor vrouwen niet past (Logan, 2009). Geopperd is daarom om het construct voor vrouwen anders te gaan formuleren, en om bijvoorbeeld het inzetten van seksualiteit meer op de voorgrond te laten treden. In dit onderzoek relateert het item *Psychopathie* zich sterk aan andere items en is er ook een correlatie tussen het *Instrumenteel inzetten van seksualiteit* en *Psychopathie* voor vrouwen gevonden. Deze correlatie lijkt voor mannen veel onwaarschijnlijker omdat mannen in dit onderzoek lager scoorden op het instrumenteel inzetten van hun seksualiteit dan vrouwen en juist hoger op psychopathie. Dat de correlatie, tussen *Psychopathie* en het *Instrumenteel inzetten van seksualiteit*, wel voor vrouwen maar niet voor mannen is gevonden, moedigt de beweging naar een vernieuwd construct voor psychopathie bij vrouwen dan ook aan. Verder is in de FAM de *cut off* score voor de mate van psychopathie verlaagd, met als effect dat een derde van de vrouwen hoger zijn gaan scoren op dit item. De verlaging van de *cut off* score en daarmee voor een deel van de vrouwen een hogere score van *Psychopathie* heeft mogelijke grote implicaties voor deze vrouwen. Derhalve dient bij deze vrouwen goed onderzocht te worden of de mate van psychopathie terecht in de FAM zwaarder gescoord wordt. Daarbij dient ook opgemerkt te worden dat deze verlaging in dit onderzoek niet tot een ander eindoordeel van de FAM ten opzichte van de HCR-20 heeft geleid. Vervolgonderzoek zal de predictieve waarde van de verlaging van de *cut off* moeten uitwijzen.



Tenslotte kan opgemerkt worden dat de FAM items meer correleren met het eindoordeel Zelfdestructief gedrag dan met het eindoordeel Gewelddadig gedrag. De FAM items zijn wellicht belangrijker voor geweld naar zichzelf, dan voor geweld naar anderen.

#### *4.2 Onderscheidende waarde*

De resultaten van de predictieve validiteit van zowel het eindoordeel als de totaalscore van de HCR-20 zijn tot op heden ambivalent en hebben de predictieve validiteit voor vrouwen niet overtuigend bewezen. Het grootschalige onderzoek naar risicotaxatie bij vrouwen waarvan dit onderzoek deel uitmaakt, zal de predictieve validiteit van de totaalscore en het eindoordeel van de FAM onderzoeken in vergelijking met dat van de HCR-20.

Er blijkt een volledige overeenstemming tussen de HCR-20 en de FAM wat betreft het eindoordeel te zijn. Het aanscherpen van de FAM definitie van gewelddadig gedrag heeft in dit onderzoek niet tot een ander eindoordeel geleid. In dit onderzoek kan echter niet worden uitgesloten dat tijdens het vormen van het HCR-20 eindoordeel de items en aanvullende wijzingen van de FAM buiten beschouwing zijn gelaten. Een goede vergelijking tussen de HCR-20 en de FAM is hierdoor vervuild. Aan de andere kant kan geopperd worden dat deze items en aanvullingen niet hebben geleid tot een ander eindoordeel, maar wel tot een betere klinische structurering van het eindoordeel van de FAM. De nieuwe items en aanpassingen in de FAM lijken van toegevoegde waarde voor risicotaxaties bij vrouwen te zijn. Echter, van de betere structurering lijkt nog geen gebruik gemaakt te worden op het moment dat het eindoordeel gevormd moet worden. De historische schaal lijkt niet substantieel meegewogen te worden in de onderbouwing van het eindoordeel en de focus ligt vooral op de dynamische risicofactoren. Gezien het feit dat de meeste nieuwe FAM items aan de historische schaal zijn toegevoegd, is dit een opmerkelijk resultaat. Tevens lijkt de verdeling tussen historische en dynamische factoren in de FAM niet meer in evenwicht te zijn, zoals wel bij de HCR-20. In de onderbouwing van het eindoordeel van de HCR-20 wordt de historische schaal trouwens ook maar minimaal meegenomen. Het lijkt er op dat vooral de dynamische risicofactoren het klinische eindoordeel bepalen, terwijl in de regel historische risicofactoren ook goede voorspellende waarde hebben (Webster et al., 1997). Een beperking van de historische factoren is dat ze geen aanknopingspunten bieden voor de behandeling, terwijl dynamische factoren dat wel doen (De Vogel, 2005). Een verklaring voor het niet meewegen van de historische factoren bij het eindoordeel kan gezocht worden in het feit dat de klinische inschatting van gewelddadig gedrag op korte termijn (tot maximaal één jaar) en binnen een gestructureerde context is. Tijdens de intramurale behandeling zijn de historische factoren wellicht minder van toepassing en integreren

behandelaren deze items daarom minder in het eindoordeel. Wanneer de strakke context meer wordt losgelaten, zoals bij transmurale behandelingen, is het te verwachten dat de historische factoren meer invloed op de patiënt hebben. Ook daar lijken de historische items echter door de behandelaren te worden vergeten. Al met al lijkt de klinische praktijk, bewust of onbewust, waardevolle informatie in de besluitvorming naast zich neer te leggen.

De structurering van het eindoordeel van de FAM binnen de klinische behandelsetting wordt dus niet beter. Uit de analyses blijkt dat vooral de historische schalen van de FAM en de HCR-20 de differentiatie tussen de verschillende risicogroepen diffuser maken. De dynamische schalen, van zowel de HCR-20 als de FAM, lijken wel een redelijk onderscheid tussen de risicogroepen te maken. Een bezwaar voor beide instrumenten blijft de grote overlap in spreiding tussen de verschillende risicogroepen.

Een alternatieve verklaring voor het niet vinden van een verbetering van de structurering van het eindoordeel is het klinische karakter van dit onderzoek. Het kan in de praktijk mogelijk zijn een patiënt in de hoog risico categorie in te delen op basis van de aanwezigheid van één enkele risicofactor. Zo kan bijvoorbeeld een chronische waan een alles overheersende risicofactor zijn van gewelddadig gedrag, zodat een patiënt hierdoor meteen in deze categorie valt. Het risico hangt tevens af van de specifieke combinatie van factoren en niet alleen van het aantal aanwezige risicofactoren. De mogelijkheid tot het markeren van cruciale items in de FAM zou daarom als verbetering ten opzichte van de HCR-20 gezien kunnen worden.

#### *4.3 Vergelijking tussen vrouwen en mannen*

Vergelijkbaar met de resultaten uit eerdere onderzoeken (De Vogel et al., 2005; Nicholls, 2001 Strand & Belfrage; 2001), scoren mannen en vrouwen in dit onderzoek gemiddeld niet anders op de HCR-20 subschalen en de totaalscore, met uitzondering van de historische schaal waar vrouwen lager dan mannen op scoren. Op de FAM worden meer verschillen gevonden tussen vrouwen en mannen. Zowel op de risicohanterings schaal als met de totaalscore scoren vrouwen significant hoger. Voor de historische en de klinische schaal wordt op eveneens een hogere gemiddelde scoring gezien, echter zijn de verschillen niet significant. De aanpassingen en de nieuwe items van de FAM op de subschalen lijken het verschil tussen mannen en vrouwen zichtbaarder te maken. Op de historische schaal van de HCR-20 scoorden de mannen in dit onderzoek hoger dan de vrouwen. Dit is op de historische schaal van de FAM juist omgekeerd. Vooral de vrouwen scoren namelijk hoog op de nieuwe items. De aanpassingen en toevoegingen maken dat de FAM als aanvulling op de HCR-20 als gendersensitief beschouwd mag worden. Over het verschil in impact van sommige

risicofactoren tussen de mannen en vrouwen, en de predictieve validiteit van de FAM zal verder onderzoek nodig zijn.

Tegen de verwachting in zijn er geen verschillen in de eindoordelen van de FAM tussen vrouwen en mannen gevonden. Dit is opvallend aangezien er wel een verschil in scoring op itemniveau van de FAM gevonden is. In dit onderzoek zijn voor zowel mannen als vrouwen voornamelijk lage eindoordelen op de experimentele eindoordelen te vinden. Het klinische karakter van dit onderzoek speelt hier, net als bij het eindoordeel Gewelddadig gedrag, waarschijnlijk een belangrijke rol in. Wellicht zijn dezelfde factoren die het eindoordeel Gewelddadig gedrag tot de laag risicocategorie hebben doen leiden, ook van toepassing op experimentele eindoordelen. Alleen het eindoordeel Zelfdestructief gedrag benadert een significant verschil tussen mannen en vrouwen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de redenen tot het scoren van dit experimentele eindoordeel voor mannen anders lag dan voor vrouwen. Mannen lijken meer zelfdestructief gedrag te vertonen door zelfverwaarlozing bijvoorbeeld door grote hoeveelheden alcohol (*binge drinking*) te drinken en/of andere verdovende middelen te gebruiken, waar vrouwen meer actief zelfdestructief gedrag vertonen door bijvoorbeeld te gaan automutileren. Dit is in lijn met onderzoek dat vrouwen meer geneigd zijn negatieve emoties te internaliseren, terwijl mannen deze emoties meer willen externaliseren (Lammers & De Vogel, in druk).

#### *4.4 Beperkingen van het onderzoek*

De grootste beperking van dit onderzoek is het missen van de predictieve validiteit als uitkomstmaat. De resultaten betreffen hoofdzakelijk correlatieve verbanden en onthouden zich van uitspraken omtrent de impact van de FAM. Daarom is voorzichtigheid geboden bij het doen van uitspraken over het inschatten van het recidiverisico door middel van de FAM voor vrouwen. De relatief kleine onderzoeksgroep maakt de resultaten uit het huidige onderzoek daarnaast moeilijk interpreteerbaar. Gezien het geringe aantal vrouwelijk tbs patiënten zal dit voor toekomstige onderzoek ook problematisch blijven.

Een verdere beperking van dit onderzoek is de wijze van de dataverzameling. Een relatief klein deel van de risicotaxaties is volgens het consensus-model gescoord. Uit onderzoek blijkt dat onderzoekers de neiging hebben strenger te scoren dan behandelaren (De Vogel & De Ruiters, 2004). Door het niet toepassen van dit model kan eveneens belangrijke informatie verloren zijn gegaan. Vaak is het door het onzichtbare delictgedrag van vrouwen moeilijk om juist voor vrouwen sommige factoren, als heimelijk gedrag of het aanzetten tot gewelddadig gedrag, te scoren. Het verdient daarom de aanbeveling om het consensus-model in het vervolgonderzoek meer toe te passen. Daarnaast kan, zoals reeds gezegd op pagina 40, niet worden uitgesloten dat de nieuwe

items van de FAM niet zijn meegewogen in het eindoordeel van de HCR-20 mede doordat beide instrumenten door dezelfde beoordelaar zijn ingevuld.

De vergelijking van het eindoordeel Gewelddadig gedrag van de HCR-20 met de FAM bevat daarnaast nog andere complicaties. In dit onderzoek is alleen naar het eindoordeel met een tbs maatregel gekeken. Binnen dit kader heeft een tbs instelling voldoende beschermende factoren om tegengewicht aan de risicofactoren te geven, hetgeen leidt tot een aanvaardbaar recidiverisico en een laag risicocategorie in de risicotaxatie. Dit blijkt uit de algehele lage risico-inschatting voor zowel vrouwen als mannen in dit onderzoek. Een goede vergelijking tussen de laag-, matig- en hoog risicogroepen is daarmee in dit onderzoek moeilijk te maken. Genderspecifieke risicotaxatie dient niet alleen naar risicofactoren te kijken, maar ook aandacht te besteden aan beschermende invloeden van de omgeving en de sterke kanten van de vrouw (Meichembaum, 2006). De *Structured Assessment of Protective Factors for violence Risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2007) zou hierin als mogelijkheid gezien kunnen worden. Dit instrument wordt ook standaard in de Van der Hoeven gebruikt. Onderhavig onderzoek heeft zich tot alleen de risicofactoren beperkt.

#### *4.5 Implicaties voor de praktijk*

Het is van belang te realiseren dat het grootste probleem van de FAM tot op heden in de wetenschappelijke evidentie ligt. In dit onderzoek is gekeken naar de samenhang en niet naar de causale verbanden van de items met het recidiverisico, waardoor op dit gebied nog geen uitspraken gedaan kunnen worden. Desalniettemin kan gesteld worden dat de FAM in ieder geval een bijdrage levert aan het bij elkaar proberen te voegen van de huidige klinische inzichten van het werken met vrouwen en de wetenschappelijke literatuur over gewelddadig gedrag van vrouwen. Harte en Breukink (2010) menen dat het klinische oordeel beter geoperationaliseerd moet worden. De FAM tracht dit voor vrouwen te doen door een betere definitie van de risicofactoren voor vrouwen te geven. Ook in het eindoordeel probeert de FAM, door het aanzetten tot gewelddadig gedrag te includeren en via de experimentele eindoordelen, een betere operationalisatie te geven.

De voorspellende waarde van de HCR-20 voor vrouwen staat al enige tijd ter discussie, maar dit instrument wordt in de praktijk bij gebrek aan beter toch gebruikt. Wanneer naar de HCR-20 voor vrouwen wordt gekeken, blijkt de samenhang tussen de risicofactoren en het eindoordeel -binnen de beperkte kaders van dit onderzoek- niet voldoende te zijn. De FAM biedt hier vooralsnog geen verbetering in aan. Op itemniveau laten de nieuwe items van de FAM wel differentiatie en een

gendersensitiviteit in scoring voor vrouwen zien. Of de FAM items goede voorspellende waarden voor vrouwen op groepsniveau opleveren, zal uit verder onderzoek moeten blijken. Tot die tijd kan de toegevoegde waarde van de FAM in elk geval gevonden worden bij de beoordeling op individueel niveau voor bijvoorbeeld de behandeling.

Internationaal is de afgelopen jaren meer aandacht gekomen voor genderresponsieve behandelingen (Bloom, Owen & Convington, 2003; Heilbrun et al., 2008). In deze behandelingen wordt de nadruk gelegd op het behandelen van specifieke problemen voor vrouwen. Hierbij valt te denken aan trauma's uit het verleden, seksueel misbruik en de rol van sociale relaties, en dan met name verstoringen binnen deze relaties. De FAM sluit nauw aan bij deze ontwikkeling en zou in de toekomst mogelijk kunnen bijdragen aan behandelprogramma's die meer rekening houden met relevante gendersensitieve risicofactoren.

#### *4.6 Suggesties voor vervolgonderzoek*

Voor het prospectieve vervolgonderzoek is het essentieel om een uitbreiding van de onderzoekspopulatie te bewerkstelligen door samenwerking aan te gaan met andere klinieken, poliklinieken en (forensische) psychiatrische afdelingen waar vrouwen verblijven. Het is relevant om in het vervolgonderzoek niet alleen naar incidenten binnen de behandeling te kijken, maar ook naar recidive na beëindiging van de tbs. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat patiënten vaak alleen met een laag risico worden vrijgelaten, waardoor een zekere vertekening van de resultaten niet kan worden uitgesloten. Naarmate de *base rate* van recidive lager wordt, is het eveneens moeilijker voorspellingen van recidive statistisch te verbeteren (Webster et al., 1997). De suggestie van Lammers en De Vogel (in druk) om niet officiële veroordelingen, maar zelfgerapporteerd delictgedrag en distale factoren als outcome-maat te nemen, kan daarom ook overwogen worden. Onder distale factoren worden aspecten van maatschappelijk en persoonlijk functioneren verstaan waarvan bekend is dat zij samengaan met een criminaliteitsvrij bestaan. Enig risico kleeft aan de suggestie van zelfgerapporteerd delictgedrag. Er is meestal weinig reden om negatieve informatie over zichzelf prijs te geven, omdat de persoon zichzelf daarmee beschadigt (Webster et al., 1997).

Met betrekking tot de FAM zelf dient verder gekeken te worden naar de codeerinstructies in de handleiding van het risicohantering items *Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen*. Ook moet toekomstig onderzoek zich meer richten op de empirische evidentie van alle items. Kritisch

dient onderzocht en afgewogen te worden of de aanpassingen in de aangepaste items van meerwaarde voor de risicotaxatie zijn. Ditzelfde geldt voor de experimentele eindoordelen. Bij deze eindoordelen zijn tot op heden de uitkomstmaten nog in ontwikkeling en dient de empirische basis voor de juiste uitkomstmaat uitgebreid te worden.

Voorlopig blijft het belangrijk om de FAM naast de HCR-20 te blijven onderzoeken. Zodoende kan gecontroleerd worden of de FAM (voor vrouwen) niet een algehele verbetering van de HCR-20 is en wat de precieze (klinische) toegevoegde waarde van de FAM op de HCR-20 is. Om uitspraken over verschil in impact en predictieve validiteit van de risicofactoren te doen, dient het de aanbeveling om in het onderzoek vrouwen met mannen te blijven vergelijken.

Naast verder onderzoek met de FAM verdient het ook de aanbeveling onderzoek te doen naar theoretische modellen van geweld door vrouwen en naar genderspecifieke protectieve factoren. Het construct psychopathie bij vrouwen dient daarbij extra belicht te worden. De voorspellende waarde van de verlaging van de *cut off* score die bij de FAM gedaan is, is tot op heden onbekend. Daarnaast zijn de uitingvormen van psychopathie bij vrouwen hypothetisch te noemen en wordt meer onderzoek naar het construct psychopathie bij vrouwen als belangrijk gezien.

De maatschappij en politiek vragen steeds meer zekerheid betreffende het inschatten van gewelddadig gedrag. Hierbij is het minder zichtbare en subtielere geweld door vrouwen, wat de FAM in beeld poogt te krijgen niet negeerbaar. Bovenal moet echter wel een balans blijven bestaan tussen de rechtspositie van een patiënt, de (noodzaak van) behandeling en de bescherming van de samenleving. Om tot een verantwoorde en rechtvaardigde risico-inschatting te komen moeten risicotaxaties meer zijn afgestemd op specifieke populaties. De ontwikkeling van en onderzoek naar genderspecifieke risicotaxatie-instrumenten, zoals de FAM, is hierbij een waardevolle nieuwe ontwikkeling.

## Literatuurlijst

- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2000). *The Level of Service-Inventy-Revised*. Toronto, Multi-Health Systems.
- Archer, D. & McDaniel, P. (1995). Violence and gender. In R.B. Ruback & N.A. Weiner (Eds.), *Interpersonal violent behaviors: Social and cultural aspects* (New York, NY: Springer), pp. 63-87.
- 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 Otto, R.K., & Douglas, K.S. (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 43-62). New York, Abingdon: Routledge.
- Baca-Garcia, E., Parra, C.P., Perez-Rodriguez, M.M., Sastre, C.D., Torres, R.R., Saiz-Ruiz, J., & De Leon, J. (2007). Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts. *Stress & Health Journal of International Society for the Inverstigation of Stress*, 23, 191-198.
- Beech, A.R., Parret, N., Ward, T., & Fisher, D. (2009). Assessing female sexual offenders' motivations and cognitions: an exploratory study. *Psychology, Crime & Law*, 15, 201-216.
- Belknap, J., & Holsinger, K. (2006). The gendered nature of risk factors for delinquency, *Feminist Criminology*, 1, 48-61.
- Beukers, M. (2008). De psychische stoornis in het strafrecht. In Blansjaar, B. A., Beukers, M. M., & Kordelaar, W. F. van (Eds.) *Stoornis en Delict: Handboek Psychiatrische en Psychologische Rapportage in Strafzaken* (pp. 9-27). Utrecht: De Tijdstroom.
- Blackburn, A.G, & Trulson, C.R. (2010). Sugar and spice and everything nice? Exploring institutional misconduct among serious and violend female delinquents. *Journal of Criminal Justice*, in press.
- 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.

Bogaerts, S., & Nagtegaal, M.H. (2008). Risk assessment, Risk management en nieuwe ontwikkelingen binnen het forensische landschap. In: T.I. Oei & L.H.W.M. Kaiser (red.). *Forensische psychiatrie onderweg*. Nijmegen: Wolf Legal Publisheres, 349-357.

Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.

Bosch, L. M. C. van den, Haan, M. P. M. den, & Lammers, S. M. M. (2005). Vrouwen in forensische psychiatrie. In Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (Eds), *Behandelingsstrategiën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 50-65). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Brand, E.F.J.M, & Diks, G.J.M. (2001). Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek: theorie en praktijk. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 43, 693-704

Byrd, P.M. & Davis, J.I. (2009). Violent behavior in female inmates. Possible predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 379-392.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.), Hillsdale, NJ, Erlbaum

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.

Commissie Visser (2006). *Aanbevelingen voor de ontwikkeling van een kwaliteitsvol forensisch zorginstituut*. Parlementair Onderzoek TBS. Tweede Kamer der Staten-Generaal (30 250).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) (2010). *Tbs in getal 2005-2009*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Dutton, D.G., & Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence and practice. *Agression and Violent Behavior*, 5, 457-483.



Douglas, K.S., Hart, S.D., Belfrage, H., & Eaves, D. (in preparation). *HCR:V3 (Historical, Clinical, Risk Management (Version 3): Assessing risk for violence*. Vancouver, British Columbia, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas, K.S., & Webster, C.D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme. Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 26, 3-19.

Douglas, K.S., & Reeves, K.A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) violence risk assessment scheme: rationale, application, and empirical overview. In Otto, R.K., & Douglas, K.S. (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 147-186). New York, Abingdon: Routledge.

Emmerik, J.L. van (2003). 'Tbs-gestelden: een gemêleerd gezelschap, in : J. Groen en M. Drost (red.), *Handboek forensische geestelijk gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, pp.33-50.

Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, K. (2010). COTAN Beoordelingsstelsel voor de kwaliteit van tests [Online]. Available at: <http://www.psynip.nl/website/wat-doet-het-nip/tests/beoordelingsprocedure/beoordelingsprocedure>

Feld, B.C. (2009). Violent girls or relabeled status offenders?: an alternative interpretation of the data. *Crime & Delinquency*, 55, 241-265.

Fleiss, J.L., & Shrout, P.E. (1978). Approximate interval estimation for a certain intraclass correlation coefficient. *Psychometrika*, 43, 259-262.

Funk, S. J. (1999). Risk assessment for juveniles on probation. A focus on gender. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 44-68.

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.

Graves, K.N. (2007). Not always sugar and spice: Expanding theoretical and functional explanations for why females aggress. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 131-140.

Groen, M. (2003). De Samenhang van schaamte en geweld. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 255-269.

Gonzalez, L. (2005). The determinants of the prevalence of single mothers: A cross-country analysis *IZA Discussion paper*, 1677, 1-35.

Guy, L.S., & Douglas, K.S. (2006). HCR-20 violence risk assessment scheme: Evaluation item bias with item response theory'. The sixth Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health, Amsterdam, June 2006.

Hare, R.D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

Hart, S.D., & Dempster, R.J. (1997). Impulsivity and psychopathy. In C.D. Webster & M.A., Jackson (Eds.). *Impulsivity: Theory, assessment and treatment*. New York: Guilford.

Harte, J., & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift van criminologie*, 52, 52-72

Hartog, den, V. (2004). Risicotaxatie-instrumenten, de toekomst?. Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit van Utrecht

Heilbrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal context. *Law and human Behavior*, 21, 347-359.

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, 382-1397.

Heilbrun, K., Yasuhara, K., & Shah S. (2010). Violence Risk Assessment Tools. Overview and critical analysis. In Otto, R.K., & Douglas, K.S. (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 1-17). New York, Abingdon: Routledge.

Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H. J. M., Augustinus, F., & Hesper, B. L. (2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Jackson, R., & Richards, H. (2007). Psychopathy in Women: A valid construct with clear implications. In: H. Herv & J.C. Yuille (Eds.) *The Psychopath, Theory, Research and Practine* (pp 389-410). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

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). *Risicotaxatie bij vrouwelijke tbs-patienten. Een voor vrouwen aangepaste versie van de HCR-20. Is het mogelijk het onvoorspelbare te voorspellen?* Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit Rechtsgeleerdheid.

Kim, H.K., Capaldi, D.M., Pears, K.C., Kerr, D.C.R., & Owem, L.D. (2009). Intergenerational transmission of internalising and externalising behaviours across three generations: Gender-specific pathway. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 125-141.

Kroes, S., & Trijsburg, W. (2006). Naar een intergratieve behandeling op maat bij partnergeweld. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 395-416

Kruttschnitt, C., Gartner, R., & Ferraro, F. (2002). Women's involvement in serious interpersonal violence. *Agression and Violent Behaviour*, 7, 529-565.

Laan, A. van der, Blom, M., Tollenaar, N., & Kea, R. (2010). *Trends in de geregistreeerde 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 (ter publicatie aangeboden). *Vrouwen in de tbs*. In Slotboom, A., Helm, P. van der, Hoeve, M., Ezinga, M. (Red.) *Meisjes, vrouwen en criminaliteit*.

- 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: Earls court Child and Family Centre.
- Lilienfeld, S.O., Arkowitz, H. (2010). Are men the more belligerent sex? *Scientific american mind*, 21, 64-65.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: Gender matters. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 773-789.
- Logan, C. (2003). Women and dangerous and severe personality disorder: Assessing, treating, and managing women at risk, in A. Lord and L. Rayment (eds). *Dangerous and severe personality disorder (DSPD)*, 44-60.
- Logan, C. (2009). Psychopathy in women: Conceptual issues, clinical presentation and management. *Neuropsychiatrie*, 23, S. 25-33.
- Logan, C. & Blackburn, R. (2008). Mental disorder in violent women in secure settings: potential relevance to risk for future violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 31-38.
- Logan, C. (2009). Psychopathy in women: Conceptual issues, clinical presentation and management. *Neuropsychiatrie*, 23, 25-33.
- Loucks, A.D. & Zamble, E. (1999). Canada searches for predictors common to both men and Women, *Corrections Today*, 61, 26-32.
- Marle, H.J.C. van (1999). Het strafrechtelijk gedragskundig onderzoek. In B. C. M. Raes, & Bakker, F.A.M. (Ed.), *De psychiatrie in het Nederlands recht*. Deventer: Gouda Quint.
- Mooij, A.W.M. (2001). Waarden in het strafrecht en de psychiatrie. *Delict en Deliquent*, 8, 792-807.
- 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.

McKeown, A. (in press). Female offenders: Assessment of risk in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior*.

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](http://www.melissainstitute.org/documents/2006/Meich_06_genderdifferences.PDF) [accessed on 25 October 2010]

Mertens, N.M., Grapendaal, M., & Docter-Schamhardt, B.J.W. (1998). *Delinquency in girls in The Netherlands* (report No. 169). The Hague, The Netherlands: Ministry of Justice, Scientific Research and Documentationcentre.

Mertz, E. M.(2010). Zorgen voor je dierbaren. Ouder-kindrelaties gedurende de levensloop. *Demos*, 26 (3), 1-6.

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.

Motz, A (2001). *The psychology of female violence: crimes against the body*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.

Nagtegaal, M. H. (2004). Het dilemma van de vrije wil in de forensische psychologie. *De Psycholoog*, 39(1), 3-9.

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., Desmarias, S.L., Webster, C.D., & Martin, M. (2006). The Short-term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 313-327.

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., Odgers, C. L., & Cooke, D. J. (2007). Women and girls with psychopathic characteristics. In Felthous, A. R. & Saß, H. (Eds), *International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law* (pp. 9-30). West Sussex, England, John Wiley & Sons Ltd.

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.

Nauta, O., Roorda, W., & Hulshof P. (2009). De beveiligde fase van het begeleid verlot. Procesevaluatie beveiligde fase begeleid verlot en exploratie van te verwachten effecten. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Odgers, 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.

Philipse, M., Ruiters, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen / Utrecht, The Netherlands: Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting.

Reisig, M.D., Holtfreter, K., & Morash, M. (2006). Assessing recidivism risk across female pathways to crime. *Justice Quarterly*, 23, 384-405.

Robbins, P.C., Monahan, J., & Silver, E. (2003). Mental Disorder, violence and gender. *Law and Human Behaviour*, 27, 561-571.

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.

- 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.
- 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, Murray A. & International Dating Violence Research Consortium (2004). *Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide*. *Violence Against Women 10*:790-811.
- Schwalbe, C.S. (2008). A meta-analysis of juvenile justice risk assessment instruments: Predictive Validity by gender. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 1367-1381.
- Tremblay, R. (2000). The Origins of Youth Violence. *Isuma, 1*, 19-24.
- 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. Available at: <http://dare.uva.nl/document/13725>.
- 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). *SAPROF. Richtlijnen Voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English Version*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.

Vogel, V. de, & Vries Robbé, M. de (in druk). 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*.

Vogel, V. de, Vries Robbé, M., de, & Breij, M. (2009). Risk and protective factors in female forensic psychiatric patients. Introduction to an adapted version of the HCR-20 for females' *The Eight Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services*, Edinburgh, Scotland, June 2009.

Vogel, V. de, Vries Robbé, M., de, Kalmthout, W., van, & Place, C. (2010). HCR-20 Vrouwen Versie. Een aangepaste versie van 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., & Breij, M. (ter publicatie aangeboden). Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: Naar een meer gender-sensitieve methode. *Utrecht: Van der Hoeven Kliniek*.

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.

Voorhis, P.V., Van, & Presser, L. (2001). Classification of women offenders: A national assessment of current practices, US Department of Justice, National Institute of Corrections, Washington, D.C.

Voorhis, P., van, 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.

Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (2010). Protective factors for violence risk. SAPROF prospective results. *Paper presented at the tenth Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Vancouver, Canada*.



Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.d. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence Version 2*. Vancouver, BC, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.

Weizmann-Henelius, G., Viemerö, V., & Eronen, M. (2004). Psychological risk markers in violent female behavior. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 185-196.

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* (New York: Springer Publishing Company), pp. 121-155.

#### Internetbronnen

[www.om.nl](http://www.om.nl), geraadpleegd op 11 juni 2010

[www.nifp.nl](http://www.nifp.nl), geraadpleegd op 27 mei 2010

[www.ojjdp.nl](http://www.ojjdp.nl), geraadpleegd op 18 oktober 2010

## Bijlage 1: Codeerblad FAM

<b>Naam:</b> ...Myra.....	<b>Nummer:</b> ...456.....	<b>Invuldatum:</b> 19-07-2010
<b>Leeftijd:</b> ...30j...	<b>Kader van risicotaxatie:</b> Intramuraal	
Codering: Nee = 0, Gedeeltelijk / Misschien = 1, Ja = 2, Niet voldoende informatie = - Cruciaal item = aandachtspunt (Historische items) / behandelfocus (Klinische - en Risicohanterings items)		

Historische items		Verleden	Cruciaal
H1	<i>Eerder geweld</i>	2	
H2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident	2	
H3	<i>Instabiliteit van relaties</i>	2	
H4	<i>Problemen in het arbeidsverleden</i>	2	
H5	Problemen met middelengebruik	2	
H6	Psychische stoornis	2	
H7	<i>Psychopathie</i>	2	
H8a	<i>Problematische omstandigheden in de kindertijd</i>	2	
H8b	<i>Problematisch gedrag in de kindertijd</i>	2	V
H9	<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	2	
H10	<i>Eerdere onttrekking aan toezicht</i>	2	
H11	<i>Prostitutieverleden</i>	1	
H12	<i>Problemen met opvoeden</i>	<input checked="" type="checkbox"/> n.v.t.	
H13	<i>Zwangerschap op jonge leeftijd</i>	2	
H14	<i>Suïcidepoging / automutilatie</i>	2	V
H15	<i>Slachtofferschap na de kindertijd</i>	2	
H16	<i>Instrumenteel inzetten van seksualiteit</i>	1	

Klinische items		Huidig	Cruciaal
C1	<i>Gebrek aan zelfinzicht</i>	2	
C2	<i>Negatieve opvattingen</i>	2	V
C3	Actieve psychotische symptomen	0	
C4	Impulsiviteit	2	
C5	<i>Reageert niet op behandeling</i>	1	
C6	<i>Heimelijk gedrag</i>	2	

Risicohanterings items		Komende periode	Zonder TBS	Cruciaal
R1	Geringe kans dat plannen zullen slagen	1	2	
R2	Blootstelling aan destabiliserende factoren	2	2	
R3	Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun	1	2	
R4	Werkt niet mee aan behandelmogelijkheden	1	2	
R5	Hoog niveau van ervaren stress	2	2	
R6	<i>Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen</i>	0	1	V
R7	<i>Problematische intieme relatie</i>	2	2	

<b>Overige overwegingen</b>

Eindoordeel	Komende periode (12 mnd)
<b>Gewelddadig gedrag naar anderen</b> (inclusief aanzetten tot gewelddadig gedrag)	<input type="checkbox"/> laag <input checked="" type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> hoog
<b>Specifieke eindoordelen (experimenteel):</b>  Zelfdestructief gedrag  Victimisatie  Niet-gewelddadig crimineel gedrag	<input type="checkbox"/> laag <input type="checkbox"/> matig <input checked="" type="checkbox"/> hoog  <input type="checkbox"/> laag <input checked="" type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> hoog  <input type="checkbox"/> laag <input checked="" type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> hoog
<b>Optioneel:</b> <b>Eindoordeel beschermende factoren</b> (zoals overgenomen van het SAPROF codeerblad)	<input type="checkbox"/> weinig <input checked="" type="checkbox"/> redelijk <input type="checkbox"/> veel

<b>Naam beoordelaar(s):</b> J. Stam	<b>Functie beoordelaar(s):</b> onderzoeker
-------------------------------------	--

## Bijlage 2: Demografische gegevens

Pathologie (diagnose kliniek) in Aantal en percentages (%)

	Pathologie	Vrouw		Man	
		Aantal	%	Aantal	%
AS I	Schizofrenie	13	16.9	14	18.2
	Depressie	6	7.8	3	3.9
	Bipolaire stoornis	0	0	1	1.3
	Middelen afhankelijkheid	21	27.3	28	36.4
	PTSS	3	3.9	1	1.3
	ADHD	4	5.2	6	7.8
	Misbruik van middelen	4	5.2	17	22.1
	Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0	0	1	1.3
	Angststoornis	3	3.9	1	1.3
	Seksuele stoornis	3	3.9	0	0
	Stoonis in de impulsbeheersing	2	2.6	2	2.6
	Anders	13	16.9	3	3.9
	Onbekend	1	1.3	0	0
	AS II	NAO psst	4	7.5	8
Paranoïde ptss		1	1.9	2	3.3
Schizotypische ptss		0	0	1	1.6
Antisociale ptss		7	13.2	24	37.5
Borderline ptss		25	47.2	9	14.1
Theatrale ptss		1	1.9	1	1.6
Narcistische ptss		1	1.9	13	20.3
Ontwijkende ptss		2	3.8	0	0
Afhankelijke ptss		1	1.9	0	0
Obsessief-compulsieve ptss		0	0	0	0
Geen ptss		5	9.4	1	1.6
Onbekend		1	1.9	1	1.6
AS II trekken		Paranoïde trekken	0	0	1
	Schizoïde trekken	0	0	0	0
	Schizotypische trekken	0	0	2	3.9
	Antisociale trekken	13	26	7	13.7
	Borderline trekken	7	14	5	9.8
	Theatrale trekken	1	5	1	1.9
	Narcistische trekken	5	10	7	13.7
	Ontwijkende trekken	1	2	2	3.9
	Afhankelijke trekken	3	6	1	1.9
	Obsessief-compulsieve trekken	1	2	2	3.9
	Geen trekken	18	36	21	41.2
	Onbekend	0	0	2	3.9
	Mate van psychopathie	Totale som	20.3**	6.8	24.2*
Mate van psychopathie Factor 1		8.4	3.1	9.8	3.4
Mate van psychopathie Factor 2		9.6	4.3	11.7	4.1

Noot. ptss= persoonlijkheidsstoornis. \* n = 33, \*\*n = 34

		Vrouw		Man	
		Aantal	%	Aantal	%
Kader risicotaxatie	Intramuraal	4	9.5	5	11.9
	Begeleide stappen	10	23.8	13	31.0
	Onbegeleide stappen	10	23.8	5	11.9
	Transmuraal	16	38.1	17	40.5
	Einde behandeling	2	4.8	2	4.8
Eerdere delicten	Levensdelicten	6	9.1	5	6.0
	Zedendelicten	0	0	2	2.4
	Gewelddelicten	10	15.2	29	34.9
	Vermogendelicten	28	22.7	22	26.5
	Brandstichting	4	6.1	1	1.2
	Overige	16	24.2	22	26.5
	Geen	14	21.2	2	2.4
Hulpverleningsgeschiedenis Jeugd	Geen	29	69.0	25	59.9
	Ambulant	4	9.5	9	21.4
	Opname	8	19.0	7	16.7
	Combinatie	0	0	1	2.4
Hulpverleningsgeschiedenis Volwassenheid	Geen	8	19.0	6	14.3
	Ambulant	7	16.7	10	23.8
	Opname	13	31	15	35.7
	Combinatie	13	31	11	26.2
Misbruik van middelen	Geen	12	28.6	3	7.1
	Alcohol	8	19	3	7.1
	Drugs	7	16.7	4	9.5
	Gokken	1	2.4	1	2.4
	Alcohol + drugs	6	14.3	28	66.7
	+ medicijnen	1	2.4		
	Combinatie van drie middelen	4	9.6	3	7.1
	Onbekend	1	2.4	0	0
Indexdelict(en)	Levensdelict	46	58.2	22	32.4
	Zedendelict	3	3.8	3	4.4
	Gewelddelict	7	8.9	22	32.4
	Vermogensdelict	3	3.8	8	11.8
	Brandstichting	18	22.8	10	14.7
	Overige	2	2.5	3	4.4
Slachtoffer(s) index	Onbekend	17	30.9	18	38.3
	(Ex-)Partner	9	16.4	11	23.4
	Kind	8	14.5	2	4.3
	Familie	7	13.0	4	8.5
	Vriend/ kennis	7	13.0	9	19.1
	Geen slachtoffer	6	11.1	3	2.1

Andere demografische gegevens

### Bijlage 3: Aangepaste items FAM

Aangepaste items	Aanpassing / aandachtspunt in de codeerinstructie	
<b>Historische items</b>		
H1*	Eerder geweld	Iemand anders aanzetten tot het plegen van gewelddadig gedrag is ook opgenomen in de codeerinstructie.
H3	Instabiliteit van relaties	Een huwelijk of langdurige relatie leidt niet automatisch tot een score 0. Voor vrouwen is niet zozeer het ontbreken of niet in stand kunnen houden van een relatie een risicofactor, maar gaat het vooral om het hebben van een problematische, instabiele of kwalitatief slechte relatie (zie bijvoorbeeld Benda, 2005).
H4*	Problemen in het arbeidsverleden	Openlaten als de vrouw een huisvrouw / thuisblijfmoeder was en geen vaste baan heeft gehad.
H7*	Psychopathie	0 = Geen psychopathie. PCL-R score onder 14, of PCL:SV score onder 11; 1 = Mogelijke / minder ernstige psychopathie. PCL-R score van 14 tot en met 23, of PCL:SV score van 11 tot en met 15; 2 = Duidelijke / ernstige psychopathie. PCL-R score van 24 of meer, of PCL:SV score van 16 of meer.
H8	Problemen in de kindertijd	8a) Problematische omstandigheden in de kindertijd (tot 17 <sup>e</sup> ). Bijvoorbeeld: slachtoffer van mishandeling of misbruik, getuige van geweld tussen ouders); 8b) Problematisch gedrag in de kindertijd (tot 17 <sup>e</sup> ). Bijvoorbeeld: antisociaal gedrag, geweld naar anderen.
H9	Persoonlijkheidsstoornissen	0 = Geen persoonlijkheidsstoornis; 1 = Cluster A of C persoonlijkheidsstoornis(sen) en / of trekken van cluster B persoonlijkheidsstoornis(sen); 2 = Cluster B persoonlijkheidsstoornis(sen).
H10*	Eerdere onttrekking aan toezicht	Onttrekkingen aan niet door de rechter opgelegde behandelingen en / of opnames in algemeen psychiatrische instellingen worden ook meegenomen. Hierbij moet een patroon van onttrekkingen zichtbaar zijn.
<b>Klinische items</b>		
C1*	Gebrek aan zelfinzicht	Let op overschatting: vrouwen hebben vaak betere verbale vaardigheden vergeleken met mannen.
C2	Negatieve opvattingen	Negatieve opvattingen naar zichzelf worden ook meegenomen als een relatie tot geweld zichtbaar is of wordt 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.
C5*	Reageert niet op behandeling	Let op overschatting / schijnaanpassing: vrouwen lijken soms meer gemotiveerd dan mannen maar zijn ook meer geneigd tot verhullen, anderen te behagen en sociaal aangepast gedrag.

Noot. \* Deze aanpassingen zouden ook kunnen gelden voor de volgende HKT-30 items: H01, H06, H10, H02, K01, K10, respectievelijk. In de HKT-30 zijn problemen in de kindertijd reeds gesplitst in gedrag en omstandigheden (H03 en H04) en voor persoonlijkheidsstoornissen (H09) is differentiatie naar clusters in de coderingsinstructie meegenomen.

### Bijlage 3: Nieuwe items FAM

Nieuwe items	Korte beschrijving item	Literatuur
<b>Historische items</b>		
H11 Prostitutieverleden	Heeft als prostituee gewerkt voor een substantiële periode / meerdere periodes. De levensomstandigheden van een prostituee worden hierbij gezien als risicofactor. Daarnaast wordt gezien dat de kwetsbaarheid van een vrouw die gedwongen wordt tot prostitutie haar tevens kwetsbaar maakt om meegenomen te worden in het plegen van delicten.	Morgan & Patton, 2002
H12 Problemen met opvoeden	Serieuze opvoedproblemen, 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; Van Voorhis et al., 2010
H13 Zwangerschap op jonge leeftijd	Ernstige impact van zwangerschap op jonge leeftijd (voor 20e). Abortus(sen) of miskraam / miskramen kunnen hierbij ook meegenomen worden.	Messer et al., 2004
H14 Suïcidepoging / automutilatie	Ernstige / herhaalde suïcidepogingen, gedachten en / of automutilatie. De uiting van frustratie en agressie is bij vrouwen vaker naar zichzelf gericht, maar kan omslaan in gewelddadig gedrag naar anderen. Als het suïciderisico oploopt, loopt ook het risico van externaliserend gewelddadig gedrag op. Suïcide wordt ook wel gezien als motief voor sommige geweldsdelicten als kinderdoding en brandstichting.	Benda, 2005; Blanchette & Brown, 2006; Blanchette & Motiuk, 1995; Borst & Noam, 1993; Coid et al., 2000; Meichenbaum, 2006; Motz, 2001; Morgan & Patton, 2002; Völlm & Dolan, 2009
H15 Slachtofferschap na de kindertijd	Ernstig slachtofferschap na de kindertijd (na 17e), zoals seksueel misbruik of huiselijk geweld. Zich in een gewelddadige intieme relatie bevinden verhoogt het risico van gewelddadig gedrag bij vrouwen. Traumatisatie kan ook een indirect effect hebben: het kan leiden tot psychiatrische stoornissen en misbruik van middelen.	Benda, 2005; Byrd & Davis, 2009; McClellan et al., 1997; Siegel, 2000; Weizmann-Henelius et al. 2004
H16 Instrumenteel inzetten van seksualiteit	Inzetten van seksualiteit op manipulatieve wijze, bijvoorbeeld om macht of aandacht te verkrijgen. Daarnaast kan dergelijk gedrag het risico om slachtoffer te worden verhogen.	Geen empirisch bewijs
<b>Klinisch item</b>		
C6 Heimelijk gedrag	Serieuze indicaties van heimelijk gedrag, zoals het verhullen of verdraaien van de waarheid, stokerig gedrag, roddelen, liegen over relaties, anderen zwartmaken. Er is overlap met de items H07 <i>Psychopathie</i> and H09 <i>Persoonlijkheidsstoornis</i> , maar het huidige item dient gezien te worden als dynamisch.	Geen empirisch bewijs
<b>Risk management items</b>		
R6 Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen	Ernstige problemen door de (gewenste) zorg voor kinderen. Het opvoeden van kinderen kan een te zware belasting zijn gezien de pathologie / problemen van de vrouw. Daarnaast kan het verdriet of de boosheid om het verlies van kind(eren), bijvoorbeeld door uit de ouderlijke macht te zijn gezet leiden tot stress en mogelijk geweld naar anderen (bijvoorbeeld degenen die haar opvoedkwaliteiten in twijfel trekken). Ook het gevoel van falen / teleurstelling om het niet kunnen helpen van kinderen door opname / detentie.	Batchelor, 2005; 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; Koons-Wit & Schram, 2003; Leverentz, 2006; Van Voorhis et al., 2010; Weizmann-Henelius et al., 2004

h

