

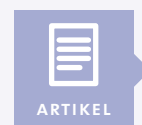
Gewelddadige vrouwen: een multicenteronderzoek naar kenmerken van vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten

V. DE VOGEL, J. STAM, Y. BOUMAN, P. TER HORST, M. LANCEL

- ACHTERGROND** De aandacht voor geweld door vrouwen neemt de laatste jaren sterk toe. Desondanks is er nog veel onduidelijk over de achtergrond van vrouwen die worden opgenomen in forensisch psychiatrische instellingen en over risicofactoren voor recidive.
- DOEL** Vergroten van de kennis over vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten met een multicenteronderzoek en nagaan wat de implicaties zijn voor risicotaxatie en behandeling in (forensisch) psychiatrische instellingen.
- METHODE** Wij scoorden de dossiers van 297 vrouwen die tussen 1984 en 2013 opgenomen waren (geweest) in één van vier forensisch psychiatrische instellingen vanwege gewelddadig of delinquent gedrag. Een uitgebreide codeerlijst en diverse risicotaxatie-instrumenten werden gescoord, waaronder de specifiek voor vrouwen ontwikkelde Female Additional Manual (FAM).
- RESULTATEN** Uit de bevindingen kwam een beeld naar voren van over het algemeen ernstig getraumatiseerde vrouwen met complexe problematiek en een hoge mate van comorbiditeit, bij wie eerdere behandelingen vaak waren mislukt en die veel incidenten veroorzaakten tijdens de behandeling.
- CONCLUSIE** Vrouwen in de forensische psychiatrie vormen een complexe groep waar meer specifieke aandacht voor nodig is. Aandacht voor trauma's uit het verleden, intensieve begeleiding in relaties en training voor stafleden in de omgang met bijvoorbeeld manipulatief gedrag volgen als belangrijkste implicaties uit het onderzoek.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 439-447

TREFWOORDEN Female Additional Manual, gender, geweld, risicotaxatie



De aandacht voor geweld en criminaliteit door vrouwen is de laatste jaren sterk gegroeid (bijvoorbeeld Koenraadt e.a. 2013; Slotboom e.a. 2013). Mannen worden vaker veroordeeld voor geweldsdelicten dan vrouwen, maar het aantal geweldsdelicten door vrouwen lijkt gestaag toe te nemen (De Vogel e.a. 2012). Bij sommige vormen van geweld is de prevalentie bij mannen en vrouwen nagenoeg gelijk, bijvoorbeeld voor geweld binnen intieme relaties en binnen psychiatrische instellingen. Over het algemeen is geweld-

dadig gedrag gepleegd door vrouwen anders van aard dan geweld door mannen, namelijk vaker reactief en in relationele context en minder vaak instrumenteel en/of seksueel (bijvoorbeeld Nicolls e.a. 2009).

Ondanks de toegenomen aandacht is er nog veel onbekend over de achtergrond van vrouwen die gewelddadig gedrag hebben vertoond en over de kans dat dergelijk gedrag zich in de toekomst zal herhalen. Voor vrouwen zijn mogelijk andere risicofactoren voor geweld van belang dan voor

mannen en ongestructureerde risicotaxatie is vatbaar voor *gender-based* vormen van bias (Skeem e.a. 2005). De meeste gestructureerde risicotaxatie-instrumenten zijn ontwikkeld voor en onderzocht in overwegend mannelijke populaties. De vraag is dan ook: zijn de huidige theoretische en empirische kennis over geweld door mannen en de inschatting van het recidiverisico wel voldoende valide en van toepassing voor vrouwen?

Daarnaast komt zelfdestructief gedrag bij vrouwen vaker voor en is het dus van belang om niet alleen het risico van geweld naar anderen te kunnen beoordelen, maar ook het risico van geweld naar zichzelf. Meer in het algemeen hangen hiermee de vragen samen: zijn de problematiek en de behoeften van vrouwen voldoende helder en is behandeling binnen forensisch psychiatrische instellingen waar vrouwen verblijven wel optimaal (Graat e.a. 2011)?

Op basis van eerdere onderzoeksresultaten en de vraag van behandelaars naar meer specifieke kennis over vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten is in 2007 in de Van der Hoeven Kliniek onderzoek gestart naar deze subpopulatie. Ook werd een aanvullend risicotaxatie-instrument bij de *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20; Webster e.a. 1997) ontwikkeld, de *Female Additional Manual* (FAM; De Vogel e.a. 2011). Onderzoek naar de vrouwelijke forensische populatie is moeilijk vanwege de relatief kleine aantallen vrouwen verspreid over diverse forensische instellingen en de lage uitstroom. Samenwerking tussen verschillende forensische psychiatrische instellingen is essentieel om een voldoende grote groep te krijgen om valide uitspraken te kunnen doen en om subgroepen te kunnen vergelijken (o.a. naar psychiatrische stoornissen en delicttype).

Doorlopend multicentrisch onderzoek

In het huidige onderzoek zijn onderzoekers uit meerdere instellingen de samenwerking aangegaan om deze relatief kleine, maar groeiende en arbeidsintensieve populatie helder in beeld te krijgen. De doelstelling van dit doorlopende onderzoek is het vergroten van de kennis over en inzicht in vrouwelijke patiënten. Tevens willen we nagaan wat de implicaties zijn voor diagnostiek, risicotaxatie en behandeling in forensische psychiatrische instellingen, maar mogelijk ook in de algemene psychiatrie en het gevangeniswezen. Daarnaast is deze kennis van groot belang voor preventie. Uit onderzoek is gebleken dat moeders met een geschiedenis van gewelddadig gedrag een grotere kans hebben op opvoedingsproblemen en agressie bij hun kinderen (Serbin e.a. 2009).

In dit artikel beschrijven wij 280 vrouwen die opgenomen zijn (geweest) in de Nederlandse forensische psychiatrie en van wie betrouwbare gegevens beschikbaar zijn. Hierbij gaan we onder meer in op de psychiatrische stoornissen,

AUTEURS

VIVIENNE DE VOGEL, hoofd afd. Onderzoek, Van der Hoeven Kliniek, Utrecht.

JEANTINE STAM, werkzaam bij het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

YVONNE H.A. BOUMAN, hoofd onderzoek en risicotaxatie bij FPC Oldenkotte; tevens: Pompestichting.

PAUL TER HORST, senior wetenschappelijk onderzoeker, De Woenselse Poort, Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen.

MARIKE LANCEL, hoofd afd. Research, divisie Beveiligde Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Vivienne de Vogel, afd. Onderzoek, Van der Hoeven Kliniek, Postbus 174, 3500 AD Utrecht.
E-mail: vdevogel@hoevenkliniek.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-4-2014.

slachtofferschap, behandelgeschiedenis, zoals incidenten tijdens de behandeling en risicofactoren zoals ze werden gescoord met de FAM/HCR-20.

METHODE

Populatie

De dossiers werden gescoord van 297 vrouwen die tussen 1984 en 2013 opgenomen waren (geweest) in een forensisch psychiatrische instelling: FPC Van der Hoeven in Utrecht (n = 101), FPC Oldenkotte in Rekken (n = 80), FPK De Woenselse Poort in Eindhoven (n = 49) en FPK Assen GGZ Drenthe (n = 67). In deze vier instellingen verblijft het grootste deel van de vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten in Nederland. De meerderheid van deze vrouwen (n = 223) had een terbeschikkingstelling(tbs)-maatregel opgelegd gekregen: tbs met dwangverpleging (n = 191), tbs met voorwaarden (n = 16) of een gemaximeerde tbs (n = 16). Tbs kan door de rechter worden opgelegd op grond van de ernst van de gepleegde delicten, de mate van ontoerekeningsvatbaarheid en een hoog ingeschat recidiverisico. Andere juridische of civielrechtelijke maatregelen kwamen ook voor, bijvoorbeeld een rechterlijke machtiging (RM; n = 18) en enkele vrouwen (n = 5) waren vrijwillig opgenomen. De helft (52%) van de vrouwen was nog opgenomen in één van de vier instellingen op het moment van onderzoek.

Instrumenten

ALGEMENE CODEERLIJST

De algemene codeerlijst werd samengesteld op basis van de literatuur over geweld en criminaliteit door vrouwen. De in dit onderzoek gebruikte lijst bestond uit twee delen: deel A (diverse demografische, criminele en psychiatrische variabelen, de *Psychopathie Checklist-Revised* (PCL-R; Hare 2003), historische factoren van de FAM/HCR-20 en van de HKT-30 (*Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30; WRF 2003); deel B (incidenten tijdens de behandeling).

HCR-20/FAM

De HCR-20 is internationaal één van de meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten voor het inschatten van de kans op gewelddadig gedrag. Onderzoek met diverse (forensisch) psychiatrische steekproeven in verschillende landen heeft aangetoond dat de HCR-20 een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en voorspellende waarde heeft voor diverse vormen van geweld bij mannen (Douglas & Reeves 2010). Er zijn enkele studies uitgevoerd naar het gebruik van de HCR-20 bij vrouwen, waaruit bleek dat de voorspellende waarde van de HCR-20 voor herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen matig is en slechter dan voor mannen (De Vogel & De Ruiters 2005; Garcia-Mansilla e.a. 2009; McKeown 2010).

Recentelijk is de FAM ontwikkeld met als doel deskundigen die met vrouwen werken meer handvatten te geven voor risicotaxatie en risicomangement (De Vogel e.a. 2011; 2012). De FAM is een aanvulling op de HCR-20/HCR-20^{V3} (recentelijk gepubliceerde revisie van de HCR-20, zie De Vogel e.a. 2013) voor vrouwen en bevat 9 risicofactoren (zie **TABEL 1**) en aanvullende richtlijnen voor 5 HCR-20-items en 2 HCR-20^{V3}-items. De FAM kan ook in combinatie met de HKT-30/HKT-R (Spreeuw e.a. 2013) worden gebruikt. In de FAM wordt niet alleen het risico van geweld tegen anderen beoordeeld, maar ook het risico van zelfdestructief gedrag, victimisatie en algemeen crimineel gedrag.

Procedure

De instrumenten werden gescoord op basis van informatie uit de dossiers van de recentste of huidige instelling door getrainde onderzoekers. Er waren 35 vrouwen die in meer dan één van de instelling opgenomen waren geweest, bijvoorbeeld vanwege een nieuwe opname na een recidief of overplaatsing na een ernstig incident. In die gevallen gebruikten wij de informatie van de recentste instellingen. De dossierinformatie was over het algemeen uitgebreid en bevatte aanvullende informatie (politierapporten, psychologische rapporten, behandelbeoordelingen en interviews). De kwaliteit van de dossiers werd door de onderzoekers

beoordeeld op een schaal van 0-100, waarbij 0 staat voor onvoldoende, 50 voor voldoende en 100 voor uitmuntend. Hierbij werd vooral gelet op de beschikbaarheid van meerdere bronnen met informatie over de voorgeschiedenis van de vrouw. Dossiers met een score lager dan 50 of waar meer dan 3 historische FAM/HCR-20-items niet konden worden gescoord, lieten wij uit de analyses ($n = 17$). Van de resterende 280 vrouwen werd de kwaliteit van het dossier als voldoende beoordeeld met een gemiddelde van 78 (SD 13,5; uitersten: 50-100).

Een deel van de dossiers werd dubbel gescoord om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de risicotaxatie-instrumenten te bepalen. Deze bleek goed voor zowel de score op de historische schaal van de FAM/HCR-20 ($n = 25$; intraklassecorrelatiecoëfficiënt *single measure* (ICC): 0,93; $p < 0,001$) als die op alle individuele historische items (ICC: 0,75-0,97; $p < 0,001$). De voorspellende waarde van de historische FAM-items werd bepaald met *receiver operating characteristics* (ROC)-analyses, resulterende in *area under the curve* (AUC)-waarden.

RESULTATEN

Algemene voorgeschiedenis

De gemiddelde leeftijd op het moment van opname bij de recentste behandelinstelling was 35 jaar (SD 9,7; uitersten: 18-65). De meerderheid van de vrouwen (84%) werd in Nederland geboren. Van de vrouwen was 68% opgegroeid bij hun biologische ouder(s), de rest bij familie (vaak met een deel van de tijd bij de biologische ouders), in pleeggezinnen of tehuizen. Van de helft van de vrouwen werd de intelligentie als gemiddeld gemeten of ingeschat (IQ 85-115); 11% had een bovengemiddelde intelligentie ($IQ > 115$); 30% een benedengemiddelde intelligentie (IQ 70-85) en 9% een licht verstandelijke beperking ($IQ < 70$). Wat betrof opleiding had 12% alleen lagere school, de anderen hadden minimaal 1 jaar een vervolgopleiding gevolgd (34% vmbo/mbo, 34% mavo/havo en 10% vwo/hbo/wo) en in totaal 46% van hen had een diploma behaald.

Iets minder dan de helft van de vrouwen had een intieme relatie ten tijde van het indexdelict (40%) en 54% had één of meer kinderen. De meeste van deze vrouwen waren echter niet in staat om zelfstandig voor hun kind(eren) te zorgen; de meerderheid van deze kinderen (82%) woonde niet bij hun moeder, maar was (door de rechter) uit huis geplaatst, verbleef bij de (ex-)partner, bij familie, in tehuizen of pleeggezinnen. Bij vrijwel al deze vrouwen werd geconstateerd dat ze moeite hadden met het opvoeden van hun kind(eren) (zie ook **TABEL 1**). Bij een deel was dit in zeer ernstige mate het geval en waren hun eigen kind(eren) slachtoffer: 23 moeders hadden hun kind(eren) gedood (in

TABEL 1 Aanwezigheid van historische risicofactoren van de Female Additional Manual (FAM)/Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) voor vrouwen in de forensische psychiatrie, weergegeven in percentages (n = 280)

Historische items van FAM/HCR-20		%		
		Nee	Deels	Ja
H1	Eerder geweld	6	14	80
H2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident	18	60	22
H3	Instabiliteit van relaties	4	13	83
H4	Problemen in het arbeidsverleden	8	28	65
H5	Problemen met middelengebruik	31	12	57
H6*	Psychische stoornis	34	23	43
H7*	Psychopathie	38	47	14
H8a*	Problematische omstandigheden in de kindertijd	13	22	65
H8b*	Problematisch gedrag in de kindertijd	40	23	37
H9*	Persoonlijkheidsstoornissen	6	15	80
H10*	Eerdere onttrekking aan toezicht	24	10	66
H11**	Prostitutieverleden	71	9	20
H12**	Problemen met opvoeden	6	7	87
H13**	Zwangerschap op jonge leeftijd	73	9	18
H14**	Suïcidaliteit/automutilatie	27	21	52
H15**	Slachtofferschap na de kindertijd	45	15	40

De Historische factoren van de FAM en HCR-20 worden gescoord op een driepuntsschaal: 0 (nee); 1 (deels/misschien); 2 (ja).

*HCR-20-item met aanvullende richtlijnen voor vrouwen.

**Nieuwe items specifiek voor vrouwen. Item H12 is alleen gescoord voor vrouwen die kinderen onder hun hoede hebben gehad (n = 151).

totaal 37 slachtoffers: 15 maal 1 kind, 4 maal 2 kinderen, 2 maal 3 en 2 maal 4 kinderen) en 5 moeders waren opgenomen vanwege mishandeling van hun kind(eren).

Delicten

De meeste vrouwen (72%) hadden al voor het indexdelict waarvoor ze in de forensische psychiatrie terecht waren gekomen contact met justitie, vooral wegens vermogens- en geweldsdelicten. Ongeveer de helft (52%) was eerder veroordeeld. Het gemiddeld aantal eerdere veroordelingen van de groep was 4 (SD 4,7; uitersten 1-30). Een kleiner deel van de vrouwen (20%) was wel met justitie in aanraking gekomen, bijvoorbeeld vanwege het verstoren van de openbare orde. Dit had niet geleid tot een officiële veroordeling, maar betrof vaak septs wegens slechte geestelijke gezondheidstoestand.

De indexdelicten waren over het algemeen ernstig van aard, waarbij levensdelicten en brandstichting (88% met gevaar voor personen, 12% met gevaar voor goederen) het meest voorkwamen (TABEL 2). Het merendeel van de vrouwen (87%) pleegde het delict alleen; een minderheid (13%) met een (meestal mannelijke) mededader. In 80% van de gevallen was er een slachtoffer, meestal uit de directe omgeving: de (ex-)partner (20%), eigen kind(eren)

(16%), een ander familielid (10%), behandelstaf of begeleiders (9%), of vrienden of kennissen (29%). In 16% van de gevallen was het slachtoffer een onbekende van de vrouw.

Slachtofferschap

In TABEL 2 is te zien dat de meeste vrouwen (ernstig) getraumatiseerd waren; 72% was slachtoffer geweest van seksueel, fysiek en/of emotioneel misbruik vóór het 17de jaar. Bij 65% van de slachtoffers tijdens de kindertijd waren één of beide ouders de dader (soms in combinatie met andere daders buiten het gezin). Iets meer dan de helft (54%) was als volwassene slachtoffer geweest, waarbij in 82% van de gevallen de (ex-)partner(s) de dader was.

Behandelgeschiedenis

De meeste vrouwen waren eerder in behandeling geweest; 37% vóór het 17de jaar en 88% als volwassene (zie TABEL 2). Van de laatste groep was 57% ooit gedwongen opgenomen, bijvoorbeeld met een RM. Bij de meerderheid van de vrouwen die in behandeling waren geweest (76%), was eerdere behandeling voortijdig afgebroken, omdat de vrouw was weggelopen of vanwege geweldsincidenten, schending van regels of suïcidepogingen.

De gemiddelde behandelduur van de recentste of actueel-

ste klinische behandeling was 55 maanden (sd 46; mediaan 48; uitersten 1-336), waarbij opgemerkt dient te worden dat op het moment van dit onderzoek de helft van de vrouwen nog altijd opgenomen was.

Tijdens de behandeling werden de volgende geweldsincidenten gerapporteerd: bij 34% van de vrouwen was sprake van fysiek geweld naar anderen; bij 47% verbaal geweld en bij 47% zelfdestructief gedrag. Gewelddadige incidenten, zowel verbaal als fysiek, waren meestal gericht tegen stafleden. Bij 55% werd melding gemaakt van manipulatief gedrag, bijvoorbeeld mannelijke stafleden of medepatiënten valselijk beschuldigen van ongewenste intimiteiten, zwangerschap of ziekte voorwenden of het inzetten van seksualiteit om zaken voor elkaar te krijgen. Bij 8% was sprake geweest van brandstichting tijdens de behandeling, meestal in de eigen kamer. Van 8% van de vrouwen was bekend geworden dat ze tijdens de behandeling slachtoffer waren geworden, meestal van bedreiging, mishandeling of seksueel misbruik door een mannelijke medepatiënt of partner. In totaal werd bij 68% een andersoortig incident gerapporteerd, zoals schending van regels, vernieling of gebruik van alcohol of drugs.

Twee voorbeelden uit de praktijk

Patiënte A werd van haar 5de tot haar 12de jaar stelselmatig seksueel misbruikt door haar broer. Op haar 13de ontvluchtte zij het ouderlijk huis en trok in bij een man die haar in eerste instantie steunde, maar die zich na verloop van tijd steeds gewelddadiger tegenover haar gedroeg, waarop ze hem verliet. Hierna volgde een patroon waarbij patiënte steeds relaties aanging met mannen die haar mishandelden. Ze kwam diverse keren in ziekenhuizen en blijf-van-mijn-lijfhuizen terecht. Op haar 22ste kreeg ze een relatie met een ernstig verslaafde man met wie ze een dochter kreeg. Nadat het gezin vanwege huurschuld op straat werd gezet, ging het steeds slechter met de relatie: de partners mishandelden elkaar wederzijds. Tijdens een ruzie waarbij haar partner dreigde hun dochter te zullen misbruiken, werd patiënte woedend en in een impuls doodde ze hem met een schaar. Ze kreeg hiervoor tbs opgelegd. In de kliniek ging zij al snel een relatie aan met een medepatiënt met een hoge mate van psychopathie. Deze relatie verliep instabiel en conflictueus.

Patiënte B, een 46-jarige vrouw, was herhaaldelijk veroordeeld wegens oplichting, verduistering, valsheid in geschrifte en (verbaal) dreigend gedrag. Eén van de patronen was dat ze relaties aanging met mannen, hen voor grote bedragen benadeelde en vervolgens met de noorderzon vertrok. Ze kreeg hiervoor een gemaximeerde tbs opgelegd. In de kliniek vertoonde patiënte regelmatig heimelijk gedrag: ze roddelde en stookte, waardoor er in

haar omgeving misverstanden en problemen ontstonden. Ze was betrokken bij handel in onder andere mobiele telefoons en ze faciliteerde een geheime relatie binnen de kliniek door haar kamer te ‘verhuren’. Verder speelde ze begeleiders tegen elkaar uit. Ze vroeg medepatiënten die buiten de kliniek mochten komen om spullen voor haar mee te nemen en ze leende bedragen van medepatiënten of uit het groepsbudget die ze niet terugbetaalde. Patiënte volgde haar behandelprogramma onregelmatig en meldde zich zeer regelmatig ziek. Haar behandelaars hadden het sterke vermoeden dat ze haar somatische klachten inzette om onder verplichtingen uit te komen.

TABEL 2 Kenmerken van vrouwen opgenomen in de forensische psychiatrie (n = 280)

Kenmerk	%
<i>Indexdelict</i>	
Brandstichting	28%
Levensdelict (voltooid)	25%
Poging tot levensdelict	24%
Gewelddelict	14%
Vermogensdelict/overig	6%
Zedendelict	4%
<i>Slachtofferschap tijdens kindertijd (tot 17 jaar)</i>	
Emotionele mishandeling	8%
Fysieke mishandeling	5%
Seksuele mishandeling	13%
Minimaal 2 uit: seksueel, emotioneel, fysiek	46%
<i>Slachtofferschap in volwassenheid (vanaf 17 jaar)</i>	
Emotionele mishandeling	2%
Fysieke mishandeling	20%
Seksuele mishandeling	14%
Minimaal 2 uit: seksueel, emotioneel, fysiek	18%
Slachtoffer zowel tijdens kindertijd als in volwassenheid	43%
<i>Hulpverleningsgeschiedenis</i>	
Hulpverlening in jeugd	37%
Hulpverlening in volwassenheid	88%
Eerdere behandeling afgebroken	68%
<i>Incidenten tijdens huidige/recentste behandeling</i>	
Geweld naar anderen	34%
Zelfdestructief (automutilatie, ernstige zelfverwaarlozing)	47%
Brandstichting	8%
Verbaal geweld/verbale dreigementen	47%
Manipulatief gedrag	55%
Victimisatie	8%
Overige incidenten	68%

Psychiatrische stoornissen

Uit de onderzochte 280 dossiers was er voor 269 vrouwen betrouwbare diagnostiek voorhanden. Hierbij moet aangetekend worden dat in sommige instellingen uitgebreid gestructureerd psychodiagnostisch onderzoek wordt verricht, terwijl bij andere instellingen wordt uitgegaan van eerder gestelde diagnoses, bijvoorbeeld uit Pro Justitiarapportages. Er werd een hoge mate van comorbiditeit gevonden: 75% van de vrouwen had zowel as I- als as II-stoornissen, waarbij as II-stoornissen vaak op de voorgrond stonden. Het gemiddeld aantal stoornissen voor de gehele groep was 2,5 (SD 1,1; uitersten 1-7).

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) kwam het meeste voor: deze was bij 59% gediagnosticeerd en bij 21% waren er borderlinetrekken. Bij 15% van de vrouwen was een antisociale persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd en 25% had trekken daarvan. Bij 14% was er een hoge mate van psychopathie, zoals gemeten met de PCL-R en gebruik makend van de lagere grenswaarde van 23 in de FAM. De narcistische persoonlijkheidsstoornis kwam het minst vaak voor (3%, 9% trekken).

Wat betrof as I-stoornissen werd - los van middelenmisbruik (11%) of middelenafhankelijkheid (24%) - voornamelijk schizofrenie gediagnosticeerd (20%). Veel vrouwen (69%) hadden een geschiedenis van problemen met middelengebruik (zoals gescoord op de HCR-20, zie **TABEL 1**), vooral alcoholmisbruik (68% van alle vrouwen met problematisch middelengebruik). Ongeveer een derde van de vrouwen (32%) had het indexdelict gepleegd onder invloed van middelen. Het merendeel van de vrouwen had een geschiedenis van zelfdestructief gedrag: bij 40% was er automutilatie geweest, bij 32% suïcidaliteit en 4% had ernstige zelfverwaarlozing laten zien in het verleden.

Risicofactoren

In **TABEL 1** staan de historische risicofactoren van de FAM/HCR-20 vermeld. Deze scores werden gerelateerd aan de gerapporteerde incidenten gedurende de huidige/recentste behandeling. Hieruit bleek dat de score op de historische schaal van de FAM/HCR-20 een significante voorspeller was voor geweld tegen anderen, verbaal geweld of verbale dreigementen, brandstichting, algemene incidenten en interne overplaatsing vanwege problemen (uitersten AUC 0,65-0,71; $p < 0,01$).

DISCUSSIE

In dit artikel beschrijven wij een groep vrouwen die tussen 1984 en 2013 opgenomen zijn (geweest) in de forensische psychiatrie in Nederland. Dit is het eerste onderzoek in Nederland naar een relatief grote groep vrouwen uit meerdere instellingen waarin ook incidenten gedurende de behandeling zijn meegenomen.

Er komt een beeld naar voren van over het algemeen ernstig getraumatiseerde vrouwen met complexe problematiek en een hoge mate van comorbiditeit, bij wie eerdere behandelingen vaak mislukt zijn en die tijdens de behandeling veel incidenten veroorzaken. De delicten waarvoor ze in behandeling zijn gekomen, zijn vaak ernstig van aard en meestal gericht tegen personen in de nabije omgeving zoals kinderen, (ex-)partner, familieleden of behandelaars. Er werd een hoge prevalentie gevonden van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

De resultaten vertonen overeenkomsten met eerder gevonden kenmerken van vrouwen in de forensische psychiatrie (Graat e.a. 2011; Koenraadt e.a. 2013). De historische risicofactoren van de FAM/HCR-20 hadden een goede betrouwbaarheid en redelijke voorspellende waarde voor incidenten tijdens de behandeling en lijken waardevol voor adequate risicotaxatie bij vrouwen in de forensische psychiatrie.

Beperkingen

Een beperking van het huidige onderzoek is dat het een retrospectief onderzoek betrof waarbij informatie uit dossiers is gecodeerd en niet met de vrouwen zelf of behandelaars is gesproken. De kwaliteit van de dossiers was wisselend. Hiermee is wel rekening gehouden; er is alleen gebruikgemaakt van kwalitatief goede dossiers waarin ruim voldoende informatie beschikbaar was over de voorgeschiedenis van de vrouw en over de recente behandeling.

Verder moeten we opmerken dat wij niet de volledige groep Nederlandse vrouwelijke forensische patiënten in de periode 1984-2013 beschrijven, er zijn nog twee andere forensisch psychiatrische instellingen waar vrouwen kunnen worden opgenomen. Desondanks vormt de groep van 280 vrouwen de ruime meerderheid van vrouwelijke klinisch forensisch psychiatrische patiënten in Nederland. Ook zijn er vrouwen die gewelddadig gedrag hebben vertoond die daarvoor gevangenisstraf opgelegd hebben gekregen of die in de reguliere psychiatrie verblijven. Idealiter wordt vervolgonderzoek dan ook uitgebreid naar forensische poliklinieken, het gevangeniswezen en de reguliere psychiatrie om meer inzicht te krijgen in gewelddadig gedrag door vrouwen.

Implicaties voor de behandeling van vrouwen in de forensische psychiatrie

Een vraag die regelmatig wordt gesteld, is of specifieke aandacht nodig is voor vrouwen opgenomen in de forensische psychiatrie en – in het verlengde hiervan – of behandeling in gemengde (leef)groepen verstandig is. Graat e.a. (2011) pleiten voor meer aandacht voor vrouwen, omdat de huidige behandeling in tbs-instellingen volgens hen

sterk gericht is op beheersing van antisociaal gedrag. Voor vrouwen heeft dit wellicht een ongunstige of zelfs averechtse werking, zeker gezien de hoge prevalentie van trauma's en borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Ingenhoven e.a. 2012). Hoewel ieder individu uniek is en iedere behandeling zo goed mogelijk op het individu toegespitst moet zijn, willen we – gebaseerd op de bevindingen uit het huidige onderzoek – een aantal aanbevelingen doen voor behandeling van vrouwen in de forensische psychiatrie. Het is belangrijk om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan trauma's uit het verleden en aan het vergroten van copingvaardigheden en weerbaarheid. Uiteraard is dit voor mannen ook van belang, maar gezien de waarschijnlijk hogere prevalentie van slachtofferschap bij vrouwen, de patronen die vaak worden gezien in intieme relaties en de mogelijke kans op herhaald slachtofferschap binnen en buiten de instelling verdient dit onderwerp extra zorg bij vrouwen. Uit het huidige onderzoek bleek dat 8% van de vrouwen slachtoffer is geweest tijdens de behandeling, hetgeen mogelijk een onderschatting is omdat niet alles wordt gezien en gemeld. Overigens geldt dit ook andersom, zo waren er in het onderzoek meerdere vrouwen die mannelijke medepatiënten (of groepsleiders) valselijk beschuldigden, manipuleerden of aanzetten tot gewelddadig of crimineel gedrag.

Kortom, aandacht voor slachtofferschap bij vrouwen is nodig, maar daarnaast moet de impact van hun (soms subtiel) gewelddadige en criminele gedrag niet worden onderschat. Eventuele intieme relaties dienen zorgvuldig en intensief te worden begeleid, zeker binnen instellingen waar mannen en vrouwen gemengd worden behandeld. Een goede communicatie en overdracht tussen behandelaars zijn hierbij essentieel, ook met behandelaars van een ander team wanneer de vrouw een relatie heeft met een patiënt van een andere afdeling. Helder beleid op gebied van anticonceptie is binnen deze instellingen noodzakelijk.

Aandacht voor de eventuele kinderen van vrouwen is van groot belang. Vanuit preventief oogpunt en om verdere beschadiging bij hen te voorkomen is het belangrijk om – daar waar mogelijk – de relatie tussen moeder en kind te herstellen en begeleiden.

Erkenning van specifieke problematiek en risicofactoren en beschermende factoren voor vrouwen in de forensische psychiatrie kan een motiverende werking hebben voor zowel de vrouwen als hun behandelaars. Vanuit de literatuur is bekend dat het werken met vrouwen binnen de forensische psychiatrie veelal ingewikkelder en/of uitputtender is dan het werken met mannen, vermoedelijk vanwege het relatief hoge aantal vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Ingenhoven e.a. 2012; Lewis 2006). Van behandelaars worden dan ook grote deskundig-

heid en stressbestendigheid vereist. Belangrijk zijn: erkenning hiervan en training en intervisie, bijvoorbeeld in het eerder herkennen en stoppen van manipulatief gedrag, problemen binnen relaties of omgang met automutilatief gedrag. Een zorgvuldige risicotaxatie, zoals met de FAM, maar mogelijk ook voor partnergerelateerd geweld (bijvoorbeeld met de SARA; Kropp e.a. 1999) kan waardevol zijn voor het bieden van richtlijnen voor de behandeling. Tot slot pleiten wij er net als Graat e.a. (2011) voor om binnen de reguliere ggz de forensische deskundigheid te vergroten. De meeste van de vrouwen komen al vroeg in beeld en breken behandeling herhaaldelijk af. Vroegere adequate risicotaxatie en risicomangement kunnen wellicht eraan bijdragen om te voorkomen dat deze vrouwen verder afglijden en tot een indexdelict komen.

Vervolgonderzoek

Het huidige onderzoek is een deel van een groter, doorlopend onderzoeksproject naar vrouwen binnen de forensische psychiatrie. In vervolgonderzoek zal nader bestudeerd worden of er verschillen bestaan tussen subgroepen vrouwen op diverse kenmerken. Te denken valt aan vergelijking op het gebied van delicttype (o.a. brandstichting, kinderdoding of partnergerelateerd geweld), psychiatrische stoornis, intelligentieniveau of verslaving. Zo werden er in een deelstudie verschillen gevonden tussen vrouwen met een hoge score op het FAM-item psychopathie (PCL-R ≥ 23) versus vrouwen met een lagere score op dit item (PCL-R < 23). De eersten hadden onder andere vaker een vreemde als slachtoffer, significant hogere scores op verschillende FAM/HCR-20-factoren (o.a. prostitutie, problematisch gedrag tijdens de kindertijd) en meer manipulatief gedrag tijdens de behandeling (Klein Tuinte e.a. ter perse).


Verder zal een vergelijking worden gemaakt met mannen die in de forensische psychiatrie opgenomen zijn (geweest) en mogelijk ook met vrouwen in de ambulante forensische ggz, algemene psychiatrie of het gevangeniswezen. Tot slot zal nader worden onderzocht wat de voorspellende waarde is van de verschillende risicotaxatie-instrumenten voor criminele recidive en wat mogelijk beschermende factoren voor vrouwen zijn. Interessant hierbij is wat de precieze rol is van de items in de FAM en andere instrumenten en of deze items van toegevoegde waarde zijn op de HCR-20. Komen ze alleen vaker voor bij vrouwen of voorspellen ze daadwerkelijk herhaald gewelddadig gedrag of zijn het factoren waarmee in de behandeling rekening moet worden gehouden, oftewel responsiviteitsfactoren?

Tot besluit

We concluderen dat de resultaten van ons onderzoek een dieper inzicht geven in de voorgeschiedenis en problematiek van vrouwen en de risicofactoren voor geweld bij

vrouwen, maar dat meer onderzoek en aandacht voor deze groeiende groep noodzakelijk zijn. Op basis hiervan kunnen er richtlijnen geboden worden voor adequate risicotaxatie, diagnostiek en behandelprogramma's die beter afgestemd zijn op de problematiek en behoeften van vrouwen in de (forensische) psychiatrie. Hiermee hopen we bij te dragen aan een optimale behandeling voor de vrouwen zelf en hun directe omgeving (met name eventu-

ele kinderen en partners) en meer in het algemeen aan een betere beveiliging van de maatschappij.

 Gerjonne Akkerman-Bouwsema, Nienke Epskamp, Loes Hagenauw, Stéphanie Klein Tuente, Eva de Spa en Nienke Verstegen gaven waardevolle hulp bij het scoren van de dossiers.

LITERATUUR

- Douglas KS, Reeves KA. Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: rationale, application, and empirical overview. In: Otto RK, Douglas KS, red. Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health. New York: Routledge; 2010. p. 147-85.
- Garcia-Mansilla A, Rosenfeld B, Nicholls TL. Risk assessment: Are current methods applicable to women? International Journal Forensic Mental Health 2009; 8, 50-61.
- Graat R, Lammers S, Bloemsaat G. Sekseverschillen bij tbs-patiënten. De Psycholoog 2011; 46: 10-20.
- Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised. Second edition. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Ingenhoven T, Reekum A van, Luyn B van, Luyten P. Handboek Borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De Tijdstroom; 2012.
- Klein Tuente S, Vogel V de, Stam J. Exploring the criminal behaviour of la femme fatale. Results from a multicentre study into psychopathy and violent offending in female forensic psychiatric patients. Int J Forensic Ment Health [ter perse].
- Koenraadt F, Lancel M, Jager B de, red. Gewelddadige vrouwen. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers; 2013.
- Kropp PR, Hart SD, Webster CD, Eaves D. Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3). Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence; 1999.
- Lewis C. Treating incarcerated women: Gender matters. Psychiatr Clin North Am 2006; 29, 773-89.
- McKeown A. Female offenders: Assessment of risk in forensic settings. Aggress Violent Behav 2010; 15: 422-9.
- Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S. Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. Int J Law Psychiatry 2009; 32: 23-30.
- Serbin LA, Cooperman JM, Peters PL, Lehoux PM, Stack DM, Schwartzman AE. Intergenerational transfer of psychosocial risk in women with childhood histories of aggression, withdrawal, or aggression and withdrawal. Dev Psychol 1998; 34: 1246-62.
- Skeem J, Schubert C, Stowman S, Beeson S, Mulvey E, Gardner W, Lidz C. Gender and risk assessment accuracy: Underestimating women's violence potential. Law Hum Behav 2005; 29: 173-86.
- Slotboom A, Hoeve M, Ezinga M, van der Helm P, red. Criminele meisjes en vrouwen: Achtergronden en aanpak. Den Haag: Boom/Lemma; 2013.
- Spreen M, Brand E, Ter Horst P, Willems M, Bogaerts S. Handleiding HKT-R. Historische Klinische Toekomst – Revisie. 2013.
- Vogel V de, de Ruiters C. The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. Clin Psychol Psychother 2005; 12: 226-40.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, Bouman YHA, Chakhssi F, de Ruiters C. Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20^{vs}. Gedragstherapie 2013; 46: 107-18.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, van Kalmthout W, Place C. Female Additional Manual (FAM). Aanvulling op de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen. Utrecht: Van der Hoeven Stichting; 2011.
- Vogel V de, Vries Robbé M de, Kalmthout W van, Place C. Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: Naar een meer gender-sensitieve methode. Tijdschr Psychiatr, 2012; 54: 329-38.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2. British Columbia: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia; 1997.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30 Versie 2002.
- Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen; 2003.

SUMMARY

Violent women: a multicentre study of the characteristics of female forensic psychiatric patients

V. DE VOGEL, J. STAM, Y. BOUMAN, P. TER HORST, M. LANCEL

BACKGROUND Violence perpetrated by women has attracted more and more attention in the past few years. However, there is lack of background information about women admitted to forensic psychiatric hospitals and about risk factors for recidivism.

AIM To conduct a multicenter study which will give more insight into female psychiatric patients and which will probably have implications for psychodiagnostics, risk assessment and treatment in (forensic) psychiatric settings.

METHOD We coded the files of 297 women who, between 1984 and 2013, had been admitted to one of four Dutch forensic psychiatric facilities by reason of violent delinquent behaviour. We used an extensive coding list and several risk assessment tools including the recently developed Female Additional Manual (FAM) for women.

RESULTS The general picture that emerged was one of severely traumatised women with complex pathology and a high level of comorbidity. Many of the women had experienced previous treatment failures and had caused many incidents during treatment.

CONCLUSION Female forensic psychiatric patients are a complex group that deserves more specific attention. Attention for traumas from the past, intensive supervision in relationships and training for staff in dealing with, for instance, manipulative behaviour are the most important implications from this study.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 439-447

KEY WORDS Female Additional Manual, FAM, gender, risk assessment, violence