

# Victimisatie van patiënten met een dubbele diagnose en effectiviteit van de groepsinterventie SOS training

M.M. DE WAAL, M.J. KIKKERT, J.J.M. DEKKER, A.E. GOUDRIAAN

- ACHTERGROND** Patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen en een andere psychische aandoening (dubbele diagnose) hebben een verhoogd risico op victimisatie: het slachtoffer worden van bijvoorbeeld fysieke mishandeling, seksueel geweld en vermogensdelicten.
- DOEL** Het onderzoeken van de effectiviteit van de SOS training: een nieuwe groepsinterventie om de weerbaarheid van patiënten met een dubbele diagnose te vergroten en daarmee het risico op victimisatie te verkleinen.
- METHODE** Er werd een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd bij patiënten met een dubbele diagnose, met een vervolgperiode van 14 maanden. De controlegroep bestond uit standaardzorg (n = 125), de interventiegroep bestond uit standaardzorg plus SOS training (n = 125). De primaire uitkomstmaat was gedefinieerd als een positief behandelresultaat voor victimisatie (ja/nee). Een behandelresultaat werd geclassificeerd als positief indien het totale aantal door een deelnemer gerapporteerde victimisatie-incidenten op de eindmeting met ten minste 50% was afgenomen ten opzichte van de beginmeting.
- RESULTATEN** Er werd significant vaker een positief behandelresultaat voor victimisatie gevonden in de interventiegroep (68%) in vergelijking met de controlegroep (54%).
- CONCLUSIE** Het toevoegen van de SOS training aan de standaardbehandeling van patiënten met een dubbele diagnose draagt bij aan het verminderen van victimisatie. De interventie kan geïmplementeerd worden in behandelcentra voor patiënten met een dubbele diagnose.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)9, 784-793

**TREFWOORDEN** comorbiditeit, dubbele diagnose, sociale vaardigheden, verslaving, victimisatie



ARTIKEL



Mensen met een psychische aandoening hebben een verhoogd risico op victimisatie: het slachtoffer worden van bijvoorbeeld fysieke mishandeling, seksueel geweld en vermogensdelicten (Teplin e.a. 2005). In Nederlands onderzoek werd gevonden dat in een tijdsbestek van één jaar 41,3% van een steekproef patiënten met ernstige psychische aandoeningen en 75,5% van een steekproef patiënten met verslaving slachtoffer werden (Meijwaard e.a. 2015). Gewelddadige victimisatie werd gerapporteerd door respectievelijk 21,7% en 42,5% van deze patiënten (Meijwaard e.a. 2015) en is in beide groepen geassocieerd

met de ernst van symptomen, dakloosheid en ouderschap (Stevens e.a. 2007; Maniglio 2009).

We spreken van een dubbele diagnose of (in Vlaanderen) dubbeldiagnose bij het samen vóórkomen van een stoornis in het gebruik van middelen en een andere psychische aandoening. In vergelijking met patiënten die 'alleen' kampen met verslavingsproblemen zijn patiënten met een dubbele diagnose vaker therapieresistent en hebben zij vaker een terugval en vaker maatschappelijke problemen zoals dakloosheid. Daarbij is er een beperkter aanbod van effectief bewezen psychologische interventies voor hen

beschikbaar (Kavanagh e.a. 2003; Kessler 2004; Hunt e.a. 2013). In Amerikaans onderzoek werd gevonden dat patiënten met een dubbele diagnose in het bijzonder kwetsbaar zijn voor victimisatie (Sells e.a. 2003). Onderzoek naar kenmerken en predictoren van victimisatie in deze patiëntengroep ontbreekt.

Tot voor kort waren er geen effectief bewezen interventies beschikbaar om mensen met psychische problemen weerbaarder te maken tegen victimisatie. Stichting tot Steun VCVGZ en NWO namen het initiatief tot het opzetten van het onderzoeksprogramma 'Geweld tegen psychiatrische patiënten', waarbinnen preventieve interventies werden ontwikkeld voor mensen met verschillende psychische aandoeningen om het risico op victimisatie te verminderen.

Voor het huidige onderzoek werd een interventie ontwikkeld voor patiënten met een dubbele diagnose: de SOS training. In dit artikel presenteren wij op basis van het proefschrift van de eerste auteur de resultaten van de gerandomiseerde klinische trial naar de effectiviteit van de SOS training (eerder verschenen in *Addiction*; de Waal e.a. 2019) en de prevalentie, kenmerken en predictoren van victimisatie onder patiënten met een dubbele diagnose.

## METHODE

### Onderzoeksoepzet

De effectiviteit van de toevoeging van SOS training aan de standaardzorg voor patiënten met een dubbele diagnose werd onderzocht in een enkelblinde gerandomiseerde gecontroleerde trial (de Waal e.a. 2015, 2019). Na de beginmeting werden patiënten via gestratificeerde blokrandomisatie door een onafhankelijke onderzoeker toebedeeld aan de controlegroep (standaardzorg), of de interventiegroep (standaardzorg plus SOS training). De stratificatiefactoren waren behandellocatie en victimisatie in het jaar voorafgaand aan de beginmeting (ja/nee). De onderzoekers en onderzoeksassistenten hadden geen toegang tot het randomisatieschema en waren geblindeerd voor blok-grootte en blokvolgorde.

Voor het onderzoek naar de prevalentie, kenmerken en predictoren van victimisatie maakten we gebruik van crosssectionele data afkomstig van de beginmeting (de Waal e.a. 2017a,b, 2018).

### Onderzoeksgroep

Deelnemers werden geworven van april 2014 tot april 2016 binnen twee klinieken en een dagbehandelcentrum van Mentrum, onderdeel van Arkin. Zij konden deelnemen wanneer zij minimaal 18 jaar oud waren en voldeden aan de DSM-IV-criteria van een stoornis in het gebruik van middelen en ten minste één andersoortige DSM-IV-as I- of as-II-

## AUTEURS

**MARLEEN DE WAAL**, postdoctoraal onderzoeker en psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog, Arkin, Amsterdam.

**MARTIJN KIKKERT**, senior onderzoeker, Arkin, Amsterdam.

**JACK DEKKER**, hoogleraar Klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam, en hoofd onderzoek, Arkin, Amsterdam.

**ANNEKE GOUDRIAAN**, bijzonder hoogleraar Werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, Arkin en het Amsterdam UMC, locatie AMC, afd. Psychiatrie, Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Marleen de Waal, Arkin, afd. Onderzoek, Klaprozenweg 111, 1033 NN Amsterdam.

E-mail: marleen.de.waal@arkin.nl

Financiering/strijdige belangen. Dit onderzoek werd gefinancierd door een subsidie van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk onderzoek, binnen het programma Geweld tegen psychiatrische patiënten. Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-3-2020.

stoornis. Contra-indicaties voor deelname waren het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal en groepsongeschikt zijn volgens de betrokken behandelaar. Alle deelnemers tekenden een toestemmingsformulier.

### De interventie: de SOS training

De SOS training is een protocollaire groepstraining voor patiënten met een dubbele diagnose, specifiek ontwikkeld voor het huidige onderzoeksproject, met als doel om kwetsbaarheid voor victimisatie te verminderen. Veertien patiënten waren betrokken bij de ontwikkeling van de interventie door deel te nemen in de pilotfase en feedback te geven op de inhoud van de bijeenkomsten.

De SOS training bestaat uit 12 groepsbijeenkomsten van 90 minuten die twee keer per week plaatsvinden. Het programma is laagdrempelig, met interactieve en creatieve opdrachten. De training richt zich niet alleen op de valkuilen of leerpunten van de deelnemers, maar juist ook op ieders kwaliteiten en het leren van elkaar.

De interventie bestaat uit drie modules: Straatwijs, Zelfwijs en Anderwijs, die elk bestaan uit vier bijeenkomsten.

– De module Zelfwijs is een nieuw ontwikkelde emotieregulatievaardigheidstraining, geïnspireerd door bestaande trainingen (Berking e.a. 2013; van Wel e.a. 2009). Zelfwijs bestaat uit interactieve groepsoefeningen gericht op het herkennen van emoties bij zichzelf

en bij anderen en het omgaan met gevoelens van angst en boosheid. Er wordt gebruikgemaakt van visueel materiaal zoals kartonnen emoticons (boos, blij, bang en bedroefd) en mensfiguren waarmee de intensiteit van emoties kan worden aangegeven (schaal 1-5).

- De module *Anderwijs* is een nieuw ontwikkelde conflictanteringstraining, geïnspireerd door een socialevaardigheidstraining voor patiënten met schizofrenie (Bellack e.a. 2004), maar specifiek gericht op het voorkomen en oplossen van conflicten. In deze module stellen deelnemers gezamenlijk een lijst samen van belangrijke vaardigheden voor het voorkomen en oplossen van conflicten, waarmee vervolgens wordt geoefend in rollenspellen, gecategoriseerd per thema. De specifieke oefeningen in de handleiding zijn gebaseerd op input van patiënten die deelnamen aan de pilotfase.
- De module *Straatwijs* is een nieuw ontwikkelde straatvaardigheidstraining. Hiervoor werd gekozen omdat in de literatuur werd gesuggereerd dat het trainen van straatvaardigheden zou kunnen bijdragen aan het verminderen van het risico op victimisatie op straat (Holmes e.a. 1997; Teplin e.a. 2005). *Straatwijs* bestaat uit verschillende interactieve groepsoefeningen en discussies om deelnemers te laten reflecteren op de veiligheid van hun activiteiten en omgeving en hun eigen invloed hierop.

De 14 deelnemende therapeuten hadden een achtergrond als psycholoog, verpleegkundige of maatschappelijk werker. Alle therapeuten volgden een training die bestond uit het zelfstandig bestuderen van de handleiding en twee bijeenkomsten van vier uur (door M. de W.). Op iedere deelnemende locatie werden de eerste 12 sessies van de SOS training gesuperviseerd (door M. de W.).

Alle deelnemende patiënten met een dubbele diagnose ontvingen standaardzorg. Deze bestond uit een combinatie van psychofarmacologische behandeling, steunestructurerende gesprekken en diverse individuele en groepstherapieën, zoals cognitieve gedragstherapie, socialevaardigheidstraining en psychomotorische therapie.

## Metingen

Direct na de beginmeting werden deelnemers gerandomiseerd en startten de patiënten in de interventiegroep met de SOS training. De vervolgmetingen vonden 2, 8 en 14 maanden na de beginmeting plaats. Alle metingen bestonden uit een face-to-face-interview. Alle onderzoeksassistenten waren blind voor randomisatie.

Victimisatie werd gemeten met de Veiligheidsmonitor (Akkermans e.a. 2014). Hiermee werd tijdens de beginmeting en tijdens de eindmeting uitgevraagd of en hoe vaak deelnemers in het voorgaande jaar slachtoffer zijn geweest van 11 verschillende delicten, onderverdeeld in drie cate-

gorieën: 1. geweldsdelicten (seksueel geweld, bedreiging en fysiek geweld); 2. vermogensdelicten (inbraak of poging daartoe, autodiefstal, diefstal van/uit een auto, overige motorvoertuigendiefstal, fietsdiefstal, beroving/zakkenrollerij en overige diefstal); en 3. vandalisme.

De primaire uitkomstmaat van de gerandomiseerde trial was gedefinieerd als positief behandelresultaat voor victimisatie (ja/nee). Een behandelresultaat werd geclassificeerd als positief indien het totale aantal door een deelnemer gerapporteerde victimisatie incidenten op de eindmeting met tenminste 50% was afgenomen ten opzichte van de beginmeting. Zoals beschreven in het onderzoeksprotocol (de Waal e.a. 2015), werd dit criterium gebaseerd op de mening van experts. Drie clinici werkzaam op de deelnemende afdelingen gaven onafhankelijk van elkaar aan dat zij een afname van het aantal incidenten met ten minste 50% zagen als een zowel klinisch relevant als haalbaar doel.

Secundaire uitkomstmaten waren: positief behandelresultaat (ja/nee) voor de subcategorieën geweldsdelicten en vermogensdelicten van de Veiligheidsmonitor, alcoholgerelateerde problematiek, gemeten met de *Alcohol Use Disorder Identification Test* (Saunders e.a. 1993), drugsgerelateerde problematiek, gemeten met de *Drug Use Disorder Identification Test* (Berman e.a. 2005) en psychische klachten, gemeten met de *Brief Psychiatric Rating Scale* (Lukoff e.a. 1986). Andere secundaire uitkomstmaten, waaronder ouderschap, beschrijven we in een vervolgartikel.

Voor het crosssectionele onderzoek naar predictoren van victimisatie maakten we eveneens gebruik van deze meetinstrumenten, afgenomen tijdens de beginmeting. Ten slotte werden tijdens de beginmeting demografische kenmerken uitgevraagd en werden interpersoonlijke problemen gemeten met de *Inventory of Interpersonal Problems-32* (Horowitz e.a. 2000) en emotieregulatie problemen met de *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz & Roemer 2004).

Voor het crosssectionele onderzoek naar de prevalentie van victimisatie van patiënten in vergelijking met de algemene populatie maakten we gebruik van de Veiligheidsmonitor afgenomen bij 10865 inwoners van Amsterdam, door het Centraal Bureau voor de Statistiek.

## Statistische analyses

Analyses voor de gerandomiseerde trial werd uitgevoerd volgens het *intention-to-treat* principe, in R versie 3.4.4. De primaire uitkomstmaat positief behandelresultaat voor victimisatie (ja/nee) en de subcategorieën positief behandelresultaat voor geweldsdelicten (ja/nee) en vermogensdelicten (ja/nee) werden geanalyseerd met drie logistische regressieanalyses met groepstoewijzing als onafhankelijke variabele. Voor niet-significante bevindingen werden

bayesfactoren berekend (Beard e.a. 2016). Ontbrekende data op victimisatie op de eindmeting werden geïmputeerd met *multiple imputation by chained equations*. Aanvullend werd er een model opgesteld met alleen de proefpersonen met complete data op de eindmeting (*complete case analysis*), om de robuustheid van de bevindingen te testen,

De continue secundaire uitkomstmaten analyseerden we met *linear mixed models* met een twee-levelstructuur (herhaalde metingen, patiënten) in R package lme4 versie 1.1-17 (Bates e.a. 2015). Het interventie-effect over de gehele vervolgperiode werd onderzocht, met groepstoewijzing als fixed effect en de beginwaarde van de betreffende uitkomstmaat als covariaat. Vervolgens werden groepsverschillen op de afzonderlijke vervolgmetingen onderzocht door dummyvariabelen voor tijd en een interactie tussen groep en tijd toe te voegen aan het model. Vanwege het gebruik van mixed models voor het analyseren van de continue secundaire uitkomstmaten, was imputatie van ontbrekende data voor deze uitkomstmaten niet nodig (Twisk e.a. 2013).

Analyses voor het crosssectionele onderzoek naar prevalentie, kenmerken en predictoren van victimisatie werden uitgevoerd in SPSS 22.0. We pasten een weging toe op basis van leeftijd, geslacht en etniciteit. Voor elk type victimisatie voerden we een  $\chi^2$ -test uit om te bepalen of de steekproefpatiënten met een dubbele diagnose en de steekproef van de algemene populatie van elkaar verschilden in prevalentie van victimisatie.

Vervolgens berekenden we een relatief risico (RR) voor elk type victimisatie. Sekseverschillen in prevalentie en contextuele kenmerken van victimisatie van patiënten met een dubbele diagnose werden onderzocht met  $\chi^2$ -testen, onafhankelijke t-testen, Fishers exacte testen en de exacte testen van Fisher-Freeman-Halton, afhankelijk van de verdeling van de betreffende variabele.

**TABEL 1** Ontvangen standaardzorg bij Arkin tussen de beginmeting en eindmeting

Aantal	Standaardzorg + SOS (n = 125) Mediaan (IQR)	Standaardzorg (n = 125) Mediaan (IQR)
Opnamedagen	38 (0-102)	37 (0-94)
Individuele psychotherapie	39 (17-76)	32 (9-69)
Groepstherapie <sup>a</sup>	8 (2-21)	10 (2-20)

IQR = interkwartielafstand.

<sup>a</sup> Anders dan SOS training

Voor het onderzoek naar predictoren van victimisatie voerden we univariate en multiële logistische-regressie-analyses uit. Alle variabelen met  $p < 0,10$  in de univariate analyses werden meegenomen in het multiële model. Analyses werden uitgevoerd voor de totale groep patiënten en voor mannen en vrouwen afzonderlijk.

## RESULTATEN

### Onderzoeksgroep

Er werden 494 patiënten uitgenodigd voor het onderzoek, van wie er 250 (51%) besloten om deel te nemen. De deelnemende patiënten waren gemiddeld 42,1 jaar oud. De meerderheid was man (70,4%), van Nederlandse afkomst (73,2%) en laagopgeleid (56,4%). Een kleine minderheid had betaald werk (7,2%) en een aanzienlijk deel was dakloos (23,2%). Gemiddeld waren de deelnemers 10,6 jaar in zorg bij de ggz en hadden zij 3,7 DSM-IV-diagnosen. De meest voorkomende stoornissen in het gebruik van middelen waren stoornissen in het gebruik van alcohol (62,8%), cannabis (46,0%) en cocaïne (44,0%). De meest voorkomende categorieën comorbide stoornissen waren een psychotische stoornis (38,0%), een persoonlijkheidsstoornis (36,0%) en een stemmingsstoornis (21,6%). De demografische en klinische kenmerken en de hoeveelheid ontvangen standaardzorg tussen de begin- en eindmeting (TABEL 1) waren goed gebalanceerd tussen de twee gerandomiseerde groepen.

Van de 250 deelnemers bleken er 7 geen officiële dubbele diagnose te hebben, maar alleen DSM-IV-diagnosen op midde-lenproblematiek (n = 5) of een psychotische stoornis (n = 2). Omdat deze patiënten al gerandomiseerd waren toen dit werd gedetecteerd (standaardzorg plus SOS training n = 3; standaardzorg n = 4), werden hun gegevens wel meegenomen in de analyses van de gerandomiseerde trial. In het crosssectionele onderzoek naar prevalentie, kenmerken en predictoren van victimisatie werden deze 7 deelnemers geëxcludeerd, waardoor deze bevindingen zijn gebaseerd op een steekproef van 243 patiënten met een dubbele diagnose.

### Prevalentie van victimisatie

Zoals te zien in TABEL 2, rapporteerde 77% van de patiënten met een dubbele diagnose victimisatie in het afgelopen jaar, ten opzichte van 40% van de steekproef van de algemene populatie. Dit is een significant verschil ( $\chi^2 (1; n = 11108) = 135,27; p < 0,001$ ). Patiënten hadden in vergelijking met de algemene populatie een 5,8 keer zo grote kans om slachtoffer te zijn geweest van bedreiging, een 5,8 keer zo grote kans om slachtoffer te zijn geweest van seksueel geweld en een 14,8 keer zo grote kans om slachtoffer te zijn geweest van fysiek geweld. Ten slotte hadden patiënten in

**TABEL 2** Vergelijking van de jaarprevalentie van victimisatie van patiënten met een dubbele diagnose en een gewogen steekproef van de algemene populatie van Amsterdam

Type victimisatie	Patiënten met dubbele diagnose (n = 243) %	Populatie Amsterdam (n = 10.865) %	p	RR
Totale victimisatie	77	40	< 0,001	1,9
Gewelddelicten	60	11	< 0,001	5,6
– Bedreiging	47	8	< 0,001	5,8
– Seksueel geweld	12	2	< 0,001	5,8
– Fysiek geweld	38	3	< 0,001	14,8
Vermogensdelicten	58	30	< 0,001	2,0
Vandalisme	21	14	0,001	1,6

RR = relatief risico.

vergelijking met de algemene populatie een 2,0 keer zo grote kans om slachtoffer te zijn geweest van een vermogensdelict en een 1,6 keer zo grote kans om slachtoffer te zijn geweest van vandalisme.

### Kenmerken van fysiek en seksueel geweld

Er werd een significante associatie gevonden tussen het geslacht van de deelnemer en de gerapporteerde daders en locaties van het fysiek geweld dat deelnemers meemaakten, zoals te zien in **TABEL 3**. Mannen rapporteerden het vaakst fysiek geweld door een vreemde of kennis, in het openbaar, terwijl vrouwen het vaakst fysieke mishandeling rapporteerden door hun (ex-)partner, in hun eigen woonomgeving. Hoewel de aangiftebereidheid in beide groepen laag was, hadden vrouwen significant vaker aangifte gedaan van fysiek geweld in vergelijking met mannen. De meeste deelnemers spraken over het slachtoffer worden van fysiek geweld met ten minste één ander persoon. De meest genoemde personen met wie deelnemers hierover spraken, waren: een vriend(in) (41,9%), een familielid (30,1%), een zorgverlener (29,0%) en de partner (15,1%).

Wat betreft seksueel geweld vonden we dat dit vaker voorkwam bij vrouwen (n = 21) dan bij met mannen (n = 7). Deelnemers rapporteerden het vaakst seksueel geweld door een vreemde (40,7%) gevolgd door een (ex-)partner (18,5%) en een medepatiënt (18,5%), een kennis (14,8%) en een buur (7,4%). Seksueel geweld kwam het vaakst voor in de eigen woonomgeving (37,0%), gevolgd door bij iemand anders thuis (29,6%), in het openbaar (18,5%) en in een zorginstelling (14,8%). De minderheid van de deelnemers deed aangifte van seksueel geweld (18,5%) en de minderheid vertelde over het seksueel geweld aan een zorgverlener (37,0%).

### Predictoren van gewelddadige victimisatie

Uit de multi-pele-regressieanalyse voor de totale groep deelnemers bleek dat gewelddadige victimisatie onafhankelijk geassocieerd was met vier factoren: vrouwelijk geslacht, jongere leeftijd, dader zijn van een geweldsdelict en een zichzelf opofferende, meegaande interpersoonlijke stijl (totaal model:  $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 108,83$ ;  $df = 8$ ;  $R^2 = 0,49$ ). Uit de multi-pele-regressieanalyse voor mannen bleek dat gewelddadige victimisatie bij hen onafhankelijk geassocieerd was met jongere leeftijd, dader zijn van een geweldsdelict en een zichzelf opofferende, meegaande interpersoonlijke stijl (totaal model:  $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 91,90$ ;  $df = 7$ ;  $R^2 = 0,56$ ). Uit de multi-pele-regressieanalyse voor vrouwen bleek dat gewelddadige victimisatie bij hen positief geassocieerd was met dakloosheid, dader zijn van een geweldsdelict, en een dominante/manipulatieve interpersoonlijke stijl, terwijl een sociaal geremde interpersoonlijke stijl een beschermende factor was (totaal model:  $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 34,08$ ;  $df = 4$ ;  $R^2 = 0,53$ ).

### Effectiviteit SOS training

Er werd significant vaker een positief behandelresultaat voor victimisatie gevonden in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (67,6% vs. 54,0%;  $OR = 1,78$ ;  $p = 0,042$ ). Soortgelijke resultaten werden gevonden in de complete case analysis (69,7% vs. 55,8%;  $OR = 1,82$ ;  $p = 0,041$ ), wat de robuustheid van de bevindingen onderstreept.

Er werd anekdotische evidentie gevonden voor groepsverschillen in positief behandelresultaat voor de subcategorie geweldsdelicten (79,3% vs. 68,7%;  $OR = 1,75$ ;  $p = 0,092$ ; bayesfactor = 2,26). Er werden geen groepsverschillen gevonden in positief behandelresultaat voor de subcategorie vermogensdelicten (67,7% vs. 68,9%;  $OR = 0,93$ ;  $p = 0,845$ ; bayesfactor = 0,17).

**TABEL 3** Kenmerken van het recentste fysieke geweldsincident van mannelijke en vrouwelijke patiënten met een dubbele diagnose

	Totaal (n = 93)	Mannen (n = 59)	Vrouwen (n = 34)	p
<b>Dader, %</b>				
Vreemde	32,3	35,6	26,5	<0,001 <sup>a</sup>
(Ex)partner	20,4	8,5	41,2	
Familie lid	7,5	11,9	0,0	
Buur	5,4	3,4	9,1	
Medepatiënt	9,7	8,5	11,8	
Kennis	24,7	32,2	11,8	
<b>Locatie, %</b>				
Thuis	39,8	37,3	44,1	0,007 <sup>a</sup>
Bij iemand anders thuis	7,5	6,8	8,8	
In het openbaar	47,3	55,9	32,4	
In een zorginstelling	5,4	0,0	14,7	
<b>Aangifte bij de politie, %</b>				
Ja	16,1	8,5	29,4	0,017 <sup>b</sup>
Nee	83,9	91,5	70,6	
<b>Gedeeld met een ander, %</b>				
Ja	86,0	84,7	88,2	0,762 <sup>b</sup>
Nee	14,0	15,3	11,8	

<sup>a</sup>Toets van Fisher-Freeman Halton.

<sup>b</sup>Fishers exacte toets.

Er werden geen significante groepsverschillen gevonden in alcohol- en drugsgerelateerde problemen en psychische klachten, over de gehele vervolperiode en op de afzonderlijke meetmomenten.

## DISCUSSIE

### Bevindingen victimisatie

Dit onderzoek laat zien dat patiënten met een dubbele diagnose in vergelijking met de algemene populatie van Amsterdam aanzienlijk vaker slachtoffer worden van gewelds- en vermogensdelicten. We vonden een hoge jaarprevalentie van gewelddadige victimisatie bij patiënten met een dubbele diagnose (60%) in vergelijking met eerder prevalentieonderzoek bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (22%) en patiënten met verslaving (43%) waarbij hetzelfde meetinstrument werd gebruikt (Meijwaard e.a. 2015).

Naar voren kwam dat gewelddadige victimisatie zich enigszins verschillend manifesteert bij mannen en vrouwen met een dubbele diagnose. Mannen rapporteerden voornamelijk fysiek geweld door vreemden en kennissen in het openbaar. Slachtofferschap van een geweldsdelict was bij mannen geassocieerd met een zichzelf opofferende, meegaande interpersoonlijke stijl. Vrouwen rapporteren het vaakst fysiek geweld door hun (ex-)partner, in de eigen woonomgeving. Slachtofferschap van een geweldsdelict bleek bij vrouwen geassocieerd met een dominante, manipulatieve interpersoonlijke stijl, terwijl een sociaal geremde interpersoonlijke stijl juist een beschermende factor was.

Voor zowel mannen als vrouwen werd een sterke associatie gevonden tussen slachtofferschap en ouderschap. Deze associatie is eerder gevonden in diverse steekproeven, waaronder patiënten met ernstige psychische aandoeningen (Johnson e.a. 2016). Slachtofferschap kan direct leiden tot ouderschap en vice versa, bijvoorbeeld wanneer het

gaat om zelfverdediging of wraak. Daarnaast kunnen andere factoren, zoals middelengebruik, bijdragen aan het risico op zowel slachtofferschap als daderschap (Johnson e.a. 2015).

Mogelijk verschillen interventiebehoeften van patiënten die als slachtoffer alsmede als dader terechtkomen in gewelddadige interacties, van hen die alleen slachtoffer zijn. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het bepalen van determinanten en kenmerken van victimisatie in longitudinaal onderzoek, waarbij men in het bijzonder kijkt naar sekseverschillen en de overlap tussen slachtofferschap en daderschap. Op basis daarvan kan men interventies meer toesnijden op specifieke behoeften van subgroepen patiënten. Daarnaast moet het effect van de SOS training op daderschap nog onderzocht worden.

### Verklaring effecten training

Dit onderzoek laat zien dat het toevoegen van de SOS training aan de standaardbehandeling van patiënten met een dubbele diagnose bijdraagt aan het verminderen van victimisatie. Patiënten die gerandomiseerd waren om de SOS training te volgen, rapporteerden significant vaker een positief behandelresultaat voor victimisatie, in vergelijking met de groep die alleen standaardzorg aangeboden kreeg. Dit laat zien dat een relatief korte vaardighedentraining kan leiden tot een betekenisvolle verbetering bij deze doelgroep.

De bevindingen op de subcategorieën suggereren dat het effect voornamelijk werd veroorzaakt door een vermindering van het aantal geweldsdelicten. Dit kunnen we mogelijk verklaren door de vaardigheden waar de interventie zich op richt: hoewel de module Straatwijs gericht is op het verminderen van zowel geweldsdelicten als vermogensdelicten, zijn Zelfwijs en Anderwijs gericht op vaardigheden die in eerder onderzoek alleen gerelateerd zijn aan het slachtoffer worden van geweld (Messman-Moore e.a. 2013; de Waal e.a. 2018).

Opvallend is dat ook in de controleconditie het percentage positief behandelresultaat aanzienlijk is. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deelnemers in de controleconditie zich door deelname aan het onderzoek meer bewust zijn geworden van het risico op victimisatie en hun eigen invloed hierop. Daarnaast zou het kunnen dat de continuering van de standaardzorg heeft bijgedragen aan het verminderen van victimisatie.

We vonden geen effect van het toevoegen van de SOS training aan standaardzorg op het verminderen van alcohol- en drugsgerelateerde problematiek en psychische klachten. Dit sluit aan bij eerder onderzoek naar interventies voor comorbiditeit bij verslaving, waarbij men verbeteringen vond op de klachten waar de desbetreffende interventie zich op richtte, bijvoorbeeld ADHD (van

Emmerik-van Oortmerssen e.a. 2019) en posttraumatische stressstoornis (Roberts e.a. 2016), maar geen effect vond op middelengebruik.

### Sterke punten en beperkingen

De meeste gerandomiseerde klinische trials die tot op heden zijn verricht om de effectiviteit van psychologische interventies te onderzoeken bij deze patiëntenpopulatie, kampten met substantiële methodologische beperkingen, zoals een kleine steekproef, hoge uitval, een onduidelijke beschrijving van het randomisatieproces en een hoog risico op bias (Hunt e.a. 2013). Onze studie laat zien dat het haalbaar is om een gerandomiseerde klinische trial te verrichten bij patiënten met een dubbele diagnose, met weinig exclusiecriteria, een aanzienlijke steekproefgrootte en een geringe uitval, in een redelijk tijdsbestek.

Een belangrijke beperking van onze bevindingen is dat het onderzoek naar prevalentie, kenmerken en predictoren van victimisatie is gebaseerd op data van de beginmeting van de klinische trial, wat de generaliseerbaarheid kan verminderen. Bovendien is het door de crosssectionele opzet van deze deelstudies niet mogelijk om uitspraken te doen over het temporele karakter van de gevonden verbanden.

Een beperking van het onderzoek naar predictoren van victimisatie is dat er geen data zijn verzameld over kindermishandeling en andere traumatische gebeurtenissen tijdens de jeugd, aangezien eerdere studies laten zien dat kindermishandeling een belangrijke voorspeller is van revictimisatie (Christ e.a. 2019) en daderschap (Widom & Maxfield 1996).

Ten slotte is een beperking van het huidige onderzoek dat de meting van victimisatie alleen gebaseerd is op zelfrapportage en daarmee gevoelig is voor geheugenbias. Onderzoek naar de betrouwbaarheid van zelfrapportagevragenlijsten om victimisatie te meten liet zien dat deelnemers incidenten kunnen vergeten en zich kunnen vergissen in de timing van een incident (Biderman & Lynch 1981). Echter, zelfrapportage is vermoedelijk accurater dan politierapportages, die kunnen leiden tot een onderschatting van aantallen incidenten. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met een dubbele diagnose, aangezien uit het huidige onderzoek blijkt dat de aangiftebereidheid van patiënten laag is. Bovendien werd er een goede test-hertestbetrouwbaarheid gevonden voor zelfrapportage van fysieke mishandeling in een studie bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (Goodman e.a. 1999).

### Klinische implicaties

Onze bevindingen laten zien dat patiënten met een dubbele diagnose een sterk verhoogd risico hebben op victimisatie. Hoewel er duidelijke aanwijzingen zijn dat patiënten

vaker slachtoffer zijn van criminaliteit dan dader (Choe e.a. 2008; Eggink e.a. 2019), is er in de wetenschap en klinische praktijk een veel sterkere focus op agressie en geweld door patiënten. De grote meerderheid van de deelnemende patiënten had het slachtoffer worden van fysiek en seksueel geweld niet met een zorgverlener besproken. Omdat het herkennen van victimisatie de eerste stap is in het verminderen ervan, moedigen we zorginstellingen aan om routinematig te screenen op victimisatie tijdens intake-procedures en vervolgens te monitoren of er zich nieuwe incidenten voordoen, zowel tijdens klinische als ambulante behandeling.

De SOS training is een nieuwe interventie die kan bijdragen aan het verminderen van victimisatie van patiënten met een dubbele diagnose. De interventie, bestaande uit 12 groepsbijeenkomsten, is gemakkelijk te implementeren in zorginstellingen, aangezien deze kan worden gegeven door psychologen en verpleegkundigen na een korte training van twee dagdelen. Bovendien werd de interventie enthousiast ontvangen door patiënten en medewerkers in zowel klinische als ambulante setting. We moedigen professionals werkzaam in de verslavingspsychiatrie aan om de SOS training te implementeren en om samen te werken met wetenschappers om vervolgonderzoek te verrichten naar werkingsmechanismen en langetermijneffecten van de SOS training, met een actieve controlegroep. Ten slotte

zou men de SOS training na enkele aanpassingen kunnen onderzoeken op effectiviteit bij andere diagnostische groepen die kwetsbaar zijn voor victimisatie, zoals patiënten met ernstige psychische aandoeningen.

## CONCLUSIE

Patiënten met een dubbele diagnose hebben een verhoogd risico om slachtoffer te worden van gewelds- en vermogensdelicten. Het toevoegen van de SOS training aan de standaardbehandeling van deze patiënten draagt bij aan het verminderen van victimisatie en kan geïmplementeerd worden in behandelcentra voor patiënten met een dubbele diagnose. Er is een urgente behoefte aan meer klinische trials om de effectiviteit van psychologische interventies voor patiënten met een dubbele diagnose te onderzoeken, om uiteindelijk de zorg voor deze patiënten verder te verbeteren.

## NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, 'SOS: Improving awareness, understanding, and prevention of victimization among dual diagnosis patients' (Universiteit van Amsterdam; 2019), te downloaden via: <https://hdl.handle.net/11245.1/87b1ddfb-611f-42c1-892f-3ee2d8cac2c1>

## LITERATUUR

- Akkermans M, Coumans M, Kloosterman R, Linden G, Moons E. Veiligheidsmonitor 2013. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014.
- Bates D, Maechler M, Bolker B, Walker S. Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *J Stat Softw* 2015; 67: 1-48.
- Beard E, Dienes Z, Muirheid C, West R. Using Bayes factors for testing hypotheses about intervention effectiveness in addictions research. *Addiction* 2016; 111: 2230-47.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. New York, NY: The Guilford Press; 2004.
- Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 234-45.
- Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res* 2005; 11: 22-31.
- Biderman AD, Lynch JP. Recency bias in data on self-reported victimization. In: Biderman AD, editor. *American Statistical Association Proceedings of the Social Statistical Session*. Washington, DC: American Statistical Association; 1981. p. 31-40.
- Choe JY, Teplin LA, Abram KM. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 153-64.
- Christ C, Ten Have M, de Graaf R, van Schaik DJF, Kikkert MJ, Dekker JJM, e.a. Mental disorders and the risk of adult violent and psychological victimisation: a prospective, population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; 29: e13.
- de Waal MM, Christ C, Dekker JJM, Kikkert MJ, Lommerse NM, van den Brink W, e.a. Factors associated with victimization in dual diagnosis patients. *J Subst Abuse Treat* 2018; 84: 68-77.
- de Waal MM, Dekker JJM, Goudriaan AE. Prevalence of victimization in patients with dual diagnosis. *J Dual Diagn* 2017; 13: 119-23.
- de Waal MM, Dekker JJM, Kikkert MJ, Christ C, Chmielewska J, Staats MWM, e.a. Self-wise, Other-wise, Streetwise (sos) training, an intervention to prevent victimization in dual diagnosis patients: results from a randomized clinical trial. *Addiction* 2019; 114: 730-40.



- de Waal MM, Dekker JJM, Kikkert MJ, Kleinhesselink MD, Goudriaan AE. Gender differences in characteristics of physical and sexual victimization in patients with dual diagnosis: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 270.
- de Waal MM, Kikkert MJ, Blankers M, Dekker JJM, Goudriaan AE. Self-wise, Other-wise, Streetwise (sos) training: a novel intervention to reduce victimization in dual diagnosis psychiatric patients with substance use disorders: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 267.
- Eggink E, de Waal MM, Goudriaan AE. Criminal offending and associated factors in dual diagnosis patients. *Psychiatry Res* 2019; 273: 355-62.
- Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, e.a. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *J Trauma Stress* 1999; 12: 587-99.
- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26: 41-54.
- Holmes EP, Corrigan PW, Stephenson J, Nugent-Hirschbeck J. Learning street smarts for an urban setting. *Psychiatr Rehabil J* 1997; 20: 64-6.
- Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. Inventory of Interpersonal Problems. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 2000.
- Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD001088.
- Johnson KL, Desmarais SL, Tueller SJ, Grimm KJ, Swartz MS, Van Dorn RA. A longitudinal analysis of the overlap between violence and victimization among adults with mental illnesses. *Psychiatry Res* 2016; 246: 203-10.
- Johnson KL, Desmarais SL, Van Dorn RA, Grimm KJ. A typology of community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses. *J Interpers Violence* 2015; 30: 522-40.
- Kavanagh DJ, Mueser KT, Baker A. Management of comorbidity. In: Teesson M, Proudfoot H, editors. *Comorbid Mental Disorders and Substance Use Disorders: Epidemiology, Prevention and Treatment*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia; 2003. p. 78-120.
- Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004; 56: 730-7.
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for the Expanded BPRS. *Schizophr Bull* 1986; 12: 594-602.
- Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 180-91.
- Meijwaard SC, Kikkert MJ, de Mooij LD, Lommerse NM, Peen J, Schoevers RA, e.a. Risk of criminal victimisation in outpatients with common mental health disorders. *PLoS One* 2015; 10: e0128508.
- Messman-Moore TL, Ward RM, Zerubavel N. The role of substance use and emotion dysregulation in predicting risk for incapacitated sexual revictimization in women: results of a prospective investigation. *Psychol Addict Behav* 2013; 27: 125-32.
- Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JJ. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4: CD010204.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- Sells DJ, Rowe M, Fisk D, Davidson L. Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1253-7.
- Stevens A, Berto D, Frick U, Kerschl V, McSweeney T, Schaaf S, e.a. The victimization of dependent drug users: findings from a European study. *Eur J Criminol* 2007; 4: 385-408.
- Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 911-21.
- Twisk J, de Boer M, de Vente W, Heymans M. Multiple imputation of missing values was not necessary before performing a longitudinal mixed-model analysis. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 1022-8.
- van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJM, van den Brink W, e.a. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 2019; 197: 28-36.
- van Wel EB, Bos EH, Appelo MT, Berendsen EM, Willgeroth FC, Verbraak MJ. De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis; een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 291-301.
- Widom CS, Maxfield MG. A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Ann NY Acad Sci* 1996; 794: 224-37.

## SUMMARY

# Victimization among dual diagnosis patients and effectiveness of the SOS training

M.M. DE WAAL, M.J. KIKKERT, J.J.M. DEKKER, A.E. GOUDRIAAN

**BACKGROUND** Patients with a co-occurring substance use disorder and other mental disorder (dual diagnosis) are at increased risk of victimization: to become victims of for instance physical abuse, sexual abuse, and property crimes.

**AIM** To examine the effectiveness of the SOS training: a new group-based intervention to improve resilience of dual diagnosis patients and thereby reduce their risk of victimization.

**METHOD** A randomized controlled trial was conducted in dual diagnosis patients, with a 14-month follow-up period. Patients were randomized to receive either care as usual (n = 125), or care as usual plus SOS training (n = 125). The primary outcome measure was defined as treatment response for victimization (yes/no), with 'yes' defined as at least a 50% reduction in the number of past-year victimization incidents at 14-month follow-up compared to baseline.

**RESULTS** Significantly more participants in the experimental group achieved positive treatment response for victimization (68%) compared to the control group (54%).

**CONCLUSION** Adding SOS training to care as usual in dual diagnosis patients is more effective in reducing victimization compared to care as usual alone. The SOS training can be implemented in addiction-psychiatry services to prevent future victimization in these patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)9, 784-793

**KEY WORDS** comorbidity, dual diagnosis, social skills, substance use disorders, victimization