

Gewelddadig gedrag en de klinische praktijk: richtlijnen voor risicobepaling en interventies

Astrid Boelaert, Siegfried Koeck

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(4), 341-349]

Inleiding

Voor iedereen die met geweld geconfronteerd wordt, is dit emotioneel ontwrichtend. Hulpverleners, ongeacht de context waarin ze werken, spreken (potentieel) gewelddadige cliënten of mensen die hun slachtoffer zijn. Het is daarbij niet eenvoudig om in te schatten of en in welke mate (verdere) beschadiging zal plaatsvinden. Zal een cliënt een dreiging uitvoeren? Wat is de kans dat de brutale echtgenoot van een cliënt overgaat tot fysieke agressie? Meent een cliënt het wanneer hij zegt dat hij een collega in elkaar gaat slaan? In deze bijdrage staan we stil bij de aard en de uitingen van geweld. Hulpverleners krijgen een kompas aangereikt om de beladen en complexe vragen op een betrouwbaardere manier te beantwoorden. Factoren die onderzoeksmatig gelinkt zijn aan het risico op gewelddadig gedrag, worden toegelicht. Tevens wordt duidelijk gemaakt hoe zo richting kan worden gegeven aan een efficiëntere aanpak. Kortom, een gestructureerde, objectieve inschatting van de kans op geweld die handvatten biedt voor gepaste interventies, kan hulpverleners de nodige ondersteuning bieden.

De aard en uitingen van geweld

De term 'geweld' verwijst vandaag naar het onrechtmatig of buitensporig toepassen van macht (Philippa, Debrabandere, Quak, Schoonheim, & Van der Sijs, 2003-2009). Wat precies onrechtmatig of buitensporig is, is niet makkelijk te objectiveren: het hangt af van de context en het standpunt van de betrokkenen. In het algemeen uit een agressor de intentie of handelt die daadwerkelijk om doelbewust de fysieke of mentale integriteit van de ontvanger(s) volgens een zekere gradatie te beschadigen. Dat gedrag kan bij slachtoffers onder meer traumagerelateerde symptomen veroorzaken, zoals gevoelens van onveiligheid, angst en verhoogde waakzaamheid. De World Health Organisation (WHO) definieert

geweld als het dreigen met of daadwerkelijk intentioneel gebruikmaken van fysieke kracht of macht tegen zichzelf, een andere persoon of een groep of gemeenschap dat (met een grote waarschijnlijkheid) zal leiden tot verwonding, dood, psychische schade, ontwikkelingsachterstand of verwaarlozing (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, p. 5).

Een groot deel van de bevolking komt vroeg of laat met gewelddadig gedrag in aanraking. Een Belgisch onderzoek bij een representatieve steekproef (N = 2014) laat zien dat 47,8% van de respondenten na hun achttiende ooit met geweld te maken kreeg (Pieters, Italiano, Offermans, & Hellemans, 2010). Verbaal geweld (beledigingen, kleineringen) komt het vaakst voor (41,5%), gevolgd door intimidaties (22%), het krijgen van klappen of andere fysieke agressie (15%), bedreigingen met een wapen of wurging (6,4%), opgesloten of aan de deur gezet worden (4,3%) en gedwongen/ongewenste seksuele aanrakingen of betrekkingen (3,2%). De daders zijn divers: partner, (stief)ouders, kinderen, broer(s)/zus(sen), kennis(sen), een collega of een onbekende. Gezien de hoge prevalentie, erkent de WHO geweld als een mondiaal gezondheidsprobleem en brengt ze preventie onder de aandacht van beleidsmakers, onderzoekers en het brede publiek (Krug et al., 2002). Dat heeft inmiddels geleid tot een toegenomen monitoring van en onderzoek naar specifieke slachtoffer- en dadergroepen en uiteenlopende geweldsvormen.

Geweld en risicobepaling

Hulpverleners worden in de praktijk weleens geconfronteerd met een cliënt(e) die dreigende taal gebruikt. Het is niet makkelijk om in te schatten of de persoon zijn woorden in daden zal omzetten. Vertrouwen op intuïtie blijkt daarbij weinig betrouwbaar. Essentiële zaken blijven onopgemerkt of er wordt te veel of juist te weinig gewicht toegekend aan bepaalde signalen. In het gedragswetenschappelijke onderzoek naar risicobepaling wordt die intuïtieve manier van inschatten benoemd als de ‘klinische blik’ of een ongestructureerde professionele beoordeling. De juistheid ervan is afhankelijk van de deskundigheid van een individuele beoordelaar wiens waarneming – net als bij alle mensen – sterk onderhevig is aan subjectieve invloeden (bijvoorbeeld eerdere ervaringen met gewelddadige cliënten) en cognitieve vertekeningen (bijvoorbeeld confirmatiebias en tunnelvisie). De kritiek op dergelijke voorspellingen door professionele hulpverleners wordt krachtig geformuleerd door de American Psychiatric Association (1974): “The ability of psychiatrists or any other professionals to reliably predict future violence is unproved” (p. 30). Hierop aansluitend argumenteerde Monahan (1981) dat kansuitspraken wel degelijk mogelijk zijn op voorwaarde dat gebruikgemaakt wordt van factoren die onderzoeksmatig verbonden zijn met het optreden van geweld. Dat vormde de aanzet tot de ontwikkeling van de eerste moderne risicotaxatie-instrumenten, waarbij er sprake is van twee methoden: de statistische of actuariële methode enerzijds en de gestructureerde professionele methode anderzijds.

Een actuariële aanpak neemt als basis een steekproef van geweldplegers die gedurende een specifieke periode wordt gevolgd. Factoren die een significant verband vertonen met recidive (risicofactoren), worden bijeengebracht (risicotaxatie-instrument); het recidivepercentage loopt op naarmate er meer risicofactoren aanwezig zijn. Een individu wordt aan alle in het instrument opgenomen risicofactoren getoetst en krijgt een vergelijkbaar risico toegekend als mensen in de steekproef die een gelijke score behaalden: 'X % van de personen uit de steekproef met een score zoals persoon Y is binnen Z-tal jaar gerediciveerd'. Een voorbeeld hiervan is de Violence Risk Appraisal Guide (VRAG; Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 2006; Nederlandstalige versie: Jeandarme, Pouls, & Peters, 2012).

Instrumenten die de methode van het gestructureerde professionele oordeel volgen, bevatten ook empirisch ondersteunde risicofactoren, maar in plaats van een score toe te wijzen, maakt men een professionele afweging of de in het instrument opgenomen risicofactoren in een individueel geval (deels) aan- of afwezig zijn. Soms wordt het risico als hoog ingeschat vanwege slechts één allesoverheersende factor, maar doorgaans gebeurt dat pas wanneer er meerdere factoren aanwezig zijn. Bovendien kunnen extra factoren in aanmerking genomen worden waarvan de beoordelaar meent dat ze in belangrijke mate bijdragen aan het risico. Een instrument volgens deze methode is bijvoorbeeld de Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3 (HCR-20 V3; De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013).

De risicofactoren in de actuariële en gestructureerde professionele instrumenten kunnen statisch/onveranderbaar (bijvoorbeeld: leeftijd bij eerste veroordeling of een verstoorde opvoeding) of dynamisch/veranderbaar zijn (bijvoorbeeld: zich afzetten tegen behandeling). Dynamische factoren worden onderverdeeld naargelang ze op de langere termijn kunnen veranderen (stabiele factoren) of snel kunnen optreden (acute factoren). Instrumenten met enkel statische items voorspellen het risico doorgaans goed, maar bieden geen aanknopingspunten voor risicomanagement, wat zorgt voor kritiek van diegenen die vanuit een behandelperspectief kijken. De analogie met het risico op hart- en vaatziekten werkt hierbij verhelderend. Men kan een genetische kwetsbaarheid meedragen (statische factor), maar levensgewoonten zoals roken, bewegen en voeding (dynamische factoren) zijn hierop van invloed. Statische items geven zicht op het basisrisico, terwijl dynamische items richting geven aan interventies. Acute risicofactoren treden kort voor het ongewenste gedrag op en fungeren als een *red flag*, omdat ze duiden op een imminent gevaar. Het dreigen met een relatiebreuk tegen de wens van de dader, het daadwerkelijk aangaan van een nieuwe relatie door het (potentiële) slachtoffer of het inzetten van kinderen of goederen bij een vechtscheiding werden geïdentificeerd als directe aanleidingen voor partnergeweld. Ook middelemisbruik en de toegang tot wapens krijgen een *red flag*. Het verschijnen van zulke factoren vereist per direct verhoogde waakzaamheid en het opvoeren van de behandelintensiteit (frequentie contact verhogen, externe controle verzekeren, medicatie overwegen).

Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten maakt dat elk individu aan de hand van dezelfde, door onderzoek bevestigde criteria beoordeeld wordt. Ook krijgt men snel een indicatie welke essentiële informatie ontbreekt (de zogenaamde *known unknowns*). De inschatting is daardoor objectiever en accurater dan die op basis van ongestructureerde beoordelingen (Aegisdóttir et al., 2006). Geheel foutloos zijn deze instrumenten uiteraard niet. De voorspellende waarde ervan wordt vaak uitgedrukt in een *area under the curve* (AUC)-coëfficiënt. Die verwijst naar de verhouding tussen het aantal foute en het aantal juiste voorspellingen. Indien men per juiste voorspelling ook een foute telt, dan is die verhouding een op de twee (0,5) of gelijk aan puur toeval. Wanneer er geen enkele foute voorspelling gemaakt wordt, dan is de AUC-coëfficiënt gelijk aan 1. Elke AUC-coëfficiënt tussen 0,5 en 1 heeft dus een toegevoegde voorspellende waarde, maar vanaf 0,65 is dat statistisch gezien acceptabel (Craig, Browne, & Beech, 2008). AUC-waarden van risicotaxatie-instrumenten lijken zich te situeren tussen 0,66 en 0,78 (Singh, Grann, & Fazel, 2011).

Afhankelijk van het type geweld (bijvoorbeeld partnergeweld of seksueel geweld) en de doelgroep (bijvoorbeeld vrouwen of jongeren) kiest men voor een bepaald instrument (zie tabel 1 voor een selectie).

Tabel 1. Risicotaxatie-instrumenten voor gewelddadig gedrag bij specifieke doelgroepen en voor verschillende geweldsvormen volgens de actuariële methode (*) of de methode van het gestructureerde professionele oordeel (**).

Doelgroepen		Nederlandstalige handleiding
Vrouwen	Female Additional Manual (FAM**; De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout, & Place, 2011)	Ja
Jongeren	Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY**; Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & De Wit-Grouls, 2006)	Ja
Geweldsvormen		Nederlandstalige handleiding
Algemeen geweld	Violence Risk Assessment Guide (VRAG*; Jeandarme, Poulos, & Peters, 2012)	Ja
	Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3 (HCR-20 V3**; De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013)	Ja
Seksueel geweld	Static-99R* (Smid, Koch, & Van den Berg, 2014)	Ja
	Stable-2007* (Van den Berg, Smid, & Koch, 2014)	Ja
	Acute-2007* (Koch, Van den Berg, & Smid, 2014)	Ja
Partnergeweld	Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA*; Hilton, Harris, Rice, Cormier, & Lines, 2004)	Neen
	Spousal Assault Risk Assessment Guide Version 3 (SARA V3**; Kropp & Hart, 2015)	Neen
Kindermishandeling	Child Abuse Risk Evaluation (CARE-NL**; De Ruiter & De Jong, 2005)	Ja
Stalking	Stalking Risk Profile (SRP**; MacKenzie et al., 2009)	Ja
Eergerelateerd geweld	Assessment of Honour Based Violence (PATRIARCH**; Kropp, Belfrage, & Hart, 2013)	Neen
Extremistisch geweld	Violent Extremism Risk Assessment Version 2 – Revision (VERA-2R**; Pressman, Rinne, Duits, & Flockton, 2016)	Ja

Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten vereist kennis van de methode en de interpretatie van de resultaten en sommige ontwikkelaars achten een voorafgaande training noodzakelijk. De accuraatheid van een score/beoordeling is bovendien sterk afhankelijk van de beschikbare informatie, wat het hele proces aanzienlijk kan vertragen. Wanneer de klinische praktijk het niet toelaat om deze tools te gebruiken, blijft een andere optie over. Bonta en Andrews (2017) bieden immers met de zogenaamde *Central Eight* een gemeenschappelijke noemer aan. Het zijn acht vrij universele risicofactoren (waarvan zeven dynamische) die crimineel gedrag – waaronder geweldpleging – sterk (*big four*) of matig (*moderate four*) voorspellen (zie tabel 2). De vier meest voorspellende risicofactoren zijn: eerder crimineel gedrag, een antisociaal persoonlijkheidspatroon, een antisociaal netwerk en antisociale overtuigingen. Patronen uit het verleden zijn een belangrijke indicatie voor toekomstig gedrag, en dat is bij geweld niet anders. Indien iemand al op jonge leeftijd begon met gewelddadig gedrag in verschillende contexten (bijvoorbeeld: gezin, school, werk, relatie), dan maakt dat de prognose minder gunstig. Een vijandige, antisociale persoonlijkheid met uitgesproken negatieve opvattingen over anderen en/of de maatschappij en overtuigingen waaruit het goedkeuren van het gebruik van geweld blijkt, dragen eveneens in negatieve zin bij aan het risico. Zeker wanneer dat gepaard gaat met sociale contacten die zulke ideeën bevestigen of met een desinteresse voor reguliere vrijetijdsbesteding (ronddolen, uitgaan), middelenmisbruik en impulsiviteit. Op school doen de moeilijkheden zich voor als spijbelen, onderpresteren en het vermijden van binding met medestudenten; op het werk komen de problemen tot uiting in het niet naleven van regels en afspraken op de werkvloer en/of in conflictueuze verhoudingen met collega's en leidinggevenden. Relatieeel doen zich problemen voor in intieme en/of niet-intieme relaties. Het gezinsleven is gedesorganiseerd, de communicatie loopt mank en er heerst weinig respect. Een gerichte bevraging van deze factoren leidt tot een eerste inschatting van de kans op (terugval in) geweld.

Tabel 2. Central Eight Risk/Need Factors (Bonta & Andrews, 2017).

Big Four	Moderate Four
Eerder crimineel gedrag	Familie en relatie
Antisociale opvattingen	School/werk
Procrimineel netwerk	Middelenmisbruik
Antisociaal persoonlijkheidspatroon	Vrije tijd en ontspanning

Richtlijnen voor de praktijk

Onderzoek naar voorspellende factoren van geweld leidt tot een beter begrip van het dynamische samenspel tussen (inter)persoonlijke en situationale variabelen, maar risicotaxatie is geen doel op zich. De doelstelling is het risicomanagement of het afstemmen van de behandeling op de specifieke behoeften van de cliënt om de kans op het optreden

van geweld zo laag mogelijk te houden. De behoeften of de dynamische risicofactoren die werden geïdentificeerd, worden de focus van de behandeling. De vertaling van risicofactoren naar specifieke individuele behandeldoelen en hun prioriteit kan aan de hand van een risiconarratief gebeuren. Hierbij stelt de behandelaar een verklarend kader op over het 'waarom' van eerder vertoond of potentieel toekomstig gewelddadig gedrag. Met de *central eight*-factoren voor ogen biedt Weerasekera (1996) een methode om een hiërarchische structuur aan te brengen binnen een individueel relaas. Dat gebeurt aan de hand van een viertal vragen: 1. In welke mate zijn de factoren *predisponerend* of dragen ze bij aan de kwetsbaarheid van een individu? Bijvoorbeeld traumatische ervaringen in het gezin van oorsprong of de aanwezigheid van een hechtingsproblematiek. 2. Wat zijn de *precipiterende* factoren of elementen die het geweld onmiddellijk voorafgaan? Bijvoorbeeld alcoholgebruik of een conflict. 3. Hoe wordt het geweld in stand gehouden of wat zijn de *perpetuerende* factoren? Bijvoorbeeld bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals een gebrekkige impulscontrole of een gebrekkige emotieregulatie. 4. Wat zijn de *protectieve* factoren of zaken die de kans op geweld verlagen? Bijvoorbeeld een structureel verankerde en voldoening gevende vrijetijdsbesteding of een prosociaal netwerk.

Ook Hart (2001) biedt aan de hand van vijf vragen een kader om risicofactoren te vertalen naar werkbare interventies. Aan de hand van een korte casus wordt geïllustreerd hoe de toepassing van zijn methode kan bijdragen aan het vormgeven van een behandelplan.

Casus

Pieter is een 46-jarige man die ambulante begeleiding krijgt vanwege stressgerelateerde klachten, relatiemoelijkheden en herhaald partnergeweld dat zich in verschillende relaties heeft voorgedaan. Hij werd in het verleden veroordeeld tot een straf met probatie-uitstel.¹

1. *Wat is de kans dat de persoon geweld zal gebruiken als er geen inspanningen geleverd worden om het risico te hanteren?*

Indien er geen begeleidende, controlerende en/of therapeutische initiatieven genomen worden, lijkt de kans gemiddeld tot hoog dat de cliënt zich in de toekomst inlaat met gewelddadig gedrag. Hij toont geen berouw en legt de schuld eerder bij de slachtoffers of andere betrokkenen. Ondanks waarschuwingen, behandeling en juridische maatregelen blijft de cliënt grijpen naar geweld. Het getuigt van een beperkte gedragsregulatie.

2. *Wat is de waarschijnlijke aard, frequentie en ernst van toekomstig geweld?*

Vanwege beperkte interpersoonlijke vaardigheden en een neiging tot vermijdende 'coping' lijkt de kans groot dat de cliënt zich afzondert en inlaat met wraakscenario's. Een ernstige recidive in de vorm van fysiek geweld is eerder zeldzaam. Minder ernstige feiten als verbale agressie en dreiging zullen vaker optreden. Zonder ingrijpen kan dit echter escaleren naar fysieke agressie.

3. *Wie zijn de mogelijke slachtoffers van het toekomstige geweld?*

Potentiële slachtoffers zijn (ex-)partners en gezinsleden.

4. *Wat zijn omstandigheden die het risico doen toenemen?*

Factoren die de kans op geweld rechtstreeks verhogen, zijn situaties waarin de cliënt zich gekrenkt of belemmerd voelt, zowel op het werk als in zijn relatie. Enkele waarnemingen bieden meer geruststelling: de geweldpleging vond plaats tijdens relatief afgebakende periodes in de tijd, waarbij er omstandigheden identificeerbaar zijn die een delict aankondigen (conflicten op het werk, relatieproblemen, terugtrekken uit contact). Actueel toont de cliënt een open houding binnen zijn behandeling. Hij onthoudt zich van alcohol- of middelenmisbruik.

5. *Welke stappen kunnen gezet worden om het risico te hanteren?*

Werkpunten zijn: sociale vaardigheden, het verwachtingspatroon naar anderen toe en omgaan met angst en frustratie binnen sociale interacties. Significante factoren zoals zinvol werk, een gedifferentieerde manier om de vrije tijd te besteden en de kwaliteit van de partnerrelatie dienen aanhoudend geëvalueerd te worden. Wanneer de kans op geweld meer waarschijnlijk is, dient de externe controle opgevoerd te worden (afspraken omtrent het verwittigen van bepaalde personen of instanties), al dan niet in combinatie met medicatie.

Het *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-model (Bonta & Andrews, 2017) – ook bekend als de *What Works*-benadering – biedt een empirisch sterk verankerd en zinvol behandelkader (zie ook: Noom, Van den Berg, & Breij, 2021). Een eerste voorwaarde voor een effectieve behandeling is het *risicoprincipe*. Bij cliënten met een hoger risico moet de interventie intensiever en langduriger zijn, terwijl dat niet nodig is en zelfs contraproductief kan zijn bij iemand met een laag risiconiveau. Ten tweede dienen interventies zich te richten op de probleemgebieden die aan de basis liggen van het ongewenste – *in casu* gewelddadig – gedrag, dus op de dynamische risicofactoren (*behoefteprincipe*). En ten derde dient de behandeling aan te sluiten bij de persoonlijke (on)mogelijkheden van de cliënt (denk aan verbalisatievermogen of culturele gevoeligheden) om de boodschap te laten beklijven (*responsiviteitsprincipe*).

Conclusie

Gewelddadig gedrag uit zich op zeer verschillende manieren en in uiteenlopende contexten. Toch vordert de wetenschap in het definiëren, verklaren, voorspellen en aanpakken van destructieve dynamieken, waardoor hulpverleners meer efficiënte tools aangereikt krijgen. Aan de hand van risicotaxatie-instrumenten die aansluiten bij een specifieke situatie kan – na de nodige training of in overleg met gespecialiseerde instanties – relatief eenvoudig een inschatting gemaakt worden van relevante eigenschappen. Een evaluatie van de acht meest voorkomende – *central eight* – risicofactoren geeft al een algemene indicatie van het risico op toekomstig geweld. Aan de hand van dynamische risicofactoren kan een holistisch beeld geschetst worden van een cliënt en zijn omgeving, waarbij gepreciseerd wordt waar precies voor gevreesd wordt. Zijn dat eerder lichte feiten met een hoge frequentie of gaat het om ernstige feiten met een lage frequentie? Hangt het af van bepaalde

gebeurtenissen in de omgeving? Wat zijn de mogelijke interventies met betrekking tot de cliënt en de omgeving? Zijn er plannen om potentiële slachtoffers te beveiligen? Door de geïdentificeerde risico- en protectieve factoren in een verklarend kader te plaatsen, zal een behandelaar preciezer kunnen bepalen waar de behandelfocus dient te liggen en welke interventies op dat ogenblik, rekening houdend met de specifieke omstandigheden, ondernomen moeten worden.

Noot

1. Probation-uitstel: het niet-uitvoeren van een straf zolang de veroordeelde zich aan de door de rechter opgelegde voorwaarden houdt.

Literatuur

- Aegisdóttir S., White M.J., Spengler, P.M., Maugherman, A.S., Anderson, L.A., Cook, R.S., & Rush, J.D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34, 341-382. <https://doi.org/10.1177%2F0011000005285875>
- American Psychiatric Association. (1974). *Clinical aspects of the violent individual: A report of the APA Task Force on clinical aspects of the violent individual*. Washington, DC: Auteur. Geraadpleegd via <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/library-and-archive/task-force-reports>
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Abingdon, UK: Routledge.
- Craig, L.A., Browne, K.D., & Beech, A.R. (2008). *Assessing risk in sex offenders: A practitioner's guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/9780470773208>
- De Ruiter, C., & De Jong, E.M. (2005). *Child Abuse Risk Evaluation-Nederland (CARE-NL): richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Ruiter.
- De Vogel, V., De Vries Robbé, M., Bouman, Y., Chakhssi, F., & De Ruiter, C. (2013). *HCR-20 V3: Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3. Risicotaxatie van geweld* (Geautoriseerde Nederlandse vertaling). Delft: Eburon. Geraadpleegd via [https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/files/HCR-20v3_\(compleet\).pdf](https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/files/HCR-20v3_(compleet).pdf)
- De Vogel, V., De Vries Robbé, M., Van Kalmthout, W., & Place, C. (2011). *Female Additional Manual: een aanvulling op de HCR-20 V3 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Hart, S.D. (2001). Assessing and managing violence risk. In K.S. Douglas, C.D. Webster, S.D. Hart, D. Eaves, & J.R.P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 violence risk management companion guide* (pp. 13-25). Burnaby, Canada: Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Hilton, N.Z., Harris, G.T., Rice, M.E., Lang, C., Cormier, C.A., & Lines, K.J. (2004). A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: The Ontario Domestic Assault Risk Assessment. *Psychological Assessment*, 16, 267-275. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.3.267>
- Jeandarme, I., Pouls, C., & Peters, M. (2012). *Violence Risk Appraisal Guide: richtlijnen om het risico op (seksueel) gewelddadig gedrag te beoordelen*. Rekem: Kefor.
- Koch, M., Van den Berg, J.W., & Smid, W. (2014). *ACUTE-2007 scorehandleiding: Nederlandse herziene vertaling*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Kropp, P.R., Belfrage, H., & Hart, S.D. (2013). *Assessment of Risk for Honour Based Violence user manual (PATRIARCH)*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions.
- Kropp, P.R., & Hart, S.D. (2015). *The Spousal Assault Risk Assessment Guide Version 3 (SARA:V3)*, Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions.

- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Genève, Suisse: World Health Organisation.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, T.A.H., De Rooter, C., & De Wit-Grouls, H. (2006). *SAVRY: handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- MacKenzie, R., McEwan, T.E., Pathe, M., James, D.V., Ogloff, J.R., & Mullen, P.E. (2009). *Stalking Risk Profile: Guidelines for the assessment and management of stalkers*. Melbourne, Australia: Monash University, Stalkinc & the Centre for Forensic Behavioural Science.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Noom, S., Van den Berg, J.W., & Breij, M. (2021). Risico- versus herstelgericht werken met delinquenten: duivelse dilemma of verrijking van de behandeling? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 51, 350-357.
- Philippa, M., Debrabandere, F., Quak, A., Schoonheim, T., & Van der Sijs, N. (2003-2009). *Etymologisch woordenboek van het Nederlands*. Geraadpleegd via <http://www.etymologiebank.nl/trefwoord/geweld>
- Pieters, J., Italiano, P., Offermans, A.M., & Helleman, S. (2010). *Ervaringen van vrouwen en mannen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld*. Brussel: Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen. Geraadpleegd via http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/41%20-%20Dark%20number_NL.pdf.
- Pressman, E., Rinne, T., Duits, N., & Flockton, J. (2016). *VERA-2R: A structured professional judgement approach*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie. Geraadpleegd via https://ec.europa.eu/homeaffairs/node/11702_en
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2006). *The law and public policy. Violent offenders: Appraising and managing risk* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11367-000>
- Singh, J.P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31, 499-513. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009>
- Smid, W., Koch, M., & Van den Berg, J.W. (2014). *STATIC-99R scorehandleiding: Nederlandse herziene vertaling*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Van den Berg, J.W., Smid, W., & Koch, M. (2014). *STABLE-2007 scorehandleiding: Nederlandse herziene vertaling*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step towards treatment integration*. Malabar, FL: Krieger.

Personalia

Astrid Boelaert, klinisch psycholoog en criminoloog, werkte tot 2019 als psycholoog-directeur bij de Centrale Psychosociale Dienst Extremisme binnen de Penitentiaire Inrichtingen van de Federale Overheidsdienst Justitie. Tegenwoordig is zij werkzaam als gedragsdeskundige op het gebied van *preventing and countering violent extremism*: risicotaxatie en management bij extremistische personen.

E-mail: astrid.boelaert@just.fgov.be

Siegfried Koeck, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is werkzaam in de ambulante forensische sector in België en Nederland. Hij is verbonden aan de forensische polikliniek de Omslag, GGzE Eindhoven, en heeft een privépraktijk in Vlaanderen.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.