

Psychiatrische stoornissen en recidive bij geweldplegers met dubbele diagnose; vergelijking met andere subgroepen geweldplegers

J. E. VAN HORN, M. J. EISENBERG, S. VAN KUIK, G. M. VAN KINDEREN

ACHTERGROND Mensen met een dubbele diagnose hebben een groter risico op herhaald delictgedrag.

DOEL Onderzoeken of mannelijke plegers van geweld (inclusief huiselijk geweld) met een dubbele diagnose (DD) verschilden van andere subgroepen geweldplegers wat betreft verslaving, psychiatrische stoornissen en recidive. Verwacht werd dat de subgroep met een DD vaker een angst- of stemmingsstoornis en een antisociale persoonlijkheidsstoornis zou hebben. Ook verwachtten we bij hen hogere recidivepercentages.

METHODE De onderzoeksgroep bestond uit 148 geweldplegers die werden onderverdeeld in een groep met aan middelen gebonden en comorbide stoornissen (DD-groep; n = 50), mannen zonder as I- of as II-stoornis (n = 28), mannen met een aan middelen gebonden stoornis (n = 23) en mannen met één of meer as I- (exclusief middelengebonden stoornis) en/of as II-stoornissen (n = 47).

RESULTATEN Overlevingsanalyses wezen bij een gemiddelde follow-upduur van 79,6 maanden uit dat de mannen met een DD na behandeling vaker opnieuw werden veroordeeld voor algemene delicten (60%) en geweldsdelicten (44,9%) dan mannen uit de andere subgroepen (voor algemene recidive en geweldsrecidive waren de percentages kleiner dan 40%). Coxregressieanalyses wezen uit dat het behoren tot de DD-groep de kans op geweldsrecidive verhoogde met een factor 5,21.

CONCLUSIES De onderzochte delinquenten met een DD verschilden qua verslavingsproblematiek en psychiatrische stoornissen niet wezenlijk van andere subgroepen geweldplegers, maar recidiveerden wel vaker met algemene delicten en geweldsdelicten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)6, 497-507]

TREFWOORDEN dubbele diagnose, forensische psychiatrie, recidive

Een dubbele diagnose (DD) wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd als het tegelijkertijd aanwezig zijn van een stoornis als gevolg van het gebruik van een psychoactieve stof én een andere psychische stoornis bij een en dezelfde patiënt (WHO 1995). Mensen met een dubbele diagnose hebben een hoog risico om in de criminaliteit te belanden. Ze komen vaker en herhaaldelijk

in aanraking met politie en/of justitie voor het plegen van vooral drugsgerelateerde geweldsdelicten (Messina e.a. 2004; Piselli e.a. 2009; Wright e.a. 2002).

De criminele predispositie van patiënten met een DD gaat gepaard met ernstig sociaal, relationeel en maatschappelijk disfunctioneren. Velen zijn dak- of thuisloos (Aase e.a. 2008) en hebben een

potentieel hoger hiv-besmettingsrisico (Stoskopf e.a. 2001). Als gevolg van het disfunctioneren op vele gebieden is het suïciderisico hoog, vooral als de verslavingsproblematiek gepaard gaat met een depressieve stoornis (Aase e.a. 2008). Delinquente patiënten met een DD blijken veel meer dan andere groepen gedetineerden opgegroeid te zijn in probleemgezinnen waarin alcohol- en drugsproblemen op de voorgrond staan, evenals het risico om slachtoffer te worden van seksuele en/of fysieke mishandeling (Piselli e.a. 2009).

Door zulke ingrijpende negatieve levensomstandigheden vormen delinquente patiënten met een DD een extreem kwetsbare groep. De meesten hebben langdurige (klinische) zorg nodig, maar zijn tegelijkertijd moeilijk tot behandeling te motiveren. Therapeutische relaties (werkallianties) komen nauwelijks van de grond, uitvalpercentages zijn hoog en de behandelprognose is overwegend slecht (Donald e.a. 2005; Messina e.a. 2004). Messina e.a. (2004) vonden dat 48% weer in de gevangenis belandde binnen één jaar na verplichte reclasseringscontacten voor het plegen van gewelds- en vermogensdelicten.

In de richtlijn 'Dubbele diagnose, dubbele hulp' (Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg 2003) worden geen uitspraken gedaan over de vraag of de psychische stoornis het gevolg is van de verslaving of andersom. Het is vaak lastig om de oorzaak-gevolgrelatie bij patiënten met een DD te ontrafelen omdat er meestal een interactie bestaat tussen de symptomen van de psychische stoornis en verslaving (Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg 2003). Zo is het causale verband tussen middelenmisbruik en bijvoorbeeld een bipolaire stoornis moeilijk aan te geven omdat de symptomen van de stoornis en die van middelenmisbruik of onthouding sterk op elkaar kunnen lijken. Intoxicatie kan bijvoorbeeld verward worden met manie en de symptomen van onthouding lijken op depressiviteit.

In de meeste studies wordt daarom slechts aangegeven wat de prevalentie is van een DD en wordt globaal vermeld welke stoornissen tegelijk optreden bij de verslavingsproblematiek zonder

onderscheid te maken in primaire en secundaire diagnoses.

Prevalentie van delinquenten met een dubbele diagnose

De schattingen van het percentage delinquenten met een DD lopen uiteen en zijn afhankelijk van onder andere de setting (verslavingszorg, detentie, forensische psychiatrie), de gebruikte diagnostische instrumenten (vragenlijsten, diagnostische interviews, klinische diagnose) en de geobserveerde periode van de verslavingsproblematiek (6- of 12-maandenprevalentie of *lifetime*-prevalentie). Over het algemeen resulteren vragenlijstonderzoeken vaker in onderdiagnostiek van de verslavingsproblematiek dan klinische diagnostische interviews (Anderson 2004). Voorts stijgen de prevalentiecijfers met de duur van de geobserveerde verslavingsperiode (Carrà & Johnson 2009). Prevalenticijfers variëren ook omdat men in lang niet elke studie dezelfde definitie hanteert voor een dubbele diagnose. Overigens geeft men ook andere invullingen aan de term 'dubbele diagnose', zoals het samengaan van een cognitieve beperking en een of meer andere stoornissen (O'Brien 2002).

Lukasiewicz e.a. (2009) spreken in hun onderzoek van een dubbele diagnose als er naast de verslaving een comorbide as I-stoornis wordt gediagnosticeerd, terwijl men in andere studies (waaronder Piselli e.a. 2009) ook as II-stoornissen onder deze definitie schaaft. Beide studies werden uitgevoerd onder relatief grote groepen gedetineerden, met 302 deelnemers in de studie van Piselli e.a. (2009) en 998 in die van Lukasiewicz e.a. (2009). De prevalentie van een dubbele diagnose bij gedetineerden was respectievelijk 20,9 en 26,3%. Lukasiewicz e.a. (2009) achten het waarschijnlijker dat het percentage DD-delinquenten eerder rond de 37 zal liggen omdat bijna de helft van het beoogde aantal gedetineerden niet beschikbaar was voor onderzoek vanwege een lopende rechtszitting of weigering om mee te doen.

Psychiatrische stoornissen bij delinquenten met een DD

Lukasiewicz e.a. (2009) vergeleken de verslavingsproblematiek en psychiatrische stoornissen bij vier subgroepen: gedetineerden met een DD (26,3%) of met enkel een aan middelen gebonden stoornis (8,9%), gedetineerden zonder diagnose op as I (22%) en degenen met as I-stoornissen anders dan een aan middelen gebonden stoornis (42,8%). De onderzoekers vonden geen verschil in verslavingsproblematiek tussen delinquenten met een DD en delinquenten met een aan middelen gebonden stoornis.

De meest voorkomende as I-stoornissen bij de DD-groep waren angst- en stemmingsstoornissen (Lukasiewicz e.a. 2009). Deze stoornissen werden eveneens bij andere DD-populaties (onder wie verslaafden en patiënten in de algemene psychiatrische zorg) het vaakst aangetroffen (Daughters e.a. 2008; Dom e.a. 2004; Gentil e.a. 2009; Torres e.a. 2006). Van de patiënten met DD en angststoornissen had 23% een comorbide depressie en 11,8% een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Stemningsstoornissen werden bij 19% van de DD-patiënten gevonden. Wat betreft comorbide as II-stoornissen wijzen studies uit dat de verslaving bij 25-90% van de patiënten gepaard gaat met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (25-81%) (Daughters e.a. 2008; Dom e.a. 2004; Verheul 2001), een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (18%), een paranoïde (10%) of obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (7,5-20%) (Gentil e.a. 2009; Torres e.a. 2006). Hoewel er in de verschillende studies een variërend percentage as I- en as II-stoornissen in de DD-populaties wordt gerapporteerd, komt het ziektebeeld grotendeels overeen: angst- en stemmingsstoornissen gecombineerd met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Vraagstelling eigen onderzoek

Wij vergeleken mannelijke plegers van geweld, inclusief huiselijk geweld, met een dubbele diagnose (DD-groep) met de volgende subgroepen: mannen zonder diagnose op as I en/of as

II (geenstoornisgroep), mannen met een aan middelen gebonden stoornis (middelengroep) en mannen met één of meer as I-stoornissen (exclusief een aan middelen gebonden stoornis) en/of een stoornis op as II (overigestoornisgroep). Centraal stond de vraag of de DD-groep verschilde van de middelengroep qua verslavingsproblematiek, of ze verschilde van de groep met overige stoornissen qua psychiatrische stoornissen (exclusief aan middelen gebonden stoornis) en of ze verschilde van de drie subgroepen (middelen-, overigestoornissen- en geenstoornisgroep) wat betreft recidive. Verwacht werd dat mannen met een DD vaker een angst- en/of stemmingsstoornis (as I) zouden hebben en dat bij hen vaker een antisociale persoonlijkheidsstoornis zou worden gediagnosticeerd. Daarnaast was de verwachting dat de DD-groep de hoogste recidivepercentages zou hebben.

METHODE

Het onderzoek werd uitgevoerd bij De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie. Het betrof een retrospectief onderzoek op basis van dossierinformatie, waaronder het intakeverslag, behandelverslagen, pro Justitia- en reclaseringsrapportages en officiële criminaliteitsgegevens van justitie.

Instelling

De Waag biedt diverse poliklinische behandelingen aan onder anderen volwassen geweldplegers die door hun grensoverschrijdend gedrag in aanraking komen of dreigen te komen met politie of justitie. De behandeling is cognitief-gedragstherapeutisch van aard. Behalve aan het leren signaleren en vermijden van risicosituaties, wordt veel aandacht besteed aan het opbouwen van een meer maatschappelijk geaccepteerde manier van leven. Er wordt gewerkt aan het vergroten van sociale en relationele vaardigheden en het op een adequate manier omgaan met emoties.

De Waag kent een aantal algemene contra-

indicaties voor behandeling. Daders die strafbare feiten plegen vanuit een psychose worden doorverwezen naar een centrum voor algemene psychiatrie of een andere forensisch psychiatrische (poli) kliniek. Als de verslaving primair op de voorgrond staat, wordt de cliënt eerst verwezen naar de verslavingszorg. Als de verslaving meer onder controle is, kan kort daarna de forensische behandeling worden ingezet.

De behandeling kan plaatsvinden in een vrijwillig of verplicht kader. Een vrijwillig kader houdt in dat de cliënt op eigen initiatief of op verwijzing van de huisarts of een andere hulpverleningsinstantie aan de behandeling begint. Een verplicht kader houdt in dat de rechter de behandeling heeft opgelegd. De reclassering treedt dan vaak op als toezichthouder.

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 148 volwassen mannelijke geweldplegers die tussen 2000 en 2002 werden aangemeld voor behandeling bij De Waag. De gemiddelde leeftijd van de mannen bij aanmelding was 33,53 jaar (SD: 9,99). Het merendeel was autochtoon (75%). Ongeveer de helft werd behandeld in een verplicht kader (50,7%).

DSM-classificatie

Een psycholoog of psychiater stelt tijdens het intakegesprek vast of cliënten voldoen aan de criteria van een stoornis volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000). Het intakegesprek duurt ongeveer 60 minuten en bestaat uit een screening van onderwerpen relevant voor de ambulante forensische zorg, waaronder de criminele voorgeschiedenis en het indexdelict, gezin(situatie), opleiding en werk. Diagnoses gesteld tijdens het intakegesprek worden door een multidisciplinair team (psychiater, psychotherapeuten, psychologen) in het intakeoverleg besproken en vastgelegd.

Bij 50 van de 148 (33,8%) cliënten werden een aan middelengebonden stoornis en één of meer as

I- en/of as II-stoornissen gediagnosticeerd (DD-groep). Van de overige cliënten hadden 28 (18,9%) geen diagnose (geenstoornisgroep), 23 (15,5%) hadden een aan middelen gebonden stoornis (middelengroep) en 47 (31,8%) hadden één of meer as I-stoornissen (exclusief aan middelen gebonden stoornis) en/of een stoornis op as II (overigestoornisgroep). Deze verdeling in subgroepen week statistisch gezien niet af van de percentuele verhouding tussen vergelijkbare subgroepen in de studie van Lukasiewicz e.a. (2009) onder 998 gedetineerden.

Criminele voorgeschiedenis en recidive

Informatie uit het Justitiële Documentatiesysteem (JDS) werd gebruikt om recidive van de cliënten in kaart te brengen (peildatum: 2 maart 2009). Het JDS, beheerd door de Centrale Justitiële Documentatiedienst (CJD), geeft voor alle (rechts) personen die met de Nederlandse justitie in aanraking zijn gekomen een overzicht van de afgedane en niet-afgedane strafzaken. Wij namen in ons onderzoek uit het JDS alle afgedane zaken mee die tot een veroordeling hadden geleid. Delicten die werden samengevoegd in één vonnis werden als aparte delicten geteld. De follow-upperiode (de tijd tussen het einde van de behandeling en de peildatum) was minimaal 34 en maximaal 104 maanden, met een gemiddelde van 79,6 maanden (SD: 13,47). Recidive werd gedefinieerd als elke nieuwe veroordeling voor een willekeurig delict (algemene recidive) en een geweldsdelict.

Statistische analyses

Recidivepercentages werden berekend met kaplan-meier-overlevingsanalyse, waarbij we rekening hielden met individuele verschillen in follow-upperioden (Bijleveld e.a. 1998; Wartna 2000). Elke keer als van een cliënt de follow-uptijd eindigde voordat hij of zij recidiveerde, werd deze 'statistisch gezien' uit de risicogroep gehaald (gecensureerd). Dat wil zeggen, de recidivepercentages werden berekend op grond van een telkens

TABEL 1 Sociaal-demografische kenmerken, eerdere veroordelingen en behandelinggerelateerde kenmerken van de DD-groep vergeleken met de andere groepen

	DD-groep (n = 50)	Middelengroep (n = 23)	Overigestoornissen- groep (n = 47)	Partnerrelatiegroep (n = 28)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Etniciteit				
Autochtoon	38 (76,0)	22 (95,7)	35 (74,5)	16 (57,1)
Allochtoon	12 (24,0)	1 (4,3)	12 (25,5)	12 (42,9)
Eerdere veroordelingen				
Nee	5 (10,9)	11 (47,8)	14 (29,8)	16 (57,1)
Ja	45 (90,0)	12 (52,2)	33 (70,2)	12 (42,9)
Indexdelict				
Huiselijk geweld	22 (44,0)	5 (21,7)	15 (31,9)	27 (96,4)
Algemeen geweld	23 (46,0)	18 (78,3)	24 (51,1)	-
Huiselijk geweld en algemeen geweld	5 (10,0)	-	8 (17,0)	1 (3,6)
Behandelkader				
Vrijwillig	22 (44,0)	10 (43,5)	25 (53,2)	16 (57,1)
Verplicht	28 (56,0)	13 (56,5)	22 (46,8)	12 (42,9)
Reden beëindiging behandeling				
Wederzijdse beëindiging*	20 (40,0)	16 (69,6)	28 (59,6)	20 (71,4)
Eenzijdige beëindiging cliënt of behandelaar**	30 (60,0)	7 (30,4)	19 (40,4)	8 (28,6)

*Wederzijdse beëindiging betekende dat de behandeling met instemming van cliënt en behandelaar als succesvol afgerond werd beschouwd. Soms gebeurde dit op initiatief van cliënt die aangaf in voldoende mate van de behandeling te hebben geprofiteerd.

**Onder 'eenzijdige beëindiging door cliënt' werden cliënten geschaard die (vaak vanwege gebrek aan motivatie) niet meer kwamen opdagen. Onder 'eenzijdige beëindiging door hulpverlener' werden cliënten geschaard bij wie de behandeling door de hulpverlener werd stopgezet wegens ernstig gebrek aan motivatie en inzet.

kleiner aantal. Recidivepercentages berekend met survivalanalyses hadden betrekking op het eerste recidivedelict. Alle andere delicten werden buiten beschouwing gelaten. De logrank- (mantel-cox) toets werd gebruikt om verschillen in cumulatieve recidivepercentages te toetsen tussen de subgroepen (Hosmer & Lemeshow 1998).

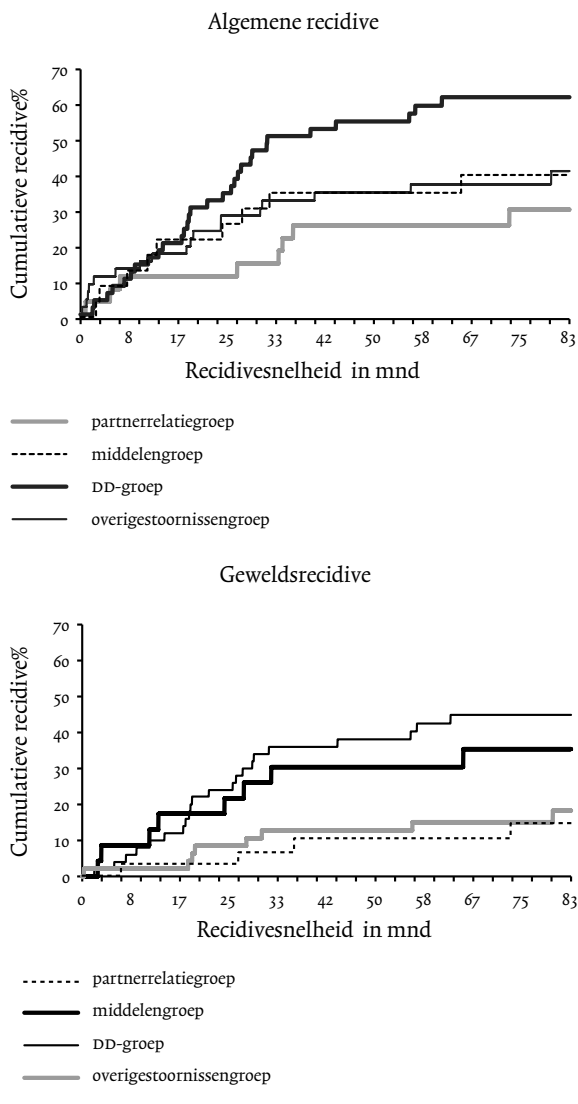
Er werden twee coxregressieanalyses (entermethode) uitgevoerd met de variabelen 'eerdere veroordelingen' (ja, nee), 'afkomst' (autochtoon, allochtoon), 'behandelkader' (vrijwillig, verplicht), 'wijze beëindiging van de behandeling' (wederzijds, eenzijdig door cliënt of door behandelaar) en 'subgroepen' (DD, middelen, overige stoornissen, partnerrelatie) als voorspellers voor algemene en geweldsrecidive. Coxregressieanalyse is een statistisch model (Cox 1972) om een overlevingscurve te berekenen die rekening houdt met de invloed van covariabelen en waarbij niet elke persoon noodzakelijk even lang aan het onderzoek heeft deelgenomen.

De variabelen die in de analyses werden meegenomen, werden getoetst op de voorwaarde van proportionele hazard (dat wil zeggen het relatieve risico voor het optreden van de gebeurtenis werd voor alle groepen proportioneel verondersteld). Voor geen van de variabelen die in de analyses werden meegenomen, werden de voorwaarden geschonden.

RESULTATEN

Centraal in dit onderzoek stond de vraag of gewelddadige mannen met een dubbele diagnose (DD-groep) verschilden van de middelengroep qua verslavingsproblematiek, van de overigestoornisengroep qua psychiatrische stoornissen (exclusief middelengebonden stoornis) en of ze verschilden van de drie subgroepen (middelen-, overigestoornissen- en geenstoornisengroep) wat betreft recidive.

FIGUUR 1 Cumulatieve recidivepercentage voor de vier subgroepen



Beschrijving van de vier subgroepen

Om een beter beeld te krijgen van de DD-groep ten opzichte van andere subgroepen delinquenten staan in tabel 1 enkele demografische en delictgerelateerde kenmerken en behandelkenmerken beschreven.

Uit de χ^2 -toetsen bleek dat mannen in de DD-groep vaker waren veroordeeld ($\chi^2(3) = 22,30$; $p < 0,001$) en vaker de behandeling voortijdig beëindigden ($\chi^2(3) = 9,87$; $p = 0,020$). Overige verschillen waren niet significant.

Verschillen in verslavingsproblematiek DD- en middelengroep

Er werd tussen de DD-groep en de middelengroep geen significant verschil gevonden in de verdeling van plegers met middelenmisbruik (resp. 56 en 65,2%) of middelenafhankelijkheid (resp. 44 en 34,87%) ($\chi^2(1) = 0,553$; $p = 0,46$). Inzoomend op het onderscheid in alcohol en drugs was alcoholmisbruik in beide groepen de meest voorkomende diagnose (52% in de DD-groep, 56,5% in de middelengroep), gevolgd door alcoholafhankelijkheid (14% in de DD-groep, 17,4% in de middelengroep).

Wat betreft drugsmisbruik en -afhankelijkheid lag de verdeling schever: drugsmisbruik werd vaker gediagnosticeerd in de DD-groep (36%) dan in de middelengroep (13%), (eenzijdige z-toets: $Z = 1,738$; $p = 0,04$). Voor drugsafhankelijkheid verschilde de verdeling niet significant (respectievelijk 30 en 17,4%, eenzijdige z-toets: $Z = 0,889$; $p = 0,19$).

Verschillen in psychiatrische stoornissen in DD- en overigestoornisengroep

Op de aan middelen gebonden stoornissen na, verschilden de mannen in de DD-groep niet van de mannen uit de overigestoornisengroep wat betreft as I- en as II-stoornissen. Op as I waren de meest voorkomende stoornissen in beide groepen stoornissen in de impulsbeheersing (resp. 53,2 en 62,8%; eenzijdige z-toets: $Z = 0,746$; $p = 0,23$) en aandachtstekortstoornissen, met name ADHD (resp. 23,4 en 18,6%, eenzijdige z-toets: $Z = 0,299$; $p = 0,38$).

Op as II werd in de DD-groep en de overigestoornisengroep voornamelijk een persoonlijkheidsstoornis NAO gediagnosticeerd. Deze stoornis wordt gediagnosticeerd bij mensen die net niet voldoen aan de criteria van één bepaalde persoonlijkheidsstoornis, maar wel 'trekken' hebben van twee of meer persoonlijkheidsstoornissen (respectievelijk 58 en 84%). De meest voorkomende in beide subgroepen waren trekken van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (eenzijdige z-toets: Z

= 0,024; p = 0,49) en een narcistische persoonlijkheidsstoornis (eenzijdige z-toets, Z = 0,129; p = 0,45).

Verschillen in recidive in DD-groep en andere subgroepen

In figuur 1 staan voor de vier subgroepen de kaplan-meieroverlevingscurves weergegeven voor algemene recidive en geweldsrecidive.

Survivalanalyses toonden significante verschillen tussen de vier groepen voor algemene recidive ($\chi^2(3) = 8,73$; p = 0,03) en recidive met geweld (χ^2

(3) = 13,38; p < 0,001). Uit figuur 1 blijkt dat mannen in de DD-groep (60%) de hoogste algemene recidivepercentages hadden vergeleken met de andere subgroepen (overigestoornissengroep 40,2%, middelengroep 39,8%, geenstoornissengroep 29,4%). Ook wat betreft geweldsrecidive scoorden de mannen in de DD-groep het hoogst met 44,9% (middelengroep 35,4%, overigestoornissengroep 18,3%, geenstoornissengroep 15,2%). Voor zowel de mannen in de DD-groep als die in de andere groepen gold dat de meesten opnieuw een delict pleegden binnen 3 jaar na behandeling.

TABEL 2 Coxregressiemodel: voorspellers voor algemene recidive en geweldsrecidive bij mannelijke (huiselijk) geweldpleggers

	B	Wald	p	RR	95%-BI
<i>Analyse I: algemene recidive (n = 148)</i>					
Eerdere veroordelingen	0,72	3,57	0,06	2,04	0,97-4,29
Subgroepen					
DD-groep (referentiegroep)		4,72	0,19		
middelengroep	0,84	3,70	0,05	2,33	0,99-5,49
overigestoornissengroep	0,55	1,14	0,29	1,73	0,63-4,71
geenstoornissengroep	0,32	0,54	0,46	1,37	0,59-3,21
Afkomst					
autochtoon (referentiegroep)					
Allochtoon	0,44	2,28	0,13	1,56	0,88-2,77
Behandelkader					
vrijwillig (referentiegroep)					
Verplicht	0,23	0,68	0,41	1,25	0,73-2,14
Wijze beëindiging behandeling					
wederzijds (referentiegroep)					
eenzijdig cliënt of behandelaar	-0,12	0,20	0,66	0,88	0,53-1,50
<i>Analyse II: geweldsrecidive (n = 145)</i>					
Eerdere veroordelingen	6,24	1,87	0,17	1,87	0,76-4,56
Subgroepen					
DD-groep (referentiegroep)		9,92	0,02		
Middelengroep	1,23	4,50	0,03	3,43	1,10-10,70
Overigestoornissengroep	1,01	2,55	0,11	2,74	0,79-9,42
Geenstoornissengroep	0,09	0,02	0,89	1,10	0,32-3,72
Afkomst					
autochtoon (referentiegroep)					
Allochtoon	-0,19	0,21	0,65	0,83	0,37-1,84
Behandelkader					
vrijwillig (referentiegroep)					
Verplicht	-0,07	0,04	0,84	0,93	0,49-1,80
Wijze beëindiging behandeling					
wederzijds (referentiegroep)					
eenzijdig cliënt of behandelaar	-0,43	1,72	0,19	0,65	0,34-1,24

RR = het relatieve risico om te recidiveren; BI = betrouwbaarheidsinterval.

Voorspellers voor algemene recidive en geweldsrecidive

Tabel 2 geeft de resultaten weer van de cox-regressieanalyses, de eerste voor algemene recidive en de tweede voor geweldsrecidive. Geen van de mannen werd veroordeeld voor recidive van huiselijk geweld. Beide modellen voorspelden recidive significant beter dan het nulmodel: algemene recidive ($\chi^2(7) = 18,26; p = 0,01$) en geweldsrecidive ($\chi^2(7) = 17,14; p = 0,02$).

DISCUSSIE

Dit onderzoek bij 148 mannelijke plegers van geweld, inclusief huiselijk geweld, met een indicatie voor ambulante forensische zorg was een eerste aanzet om meer te weten te komen over delinquenten met een dubbele diagnose. De onderzochte groep bestond uit 50 (33,8%) geweldplegers met een dubbele diagnose (DD-groep), 23 (15,5%) mannen met een aan middelen gebonden stoornis (middelengroep), 47 (31,8%) mannen met stoornissen op as I (exclusief middelengebonden stoornis) en/of as II (overigestoornisengroep) en 28 (18,9%) mannen zonder as I- of as II-stoornis (geenstoornisengroep). De DD-groep werd vergeleken met middelengroep qua verslavingsproblematiek en met de overigestoornisengroep qua psychiatrische stoornissen. Ten slotte werden de recidivepercentages van de DD-groep afgezet tegen die van de middelen-, overigestoornissen- en geenstoornisengroep.

Verslavingsproblematiek en psychiatrische stoornissen bij de DD-groep

De resultaten wezen uit dat er in de DD-groep vaker drugsmisbruik voorkwam dan in de middelengroep. Andere verschillen qua verslaving werden niet gevonden, maar waren in beide groepen duidelijk aanwezig: bij ruim de helft van de mannen in beide groepen was er alcoholmisbruik en een kleine 20% was afhankelijk van alcohol. De hoge prevalentie van DD-delinquenten met verslavingsproblemen werd ook gevonden in het onderzoek van Lukasiewicz e.a. (2009).

Voor de overige stoornissen op as I vonden wij – tegen de verwachting in – geen verschillen tussen de DD-groep en de overigestoornisengroep: in beide groepen kwamen impulscontrolestoornissen (respectievelijk 53,2 en 62,8%) en aandachtstekortstoornissen (respectievelijk 23,4 en 18,6%) het vaakst voor. In de DD-groep en de groep met overige stoornissen troffen wij trekken van een antisociale en een narcistische persoonlijkheidsstoornis het vaakst aan. Op basis van deze resultaten kunnen wij concluderen dat de onderzochte geweldplegers met een DD en andere subgroepen minimaal van elkaar verschilden.

De impulscontrole- en aandachtstekortstoornissen als meest gediagnosticeerde as I-stoornissen in de onderzochte DD-groep wijken af van de bevindingen uit eerdere studies, waarbij stemmings- en angststoornissen het meest voorkwamen (Daughters e.a. 2008; Dom e.a. 2004; Gentil e.a. 2009; Lukasiewicz e.a. 2009; Torres e.a. 2006). Het is mogelijk dat vooral de impulscontrole- en aandachtstekortstoornissen (externaliserende problemen) in een forensische setting sneller opgemerkt worden dan internaliserende problemen, zoals angst- en stemmingsstoornissen. Daarbij was de diagnose van de onderzochte groep geweldplegers gebaseerd op het klinische oordeel. Dit kan, zeker aan het begin van de behandeling, tot onderdiagnostiek hebben geleid van vooral de internaliserende psychische problemen en mogelijk ook de verslavingsproblematiek. In welke mate er onderdiagnostiek was van deze problemen valt niet te zeggen. Uit eerder onderzoek bij plegers van huiselijk geweld met middelenproblematiek bleek dat in slechts 6,7% van de gevallen de – tijdens het intakegesprek – gestelde diagnose moest worden bijgesteld (Kraanen e.a. 2010).

Als we ervan uitgaan dat de verslavingsproblematiek in de onderzochte DD-groep ernstiger en omvangrijker is dan wij in onze studie vonden, kan de prevalentie van DD-delinquenten in de forensische psychiatrie wel eens dichter bij de 37% liggen die Lukasiewicz e.a. (2009) vonden.

Echter, om hier gefundeerdere uitspraken over te kunnen doen, zouden wij aanraden om in

vervolgonderzoek gebruik te maken van gestructureerde klinische interviews. Specifieke instrumenten die het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg (2003) aanbeveelt in de richtlijn 'Dubbele diagnose' zijn de 'Addiction Severity Index' (ASI; McLellan e.a. 1980) voor het vaststellen van de aard en ernst van het middelengebruik te gebruiken en de 'Mini International Neuropsychiatric Interview' (MINI; Sheehan e.a. 1998) voor de beoordeling van psychiatrische stoornissen.

Recidive bij mannen in de DD-groep

Verschillen in verslavingsproblematiek en psychiatrische stoornissen waren minimaal. Toch werden naar verwachting in de DD-groep – bij een gemiddelde follow-upperiode van 79,6 maanden – de hoogste recidivepercentages gevonden voor zowel algemene recidive (60%) als recidive met geweld (44,9%). De laagste recidivepercentages werden gevonden in de geenstoornisgroep (29,4% voor algemene recidive en 15,2% voor geweldsrecidive). Recidive werd gedefinieerd als een nieuwe veroordeling voor een algemeen delict of een geweldsdelict. Dit is een strikte definitie waarbij aannemelijk is dat het percentage mannen dat een delict heeft gepleegd in werkelijkheid vele malen groter zal zijn. Het is bijvoorbeeld bekend dat slechts 6% van de slachtoffers van huiselijk geweld overgaat tot het doen van aangifte (Van Dijk e.a. 1997). Een nog kleiner percentage van de daders wordt hiervoor veroordeeld. Het gegeven dat wij in de onderzochte groep geen enkele man vonden die (opnieuw) werd veroordeeld voor een huiselijk geweldsdelict kan hiermee te maken hebben. Voor alle groepen gold dat het eerste delict waarvoor men werd veroordeeld, plaatsvond binnen 6 maanden nadat de behandeling was afgesloten en dat de meeste delicten werden gepleegd binnen 3 jaar na de behandeling.

Voorspellers voor algemene en geweldsrecidive

Van alle factoren, zoals eerdere veroordelingen, afkomst, het al dan niet volgen van een

behandeling in een strafrechtelijk kader, was het behoren tot de DD-groep de enige voorspellende factor voor geweldsrecidive. Kenmerkend voor de behandeling van mensen met een DD is dat therapeutische relaties (werkallianties) nauwelijks van de grond komen en uitvalpercentages dientengevolge hoog zijn (Donald e.a. 2005; Messina e.a. 2004). De behandelprognose wordt als overwegend slecht beschouwd.

Het lijkt erop dat bij geweldplegers met een DD – meer dan bij de andere subgroepen – een combinatie van factoren en niet zozeer de afzonderlijke kenmerken het risico op herhaald geweld fors verhoogt. Niet in dit onderzoek meegenomen, maar wel belangrijke kenmerken die de delinquenten met een DD onderscheiden van andere groepen delinquenten zijn factoren uit het verleden. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een vroeg begin van de verslavingsproblematiek, vroege traumatische ervaringen (fysieke en seksuele mishandeling) en het op jongere leeftijd belanden in de criminaliteit (Lukasiewicz e.a. 2009; Messina e.a. 2004). Deze factoren leiden ertoe dat gedetineerden met een DD beginnen met een forse achterstand als zij in een rehabilitatietraject terechtkomen. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of dergelijke factoren ook gevonden worden bij delinquenten met een DD en een indicatie voor poliklinische forensische zorg.

LITERATUUR

- Aase DM, Jason LA, LaVome Robinson W. 12-step participation among dually diagnosed individuals: A review of individual and contextual factors. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1235-48.
- Anderson HS. Mental health in prison populations: A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 5-59.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de druk). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Bijleveld CCJH, Mooijaart A, Brouwers M, Loewenthal I. Over modellen voor de analyse van spreiding van recidive over tijd, type delict en dadergroepen. *TvC* 1998; 40: 385-403.

- Carrà G, Johnson S. Variations in rates of co morbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 429-47.
- Cox DR. Regression models and life tables. *J R Stat Soc* 1972; 34: 187-220.
- Dijk T van, Flight S, Oppenhuis E, Duesman B. Huiselijk geweld. Aard, omvang en hulpverlening. 1997; Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dom G, De Groot F, Coeck A. Prevalentie van middelenproblemen en dubbeldiagnose in Belgische psychiatrische ziekenhuizen. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 317-21.
- Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1371-83.
- Daughters SB, Stipelman BA, Sargeant MN, Schuster R, Bornovalova MA, Lejuez CW. The interactive effects of antisocial personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34: 157-64.
- Gentil AF, Mathis MA de, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, Conceição do Rosário M, e.a. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend* 2009; 100: 173-7.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied survival analysis: regression modeling of time to event data*. Hoboken: Wiley; 1998.
- Kraanen FL, Scholing A, Emmelkamp PMG. Substance use disorders in perpetrators of intimate partner violence in a forensic setting. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010; 54: 430-40.
- Lukasiewicz M, Blecha L, Falissard B, Neveu X, Benyamina A, Reynaud M, e.a. Dual diagnosis: Prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33: 160-8.
- Messina N, Burdon W, Hagopian G, Prendergast M. One year return to custody rates among co-disordered offenders. *Behav Sci Law* 2004; 22: 503-18.
- McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 26-33.
- Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg. Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Rapport project Dubbele Diagnose door Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg; 2003.
- Piselli M, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM. Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 101-7.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.
- Stoskopf CH, Kim YK, Glover SH. Addictions services. Dual diagnosis: HIV and mental illness, a population based study. *Community Ment Health J* 2001; 37: 469-79.
- Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, e.a. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1978-85.
- Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 274-82.
- Wartna B. Recidive-onderzoek en survival-analyse: Over het meten van de duur van de misdrijfrijke periode. *Tijdschrift voor Criminologie* 2000; 42: 2-20.
- WHO. *Lexicon of alcohol and drug terms*. WHO: Genève; 1995.
- Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G. Mental illness, substance abuse, demographics and offending: Dual diagnosis in the suburbs. *J Forensic Psychiatry* 2002; 13: 35-52.

AUTEURS

JOAN VAN HORN, hoofd afd. Onderzoek, De Waag, Utrecht,
MARA EISENBERG, MSc, junior onderzoeker De Waag,
Utrecht.

SVEN VAN KUIK, psycholoog Triple-Ex, Palier Triple-Ex, Den Haag.

GYANE VAN KINDEREN, psycholoog.

Correspondentieadres: dr. Joan van Horn, afd. Onderzoek, De Waag, Postbus 1362, 3500 BJ Utrecht.

E-mail: jvanhorn@dewaag-nederland.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-10-2011.

SUMMARY

Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders – J.E. van Horn, M.J. Eisenberg, S. van Kuik, G.M. van Kinderen –

BACKGROUND Offenders with a dual diagnosis (DD) are more likely than other offenders to repeat delinquent behavior.

AIM To investigate whether male violent offenders with substance-related disorders and co-occurring disorders differed from other subgroups of violent offenders in terms of substance disorders, psychopathology, and recidivism. We expected to find that persons with a dual diagnosis would more often be diagnosed with an anxiety or mood disorder and antisocial personality disorder. We also expected that they could have the highest recidivism rates.

METHOD Our sample consisted of 148 (domestic) violent offenders subdivided into offenders with a substance-related disorder and comorbid disorders (dual diagnosis group; $n = 50$), offenders without an axis I or axis II disorder ($n = 28$), offenders with a substance-related disorder ($n = 23$), and offenders with one or several comorbid axis I disorders (excluding substance related disorders) and/or axis II disorders ($n = 47$).

RESULTS Survival analyses showed – with an average follow-up period of 79,6 months – significantly higher general (60%) and violent (44,9%) recidivism rates in the DD-group than in the other subgroups in which the rates were lower than 40% for both general and violent recidivism. Results of Cox regression analyses indicated that merely belonging to the DD-group increased the risk of violent recidivism by a factor of 5.21.

CONCLUSIONS The DD-delinquents under study did not differ fundamentally from other subgroups of (domestic) violent offenders as far as substance-related disorders and psychopathology were concerned. However, they did engage more often in recidivism, committing general or violent offences.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)6, 497-507]

KEY WORDS dual diagnosis, forensic psychiatry, recidivism