



Stichting Toevluchtsoord

**Psychiatrische problematiek bij cliënten
van Stichting Toevluchtsoord in 2007**

Colofon

Het onderzoek is uitgevoerd door:
Dr. M.M. Wegelin, GZ-psycholoog
Stichting Toevluchtsoord Groningen
Martinikerhof 11 - 9712 JG - Groningen
050 - 3180741 - www.ashg-groningen.nl - info@tvonoord.nl
April 2008

Uit deze notitie mag naar hartenlust worden geciteerd en gekopieerd mits met bronvermelding.

Voorwoord

Sinds 2001 brengt de Stichting Toevluchtsoord de psychiatrische problematiek in kaart. Dit gebeurt door middel van diagnostiek door de GZ-psycholoog van Stichting Toevluchtsoord. In 2006 is van deze bevindingen uitgebreid verslag gedaan. In 2007 is dit opnieuw gedaan en dus is een vergelijking met het vorige jaar mogelijk. Opvallend is de toename van allochtone vrouwen met problemen rond eengerelateerd geweld. Of dit komt door een werkelijke toename of doordat we het nu beter in beeld hebben – o.a. door het risicoscreeningsinstrument – valt moeilijk te zeggen. Verder valt in vergelijking met 2006 een consistent beeld op: bij 95% van de langer blijvende vrouwen is psychiatrische problematiek aangetroffen. Dat komt nagenoeg overeen met het percentage in 2006 (96%).

Voor de Stichting Toevluchtsoord is dit consistente beeld een reden om voor de komende jaren de behandeling en begeleiding van deze groep vrouwen hierop in te richten, zowel inhoudelijk (inhoudelijke hulpverlening + scholen van personeel), fysiek (betere faciliteiten) als financieel. Bij dat laatste staat het onderzoeken van de mogelijkheden van de zorgverzekeringswet (DBC's) daarbij voorop.

Dit rapport is bedoeld voor behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers die beroepsmatig te maken krijgen met de groep vrouwen waar dit rapport over gaat.

Drs. H. Kok
Directeur
Groningen, april 2008

Inleiding

De afdeling Opvang van de Stichting Toevluchtsoord is bedoeld voor vrouwen en kinderen die -als gevolg van geweld in afhankelijkheidsrelaties- onderdak en hulp nodig hebben.

De eerste opvangperiode (crisisinterventie) duurt twee tot vier weken. Daarna gaat een deel van de vrouwen terug naar huis. Een ander deel vertrekt naar een andere opvanginstelling en een deel stroomt intern door naar vervolghulp binnen de Stichting Toevluchtsoord. Over deze laatste groep gaat dit verslag.

Hulp wordt geboden door mentoren en ouder-kind begeleiders. Diagnostisch onderzoek wordt verricht door - of onder supervisie van - de GZ-psycholoog, die verbonden is aan de stichting Toevluchtsoord.

Dit verslag bevat:

- 1. Een overzicht van de diagnoses afgenomen aan vrouwen die gebruik maakten van de hulp van de stichting in 2007**
- 2. Intelligentietests afgenomen in 2007**
- 3. Behandeling door de GZ psycholoog**
- 4. Aandachtspunten**

1 Diagnoses

De diagnoses zijn door de GZ-psycholoog van de stichting (of de juniorpsycholoog onder supervisie van de GZ-psycholoog) afgenomen aan de hand van een gesprek van gemiddeld één tot anderhalf uur, indien met tolkentelefoon was altijd anderhalf uur nodig. Gebruik is daarbij gemaakt van de eigen klachten/traumalijst van Stichting Toevluchtsoord, aangevuld met enkele standaardvragen ontleend aan de intakeprocedure van de Ggz-Groningen.

Het diagnostisch verslag is door de mentor besproken met de vrouw. Indien nodig heeft tevens de psycholoog uitleg gegeven aan de vrouw. De diagnoses zijn op deze wijze direct ingezet in het hulpverleningsproces. Deze open werkwijze was voor de betreffende vrouwen confronterend, maar daardoor ook zeer motiverend.

Totaaloverzicht

In 2007 zijn binnen de Stichting Toevluchtsoord 72 diagnoses afgenomen bij cliënten die langer dan de eerste crisisperiode (van 2-4 weken) verbleven binnen onze stichting of intensieve thuisbegeleiding kregen. Dat wil zeggen dat van 100 andere cliënten vanwege hun korte verblijf geen diagnose is afgenomen. Voorts is tweemaal een diagnose afgenomen aan een cliënte die niet meer deel uitmaakte van de 'gewone' cliëntengroep van Stichting Toevluchtsoord, éénmaal in het kader van vervolggesprekken na deelname aan de gespreksgroep "Geweld in Relaties" en éénmaal na verwijzing door de huisarts. In totaal zijn in dit verslag dus 74 diagnoses betrokken.

Elf maal is gewerkt met een telefonische tolk. Enkele malen is daarnaast het gesprek door de psycholoog in Engels en enig Frans gevoerd. In 4 van de 74 gevallen is geen psychiatrische problematiek aangetroffen, in de andere gevallen wel.

Persoonskenmerken

De gemiddelde leeftijd is 31,7 jaar. De jongste cliënt is 18, de oudste 60 jaar.

Van hen heeft een minderheid (31 van de 74 vrouwen) een Nederlandse culturele achtergrond (daarbij vijf van hen met een allochtone ouder of partner).

43 vrouwen hebben een allochtone culturele achtergrond. Sommigen zijn wel in Nederland geboren en opgegroeid. Dat geldt voor 3 Molukse en 2 Surinaams(-Hindoestaanse) vrouwen. De meeste vrouwen zijn elders geboren en voor een deel van hun leven of vrijwel hun gehele leven elders opgegroeid.

Het vaakst komen een Turkse (Koerdische) (7), en Marokkaanse (8) achtergrond voor. De overige vrouwen zijn afkomstig uit:

- Oosteuropa (Polen 3 x, Roemenië 2 x, Bulgarije 1 x, Bosnië 1x, Kosovo 1x, Montenegro 1x, Armenië 1 x);
- Azië (Filippijnen 1 x; China 1 x; Indonesië 1 x);
- Het Midden Oosten (Iran 1x) en
- Afrika of Zuid-Amerika (Soedan 1x, Nigeria 2 x, Kaapverdische eilanden 1x, Kenia 1x; Brazilië 1x, Suriname 1 x en Antillen 2 x).

In vergelijking tot vorig jaar is het aandeel Oosteuropese cliënten met wie een diagnostisch gesprek is gevoerd gegroeid (vorig jaar 4, nu 9). Er is dit jaar slechts met één cliënt uit het Midden-Oosten gesproken (in 2006 waren dat er 4).

Kinderen

26 vrouwen hebben geen kinderen of hebben die niet bij zich (bijvoorbeeld doordat die bij de partner zijn gebleven of al zelfstandig wonen). De andere 48 vrouwen hebben kinderen meegenomen naar de opvang dan wel thuis bij zich wonen.

Reden voor binnenkomst

Zoals verwacht is vrijwel iedereen gekomen vanwege huiselijk geweld. Eenmaal kwam dit geweld van de zoon van cliënte. Driemaal was het geweld in het kader van vrouwenhandel.

In een tiental situaties noemen allochtone cliënten de dreiging van eerwraak, soms in combinatie met huiselijk geweld, soms los daarvan (bijvoorbeeld na ontsnapping aan een poging tot uithuwelijking). Eerwraak kan overigens bij meer cliënten een rol spelen, maar wanneer dit niet direct van invloed is op hun klachten of functioneren is het hier niet meegenomen als onderdeel van de diagnostiek.

Een enkele keer was er geen sprake van mishandeling en/of seksueel misbruik maar wel van andere bedreigende situaties, bijvoorbeeld in het kader van zeer onaangename (echt)scheidingsconflicten.

Jeugdervaringen

Een aanzienlijk deel van de vrouwen heeft niet alleen recent akelige ervaringen gehad. Voor ruim de helft (42 van de 74 vrouwen) geldt dat zij in hun jeugd zijn mishandeld, verwaarloosd of misbruikt, of onder andere nare omstandigheden zijn opgegroeid (bijvoorbeeld zonder warmte bij andere familie opgegroeid doordat de ouders uit beeld waren, ouders of opvoeders zijn voortijdig overleden, ouders zij of waren incompetent door bijvoorbeeld zwakbegaafdheid).

Eerder contact met hulpverlening

Van de 74 cliënten met wie een diagnostisch gesprek is geweest, heeft een aanzienlijk deel eerder contact met de geestelijke gezondheidszorg gehad.

In de afgelopen vijf jaar had meer dan een derde deel van hen Ggz-contact. Het ging vooral om angst- en stemmingsklachten, rouwverwerking en hulpvragen in verband met spanning in het gezin van herkomst dan wel in de partnerrelatie. In vier gevallen was er tevens sprake van een opnameperiode.

Voor zover cliënten hierover zorgvuldig rapporteren, vertellen zeven van hen (ook al langer geleden een periode Ggz-hulp te hebben ontvangen. In één situatie ging het tevens om een opname.

	< 5 jr geleden Ggz-hulp ambulant	<5 jr geleden Ggz-hulp opname	> 5 jaar terug Ggz-hulp ambulant	> 5 jr terug Ggz-hulp opname
2006	12	5	9	8
2007	22	4	7	1

Overzicht eerdere Ggz-contacten

N.B. Cliënten kunnen zowel ambulante hulp als een opname achter de rug hebben. Ze kunnen zowel langer geleden Ggz-contact hebben gehad als contact in de afgelopen vijf jaar. De cijfers zijn dus niet wederzijds uitsluitend.

In veel gevallen waarin de Ggz niet is ingeschakeld, heeft de huisarts, het ziekenhuis of het maatschappelijk werk een hulpverlenende rol gespeeld. Dit geldt voor sterke psychosomatische klachten (hyperventilatie, onverklaarde maag-darmklachten) maar ook voor bijvoorbeeld angstklachten, depressieve klachten, rouwverwerkingvragen. Voorts meldden twaalf cliënten dat zij eerder intensief met jeugdzorg of tienermoederprojecten te maken hebben gehad.

Gestelde diagnoses per as

Op as I wordt het toestandsbeeld beschreven, d.w.z. waar de cliënt op dat moment vooral last van heeft.

	Angst	Stemming	Aanpassing	Uitgesteld	Geen diagnose	Totaal
2006	36	22	5	2	3	68
2007	37	12	20	1	4	74

Overzicht as I diagnoses

Voor 37 vrouwen gaat het hier om een stoornis in het angstspectrum: 1 heeft een acute stress stoornis, 19 hebben een posttraumatische stress stoornis en 17 een anders soortige angststoornis (gegeneraliseerde angststoornis of angststoornis NAO).

Voor 12 vrouwen gaat het om een stoornis in de stemming. Zij lijden aan een depressie (soms in geagiteerde vorm). Twintig vrouwen lijden aan een aanpassingsstoornis. Zij reageren nog sterk op het tot voor kort ervaren geweld met een diversiteit aan angst- en stemmingsklachten, maar de klachten zijn iets minder heftig of omvangrijk en een klachtafname binnen korte tijd wordt verwacht. Ze vallen daardoor niet binnen de DSM-IV criteria van een angst- of stemmingsstoornis op zich.

Bij 1 vrouw tenslotte, is de diagnose op as I uitgesteld, omdat er onvoldoende zicht was op haar klachten, maar is er wel het vermoeden dat er sprake is van psychiatrische problematiek.

Bij 4 vrouwen is geen psychiatrische problematiek gevonden op as I. Zestien maal is er sprake van co-morbiditeit met andere klachten. Het gaat vrijwel steeds om een combinatie met één van het drietal angst, depressie of aanpassingsstoornis.

Vergeleken met 2006 wordt duidelijk vaker de diagnose aanpassingsstoornis gesteld, ten koste van gediagnosticeerde angststoornissen of depressieve stoornissen. Dit kan een kwestie van weging zijn. Ook bij aanpassingsstoornissen gaat het meestal om een stoornis in angst of stemming, maar met de verwachting dat deze binnen 6 maanden verdwenen zal zijn.

Op as II gaat het om langer durende persoonlijkheidsproblematiek.

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Verstandelijk beperkt	Diagnose op as II uitgesteld	Geen diagnose op as II	Totaal
2006	1	5	3	1	32	26	68
2007	1	11	7	3	30	22	74

Overzicht as II diagnoses

Cluster A heeft betrekking op 'vreemd' gedrag, d.w.z. niet in overeenstemming met gebruikelijk intermenselijk contact. Cluster B gaat over extreem naar buiten gericht gedrag. Cluster C gaat over extreem naar binnen gericht gedrag.

(Trekken van) een cluster A stoornis zijn in 2007 1 x vastgesteld (contact-problematiek).

(Trekken van) een cluster B stoornis zijn 11 x vastgesteld (9 x borderline persoonlijkheidsproblematiek, 2 x (trekken van) antisociale persoonlijkheidsproblematiek).

(Trekken van) een cluster C stoornis zijn 7 x vastgesteld: 5 x (trekken van) afhankelijke persoonlijkheidsproblematiek, 1 x trekken van obsessief-compulsieve persoonlijkheidsproblematiek en 1 x een persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven.

Een vermoeden van een verstandelijke beperking is 3 x vastgesteld in het eerste diagnostisch gesprek.

Bij 30 vrouwen is de diagnose op deze as uitgesteld. De indruk was dat er bij hen mogelijk sprake was van (trekken van) persoonlijkheidsproblematiek. Een enkel gesprek werd echter onvoldoende geacht om tot definitieve vaststelling te komen. Bij 22 vrouwen is vastgesteld dat geen diagnose op as II aan de orde was. Onder gezondere omstandigheden zouden deze vrouwen qua persoonlijkheid prima kunnen functioneren. De cijfers wijken niet sterk af van die in 2006.

As III geeft lichamelijke klachten weer. Het merendeel van alle vrouwen met wie is gesproken, heeft last van spanningsklachten in het lichaam, vooral in nek, schouders en rug. Hoofdpijn is ook vaak een uitvloeisel daarvan. Ook andere psychosomatische klachten als slecht of juist teveel slapen, grote vermoeidheid, te weinig/teveel eten, maag/darmklachten hyperventilatie passen hierin. Deze klachten sluiten met name aan bij de verschijnselen die samengaan met angst, PTSS en depressie.

Eén vrouw heeft bij spanningsvolle situaties onverklaarde zeer ernstige maag- en buikklachten waarnaar al veel medisch onderzoek is gedaan. Een minderheid van vrouwen heeft andere lichamelijke kwalen: ziekte van Crohn (1 x), trombose op verschillende plaatsen in het lichaam (1 x), zeer ernstige reuma (1 x), fibromyalgie (2 x), psoriasis (1 x), whiplash (2 x), suikerziekte (2 x), astma(tische bronchitis). Deze kwalen drukken door hun zwaarte en/of continue symptomen extra op de psychische gesteldheid van de vrouw.

In 2006 hadden 10 vrouwen uitgesproken lichamelijke klachten, maar was er slechts één bij wie dit een overheersende invloed op haar psychisch functioneren had. In 2007 gaat het dus om meer vrouwen bij wie dit het geval is.

As IV (psychosociale problematiek) beschrijft de sociale omstandigheden die bijdragen aan de psychiatrische problematiek.

Uiteraard hebben vrijwel alle vrouwen (nog) problemen met (ex-)partner en/of familie (10: problemen binnen de primaire steungroep). Het gaat niet alleen om conflicten met de (ex) partner of familie, maar vaak ook om op feiten gebaseerde vrees voor hun veiligheid.

Vrijwel allen hebben voorts woonproblemen (50) omdat zij niet (veilig) thuis kunnen zijn.

Veel vrouwen hebben financiële problemen (60: schulden!) waarover zij zorgen hebben en waardoor zij met heel weinig geld moeten rondkomen.

Voor bijna alle moeders geldt dat hun kinderen extra moeilijk te hanteren zijn, iets waar zij in het gesprek niet altijd graag voor uitkomen, maar wat blijkt uit de dagrapportages van hun begeleiders (30). Soms was er al langer sprake van opvoedingsproblemen. Voor de meesten zijn het vooral de recente spanningen en mishandelingen en de veranderingen en onrust in hun woon- en leefsituatie, waarop de kinderen reageren, die het opvoeden bemoeilijken.

De categorieën 10, 30, 50 en 60 zijn daardoor voor deze doelgroep nauwelijks onderscheidend.

Aparte aandacht verdienen de volgende verzwarende omstandigheden:

- 11 vrouwen hebben grote taalproblemen (spreken weinig of geen Nederlands) en staan daardoor thans zeer geïsoleerd in het leven.
- 10 vrouwen vrezen eerwraak van (ex-)partner en/of familie waardoor hun functioneren extra wordt belast. Daarnaast zijn er bijzondere andere omstandigheden die verzarend werken, zoals het hebben van chronisch (psychisch) zieke of zeer moeilijk hanteerbare kinderen, zware confrontaties met de dood in de directe omgeving.
- Onzekerheid over verblijfsvergunning speelt regelmatig maar wordt door slechts 6 vrouwen expliciet genoemd.
- In vergelijking met 2006 komen in 2007 geen bijzondere nieuwe omstandigheden aan het licht (in 2006: 13 vrouwen met grote taalproblemen, 9 met eerwraakproblematiek, 3 met expliciete problemen rond verblijfsvergunning).
- Zowel de taalproblemen en het isolement, als de problemen rond eerwraak zijn hier geboekt als 20: problemen gebonden aan de sociale omgeving. Voor de overige omstandigheden kon geen categorisering worden aangebracht.

As V (GAFscore) geeft het algemeen niveau van functioneren van de vrouwen aan.

GAFnivo	40-50	51-55	56-60	Boven 60
2006	4	18	24	22
2007	45	21	> 55: 8	

Overzicht as V diagnoses

- 8 van hen behalen een GAFscore van 56 of hoger.
- 21 van hen behalen een score van 51 - 55.
- 45 vrouwen behalen een score van 40-50.

In vergelijking met het vorige jaar liggen de toegekende scores dit jaar duidelijk lager. Het perspectief van waaruit gescoord is, is bijgesteld na interne discussie. Het hebben van sociale contacten bijvoorbeeld, is in een opvanghuis geen probleem, waardoor sociaal isolement of onvermogen verbloemd kan worden. Hetzelfde geldt voor het hebben van een dagritme. De scores zijn nu meer in overeenstemming met uitkomsten in soortgelijk onderzoek elders.

Als men een 'voldoende' niveau van functioneren boven de 60 stelt, voldoet maar een enkeling daaraan. Voor het merendeel van de vrouwen is het niveau van functioneren ten tijde van de diagnosestelling (zeker) niet voldoende.

2. Intelligentieonderzoek

Van 4 cliënten rees al bij of kort na binnenkomst het vermoeden dat sprake was van een verstandelijke beperking.

Daarnaast is 3-maal in 2007 gevraagd om een intern intelligentieonderzoek in een latere fase van het verblijf van de vrouw. In het contact tussen begeleiders en deze cliënten was de indruk dat de vrouw niet steeds goed begreep wat bedoeld werd. Dit kan behoorlijk belastend zijn voor een vrouw die toch al in moeilijke omstandigheden verkeert, zeker als haar omgeving dat niet door heeft. Gebruik is gemaakt van de Raventest. Dit is een plaatjestest zonder woorden waarmee binnen een uur globaal het intelligentieniveau is te bepalen. De test is daardoor ook zeer geschikt voor gebruik met anderstaligen. De test meet louter het cognitieve ontwikkelingsniveau. Hij zegt niets over het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau.

Eenmaal kwam hieruit naar voren dat de betreffende vrouw in het onderste deciel dan wel de onderste 5-10 % scoorde van haar leeftijdscategorie. In de twee andere gevallen scoorde de vrouw als normaal begaafd. Bij één van deze twee cliënten is vervolgens een persoonlijkheidstest afgenomen om meer inzicht in de contactproblematiek te verkrijgen. De vierde vrouw kwam pas eind 2007 binnen en zal waarschijnlijk in 2008 getest worden, als zij er aan wil meewerken. Ook bij haar speelt de vraag of persoonlijkheidsproblematiek of een laag intelligentieniveau de oorzaak van moeizaam contact is.

Overigens komt steeds duidelijker naar voren dat cognitieve intelligentie niet de enige en niet de meest bepalende factor is om te kunnen spreken van een verstandelijke beperking. De effecten van een verstandelijke beperking op het sociale en emotionele functioneren zijn vaak veel groter. Ten aanzien van twee cliënten leefden in 2007 juist op deze gebieden veel vragen bij de begeleiders. Ter beoordeling is de NOVO ingeschakeld. In beide gevallen bleek inderdaad een duidelijk verstandelijke beperking aanwezig.

3. Behandeling

Met 24 cliënten is in 2007 gedurende hun verblijf binnen de Stichting Toevluchtsoord een adviesgesprek geweest.

In 13 gevallen betrof het één- of tweemaal een adviserend gesprek of resulteerden de gesprekken in een externe (Ggz-)verwijzing. In de andere 11 gevallen is overgegaan tot een interne behandeling (zie hieronder).

Met name PTSS, andere angststoornissen en depressies leveren soms acute problemen op waaronder vrouwen sterk lijden (nachtmerries bijvoorbeeld). Een aanmelding bij de Ggz ligt dan voor de hand, maar is soms om uiteenlopende redenen (nog) niet mogelijk. Verzekeringspapieren zijn bijvoorbeeld nog niet in orde of ontbreken. Vrouwen die met hun ex-partner in een gevecht over de verblijfplaats van de kinderen zijn verwickeld, vrezen soms de negatieve gevolgen van een Ggz-contact op de toewijzing van de kinderen. Allochtone vrouwen weigeren vaak doorverwijzing uit angst als 'gek' gelabeld te zullen worden door de allochtone gemeenschap. Andere vrouwen willen naast de turbulentie in hun leven op dat moment niet weer een nieuw contact met een nieuwe hulpverleningsinstelling.

In dergelijke situaties kunnen vrouwen op verzoek kortdurende behandeling binnen onze stichting krijgen.

In 2007 zijn de volgende behandelingen gegeven.

Sommige vrouwen hebben meer dan één type behandeling ontvangen, reden waarom het totaal op meer dan 11 uitkomt. In vergelijking met 2006 is in 2007 het aantal behandelde PTSS-klachten verminderd, terwijl er behandeling van enkele stemmingsstoornissen is bijgekomen.

Soort Klacht	PTSS klachten	Depressie klachten	Gegeneraliseerde angst	Overige stemmingsstoornissen
Aantal cliënten 2006	4	4	3	
Aantal cliënten 2007	9	4	3	3
Aanbod 2006 en 2007	EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	IPT (Interpersoonlijke Psychotherapie of Oplossingsgerichte Psychotherapie)	Cognitieve (gedrags) therapie	Cognitieve Therapie en Oplossingsgerichte therapie
Lengte aanbod 2006 en 2007	2-3 sessies	3-7 sessies	3-15 sessies	3-7 sessies

Overzicht behandelingen binnen Toevluchtsoord 2006 en 2007

4. Aandachtspunten

- Het aandeel van vrouwen met psychiatrische problematiek is in 2007 evenals in 2006 hoog (meer dan 95 %). Mogelijk is het getal naar boven vertekend, doordat de diagnostische interviews meestal binnen drie weken na binnenkomst zijn gehouden. In de eerste weken zijn de klachten gewoonlijk sterker dan na bijvoorbeeld drie maanden. Voorts is met vrouwen die kort verbleven in de opvang geen diagnostisch gesprek gevoerd. Op de totale Toevluchtsoordpopulatie neemt de psychiatrische problematiek misschien dus een iets minder grote plek in. Maar de problematiek is opnieuw zeer aanwezig. Het aanbod dient hierop nadrukkelijk ingericht te worden.
- Het gaat opnieuw om opvallend veel allochtone vrouwen, bijna twee derde deel. Het begeleidings- en behandelaanbod dient hierop ingericht te zijn en worden. In 2007 valt de groei van het aandeel vrouwen uit Oost-Europa op, en het aantal allochtone vrouwen bij wie eerwraak een zeer belastend aspect is.
- De belangrijkste problematiekcategoryen op as I zijn net als in 2006 PTSS en andere angstproblematiek en stemmingsproblematiek (met name depressies). Daarnaast wordt meer dan in 2006 gescoord op aanpassingsstoornissen (waarbij angst, depressie en/of gedragsstoornissen ook aanwezig zijn, maar verwacht wordt dat de klachten binnen kortere tijd spontaan zullen verminderen).
- Een kortdurend intern behandelaanbod voor de belangrijkste as I problematieken blijkt nuttig te zijn voor die cliënten, die om diverse redenen nog niet toe zijn aan een extern aanbod.
- Bij bijna een derde deel van de gediagnostiseerde vrouwen is op as II sprake van (trekken van) persoonlijkheidsproblematiek. Deze groep is groter dan in 2006. Opvallend is dit jaar het relatief grote aantal (9) vrouwen met borderline problematiek. Dit is niet verbazingwekkend als we bedenken dat uit onderzoek blijkt dat deze diagnose vaak samengaat met (seksueel) geweld in het verleden. Daarvan hebben zeer veel van onze cliënten te lijden gehad. Bij ruim een derde deel is geen definitieve diagnose op as II gegeven maar is persoonlijkheidsproblematiek te vermoeden ('diagnose uitgesteld'). Dit stemt overeen met het gegeven dat meer dan de helft van de vrouwen akelige jeugdervaringen heeft, die vaak diepe sporen nalaten in de persoonsontwikkeling. De omvang van deze groep is vergelijkbaar met 2007. Een aanzienlijk deel van de vrouwen zoekt (nog) geen behandeling voor de as II problematiek. Een minderheid van hen zou dat echter wel willen en wordt thans in algemene zin verwezen naar de Ggz. Voor hen is een op deze doelgroep toegespitst aanbod de moeite waard. Thans is dat alleen in Winschoten mogelijk, specifiek voor slachtoffers van huiselijk geweld in het project Gewoonweg.
- In het totale behandelaanbod is aandacht voor de rol van verzwarende externe factoren zoals taalproblemen, eerwraak en onzekerheid over verblijfsvergunningen, zoals ook in 2006 naar voren is gekomen, opnieuw van belang.