

Masterscriptie Klinische Psychologie
Instituut voor Psychologie, Faculteit der Sociale Wetenschappen
Erasmus Universiteit Rotterdam

Voorspellers van therapie verstorend gedrag bij klinisch opgenomen verslaafde cliënten

Door: Laura Zandee, 372118

3-3-2017

Instituutsbegeleider: B. Mayer, Ph. D.

Instellingsbegeleider: Dr. J. Schaap-Jonker

Samenvatting

Therapie Verstarend Gedrag lijkt een serieus probleem in de klinische setting, waar nog vrij weinig over bekend is. Het doel van dit onderzoek is om (1) de wetenschappelijke kennis over therapie verstarend gedrag in de klinische setting te vergroten om de zorg en het behandelklimaat te verbeteren en (2) de voorspellende waarde van religiositeit, motivatie en welbevinden voor therapie verstarend gedrag te onderzoeken bij klinisch opgenomen verslaafde cliënten. *Methode:* Demografische karakteristieken en de mate van motivatie, religiositeit en welbevinden bij opname zijn van 67 opgenomen verslaafde cliënten (82.1% man; gemiddelde leeftijd is 38 jaar) onderzocht. De eerste vier weken van opname is door de groepsbegeleiding dagelijks het therapie verstarend gedrag geregistreerd. *Resultaten:* In deze steekproef heeft 68.7% van de cliënten minstens één keer therapie verstarend gedrag vertoond. De verwachting dat een hogere mate van religiositeit, motivatie en welbevinden gerelateerd is aan minder therapie verstarend gedrag wordt niet door de data ondersteund. Echter, er lijkt een verschil te zijn tussen cliënten die incidenteel therapie verstarend gedrag vertonen en cliënten die dit vaker doen. Bij cliënten die relatief veel therapie verstarend gedrag vertonen lijkt er een trend te zijn waarbij een hogere religieuze saillantie en lager welbevinden gerelateerd is aan meer therapie verstarend gedrag. *Conclusie:* De bevindingen weerspiegelen de problematische aanwezigheid van therapie verstarend gedrag in de verslavingszorg en geven gerichte aanwijzingen voor vervolgonderzoek.

Kernwoorden: therapie verstarend gedrag, religieuze saillantie, motivatie, welbevinden, verslavingszorg.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Voorspellers TVG	4
<i>Religiositeit</i>	6
<i>Motivatie voor behandeling</i>	7
<i>Welbevinden</i>	8
Relevantie.....	8
Onderzoeksvraag	9
Definiëring van concepten.....	9
Methode	10
Proefpersonen.....	10
Meetinstrumenten.....	11
Procedure.....	13
Datareductie en statistische analyse	14
Betrouwbaarheidsonderzoek scoring TVG	16
Resultaten	17
Algemene statistieken TVG	17
<i>Man-vrouw verdeling</i>	18
<i>Leeftijd</i>	19
<i>Primaire diagnose</i>	19
Effect van religieuze saillantie, motivatie en welbevinden	19
<i>Exploratief</i>	20
Discussie	21
Kanttekeningen en kritische reflectie	24
Implicaties voor vervolgonderzoek en aanbevelingen	26
Referenties	28
Bijlage 1 - Beoordelingslijst Therapieverstorendgedrag (TVG)	32
Bijlage 2 - Toestemmingsverklaring: Deelname wetenschappelijk onderzoek	35
Bijlage 3 - Formulier betrouwbaarheidsonderzoek	36

Inleiding

Therapie verstorend gedrag (TVG) is een veel voorkomend probleem in de psychiatrische/klinische zorg, waaronder ook in de verslavingszorg. Uit onderzoek van Ingenhoven, Van den Brink, Passchier en Duivenvoorden (2011) blijkt dat 71% van de cliënten met persoonlijkheidsproblematiek TVG vertoonden in de eerste maanden van behandeling. Onder TVG wordt hier verstaan: impulsieve uitingen, woede-uitbarstingen, parasuïcidaal gedrag (automutilatie, suïcide plannen en pogingen) en contractovertredingen (zoals middelengebruik en drop-out van behandeling), die zowel tijdens behandelsessies als (op groepsmomenten) in de klinieken kunnen worden vertoond. TVG heeft een negatieve invloed op de behandelresultaten (Ingenhoven et al., 2011). Het is onder andere geassocieerd met een verhoogde kans op drop-out en het heeft een verstorend effect op groepsprocessen. Daarnaast heeft het ook een negatieve invloed op andere cliënten en medewerkers. Het is opmerkelijk dat TVG nog nauwelijks aandacht heeft gehad in wetenschappelijk onderzoek, terwijl de aanwezigheid en negatieve effecten van deze gedragingen duidelijk problematisch zijn binnen de GGZ.

Onderzoek van Linehan en collega's (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al., 2002) laat zien dat TVG gecorrigeerd kan worden tijdens de behandeling. Zij heeft dialectische gedragstherapie (DGT) ontwikkeld waarbij de nadruk wordt gelegd op TVG en dit voorrang krijgt in de behandeling (bijvoorbeeld het missen van of te laat komen op behandelafspraken (Linehan et al., 1999)). Uit onderzoek blijkt dat DGT effectief is bij cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis en bijkomende drugsafhankelijkheid (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002). Cliënten die DGT volgden vertoonden een significant grotere afname in drugsmisbruik tijdens de behandeling en *follow up* dan cliënten die de standaard behandeling (gecontroleerd voor tijd en aandacht) volgden (Linehan et al., 1999). Ook had de DGT groep minder drop-out en significant meer vooruitgang in globale en sociale aanpassing dan de groep die de gewone behandeling kreeg. Samengevat laat deze studie zien dat verschillende therapie versturende gedragingen (waaronder middelengebruik en uitval van behandeling) bij verslaving verminderd kunnen worden en dat deze afname gepaard gaat met een positief effect op de behandelresultaten.

Voorspellers TVG

Het is van belang om inzicht te krijgen in de factoren die samenhangen met TVG, gezien de frequentie van TVG tijdens opname en behandeling en de nadelige gevolgen ervan

voor de behandeluitkomsten. Als er voorspellers bekend zijn, kan het risico op TVG in kaart worden gebracht, zodat de behandeling hierop kan worden aangepast (door bijvoorbeeld DGT technieken te implementeren) om dit gedrag en de effecten ervan te beperken. Tot op heden is er weinig onderzoek gepubliceerd over TVG. Onderzoek van Ingenhoven en collega's (2011) toont aan dat TVG samenhangt met het algemene niveau van psycho-sociaal functioneren. Dit niveau van psycho-sociaal functioneren hebben zij met het ontwikkelingsprofiel vanuit een psychodynamisch perspectief in kaart gebracht op een aantal niveaus die lopen van sterk disadaptief functionerend tot sterk adaptief functionerend. TVG blijkt voornamelijk samen te hangen met de (disfunctionerende) niveaus fragmentatie en egocentriciteit, welke respectievelijk een 'gebrek aan innerlijke consistentie' en een 'extreme egoïstische attitude' weergeven (Ingenhoven & Abraham, 2010). De lagere niveaus van het ontwikkelingsprofiel zijn (ten opzichte van de hogere niveaus) gerelateerd aan meer verstorend gedrag (waarbij met name: impulsieve gedragingen, woede-uitbarstingen en contractovertredingen) in de eerste maanden van behandeling (Ingenhoven et al., 2011; Abraham, 2005).

Onderzoek van Scholte en collega's (2012) toont aan dat de Restructured Clinical schaal (meet positief en negatief affect, zonder invloed van huidig toestandsbeeld) en de Psychopathologie Five schalen (meet dimensionele aspecten van normale en abnormale persoonlijkheidskenmerken met nadruk op psychopathologie) van de MMPI-2 een voorspellende waarde hebben voor verschillende therapie verstorende gedragingen. Deze schalen verklaren een substantieel deel van de variantie in het voorkomen van TVG. Deze onderzoeken (Ingenhoven et al., 2011; Scholte et al., 2012) vormen het begin van een nieuw onderzoeksveld naar TVG en factoren die dit gedrag voorspellen. Het ontwikkelingsprofiel en het MMPI-2 persoonlijkheidsprofiel zijn echter geen standaardmetingen bij de opname en vereisen veel diagnostische inspanning. Het gebruik van deze factoren als voorspellers voor TVG is om die reden kostbaar. Op basis van literatuur kunnen er verschillende hypothesen worden gesteld over andere mogelijke voorspellers van TVG die mogelijk van grotere praktische waarde zijn. Aangezien onderzoek naar TVG nog in een vroeg stadium verkeert, is onderbouwende literatuur over mogelijke voorspellers nog schaars. De hypothesen in dit onderzoek zijn gebaseerd op zowel (preliminaire) aanwijzingen uit de literatuur, als op mogelijke praktische waarde voor de instelling waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. In dit onderzoek worden de hypothesen onderzocht of de mate van religiositeit, motivatie voor behandeling en subjectief welbevinden een voorspellende waarde hebben voor de frequentie van TVG in de eerste vier weken van behandeling bij klinisch opgenomen verslaafde cliënten.

Religiositeit

De hypothese dat de mate van religiositeit samenhangt met TVG is gebaseerd op de volgende onderzoeksresultaten. Ten eerste is er sterk bewijs dat religie positief gerelateerd is aan zelfcontrole (McCullough & Willoughby, 2009) en negatief verband houdt met risicovol gedrag (Yonker, Schnabelrauch, & De Haan, 2012). Zo blijkt uit longitudinaal onderzoek dat religieuze jongeren een hoger niveau van zelfcontrole vertonen dan jongeren die minder/niet religieus zijn (Desmond, Ulmer, & Bader, 2013). Uit onderzoek van Boomsma, De Geus, Van Baal en Koopmans (1999) blijkt dat personen met een religieuze affiliatie lager scoren op 'Sensatie Zoeken' en 'Disinhibitie' dan personen zonder religieuze affiliatie. Een hogere mate van religiositeit lijkt dus gerelateerd aan meer zelfcontrole en minder impulsiviteit. Onderzoek van Laird, Marks en Marrero (2011) toont aan dat bij adolescenten die weinig belang hechten aan religie, een lage zelfcontrole sterke voorspellende waarde heeft voor antisociaal en regelbrekend gedrag. Bij jongeren die een groot belang hechten aan religie heeft lage zelfcontrole een significant zwakkere associatie met antisociaal- en regelbrekend gedrag. De mate van religiositeit lijkt dus gerelateerd aan zelfcontrole en modereert de relatie tussen zelfcontrole en regelbrekend gedrag. Watterson en Giesler (2012) hebben de relatie tussen religiositeit en zelfcontrole experimenteel onderzocht. Zij lieten proefpersonen een moeilijke, frustrerende taak uitvoeren welke zelfcontrole vereist. De tijd die men bleef doorzetten op de taak diende als maat voor zelfcontrole. De helft van de proefpersonen moest vooraf aan de hoofdtak een extra taak uitvoeren (*squeeze the handgrip*-taak) welke de zelfregulerende bronnen uitput. Watterson en Giesler (2012) vonden dat hoog religieuze personen een beter zelfregulerend vermogen hebben, wat naar voren komt in omstandigheden waarin zelfregulerende bronnen beperkt of uitgeput zijn. Deze onderzoeken laten zien dat de mate van religiositeit positief gerelateerd is aan de mate van zelfcontrole en negatief gerelateerd is aan impulsiviteit en risicovol gedrag.

Ten tweede lijkt de mate van religiositeit en/of spiritualiteit (R/S) ook gerelateerd aan het behandelbeloop en de behandeluitkomsten van verslaving. Onderzoek van Galanter en collega's (2007) toont aan dat patiënten in verslavingsbehandeling spiritualiteit als een belangrijke bijdragende factor ervaren in het herstelproces. Spiritualiteit werd door de patiënten als invloedrijker ervaren dan het hebben van een baan. Uit onderzoek van Pardini, Plante, Sherman en Stump (2000) blijkt dat cliënten die zichzelf als meer religieus en spiritueel beoordelen een optimistischere levensoriëntatie hebben, meer sociale steun ervaren, beter bestand zijn tegen stress en lagere angstniveaus rapporteren. Hogere niveaus van R/S zijn dus gelinkt aan betere mentale gezondheidsuitkomsten. Ook lijkt de mate van R/S positief gerelateerd aan motivatie en steun voor behandeling van alcohol- en drugsverslaving

(Longshore, Anglin, & Conner, 2009), wat als beschermende factor fungeert voor bepaalde therapie verstorende gedragingen, waaronder terugval tijdens behandeling (Laudet, Morgen, & White, 2006) en drop-out (Palmer, Murphy, Piselli, & Ball, 2009).

Deze onderzoeken (Galanter et al., 2007; Pardini et al., 2000; Longshore et al., 2009) laten zien dat religiositeit een positieve rol speelt bij het behandelbeloop van verslaving. Dit leidt tot de vraag of religiositeit dan ook negatief verband houdt met TVG, aangezien TVG een verstorende invloed heeft op het behandelbeloop. Naar aanleiding van de gevonden relatie van R/S met meer zelfcontrole, minder risicovol gedrag, subjectief gevoel van bijdrage aan behandeling en verhoogde motivatie en steun voor behandeling kan men verwachten dat de mate van R/S ook gerelateerd is aan de frequentie van TVG. Verwacht wordt dat een hogere mate van R/S gerelateerd is aan minder TVG bij klinisch opgenomen verslaafde cliënten.

Motivatie voor behandeling

Naast de mate van religiositeit zou de mate van motivatie voor behandeling ook gerelateerd kunnen zijn aan TVG. Uit onderzoek blijkt dat mensen met alcohol- en drugsproblemen die behandeling zoeken of krijgen significant verschillen in het niveau van motivatie om te veranderen (DiClemente & Hughes 1990; DiClemente, Bellino & Neavins, 1999). Deze motivatie blijkt een kritieke factor te zijn voor het meewerken aan en voltooien van behandeling en ook om succesvolle lange termijn veranderingen in het drank/gebruikspatroon te realiseren (DiClemente & Scott, 1997). Onderzoek van Adamson, Sellman en Frampton (2009) sluit hierbij aan en heeft met een literatuurreview op een rij gezet welke cliëntkarakteristieken de behandeluitkomst beïnvloeden en voorspellen. Hieruit komt naar voren dat onder andere de motivatie voorspellend is voor de behandeluitkomst bij alcoholverslaving. Ook blijkt uit onderzoek dat motivatie voor behandeling een prospectieve voorspeller is voor de behandelbetrokkenheid (Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1997) en behandelopkomst in de eerste drie maanden van methadonbehandeling (Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995).

Samengevat zijn er aanwijzingen dat motivatie voor behandeling gerelateerd is aan behandelbetrokkenheid en het meewerken aan en voltooien van de behandeling. Op basis hiervan zou men dan ook kunnen verwachten dat een hogere motivatie gerelateerd is aan minder TVG, zoals behandel- en contractgerelateerde overtredingen (afwezig op afspraken, niet houden aan afdelingsregels et cetera).

Welbevinden

Een derde mogelijke voorspeller van TVG is het welbevinden van cliënten bij de start van opname. De kwaliteit van leven van actieve drugsgebruikers is negatief geassocieerd met de frequentie van drugsgebruik en ernst van afhankelijkheid (McLellan et al., 1992). Hoop op een betere kwaliteit van leven is dan ook vaak een hoofdrede waarom drugsgebruikers willen stoppen en hulp zoeken (Laudet, et al., 2006; Laudet, Becker, & White, 2009). Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van het welbevinden bij aanvang van behandeling en het behandelbeloop. Uit onderzoek van Laudet en collega's (2009) blijkt dat de kwaliteit van leven na controle voor de lengte van remissie een prospectieve voorspeller is voor blijvende abstinentie van harddrugs. Een betere kwaliteit van leven is gerelateerd aan een grotere kans op blijvende abstinentie een en twee jaar later. Dit onderzoek is echter uitgevoerd bij mensen die al in remissie waren en keek dus niet naar de kwaliteit van leven vóór de oorspronkelijke behandeling. Onderzoek van Smith en Larson (2003) toont aan dat de kwaliteit van leven behandeltrouw van verslaafden kan voorspellen. Daarnaast is er bewijs dat hogere kwaliteit van leven voor de start van behandeling gerelateerd is aan betere behandeluitkomsten van opgenomen psychiatrische cliënten (Smith & Larson, 2003, zoals beschreven in Laudet et al., 2009). Welbevinden lijkt dus positief gerelateerd aan behandeltrouw en behandeluitkomsten.

Bowlin en Bear (2012) tonen aan dat welzijn positief gerelateerd is aan zelfcontrole, wat een beschermende invloed kan hebben voor bepaalde therapie verstorende gedragingen, zoals woede-uitbarstingen en impulsieve gedragingen. Levenstevredenheid blijkt negatief gerelateerd aan suïcide (Koivumaa-Honkanen et al., 2001). Dit betekent dat een lager niveau van subjectief welbevinden gerelateerd is aan grotere kans op suïcidaal gedrag.

Op basis van deze onderzoeksresultaten over het verband van hoger niveau van (subjectief) welbevinden met betere behandeltrouw en zelfcontrole en minder suïcidaliteit en middelengebruik wordt een relatie verwacht tussen de mate van welbevinden voor behandeling en TVG in de eerste weken van behandeling. Hierbij wordt verwacht dat een lagere mate van welbevinden voor behandeling gerelateerd is aan meer TVG.

Relevantie

Deze studie zal de bestaande literatuur over TVG uitbreiden door onderzoek te doen naar TVG in een andere klinische setting, namelijk de verslavingszorg. Daarbij wordt gericht op de mogelijke voorspellende waarde van religiositeit, motivatie voor behandeling en

subjectief welbevinden. Deze variabelen zijn in tegenstelling tot de al eerder onderzochte voorspellers (ontwikkelingsprofiel en MMPI-profiel) eenvoudig meetbaar en behoren soms al tot de standaard dataverzameling voor opname en behandeling. Het in kaart brengen van TVG in deze setting en mogelijke voorspellers hiervan heeft verschillende praktische voordelen. Ten eerste kan dit onderzoek een beeld schetsen van het vóórkomen van TVG in de verslavingszorg, waarmee een indicatie wordt verkregen over in hoeverre TVG problematisch is in de verslavingszorg. Op basis hiervan kunnen beleidsaanpassingen worden gedaan. Daarnaast geeft het onderzoek informatie over de mogelijke relatie tussen religiositeit, motivatie en welbevinden enerzijds en TVG anderzijds, waardoor men bij intake al een indicatie kan krijgen van de kans op (bepaalde) therapie verstorende gedragingen. Bij het samenstellen van een behandelaanbod kan rekening worden gehouden met deze risicofactoren en kunnen ze als aandachtspunten worden betrokken bij behandeling. Zo kan men de behandeling beter aan laten sluiten op de behoeften van de cliënt, waarmee de behandelprognose verbeterd kan worden.

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt: In hoeverre is de mate van religieuze saillantie, motivatie voor behandeling en het welzijn van verslaafde cliënten voorspellend voor de frequentie van TVG in de eerste vier weken van behandeling? Op basis van de literatuur zijn de volgende hypothesen opgesteld: Een hogere mate van religieuze saillantie is voorspellend voor minder TVG in de eerste vier weken van de behandeling. Een hogere motivatie bij aanvang van behandeling voorspelt minder TVG tijdens de eerste vier weken van behandeling. Een hogere mate van welbevinden is voorspellend voor minder voorkomen van TVG in de eerste vier weken van behandeling.

Definiëring van concepten

In de literatuur zijn verschillende definities te vinden voor Religiositeit en Spiritualiteit en hoewel deze niet inwisselbaar zijn, worden ze vaak samengenomen. Religiositeit wordt vaak in verband gebracht met het geloof in God en Spiritualiteit heeft meer betrekking op een algemeen gevoel van verbondenheid met de natuur, anderen en jezelf (Longshore et al., 2009). In dit onderzoek wordt enkel de mate van religiositeit gemeten, waarbij gekeken wordt naar het belang dat iemand hecht aan zijn geloof in het dagelijks leven. De mate van spiritualiteit wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

TVG wordt in deze studie gedefinieerd op basis van de beoordelingslijst TVG (bijlage 1). Deze gedragingen worden gescoord als TVG wanneer ze voorkomen tijdens de opname, ongeacht de situatie waarin de cliënt is. Dus zowel tijdens behandelsessies en groepsmomenten in de kliniek, maar ook de gedragingen die buiten deze setting plaatsvinden (bijvoorbeeld: alcoholgebruik tijdens verlof door een cliënt met alcoholverslaving) worden gescoord als TVG.

Methode

Het onderzoeksdesign van de studie is correlatieel en longitudinaal, waarbij de dagelijkse metingen van TVG zijn samengevoegd tot één maat.

Proefpersonen

De proefpersonen in deze studie waren cliënten vanaf 18 jaar die zich aanmeldden in de verslavingszorg en opgenomen werden in een van de klinieken Crosspoint, De Ark, Dubbel Diagnose of Challenge Vrouwen. De proefpersonen zijn verzameld op basis van een *opportunity sampling* methode. Nieuw aangemelde cliënten werden geïncludeerd wanneer zij (1) een primaire verslavingsdiagnose hadden, (2) toestemming gaven om mee te doen aan het onderzoek, (3) minstens vier weken in behandeling bleven, (4) maximaal drie dagen missende TVG-registraties hadden en (5) voldoende beheersing hadden van de Nederlandse taal.

Tussen juli 2016 en december 2016 zijn er 146 nieuw opgenomen cliënten op de verslavingsklinieken binnen De Hoop GGZ benaderd om mee te doen met het onderzoek. Zeven cliënten hebben expliciet geen toestemming gegeven om hun gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Zesendertig proefpersonen voldeden niet aan de inclusiecriteria omdat zij minder dan vier weken in behandeling zijn gebleven. Van 31 van deze proefpersonen was er een getekende toestemmingsverklaring, waardoor hun gegevens bekeken konden worden. Deze 31 proefpersonen (67.7% man, 32.3% vrouw) bleven gemiddeld 14 dagen in behandeling ($SD = 7.25$, range 1-26 dagen). Van deze groep hebben 17 cliënten (54.8%) hun behandelcontract op eigen initiatief voortijdig beëindigd. Van drie personen (9.7%) is het contract wegens ernstig TVG (onder andere wegens agressie incidenten en seksuele contacten met mede cliënten) door het behandelteam beëindigd. Negen personen (29%) hebben hun behandeling succesvol beëindigd en van twee cliënten (6.5%) is het behandelcontract om een andere reden beëindigd (overleg, doorverwijzing). Naast exclusie door een te korte behandelperiode, zijn er nog eens 30 cliënten geëxcludeerd wegens teveel missende data (meer dan drie dagen missende gedragsregistraties en/of (gedeeltelijk) missende

voormeting). Drie cliënten hadden onverhoopt geen verslavingsdiagnose, één cliënt had een afgeschermd dossier en twee cliënten werden voor de tweede maal opgenomen maar waren al in het onderzoek geïncludeerd. Al met al konden 79 aangemelde proefpersonen (54.1%) niet worden geïncludeerd in het onderzoek.

De benodigde steekproefgrootte volgens Cohen (1988) om de significantie van het regressie model met drie predictoren met een hoge power (0.8) en een verwacht medium effect ($R^2 = .13$) te meten is 77 proefpersonen. In het huidige onderzoek bleven er na exclusie 67 cliënten over, welke geïncludeerd zijn in het onderzoek. De cliënten waren voornamelijk man (82.1%) met een leeftijd variërend tussen 21 en 62 jaar bij opname ($M = 38$, $SD = 9.98$). De grote meerderheid van de proefpersonen was van Nederlandse afkomst (86.5%), 9% was Afro-Amerikaans, 3% was Europeaan en 1.5% was Aziatisch. Ruim de helft van de proefpersonen was bij opname alleenstaand (53.6%), 21% was samenwonend of gehuwd, 22.4% was gescheiden en 3% was weduwnaar. De primaire diagnoses waren als volgt: 43.3% alcoholafhankelijkheid, 29.9% cocaïneafhankelijkheid, 13.4% opioïdeafhankelijkheid, 6% afhankelijkheid van verschillende middelen, 3% cannabisafhankelijkheid, 3% afhankelijkheid van een sedativum, hypnolyticum of anxiolyticum en 1.5% amfetamineafhankelijkheid.

Meetinstrumenten

Uitkomstvariabele - De afhankelijke variabele TVG is gemeten aan de hand van de beoordelingslijst TVG (bijlage 1). Dit is een aangepaste versie van de Therapy Disrupting Behavior Inventory (TDBI) van Ingenhoven en collega's (2011). De TDBI was gemaakt voor het onderzoek van Ingenhoven en collega's (2011) naar grensoverschrijdend gedrag. De TDBI bestaat uit vier schalen, te weten: impulsiviteit, woede-uitbarstingen, parasuïcidale automutilatie/suïcide en grensoverschrijdend behandel- en contractgerelateerd gedrag. Voor dit onderzoek is de lijst uitgebreid en onderverdeeld in zeven schalen, zodat de lijst ook relevante gedragingen typerend voor een verslavingssetting bevat. De schalen zijn: impulsiviteit, woede-uitbarstingen, automutilatie, suïcide, verslavingsgedrag, behandel/contract gerelateerd gedrag en opgelegde maatregelen. De eerste zes schalen bevatten verschillende gedragingen die dagelijks door de groepsbegeleiding worden aangekruist wanneer dit gedrag in de afgelopen dag is vertoond door de cliënt. Voorbeelden van gedragingen zijn: 'verbaal gerichte actie: schelden, schreeuwen' bij de schaal woede-uitbarstingen, 'middelengebruik buiten de setting' bij de schaal verslavingsgedrag en 'ongeoorloofd afwezig geweest op afspraken' bij de schaal behandel/contract gerelateerd gedrag. De zevende schaal (opgelegde maatregelen) is een

complementaire schaal, waarbij de groepsbegeleiding de opgelegde maatregel aankruist wanneer deze is toegepast naar aanleiding van het TVG. De aanpassingen op de oorspronkelijke TDBI zijn gebaseerd op dossieronderzoek en interviews met teamleden op de klinieken over het voorkomen van bepaalde gedragingen. Op basis van betrouwbaarheidsonderzoek van de beoordelingslijst TVG vooraf aan het onderzoek wordt de mate van overeenstemming en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende geschat (*Fleiss Kappa* = .69 - .92, *ICC* = .63 - .67; zie voor volledige beschrijving de procedure- en resultatensectie). Het percentage dagen dat cliënten TVG vertonen ten opzichte van het totale aantal gemeten dagen wordt uitgedrukt als frequentiescore tussen 0 en 100.

Voorspellende variabelen - De mate van religiositeit is gemeten aan de hand van drie items van de *Religious Salience Questionnaire* van Eisinga et al. (2002), welke zijn opgenomen in een uitgebreidere geloofsvragenlijst binnen de instelling, namelijk de ReliRom. De *Religious Salience Questionnaire* meet hoe belangrijk geloof is in het (dagelijks) leven van iemand. Deze schaal is ontleend aan Eisinga, Kraaikamp en Scheepers (2012, Eisinga et al., 2002), die deze items gebruiken in een longitudinale studie naar religie in de Nederlandse maatschappij (sinds 1979). De volgende items van de lijst worden gebruikt om een subjectieve indicatie van het belang van religie te meten, namelijk: 'Mijn geloof is belangrijk voor mij', 'Als ik belangrijke beslissingen moet nemen, speelt mijn geloof een grote rol' en 'Zonder mijn geloof zou ik niet kunnen leven'. Antwoordopties variëren van 'helemaal niet van toepassing' (1) tot 'helemaal van toepassing' (5). De totaalscore op de drie items (3-15) wordt gebruikt als indicatie van de saillantie van religiositeit waarbij een hogere score een grotere mate van saillantie weergeeft.

Motivatie voor behandeling is gemeten aan de hand van de MATE-Q3. Dit is een gevalideerde zelfrapportage vragenlijst die onderdeel uitmaakt van de MATE-Crimi 2.1 (Schipper & Broekman, 2012). De MATE-Q3 meet aan de hand van 24 stellingen de motivatie voor behandeling op een 5-puntsschaal (1 = zeker niet mee eens, 5 = zeker wel mee eens). Voorbeeldstellingen zijn: 'gebruiken is voor mij een probleem' en 'behandeling kan me echt helpen'. Er zijn vijf contra-indicatieve items, die vóór scoring omgekeerd moeten worden, namelijk items 11, 12, 17, 19 en 20. De totaalscore (24-120) wordt gebruikt als maat voor motivatie, waarbij een hogere score duidt op een sterkere motivatie. De interne betrouwbaarheid van de MATE-Q3 totaalscore is $\alpha = .89$ (Zeegers, Broekman, Schipper, & Rutten, 2009).

Het welbevinden is gemeten aan de hand van de OQ-45. De OQ-45 is een zelfrapportage vragenlijst die in de gezondheidszorg veelvuldig als ROM instrument wordt gebruikt om het welzijn te meten. De OQ-45 meet aan de hand van 45 stellingen drie aspecten

van het welzijn, namelijk het intrapsychische functioneren, problemen in relaties en disfunctioneren in de sociale rol (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). Het intrapsychisch functioneren wordt gemeten aan de hand van 25 items, welke de Symptomatic Distress schaal vormen. Voorbeeldstellingen zijn 'Ik word gauw moe', 'Ik denk erover om een einde aan mijn leven te maken', 'Ik heb het gevoel dat ik waardeloos ben' en 'Ik ben tevreden met mijn leven'. De items worden beoordeeld op een 5-puntsschaal die loopt van 0 (nooit) tot 4 (bijna altijd). Er zijn drie contra-indicatieve items, die vóór scoring omgekeerd moeten worden, namelijk items 13, 24 en 31. De totaalscore (variërend van 0-100) op deze 25 stellingen worden gebruikt als maat voor het subjectief welbevinden van de cliënt, waarbij een hogere score een lagere mate van welbevinden betekent. De betrouwbaarheid van de OQ-45 Symptomatic Distress schaal in een klinische populatie is $\alpha = .91$ (de Jong et al., 2007).

Procedure

Tijdens het opnamegesprek zijn cliënten ingelicht over het onderzoek waarna door middel van een toestemmingsverklaring (zie bijlage 2) toestemming is gevraagd voor het ter beschikking stellen van zijn/haar data voor wetenschappelijk onderzoek. Hierbij werd vermeld dat de gegevens geanonimiseerd zullen worden en de cliënt op elk moment de toestemming mag intrekken. Bij toestemming is de cliënt gevraagd om naast de standaard vragenlijsten (o.a. OQ-45) bij opname ook de MATE-Q3 (motivatielijst) in te vullen. Cliënten die geen intakeprocedure via één van de poli's hebben doorlopen (vb. directe of spoedopnames) zijn daarnaast in het begin van hun opname benaderd om de ReliRom (vragenlijst geloof) in te vullen. Bij de andere cliënten was de ReliRom bij de intake op de polikliniek afgenomen.

De groepsbegeleiders hebben dagelijks voor de cliënten de beoordelingslijst TVG ingevuld tijdens de middag- en/of avondoverdracht. Deze metingen begonnen op de eerste opnamedag van de cliënt en de data van de eerste vier weken is gebruikt als afhankelijke variabele.

Ten behoeve van de betrouwbaarheid van de beoordelingslijst TVG is vooraf aan de start van dataverzameling op elke kliniek een gebruikersinstructie in de vorm van een training aan de groepsbegeleiders gegeven, waarna aansluitend betrouwbaarheidsonderzoek plaatsvond. De groepsbegeleiders zijn getraind op het invullen van de beoordelingslijst TVG en hebben vervolgens zes casussen (zie bijlage 3) beoordeeld aan de hand van de lijst.

Datareductie en statistische analyse

Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS 23. Om de centrale tendentie en spreiding te meten, zijn voor de continue data de gemiddelden en standaarddeviaties berekend en voor de dichotome data de percentages. Om de interne betrouwbaarheid te bekijken zijn van de voorspellende variabelen de Cronbach alpha's berekend.

Een multiële regressie-analyse is uitgevoerd om de voorspellende waarde te bekijken van de mate van religieuze saillantie, motivatie voor behandeling en subjectief welbevinden bij start opname voor de frequentie van TVG. De resultaten van de analyse worden betrouwbaar en generaliseerbaar geacht als aan de volgende assumpties wordt voldaan.

De eerste assumptie heeft betrekking op het meetniveau, welke minimaal interval of ratio moet zijn. De afhankelijke variabele (de frequentiescore van TVG) is op ratio niveau gemeten en de onafhankelijke variabelen (religieuze saillantie, motivatie en welbevinden) zijn op interval niveau gemeten, wat betekent dat aan de assumptie voor meetniveau is voldaan.

De tweede assumptie - er zijn geen ongewone *cases* die het model onterecht beïnvloeden - is getest door naar de *outliers* te kijken aan de hand van gestandaardiseerde residuen. Hieruit blijkt dat er één *outlier* is met een gestandaardiseerd residu boven de 3.29 (namelijk 3.37) en dat meer dan 5% van de *cases* buiten de -1.96 en +1.96 range valt. Dit betekent dat het error niveau onacceptabel is en het model een slechte representatie is van de echte data. De Cook's afstand, Mahalanobis afstand en de Leverage waarden liggen echter van alle *cases* onder de afkapwaarde (respectievelijk: 1, 15 en 0.18; Barnett & Lewis, 1978; Field, 2013). Van vier *cases* valt de *covariance ratio* lager uit dan de grenswaarde (0.82) voor de steekproef (Field, 2013), wat betekent dat deze *cases* de parameters van het model erg beïnvloeden. Dit zijn tevens de *cases* met het grootste gestandaardiseerde residu. Deze proefpersonen schieten uit qua frequentiescore voor TVG, van hen is namelijk respectievelijk 48, 40, 38 en 35 procent van de gemeten dagen TVG-aanwezig geregistreerd (bij een gemiddelde frequentiescore van 8.93). Verder valt op dat het vier vrouwen betreft. Na het nalopen van de data van deze *cases* zijn er geen gegronde redenen gevonden waardoor deze proefpersonen niet mee zouden kunnen doen in de analyse, dus op grond hiervan worden zij niet geëxcludeerd.

De normaliteitsassumptie die uitgaat van normaal verdeelde residuen is geschonden; er is sprake van een enigszins scheve verdeling naar rechts (*Skewness* = 1.68, *SE* = 0.29). Dit betekent dat er relatief veel mensen weinig TVG-aanwezig gescoord hebben gekregen. De lineariteit- en homogeniteitsassumptie is getest middels een plot van de gestandaardiseerde voorspelde waarden tegenover de gestandaardiseerde residuen van de TVG frequentiescore. De

plot laat een trechtersvorm zien wat betekent dat de variantie van de errors niet gelijk is voor alle waarden van de voorspellers. Er is sprake van heteroscedasticiteit. Aangezien de data verder geen specifiek patroon vormt, kan worden aangenomen dat aan de lineariteitsassumptie is voldaan. Er is geen sprake van een duidelijk ander soort verband (zoals bijvoorbeeld curve-linear).

De assumptie van multicollineariteit houdt in dat de onafhankelijke variabelen niet te hoog mogen correleren. De onafhankelijke (voorspellende) variabelen correleren niet hoog met elkaar ($.02 < r < .36$) en hebben acceptabele VIF- en Tolerancewaarden. Dit betekent dat aan de assumptie van multicollineariteit is voldaan; de voorspellers meten verschillende dingen.

Verder gaat de multiële regressie analyse uit van onafhankelijkheid van de deelnemers en een random getrokken steekproef. Aangezien we de onafhankelijkheid van deelnemers niet kunnen nagaan, gaan we er vanuit dat aan deze assumptie is voldaan. De steekproef is verzameld aan de hand van *opportunity sampling* methode. Het onderzoeksdesign liet geen ruimte voor een random getrokken steekproef. Samengevat wordt dus niet voldaan aan de assumptie van normaliteit en homoscedasticiteit en is er sprake van een te groot percentage uitschieterende cases die het model beïnvloeden. Hierdoor is het regressiemodel geen goede fit voor de echte data en zijn de resultaten van de analyse niet zonder meer generaliseerbaar naar de targetpopulatie (verslaafde cliënten die zich aanmelden voor behandeling).

Om het probleem met de normaliteitsassumptie tegen te gaan is een regressie analyse uitgevoerd op basis van 1000 *bootstrapsamples* met een 95% BcA betrouwbaarheidsinterval (Field, 2013). Aangezien de heteroscedasticiteit een probleem blijft vormen, worden de resultaten hieronder wel besproken, maar er zullen geen harde conclusies aan worden verbonden. De resultaten zijn beschreven aan de hand van een $\alpha = .05$ significantie niveau.

Om te kijken of TVG verschilt per geslacht is een independent samples T-test op basis van 1000 *bootstrapsamples* met een 95% betrouwbaarheidsinterval uitgevoerd. Om de associatie tussen leeftijd en de frequentie van TVG-aanwezig registraties te meten is een Spearman rang correlatie berekend. Een Kruskal-Wallis test is uitgevoerd om te onderzoeken of de frequentie van TVG-aanwezig registraties verschillend zijn voor de primaire diagnoses. Om de relatie tussen de variabelen en TVG te meten voor de personen die relatief veel TVG registraties hebben is op de data van deze subgroep een multiële regressie analyse uitgevoerd. Op een lage power na is aan alle assumpties voldaan. De resultaten zijn beschreven aan de hand van een $\alpha = .05$ significantie niveau. Daarnaast is ook voor elke onafhankelijke variabele de correlatie berekend met TVG. Dit is gedaan aan de hand van de Spearman rang correlatie aangezien voor deze groep niet aan de assumptie van normaliteit wordt voldaan.

Betrouwbaarheidsonderzoek scoring TVG

Zoals eerder beschreven is het TVG in dit onderzoek gemeten aan de hand van de beoordelingslijst TVG (bijlage 1), een aangepaste versie van de TDBI van Ingenhoven en collega's (2011). Deze beoordelingslijst is dagelijks door de aanwezige groepsbegeleiders ingevuld. Tijdens het onderzoek hebben dus steeds wisselende beoordelaren de beoordelingslijst TVG ingevuld. Het is te verwachten dat verschillende beoordelaren niet altijd precies hetzelfde oordeel zullen geven. Wanneer de beoordelingen tussen de beoordelaren te veel verschillen, wordt de bruikbaarheid van het beoordelingsinstrument twijfelachtig (Heuvelmans & Sanders, 1993). Om een indicatie van de betrouwbaarheid van de beoordelingslijst TVG te krijgen is er vooraf aan het onderzoek een betrouwbaarheidsonderzoek uitgevoerd. Hiervoor hebben de 45 betrokken groepsbegeleiders van de klinieken na een korte training de beoordelingslijst TVG ingevuld aan de hand van zes voorbeeldcasussen (bijlage 3).

De mate van overeenstemming tussen de verschillende beoordelaren is voor twee specifieke gedragingen van de beoordelingslijst met behulp van de Fleiss Kappa berekend (Fleiss, 1971). De Fleiss Kappa geeft een indicatie over de mate van overeenstemming tussen de beoordelaren wat betreft het voorkomen van elke specifieke gedraging en daarmee van de betrouwbaarheid van de meting. Er is voor deze analyse gekozen ten opzichte van de proportie overeenstemming omdat bij de Fleiss Kappa gecorrigeerd wordt voor toevalsovereenstemming (Heuvelmans & Sanders, 1993). Uit onderzoek naar therapieverstorendgedrag bij opgenomen psychiatrische patiënten komt naar voren dat voornamelijk contractovertredingen en impulsiviteit veel voorkomt (Scholte et al., 2012; Ingenhoven et al., 2011). Medewerkers op de klinieken valideerden dit en gaven daarbij aan dat zij ook woede-uitbarstingen als een veel voorkomende relevante verstorende gedraging binnen de setting ervaren. Op basis hiervan is gekozen om de gedragingen 'middelen gebruikt buiten de setting' (verslavingsgedrag) en 'verbaal gerichte actie: schelden/schreeuwen' (woede-uitbarsting) te gebruiken voor de betrouwbaarheidsanalyse. De Fleiss Kappa voor de gedraging 'middelen gebruikt buiten het terrein' van de 45 beoordelaren is 0.92, 95% BI (0.89, 0.94), wat een bijna perfecte overeenstemming weergeeft. Voor de gedraging 'verbaal gerichte actie: schelden/schreeuwen' is de Fleiss Kappa 0.69, 95% BI (0.66, 0.71), wat betekent dat de beoordelaren op deze gedraging substantieel overeenkomen in hun beoordeling. Verwacht wordt dat de scoringen van deze twee gedragingen representatief zijn voor de beoordeling van de gehele lijst en een

indicatie kunnen geven van de algehele overeenstemming. De mate van overeenstemming tussen beoordelaren wordt in dit geval dus als substantieel en daarmee als (ruim) voldoende geschat (Landis & Koch, 1977).

Daarnaast is voor twee willekeurige casussen de ICC berekend (Shrout & Fleiss, 1979; McGraw & Wong, 1996), welke een indicatie geeft van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Hierbij is gekeken of de verschillende beoordelaars ongeveer even veel (niet noodzakelijk overeenstemmende) gedragingen rapporteren binnen de zeven categorieën (impulsiviteit, woede-uitbarstingen, automutilatie, suïcidaal gedrag, verslavingsgedrag, contractovertredingen en opgelegde maatregelen). De ICC geeft dus een indicatie van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wat betreft de hoeveelheid TVG dat wordt geregistreerd. De ICC is berekend met het *Two-way random, single measures* model met absolute overeenstemming, want de beoordelaars zijn een *random sample* van de mogelijke beoordelaars en het gaat om de rating van de beoordelaars zelf, niet om een gemiddelde rating. Daarnaast is voor absolute overeenstemming gekozen omdat het exacte aantal gerapporteerde gedragingen gelijk zou moeten zijn en consistente verschillen geen meerwaarde hebben. De ICC van casus B is $.67, p < .001$, 95% BI (0.57, 0.78). De ICC van casus D is $.63, p < .001$, 95% BI (0.53, 0.75). Dit betekent dat de beoordelaars matig tot substantieel overeenstemmen in de hoeveelheid TVG dat wordt gerapporteerd (Landis & Koch, 1977), hetgeen wederom als (ruim) voldoende wordt beschouwd.

Resultaten

Algemene statistieken TVG

Tijdens de eerste vier weken van behandeling is van 68,7% van de cliënten minstens één dag TVG-aanwezig geregistreerd ($M = 2.34$ dagen, $SD = 2.94$). Bij bijna een kwart van de cliënten (24%) is minstens op vier dagen TVG-aanwezig geregistreerd, wat neerkomt op gemiddeld minstens één keer per week. De meest geregistreerde verstoringen zijn vormen van behandel- en contractovertredingen, zoals te zien is in Tabel 1. Bij 59.7% van de cliënten is minstens één keer een vorm van behandel- en contractgerelateerde overtreding geregistreerd en bij 22.5% is dit vier keer of meer geregistreerd. Deze behandel- en contractgerelateerde overtredingen zijn in zeven categorieën gemeten. De verstoringen die het meest bij cliënten geregistreerd zijn, waren te laat komen op afspraken (38.8%), ongeoorloofd afwezig zijn op behandelafspraken (26.9%) en overige behandel- en contractgerelateerde overtredingen (32.8%) (bijvoorbeeld keiharde muziek aan op de kamer, niet houden aan

afgesproken rookmomenten, rookwaar niet willen inleveren, liegen et cetera). Overtredingen als ‘weigeren mee te werken’, ‘medicatie niet volgens voorschrift innemen’ en ‘exclusief intiem contact met mede cliënt’ zijn minder vaak geregistreerd, namelijk bij respectievelijk 7.5%, 9% en 3% van de cliënten. Bij 11.9% van de cliënten is een (of meerdere) vorm(en) van impulsiviteit geregistreerd in de eerste vier weken van behandeling. Bij 10.4% van de cliënten is een (of meerdere) vorm(en) van woede geregistreerd als verstorend gedrag in de eerste vier weken van behandeling. Dit was meestal in de vorm van verbaal gerichte actie: schelden/schreeuwen (10.4%). Bij drie cliënten (4.5%) is er in de eerste vier weken van behandeling suïcidaal gedrag (het uiten van suïcidale gedachten) geregistreerd. Van geen van de cliënten is automutilatie geregistreerd. Bij één cliënt (1,5%) is er verslavingsgedrag geregistreerd, namelijk terugval in gebruik buiten het terrein. Bij 13.4% van de cliënten zijn er registraties van getroffen maatregelen naar aanleiding van uiteenlopende verstorende gedragingen. Voorbeelden van getroffen maatregelen zijn ‘een gesprek aangegaan’, ‘een time-out op de groep gekregen’, ‘dienstdoende arts/psychiater betrokken’ en ‘officiële waarschuwing gehad’, welke respectievelijk bij 9%, 3%, 3% en 1.5% van de steekproef zijn geregistreerd.

Tabel 1. *Frequentie TVG*

TVG	0	1	2	3	≥4	Totaal
Totaal	21	16	11	3	16	67
Impulsiviteit	59	6	0	1	1	67
Woede-uitbarstingen	60	3	1	1	2	67
Verslavingsgedrag	66	1	0	0	0	67
Behandel/contractovertredingen	27	13	8	4	15	67
Maatregel getroffen	58	5	2	2	0	67
Suïcidaal gedrag	64	2	0	1	0	67
Automutilatie	67	0	0	0	0	67

Man-vrouw verdeling

Mannen ($n = 55$) hebben een gemiddelde TVG frequentiescore van 6.98 ($SD = 8.53$) welke varieert tussen 0 en 32%. Vrouwen ($n = 12$) hebben een gemiddelde TVG frequentiescore van 17.83 ($SD = 17.48$) welke varieert tussen 0 en 48%. Voor de frequentie geregistreerd TVG zijn de varianties ongelijk voor mannen en vrouwen, $F(1,65) = 19.97$,

$p < .001$. Gemiddeld hebben vrouwen meer TVG-aanwezig registraties dan mannen. Dit verschil is net niet significant $t(12.166) = -2.10, p = .06$.

Leeftijd

Er is geen significante relatie tussen leeftijd bij opname en de frequentie TVG-aanwezig registraties in de eerste vier weken van behandeling, $r_s = -.04, p = .73$.

Primaire diagnose

De gemiddelde TVG frequentiescore per diagnose is weergegeven in Tabel 2. De kruskall-wallis test laat zien dat de frequentie van TVG-aanwezig significant verschillend is voor de categorieën primaire diagnose, $H(6) = 15.71, p < .05$. Echter, de post-hoc analyse met gepaarde vergelijkingen met aangepaste p -waarden (gecorrigeerd voor *multiple testing*) laat geen significante verschillen zien in de frequentie van TVG-aanwezig registraties voor de verschillende gepaarde diagnoses. Voor de gepaarde vergelijkingen van afhankelijkheid van verschillende middelen met alcoholafhankelijkheid en met cocaïneafhankelijkheid geldt $p's < .10$. Voor de vergelijkingen tussen de overige diagnoses geldt $p's \geq .50$. Met andere woorden, er is weliswaar een patroon zichtbaar van verschillen, maar dit kan niet worden toegeschreven aan specifieke onderlinge verschillen tussen twee diagnosetypen.

Tabel 2. *Gemiddelde frequentie TVG per diagnose*

Diagnose	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alcoholafhankelijkheid	29	6.9	10.15
Cocaïneafhankelijkheid	20	5.6	7.90
Opioïdeafhankelijkheid	9	8.11	6.25
Cannabisafhankelijkheid	2	32	22.63
Amfetamineafhankelijkheid	1	7	-
Afhankelijkheid van sedativum, hypnolyticum of anxiolyticum	2	19.5	21.92
Afhankelijkheid van verschillende middelen	4	25.75	10.01

Effect van religieuze saillantie, motivatie en welbevinden

De lineaire regressie-analyse laat zien dat religieuze saillantie ($M = 10.57, SD = 3.65, \alpha = .92$), motivatie ($M = 97.78, SD = 9.83, \alpha = .71$) en welbevinden ($M = 51.31, SD = 14.47, \alpha = .89$) vooraf aan behandeling geen significant deel van de variantie verklaren in het percentage geregistreerd TVG in de eerste vier weken van opname, $F(3, 63) = 0.17, p = .92, R^2 = .08$. Het regressiemodel is dus niet bruikbaar om het vóórkomen van TVG te voorspellen. Religieuze

saillantie ($t(63) = 0.55, p = .52$), motivatie voor behandeling ($t(63) = -0.03, p = .97$) en welbevinden bij opname ($t(63) = -0.47, p = .61$) hebben tevens alle geen significante unieke voorspellende waarde voor het percentage geregistreerd therapieverstorend gedrag (zie Tabel 3).

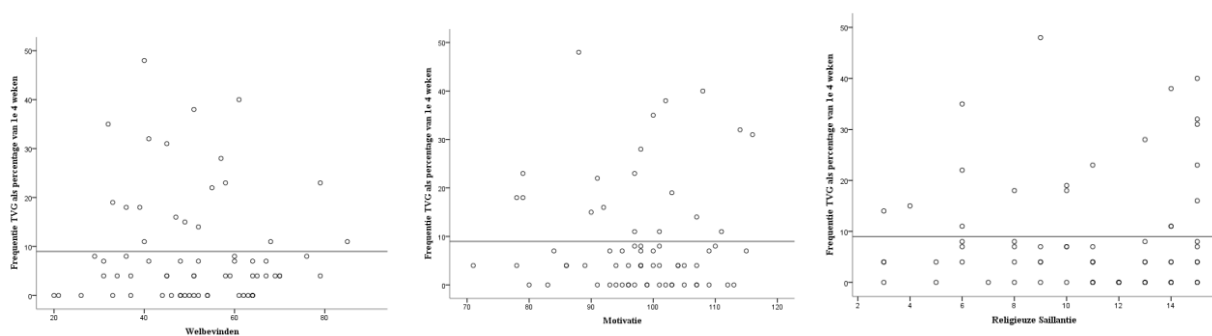
Tabel 3. Lineair model van voorspellers van TVG, met 95% BCA bias corrected and accelerated betrouwbaarheidsintervallen en standaard errors gebaseerd op 1000 bootstrap samples.

Voorspeller	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>
Religieuze Saillantie	0.23	0.37	.07	$p = .52$
Motivatie	(-0.52, 1.02)	0.15	-0.004	$p = .97$
Welbevinden	-0.05	0.09	-0.06	$p = .61$
	(-0.23, 0.09)			

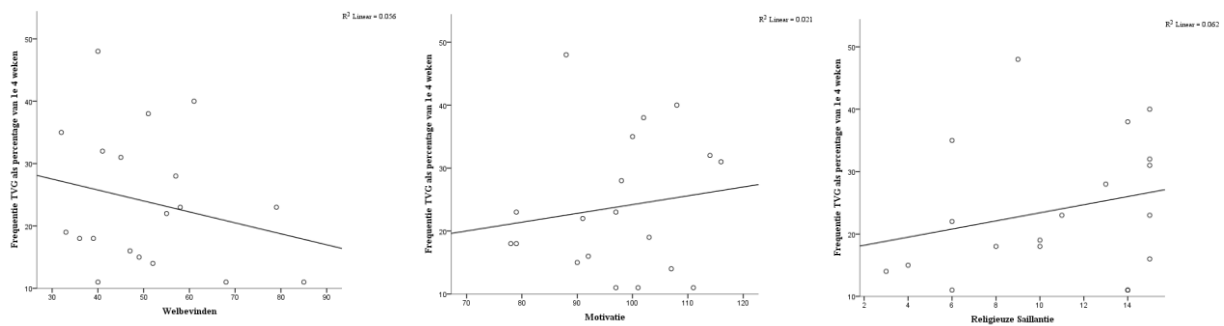
Noot: $N = 67, R^2 = .08$.

Exploratief

Bij een gedetailleerde inspectie van de data in de scatterplots (zie Figuur 1) lijkt er een verschil te zijn voor mensen die geen tot (zeer) weinig TVG vertonen (onder de lijn) en mensen die af en toe tot geregeld TVG vertonen (boven de lijn). Voor de 'geen/incidenteel TVG' groep lijkt er geen relatie te zijn, maar voor de 'relatief veel TVG' groep lijkt er wel een relatie te bestaan met de variabelen (zie Figuur 2). Om die reden is er nog apart gekeken naar de relatie tussen religieuze saillantie, motivatie en welbevinden met TVG voor de groep met 'relatief veel TVG' (≥ 3 keer, $\geq 10\%$ dagen TVG).



Figuur 1. Scatterplot relatie voorspellers met TVG van gehele steekproef.



Figuur 2. Scatterplots relatie voorspellers met TVG van groep 'relatief veel TVG' ($\geq 10\%$ dagen TVG).

Wanneer alleen de proefpersonen met relatief veel TVG-aanwezig registraties ($n = 19$) worden geanalyseerd, blijkt er een sterker verband te zijn met de variabelen. Multipel regressie analyse met de groep 'relatief veel TVG' laat zien dat religieuze saillantie ($M = 10.68$, $SD = 4.16$), motivatie ($M = 97.42$, $SD = 11.43$) en welbevinden ($M = 50.95$, $SD = 14.69$) voor opname geen significant deel van de variantie verklaren in het percentage geregistreerd TVG in de eerste vier weken van opname, $F(3, 15) = 1.33$, $p = .30$, $R^2 = .21$. Echter, er is onvoldoende power gezien de geringe steekproefgrootte, waardoor de kans op een type 2 fout (het ontbreken niet opmerken van een significant effect) relatief groot is (Field, 2013). De proportie verklaarde variantie (R^2) is .21, wat betekent dat het model 21% van de variantie in TVG verklaart. In Tabel 4 is te zien dat de drie voorspellers geen unieke significante bijdrage leveren aan het model (alle p 's $> .05$). Religieuze saillantie en welbevinden hebben echter wel aanzienlijke gestandaardiseerde Beta's, te weten respectievelijk $\beta = .40$ en $\beta = -.41$.

Tabel 4. Lineair model van voorspellers van TVG voor 'relatief veel TVG' groep

Voorspeller	B	SE B	β	P
Motivatie	0.07 (-0.41, 0.55)	0.23	-.08	$p = .75$
Welbevinden	-0.31 (-0.71, 0.09)	0.19	-.41	$p = .12$
Religieuze Saillantie	1.06 (-0.40, 2.51)	0.68	.40	$p = .14$

Noot: $N = 19$, $R^2 = .21$.

Discussie

TVG is een veel voorkomend verschijnsel in de psychiatrische setting (Ingenhoven et al., 2011, Scholte et al., 2012) met klinische relevantie. Er is echter nog weinig onderzoek naar verklarende factoren. TVG, zoals woede-uitbarstingen, te laat komen of afwezig zijn op

behandelafspraken, parasuïcidaal gedrag et cetera hebben negatieve invloed op de behandeluitkomsten (Ingenhoven et al., 2011), de behandelaren en de groepssfeer in de kliniek. In deze studie is TVG binnen de verslavingssetting onderzocht, waarbij de hoofdvraag luidde: 'In hoeverre is de mate van religieuze saillantie, motivatie voor behandeling en welbevinden van de cliënt voorspellend voor het vóórkomen van TVG in de eerste vier weken van behandeling van verslaafde cliënten?' In verband met schending van assumpties van de statistische toetsen en de vele beperkingen van het onderzoek kunnen er geen harde conclusies worden getrokken. Desondanks is het interessant om de bevindingen nader te bekijken, onder andere als indicatie voor vervolgonderzoek.

Zowel religieuze saillantie als motivatie voor behandeling en welbevinden bij aanvang van de opname blijkt in deze steekproef niet uniek gerelateerd te zijn aan de frequentie TVG in de eerste vier weken van behandeling. Op basis van deze data zijn de drie hypothesen: 'een hogere mate van religieuze saillantie is voorspellend voor minder TVG in de eerste vier weken van behandeling', 'een hogere motivatie bij aanvang van behandeling voorspelt minder TVG tijdens de eerste vier weken van behandeling' en 'een hogere mate van welbevinden bij aanvang van behandeling is voorspellend voor minder voorkomen van TVG' niet bevestigd. Wel lijkt er op basis van de data sprake te zijn van twee groepen; mensen die slechts incidenteel TVG vertonen (bijvoorbeeld per ongeluk een keer te laat komen, $\leq 9\%$ dagen TVG) en mensen die TVG in hun gedragspatroon lijken te hebben ($\geq 10\%$ dagen TVG), waarbij er bij de laatste groep meer verband met TVG te zien is. Bij deze 'relatief veel TVG' groep lijkt er sprake te zijn van de volgende trends, waarbij een hogere religieuze saillantie en een lager welbevinden samenhangt met meer TVG. De mate van motivatie voor behandeling lijkt ook bij deze groep niet samen te hangen met TVG.

Uit de beschrijvende resultaten komt naar voren dat van een grote meerderheid (68.7%) van de cliënten in de eerste vier weken minstens één keer de aanwezigheid van TVG is geregistreerd. Dit percentage sluit aan bij de bevinding van Ingenhoven en collega's (2011), waar 71% van de psychiatrische cliënten TVG heeft vertoond in de eerste drie maanden van behandeling. Op basis van deze huidige resultaten lijkt TVG naast de psychiatrische setting dus ook in de verslavingssetting veel voor te komen. Behandelen- en contractgerelateerde overtredingen kwamen net als in de psychiatrische setting (Ingenhoven et al., 2011; Scholte et al., 2012) het meest voor (59.7%). Ruim een kwart van de cliënten (26.9%) was in de eerste maand van behandeling ongeoorloofd afwezig bij kostbare behandelafspraken.

Daarnaast laten de resultaten zien dat vergeleken met onderzoek bij klinisch opgenomen cliënten met persoonlijkheidsproblematiek (Ingenhoven et al., 2011, Scholte et al., 2012) er in

deze steekproef relatief minder sprake was van parasuïcidaal gedrag. In de studie van Ingenhoven en collega's (2011) kwam parasuïcidaal gedrag gemiddeld 0.42 keer per maand voor en bij Scholte en collega's (2012) is dit bij 27.9% van de cliënten geregistreerd tijdens de behandelperiode. In dit onderzoek is er bij niemand automutilatie en bij 4.5% suïcidaal gedrag geregistreerd. Het is echter de vraag of er werkelijk minder sprake is geweest van parasuïcidaal gedrag of dat dit niet duidelijk naar voren is gekomen bij de groepsbegeleiding en daarmee ook niet is geregistreerd. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van alcohol- en of drugsafhankelijkheid gerelateerd is aan een verhoogd risico op suïcidaliteit (de Jong & de Jong, 2006). Men zou in een verslavingspopulatie een soortgelijke prevalentie van suïcidaal gedrag kunnen verwachten als in een populatie met (enkel) persoonlijkheids- en of psychiatrische problematiek.

Een andere opvallende bevinding is dat hoewel bijna 70% van de cliënten een vorm van TVG heeft vertoond, slechts bij 13.4% maatregelen (gesprek aan gaan, time-out op de groep geven) zijn getroffen naar aanleiding van het verstorende gedrag. Mogelijke verklaringen voor dit verschil kunnen zijn: onderrapportage van getroffen maatregelen (bijvoorbeeld: het kort benoemen van ongewenst gedrag ziet men niet als maatregel) of de gewoonte om pas maatregelen te treffen wanneer er semi-structureel sprake van is.

Hoewel de resultaten van dit onderzoek met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, zullen er drie trends worden besproken die in de data naar voren komen, namelijk het verband tussen welbevinden en TVG, religieuze saillantie en TVG en geslacht en TVG. De trend die in dit onderzoek naar voren komt met betrekking tot welbevinden en TVG is dat in de groep 'relatief veel TVG' mensen die hoger scoorden op de maat van welbevinden een lagere score hadden op de maat voor TVG. Dit betekent dat er een verband lijkt te zijn waarbij van de mensen met een hoger welbevinden bij opname, er minder registraties zijn van aanwezig TVG tijdens de eerste vier weken van behandeling. Deze trend komt overeen met de verwachtingen (Bowlin & Bear, 2012; Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Smith & Larson, 2003).

Een andere trend die zichtbaar is in deze sample, waarbij een hogere mate van religieuze saillantie gerelateerd lijkt te zijn aan meer TVG voor de groep 'relatief veel TVG', gaat tegen de verwachting in. Mensen die het geloof als belangrijk in hun leven ervaren lijken vaker TVG te hebben vertoond dan mensen die het geloof als minder belangrijk ervaren. Het is de vraag wat hier mee te maken heeft. Zou er sprake kunnen zijn van invloed van geloofsworstelingen op de mate van TVG, aangezien geloofsworstelingen gerelateerd lijken aan problemen met coping (Exline & Rose, 2005; Ano & Vasconcelles, 2005)? Of zou het feit

dat De Hoop GGZ een evangelische instelling is hierin een rol spelen (denk aan: het sociaal wenselijk invullen van de vragen met betrekking tot geloof, of een overmatige focus op geloof waardoor de behandelinhoud als minder belangrijk wordt ervaren)? Echter, wel moet worden vermeld dat de mate van religieuze saillantie gebaseerd is op slechts drie items, wat mogelijk de betrouwbaarheid en validiteit van de meting heeft verminderd. Daarbij waren deze vragen onderdeel van een grotere vragenlijst, wat de resultaten mogelijk heeft beïnvloed (door bijvoorbeeld sprake van invulmoetheid).

Een derde trend die de data laat zien is aanwijzing voor een geslachtsverschil in TVG. Hoewel het verschil in TVG tussen mannen en vrouwen net niet van statistisch significant niveau is, geven de resultaten wel aanwijzing voor een trend waarbij vrouwen meer TVG vertonen dan mannen. Dertig procent van de vrouwen scoorde boven de maximumscore van mannen in TVG frequentie. De frequentie van TVG bij vrouwen lijkt dus extremer. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de groepsgrootte voor vrouwen erg klein was ($n = 12$), waardoor deze sample mogelijk niet representatief is en er dus niet zonder meer gegeneraliseerd kan worden. Onderzoek van Ingenhoven en collega's (2011) geeft ook aanwijzing voor genderspecifieke verschillen in TVG. Echter, in zijn onderzoek komt bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek een omgekeerde trend naar voren, namelijk dat mannen gemiddeld meer TVG vertonen dan vrouwen. Op meer gedetailleerd niveau zijn in zijn onderzoek significante geslachtsverschillen gevonden waarbij er meer contractovertredingen waren door mannen en meer parasuïcidaal gedrag vertoond werd door vrouwen.

Kanttekeningen en kritische reflectie

Dit onderzoek heeft verschillende limitaties. Zo kan met dit onderzoek alleen een uitspraak gedaan worden over het geregistreerde TVG, wat niet per definitie gelijk staat aan het vertoonde TVG. Groepsbegeleiders waren geïnstrueerd tijdens de overdracht niet te lang per cliënt stil te staan bij het TVG, waardoor alleen de gedragingen die echt duidelijk naar voren kwamen gerapporteerd zijn. De kans op onderrapportage van de frequentie TVG is hierdoor groot.

Daarnaast is de betrouwbaarheid van de TVG-registraties mogelijk lager dan in eerste instantie geschat op basis van het betrouwbaarheidsonderzoek voorafgaand aan de studie. Dit onderzoek vond namelijk direct na de training plaats en er zijn aanwijzingen dat er waarschijnlijk over tijd een afname in betrouwbaarheid van de registratie heeft plaatsgevonden. Ten eerste is de registratiemethode veranderd tijdens het onderzoek. Het meetmoment is van de

middagoverdracht naar de avondoverdracht gegaan en een aantal klinieken zijn van papieren registraties overgestapt op elektronische registraties. Ten tweede bleek halverwege het onderzoek de strengheid en zorgvuldigheid van beoordelaren te variëren tussen klinieken en begeleiders. Op de Dubbel Diagnose kliniek bleek men bijvoorbeeld het afwezig zijn van bepaalde cliënten bij groepstherapie niet te noteren als TVG, zij zagen dit als onderdeel horend bij het ziektebeeld, terwijl op de andere klinieken hier streng op beoordeeld werd. Ten derde is soms ook het TVG niet op de dag zelf, maar met terugwerkende kracht alsnog ingevuld, wat tevens mogelijk de betrouwbaarheid van de registraties heeft verminderd.

Naast de beperking omtrent de betrouwbaarheid van de TVG-registraties waren ook de afnamemomenten van de voormetingen niet voor iedereen gelijk. In sommige gevallen zijn deze na enkele dagen pas afgenomen in verband met verwardheid, heftige afkickverschijnselen et cetera. In andere gevallen zijn ze desondanks toch afgenomen. Dit heeft mogelijk de betrouwbaarheid van de voormetingen nadelig beïnvloed.

Ook is door de geringe steekproefgrootte (Cohen, 1988) en het hoge uitvalpercentage de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de data beperkt. Twee factoren hebben aan dit hoge uitvalpercentage bijgedragen. Ten eerste heeft onvoldoende training en inwerking van de betrokken groepsbegeleiders tot veel missende data geleid. Ten tweede is (op basis van het inclusie criterium) een groep cliënten niet in het onderzoek geïncludeerd omdat zij, in verband met voortijdige beëindiging van hun behandelcontract, minder dan vier weken in behandeling waren. Echter, deze groep cliënten is voor het onderzoek naar TVG juist interessant, aangezien het (op eigen initiatief, dan wel op initiatief van het behandelteam,) voortijdig beëindigen van het behandelcontract *een prototype* vorm van TVG is. Doordat deze data niet zijn meegenomen is het beeld van de frequentie van TVG mogelijk vertekend. Het is aannemelijk dat deze groep méér TVG heeft vertoond dan de groep die wel in behandeling bleef, waardoor de geregistreerde prevalentie van TVG niet generaliseerbaar is naar alle cliënten in behandeling in een verslavingsinstelling.

Een andere limitatie is dat er niet is gecontroleerd voor opnamesetting. Dit onderzoek vond plaats in zowel behandel- als detox-en-motivatieklinieken, welke verschillen in dagprogramma en huisregels et cetera. Doordat de opnamesetting niet voor iedereen gelijk was, bestaat de kans op aanwezigheid van *confounding* variabelen. Hierbij kan gedacht worden aan de invulling van het dagprogramma of de man-vrouw verhouding binnen de kliniek (uit ervaring blijkt dat gedrag in een gemengde groep verschilt van een vrouwengroep; Jellinek, 2014).

Hoewel behandelingen vaak langer duren, is in verband met praktische haalbaarheid het onderzoek beperkt tot de eerste vier weken van opname. Er zijn echter (nog) geen aanwijzingen in de literatuur die dit afkapcriterium rechtvaardigen. Het is onbekend of TVG in de eerste vier weken representatief is voor de rest van de behandeling, of dat het juist toe- of afneemt. De generaliseerbaarheid van de gegevens is daarom beperkt.

Daarnaast zijn vanwege praktische haalbaarheid de persoonlijkheidskenmerken van de cliënten niet meegenomen als variabele, terwijl uit onderzoek blijkt dat TVG bij psychiatrische cliënten onder andere gerelateerd is aan disadaptieve persoonlijkheidskenmerken (ontwikkelingsprofielniveau's: fragmentatie en egocentriciteit; Ingenhoven et al., 2011). Mogelijk spelen deze disadaptieve persoonlijkheidskenmerken ook bij cliënten met verslavingsproblematiek een rol bij het vóórkomen van TVG.

Een laatste belangrijke beperking is dat in dit onderzoek alleen is gekeken naar de frequentie van TVG zonder inhoudelijk te kijken naar de soort of de ernst van het gedrag, waardoor onderlinge scores niet goed vergelijkbaar zijn en inhoudelijk weinig waarde hebben.

Implicaties voor vervolgonderzoek en aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en bovengenoemde limitaties van het onderzoek zijn er verschillende aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Vervolgstudies met een grotere steekproef zijn nodig om meer inzicht te krijgen in TVG en factoren die hiermee samenhangen bij klinisch opgenomen verslaafde cliënten. Om eenduidigheid van de resultaten te bevorderen wordt geadviseerd om niet alleen de frequentie van TVG mee te nemen, maar ook te kijken naar de soort en ernst van TVG. Dit kan de praktische waarde van het onderzoek vergroten. Zo is het bijvoorbeeld interessant om de kans op bepaalde specifieke gedragingen te kunnen voorspellen zodat hierop kan worden ingegrepen.

Ook wordt geadviseerd om in verband met het minimaliseren van confoundingvariabelen te corrigeren voor behandelsetting, opnameduur en medicatie, zodat er een meer homogene groep onderzocht wordt. Tevens is het interessant om te kijken of er verschil is in TVG voor verschillende secundaire diagnoses (zoals bepaalde persoonlijkheidsstoornissen) en (dis)adaptieve persoonlijkheidskenmerken. Daarnaast kan het opstellen van een eenduidig protocol voor dataverzameling en goede inwerking van het personeel met eventuele opfrustrainingen bijdragen om de hoeveelheid missende data zoveel mogelijk te minimaliseren en de betrouwbaarheid te verhogen.

Om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen religieuze saillantie en TVG wordt aanbevolen de mate van religieuze saillantie op een meer uitgebreide, betrouwbare manier te meten. Daarnaast is het interessant om nader onderzoek te doen naar verschillen in de frequentie TVG voor mannen en vrouwen, aangezien de trend in dit onderzoek (vrouwen vertonen meer TVG) niet overeenkomt met eerdere bevindingen van Ingenhoven en collega's (2011). Daarbij is het ook interessant om te kijken naar eventuele inhoudelijke verschillen in TVG tussen mannen en vrouwen (bijvoorbeeld of mannen bepaalde soorten TVG vaker of juist minder vaak vertonen dan vrouwen). Ook heeft het meerwaarde om bij vervolgonderzoek te kijken naar de reden waarom er zo weinig maatregelen (zoals een gesprek aan gaan) getroffen lijken te worden. Aangezien uit onderzoek van Linehan en collega's (2002) blijkt dat het in de behandeling stilstaan bij het vertoonde TVG een positieve invloed kan hebben op het behandelresultaat, valt hier mogelijk winst te behalen.

Door middel van dit onderzoek is een eerste aanzet gedaan om inzicht te krijgen in TVG bij een verslavingspopulatie. Deze studie geeft een beeld van de problematische aanwezigheid van TVG in de verslavingszorg. Een ruime meerderheid (68.7%) van de cliënten heeft TVG vertoond in de eerste vier weken van behandeling. Religieuze saillantie, motivatie voor behandeling en welbevinden bij opname bleken geen significante voorspellers voor TVG. De data laat wel verschillende trends zien, namelijk dat bij cliënten die relatief veel TVG vertonen er een verband lijkt te zijn met meer TVG bij een hogere religieuze saillantie en een lager welbevinden. Daarnaast lijkt er sprake van een geslachtsverschil waarbij vrouwen gemiddeld meer TVG vertonen dan mannen. Gezien de kosten van therapie en de hoge uitvalspercentages van verslavingsbehandeling is het van belang om het inzicht in TVG te vergroten middels vervolgonderzoek, zodat de kostbare therapeutische bronnen beter benut kunnen worden en de zorg beter bij de cliënt zal aansluiten.

Referenties

- Abraham, R. E., (redactie, 2005): Het Ontwikkelingsprofiel in de praktijk, Koninklijke van Gorcum, Assen, 4e geheel herziene editie.
- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 36(1), 75-86.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 461-480.
- Barnett, V., & Lewis, T. (1978). *Outliers in statistical data*. New York, NY: Wiley
- Boomsma, D. I., De Geus, E. J., Van Baal, G. C. M., & Koopmans, J. R. (1999). A religious upbringing reduces the influence of genetic factors on disinhibition: evidence for interaction between genotype and environment on personality. *Twin Research*, 2(02), 115-125.
- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411-415.
- Cohen, J., (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Desmond, S. A., Ulmer, J. T., & Bader, C. D. (2013). Religion, self control, and substance use. *Deviant Behavior*, 34(5), 384-406.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 87-92.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of substance abuse*, 2(2), 217-235.
- DiClemente, C. C., & Scott, C. W. (1997). Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement. *NIDA Res Monogr*, 165, 131-56.
- Eisinga, R., Coenders, M., Felling, A., te Grotenhuis, M., Oomens, S., & Scheepers, P. (2002). Religion in Dutch Society 2000. Documentation of a National Survey on Religious and secular Attitudes in 2000, Amsterdam: NIWI.
- Eisinga, R., Kraaykamp, G., & Scheepers, P. (2012). Religion in Dutch Society. Documentation of a national survey on religious and secular attitudes and behaviour in 2011-2012, Amsterdam: Pallas.
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 315-330.

- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Sage.
- Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., & Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 257-264.
- Heuvelmans, A. P. J. M., & Sanders, P. F. (1993). Beoordelaarsovereenstemming. In T. J. H. M. Eggen & P. F. Sanders (Red.), *Psychometrie in de praktijk* (pp. 443-473). Arnhem: Cito.
- Ingenhoven, T. J., & Abraham, R. E. (2010). Making diagnosis more meaningful. The Developmental Profile: A psychodynamic assessment of personality. *American journal of psychotherapy*, 64(3), 215-238.
- Ingenhoven, T. J., van den Brink, W., Passchier, J., & Duivenvoorden, H. J. (2011). Treatment-Disrupting Behaviors during Psychotherapy of Patients with Personality Disorders: The Predictive Power of Psychodynamic Personality Diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(1), 21-34.
- Jellinek (2014). Verslavingsprobleem vrouwen: groot verschil met mannen. Geraadpleegd van <http://www.zogmh.nl/2014/02/verslavingsprobleem-vrouwen-groot-verschil-met-mannen/>
- Jong de, K., Nugter, M.A., Lambert, M. J., & Burglingame, G.M. (2009) Handleidingvoorafnameen scoring van de Outcome Questionnaire. Salt Lake City, OQ Measures LLC.
- Jong de, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *ClinicalPsychology&Psychotherapy*, 14(4), 288-301.
- Jong de, M. & Jong de, C. A. J. (2006). Suicide in de verslavingszorg. *Richtlijn voor preventie, handelen na suicide en nazorg voor hulpverleners*. GGZNederland
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433-439.
- Laird, R. D., Marks, L. D., & Marrero, M. D. (2011). Religiosity, self-control, and antisocial behavior: Religiosity as a promotive and protective factor. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(2), 78-85.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1), 159-174.

- Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance use & misuse, 44*(2), 227-252
- Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism treatment quarterly, 24*(1-2), 33-73.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence, 67*(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions, 8*(4), 279-292.
- Longshore, D., Anglin, M. D., & Conner, B. T. (2009). Are religiosity and spirituality useful constructs in drug treatment research?. *The journal of behavioral health services & research, 36*(2), 177-188.
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological bulletin, 135*(1), 69.
- McGraw, K.O., & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods, 1*(1), 30–46. Doi: [10.1037/1082-989X.1.1.30](https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.30)
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment, 9*(3), 199-213.
- Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance user treatment dropout from client and clinician perspectives: A pilot study. *Substance use & misuse, 44*(7), 1021-1038.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of substance abuse treatment, 19*(4), 347-354.

- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2012). *MATE-Crimi 2.1. Handleiding en protocol*. Nederlandse bewerking: G.M. Schippers & T. G. Broekman. Nijmegen: Beta Boeken.
- Scholte, W., Tiemens, B. G., Verheul, R., Meerman, A., Egger, J., Hutschemaekers, G. (2012). Predictive validity of the MMPI-2 clinical, PSY-5, and RC scales for therapy disruptive behavior. *Journal psychiatric practise*, 18(6), 420-429. Doi: 10.1097/01.pra.0000422740.87495.91
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological bulletin*, 86(2), 420.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 117-134.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of substance abuse treatment*, 14(6), 565-572.
- Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(2), 323-335.
- Watterson, K., & Giesler, R. B. (2012). Religiosity and self-control: When the going gets tough, the religious get self-regulating. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(3), 193-205. Doi: 10.1037/a0027644
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & DeHaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of adolescence*, 35(2), 299-314.
- Zeegers, M., Broekman, T.G., Schippers G.M., & Rutten, R.J.Th., (2009). Implementatieproject verdiepingsdiagnostiek van verslaving bij justitiabelen. Eindrapportage.

Bijlage 2 - Toestemmingsverklaring: Deelname wetenschappelijk onderzoek*Het onderzoek*

Passende zorg van hoge kwaliteit vindt De Hoop GGZ erg belangrijk. Daarom doet De Hoop GGZ in samenwerking met het Kennisinstituut Christelijke GGZ structureel onderzoek bij haar cliënten.

Hiervoor wordt gebruik gemaakt van gegevens die verkregen zijn in het kader van de diagnostiek en behandeling en die zijn vastgelegd in het dossier. Concreet gaat het om gegevens over leeftijd, opleidingsniveau, sociaal economische status, DSM-IV classificatie, therapieverstorendgedrag, datum einde behandeling, behandelminuten en de informatie verkregen uit vragenlijsten over psychische klachten, motivatie voor behandeling, persoonlijkheidskenmerken, middelengebruik, en religie/spiritualiteit.

Anonieme verwerking van de gegevens

Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Uw privacy is strikt gewaarborgd en uw gegevens kunnen niet bij derden bekend worden.

Door ondertekening van dit formulier verleent u De Hoop GGZ en het Kennisinstituut Christelijke GGZ toestemming om uw gegevens geanonimiseerd te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 3 - Formulier betrouwbaarheidsonderzoek

Vul de TDBI in voor de volgende 6 cliënten

Casus 1

Cliënt A met diagnose alcoholafhankelijkheid en borderlinepersoonlijkheidsstoornis heeft tijdens een individueel behandelgesprek op dinsdag aangegeven dat zij zich afgelopen zondag heel erg down voelde en het leven niet meer zag zitten. Ze heeft zich in haar armen gesneden om met deze gevoelens om te gaan.

Casus 2

Cliënt B met cocaïneafhankelijkheid is niet komen opdagen bij een behandelafpraak. Na geïnformeerd te hebben blijkt cliënt te zijn teruggevallen. Cliënt geeft aan gisterenavond in de stad cocaïne gebruikt te hebben en vanmorgen op zijn kamer bier gedronken te hebben. Cliënt B werkt mee aan een UC en blaastest, welke beide positief zijn.

Casus 3

Cliënt C wordt gebeld n.a.v. signalen dat hij een andere medecliënt op de kliniek van sigaretten heeft voorzien. Cliënt erkent dat hij dit heeft gedaan. Cliënt is gewezen op het feit dat dit dealergedrag is en dit niet door de beugel kan. In een disciplinair gesprek is aan hem aangegeven dat wanneer dit nog een keer gebeurt er een grotere melding van gemaakt zal worden.

Casus 4

Cliënt D met ADHD heeft zijn medicatie vergeten op te halen en niet ingenomen.

Casus 5

Cliënt E heeft van een medegast geld geleend om een nieuwe vishengel te kopen. Medegast vond dit geen probleem. Cliënt E leent vaker geld van medegasten, met de bedoeling dit terug te geven wanneer hij geld heeft. Cliënt heeft schulden.

Casus 6

Cliënt F is tijdens het groepsgesprek heel boos geworden. Hij heeft een groepsgenoot vertelt dat hij voor hem op moet passen, omdat hij in staat is hem iets aan te doen. De spanning is zo hoog opgelopen dat hij zijn koffiekopje tegen de muur kapot heeft gegooid, de groepsruimte uit is gelopen en een groepsgenoot een duw heeft gegeven. De groepsbegeleiding heeft hem naar zijn kamer gestuurd om af te koelen en afspraken te maken.