

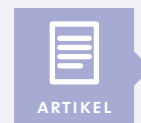
# Demoralisatie bij patiënten met alcoholafhankelijkheid en comorbide psychiatrische stoornissen

G.H. DE WEERT-VAN OENE, C.A.J. DE JONG

- ACHTERGROND** Demoralisatie is een multidimensionaal begrip, waarin hulpeloosheid en hopeloosheid centraal staan. Veel patiënten, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg, kampen met demoralisatie. In het proces van herstel vormt remoralisatie een eerste stap.
- DOEL** Onderzoeken van demoralisatie en het verloop daarvan tijdens de eerste behandelingsmaand bij patiënten met alcoholafhankelijkheid en comorbide psychiatrische stoornissen.
- METHODE** Wij onderzochten 159 patiënten met alcoholafhankelijkheid die opgenomen waren in een kliniek voor dubbele diagnose. Demoralisatie werd gemeten bij aanvang van de behandeling en een maand daarna.
- RESULTATEN** We vonden een sterke mate van demoralisatie bij de patiënten, vooral bij comorbide depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen. Van de patiënten was 92% 'klinisch gedemoraliseerd' bij aanvang van de behandeling; na een maand was dit nog 89%. Bij patiënten met depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen was er een statistisch significante afname van de demoralisatie na een maand; bij patiënten met ontwikkelings- en psychotische stoornissen was dit niet het geval. Bij 11% was er een klinisch relevante verbetering; bij 7,5% een klinisch relevante achteruitgang; dit laatste vooral bij patiënten met comorbide ontwikkelings- en psychotische stoornissen.
- CONCLUSIE** Patiënten met alcoholafhankelijkheid zijn sterk gedemoraliseerd bij aanvang van de behandeling, vooral bij comorbiditeit met psychiatrische stoornissen. Hoewel de demoralisatie significant verbetert gedurende de eerste behandelingsmaand, blijven patiënten gedemoraliseerd. Bij een op de tien patiënten is sprake van klinisch relevante remoralisatie. Bij behandelaren is meer aandacht voor remoralisatie, als eerste stap in het proces van herstel, gedurende de behandeling nodig. Gerichte interventies daarvoor, afgestemd op de doelgroep, zijn gewenst.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 84-91

**TREFWOORDEN** alcoholafhankelijkheid, comorbiditeit, demoralisatie, herstel, remoralisatie



ARTIKEL



Patiënten met dubbele diagnose hebben, naast hun middeleafhankelijkheid, te kampen met problemen op somatisch gebied, sociaal-maatschappelijk gebied (een gebrek aan sociaal netwerk, werkloosheid, thuis- of dakloosheid) en op psychisch gebied. Veel patiënten krijgen daardoor een hopeloos en hulpeloos gevoel over hun toekomst en hun vooruitzichten. Dit fenomeen werd in 1974 door Frank omschreven als demoralisatie.

Demoralisatie is een multidimensionaal concept, waarin hopeloosheid en betekenisloosheid centrale elementen zijn (Clarke & Kissane 2002). De demoralisatie ontwikkelt zich langs een spectrum, oplopend in ernst van gevoelens van ontstemming en ontmoediging, via hulpeloosheid en een gevoel te falen, tot uiteindelijk een verlies van betekenis en doel (Kissane e.a. 2004).

Het verbeteren van demoralisatie (ook wel: remoralisatie) kan kansen bieden voor verlichting van symptomen en persoonlijk herstel, en daarmee mogelijk ook voor het herkrijgen van controle over middelengebruik. Dit proces is congruent met herstel. De Jong (2006) beschreef een gefaseerde benadering in het proces van herstel met vier R's: remoralisatie, remediatie, rehabilitatie en *recovery*. De behandeling van verslaving zou dit proces van herstel moeten ondersteunen, om te beginnen met aandacht voor remoralisatie (McLellan e.a. 2000; Dennis e.a. 2005). Naar schatting is bij 2-5% van de algemene bevolking sprake van demoralisatie (De Weert-Van Oene e.a. 2017). De hoogste prevalenties van demoralisatie worden aangetroffen bij patiënten in de geestelijke gezondheidszorg en bij patiënten met (gevorderde) kanker (Tecuta e.a. 2015). De meeste onderzoeken naar demoralisatie zijn uitgevoerd bij patiënten met lichamelijke en met psychiatrische ziekten, maar slechts weinig studies hebben betrekking op patiënten met verslavingsproblemen.

De Jong e.a. (2008) onderzochten de mate van demoralisatie bij patiënten met opioïdafhankelijkheid, waarbij zij een aanzienlijk sterkere mate van demoralisatie vonden dan bij patiënten met (gevorderde) kanker. Anderen deden een onderzoek bij 58 patiënten met verslaving en vonden dat demoralisatie vaak voorkwam in combinatie met een DSM-IV-diagnose, vooral met depressie (Tossani e.a. 2013). De Weert-van Oene e.a. (2017) bestudeerden demoralisatie bij patiënten met een dubbele diagnose en vonden hoge scores op de demoralisatieschaal aan het begin van de behandeling. Deze scores namen statistisch significant, maar nauwelijks klinisch relevant af gedurende de eerste maand van behandeling.

Wij spitsten de huidige studie toe op patiënten met een primaire alcoholafhankelijkheid en een comorbide stemmings-, angst-, ontwikkelings- of persoonlijkheidsstoornis of psychotische stoornis. Behalve dat zij afhankelijk zijn van alcohol, gebruiken deze patiënten vaak ook andere middelen. De keuze voor deze subpopulatie is ingegeven door het feit dat dit de grootste min of meer homogene groep is binnen de totale gemengde populatie van patiënten met een dubbele diagnose. De onderzoeksvraag luidt: welke mate van demoralisatie hebben deze patiënten en wat zijn de veranderingen hierin tijdens de eerste maand van de behandeling in een dubbele diagnosekliniek?

## METHODE

### Deelnemers

De initiële onderzoekspopulatie bestond uit 515 patiënten met een dubbele diagnose die behandeld werden in een van vier dubbele diagnoseklinieken en van wie basisgegevens en een ingevulde demoralisatieschaal op To (bij bin-

## AUTEURS

**GERDIEN H. DE WEERT-VAN OENE**, senior onderzoeker, Novadic-Kentron, Netwerk voor Verslavingszorg, Vught.

**CORNELIS A.J. DE JONG**, emeritus hoogleraar Verslaving en verslavingszorg, Behavioral Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. G.H. de Weert-van Oene, Novadic-Kentron, Postbus 243, 5260 AE Vught.

E-mail: [gerdien.de.weert@novadic-kentron.nl](mailto:gerdien.de.weert@novadic-kentron.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-9-2018.

nenkomst in de kliniek) beschikbaar waren. Van hen voldeden 280 patiënten aan de inclusiecriteria van alcoholafhankelijkheid met comorbide stemmings-, angst-, ontwikkelings- of persoonlijkheidsstoornis of psychotische stoornis.

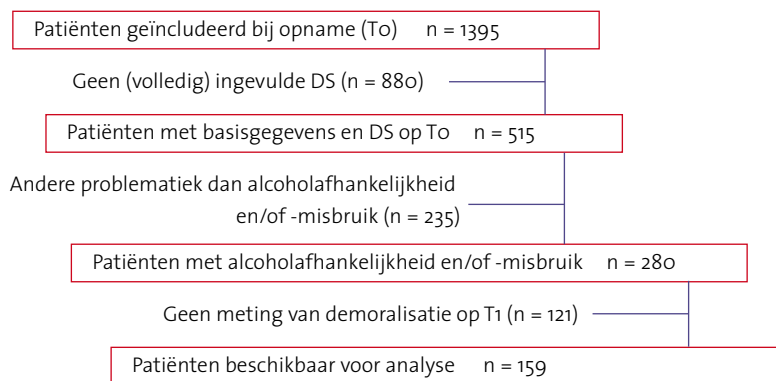
De diagnostiek van psychiatrische aandoeningen werd in elke kliniek uitgevoerd door de psychiater verbonden aan die kliniek. De procedure daarvoor verschilde per kliniek. Van 159 van de 280 patiënten (56,8%) was een tweede meting over demoralisatie beschikbaar, een maand na de eerste meting. Deze 159 patiënten vormden de uiteindelijke onderzoekspopulatie (FIGUUR 1).

Er waren geen statistisch significante verschillen in mate van demoralisatie bij intake tussen de patiënten met alcoholafhankelijkheid en die met afhankelijkheid van andere middelen in de initiële onderzoekspopulatie. Evenmin waren er verschillen in geslacht, leeftijd en aard van de comorbiditeit tussen de 121 patiënten met alcoholafhankelijkheid van wie geen follow-upmeting van demoralisatie beschikbaar was en de 159 patiënten van wie dat wel het geval was. Wel waren er onder de non-respondenten minder patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond (TABEL 1). De demoralisatie bij intake verschilde evenmin tussen deze twee groepen, met uitzondering van de subschaal ontmoediging: patiënten met alcoholafhankelijkheid die wel een follow-upmeting hadden waren sterker ontmoedigd bij aanvang van de behandeling dan degenen die geen follow-upmeting hadden ( $M = 13,1$  (SD: 4,4) vs  $M = 12,0$  (SD: 4,9);  $F = 3,75$ ;  $p = 0,05$ ).

### Studieopzet

Patiënten vulden de *Demoralisatieschaal* in bij binnenkomst in de kliniek en ongeveer één maand daarna. Dit gebeurde in het kader van het Dubbele Diagnose-monitoringproject

**FIGUUR 1** Flowdiagram voor inclusie van patiënten (DS = Demoralisatieschaal)



(De Weert e.a. 2012). De studie werd goedgekeurd door de wetenschappelijke commissies van de deelnemende instellingen. Alle patiënten gaven informed consent voor deze procedure en voor het gebruik van de data voor wetenschappelijk onderzoek.

**Meetinstrumenten**

Sociaal-demografische informatie en gegevens over de psychiatrische diagnostiek werden verkregen uit de elek-

tronische patiëntendossiers. De data werden door behandelaren aan de onderzoekers ter beschikking gesteld na anonimisering.

De *Demoralisatieschaal* (DS; Kissane e.a. 2004) meet 5 dimensies: dysforie (5 items), ontmoediging (6 items), hulpeloosheid (4 items), gevoel te falen (4 items) en verlies van betekenis en doel (5 items). De 24 items tellende zelfrapportagevragenlijst wordt beantwoord op een 5-puntschaal, variërend van ‘nooit’ tot ‘altijd’. Scores voor totale

**TABEL 1** Kenmerken van de patiëntenpopulatie bij aanvang van de behandeling (T<sub>0</sub>)

	Met follow-upmeting n = 159	Zonder follow-upmeting n = 121	Toets voor verschil
Geslacht % vrouw	29,1	26,2	$\chi^2 = 0,29; p = 0,59$
Gem. leeftijd (SD); uitersten	38,8 (10,3); 20,0-68,8	39,1 (9,7); 19,4-60,0	F = 0,097; p = 0,76
Etniciteit % niet-Nederlands	15,8	8,2	$\chi^2 = 3,66; p = 0,04$
<i>Duur gebruik</i>			$\chi^2 = 0,38; p = 0,94$
- < 1 jaar	2,6	2,5	
- 2-5 jaar	8,3	9,9	
- 5-10 jaar	14,7	15,7	
- > 10 jaar	74,4	71,9	
<i>Afhankelijkheid- en misbruikdiagnosen</i>			
- Alcoholafhankelijkheid	86,8	90,2	$\chi^2 = 0,79; p = 0,37$
- Alcoholmisbruik	13,9	9,8	$\chi^2 = 1,08; p = 0,30$
- Opiataafhankelijkheid	9,5	11,5	$\chi^2 = 0,29; p = 0,59$
- Cocaineafhankelijkheid	25,3	20,5	$\chi^2 = 0,90; p = 0,34$
- Cannabisafhankelijkheid	28,5	28,7	$\chi^2 = 0,00; p = 0,97$
<i>Psychiatrische comorbiditeit</i>			
- Ontwikkelingsstoornis	15,7	18,9	$\chi^2 = 0,45; p = 0,50$
- Stemmingsstoornis	22,2	22,1	$\chi^2 = 0,00; p = 0,99$
- Angststoornis	28,9	23,8	$\chi^2 = 1,002; p = 0,32$
- Psychotische stoornis	20,1	19,7	$\chi^2 = 0,015; p = 0,90$
- Persoonlijkheidsstoornis	49,4	47,5	$\chi^2 = 0,41; p = 0,82$
Gem. GAF-score bij opname (SD)	43,7 (6,5)	43,7 (7,6)	F = 0,000; p = 0,99

schaal en subschalen worden berekend door summatie van de items (met een range van 0-96) waarbij hogere scores een sterkere mate van demoralisatie weergeven.

Wij gebruikten de gevalideerde Nederlandse versie van de DS (De Jong e.a. 2008). In eerder onderzoek (De Weert-Van Oene e.a. 2017) is een afkapwaarde van 25,0 vastgesteld voor de totaalscore op de *Demoralisatieschaal*. Boven deze afkapwaarde kan worden gesproken van 'klinische demoralisatie'; daaronder van 'normaalwaarden'. Deze score is iets lager dan die eerder genoemd is door anderen (Kissane e.a. 2004; Lee e.a. 2012). De afkapwaarde van 25,0 is echter empirisch verkregen in eerder onderzoek bij dezelfde populatie (De Weert-van Oene e.a. 2017).

## Data-analyse

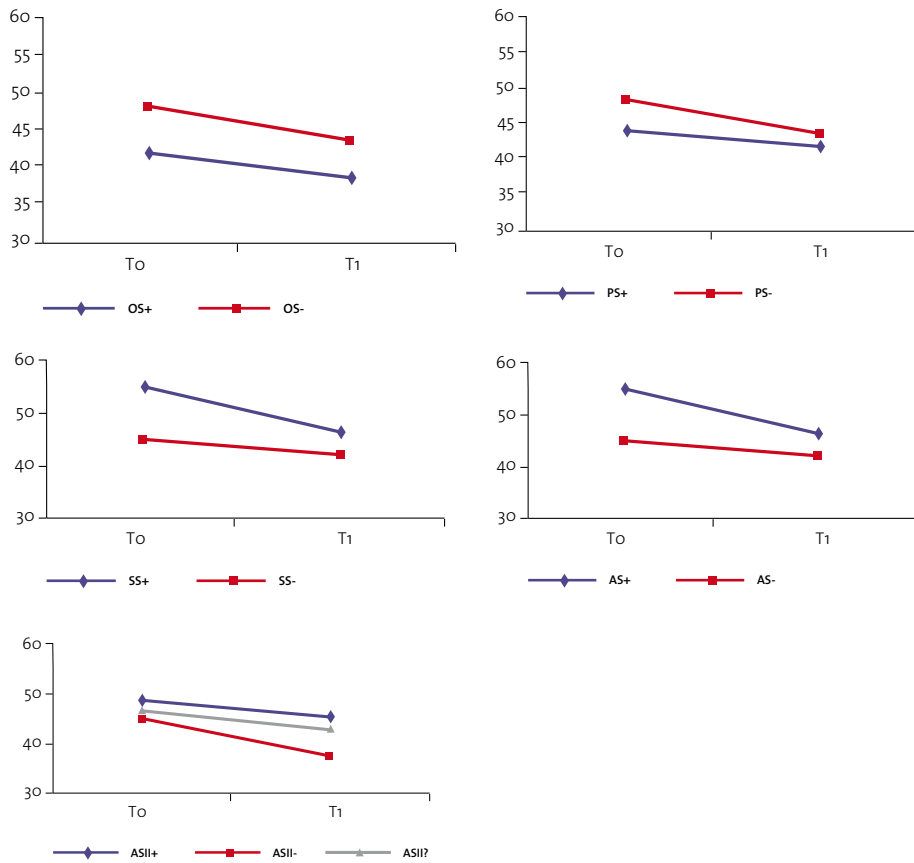
Alle data werden geanalyseerd met SPSS 20.0. Voor het berekenen en toetsen van verschillen in demoralisatie op de (sub)schalen tussen patiënten met en zonder follow-upmeting werden ANOVA's uitgevoerd. Verschillen in categoriale variabelen werden getoetst met een  $\chi^2$ -toets. De mate van verandering in demoralisatie gedurende de eerste behandelmaand werd getoetst met *repeated-measures* analyse (RMA) waarbij de aanwezigheid van ontwikkelings-, psychotische, stemmings-, angst- en as II-stoornissen als *between-subject* factor werd genomen. Daarnaast werd het percentage boven en onder de afkapwaarde vastgesteld op beide meetmomenten en het aantal klinisch verbeterde en

**TABEL 2** Demoralisatie bij opname (To) en na 1 maand (T1) voor totale populatie en voor subpopulaties naar comorbiditeit (gemiddelde met SD); resultaten repeated measures analysis

Dimensie met maximaal bereik	Gem. score bij opname To (SD)	> afkap- waarde To %	Gem. score na 1 maand T1 (SD)	> afkap- waarde T1 %	F (p) gem. score To-T1	Effect- size $\eta$	Klinisch verbeterd/ verslechterd; N
Totale populatie (n = 159)							
– Demoralisatie totaal (0-96)	47,2 (15,3)	91,8	42,7 (14,7)	88,6	<b>F = 20,06</b> (p < 0,001)	0,11	18/12
– dysforie (0-20)	11,1 (3,9)		10,7 (3,6)		F = 2,35 (p = 0,13)	0,02	
– ontmoediging (0-24)	13,1 (4,4)		11,4 (4,1)		<b>F = 20,57</b> (p < 0,001)	0,12	
– hulpeloosheid (0-16)	7,7 (3,5)		6,5 (3,7)		<b>F = 19,86</b> (p < 0,001)	0,11	
– gevoel te falen (0-16)	7,4 (3,1)		7,4 (3,3)		F = 0,05 (p = 0,83)	0	
– verlies van betekenis en doel (0-20)	8,2 (4,6)		6,9 (4,3)		<b>F = 17,20</b> (p < 0,001)	0,10	
Between-subjects factor voor demoralisatie totaal							
Ontwikkelingsstoornis (n = 25)	42,1 (16,4)	76	38,7 (11,5)	92	F = 0,20 (p = 0,65)	0,054	0/4
Stemmingsstoornis (n = 35)	54,9 (14,6)	97	46,6 (16,2)	89	<b>F = 4,45</b> (p = 0,034)	0,03	4/1
Angststoornis (n = 46)	54,6 (13,6)	98	45,9 (15,3)	87	<b>F = 7,86</b> (p = 0,006)	0,05	5/0
Psychotische stoornis (n = 32)	43,7 (19,1)	81	41,6 (15,6)	97,5	F = 1,32 (p = 0,25)	0,008	1/3
As II-stoornis (n = 79)	48,5 (14,2)	93	44,9 (14,3)	90	F = 0,84 (p = 0,43)	0,011	8/4

Klinische verbetering: patiënt ging van boven de afkapwaarde naar daaronder; klinische verslechtering: patiënt ging van onder de afkapwaarde naar daarboven. Resultaten hebben betrekking op de totale Demoralisatiescore. Statistisch significante veranderingen van To naar T1 zijn vetgedrukt.

**FIGUUR 2** Verandering in demoralisatie van T0 naar T1 voor patiënten met alcoholafhankelijkheid, met en zonder comorbide psychiatrische diagnoses



OS = ontwikkelingsstoornis op as I; PS = psychotische stoornis; SS = stemmingsstoornis; AS = angststoornis. ASII? = uitgestelde diagnose op as II.

verslechterde patiënten, totaal en per subgroep naar psychiatrische comorbiditeit.

## RESULTATEN

Er was sprake van veel comorbiditeit, zowel wat betrof middelenafhankelijkheid als wat betrof overige psychiatrische diagnoses, passend bij de categorie van dubbele diagnose waartoe deze patiënten behoorden.

De mate van demoralisatie (TABEL 2) liet hoge scores zien bij aanvang van de behandeling. Na een maand was er een statistisch significante afname van de totale demoralisatiescore, en van de schalen ontmoediging, hulpeloosheid en verlies van betekenis en doel. Bij aanvang van de behandeling behoorde 92% tot de categorie klinische demoralisatie. Bij 18 patiënten (11%) trad dusdanige verbetering op, dat zij na een maand een normale score bereikten (van 0 tot 25). Echter, bij 12 patiënten (8%) zagen we een verslechtering: zij hadden eerst een normale score en behoorden na een maand tot de categorie klinische demoralisatie.

Uitgesplitst naar subgroep bleken het vooral de patiënten met een comorbide ontwikkelingsstoornis en psychoti-

sche stoornis te zijn bij wie een klinische verslechtering optrad. Bij deze twee subgroepen trad evenmin een statistisch significante verbetering op, terwijl dit bij de subgroepen met stemmings- en angst- en persoonlijkheidsstoornissen wel het geval was (FIGUUR 2).

Overigens bleven veruit de meeste patiënten behoren tot de categorie met klinische demoralisatie, ook na een behandelingsperiode van een maand.

## DISCUSSIE

### Vergelijking resultaten

Dit onderzoek laat zien dat patiënten met een dubbele diagnose van alcoholafhankelijkheid en comorbide psychiatrische stoornissen bij hun opname in een klinische voorziening sterk gedemoraliseerd zijn. Deze mate van demoralisatie is sterker in de aanwezigheid van een comorbide stemmings- of angststoornis. De demoralisatiescores die wij vonden, zijn vergelijkbaar met die van De Jong (2008) bij een populatie patiënten met opioïdafhankelijkheid (score op DS-totaal:  $M = 43,2$  ( $SD: 17,1$ )) en met die

van eerder onderzoek bij een bredere populatie van patiënten met een dubbele diagnose (De Weert-van Oene e.a. 2017). De scores bij de populatie van patiënten met alcoholafhankelijkheid zijn hoger dan die in studies bij patiënten met somatische stoornissen (Tecuta e.a. 2015).

De resultaten lijken generaliseerbaar naar de hele populatie van patiënten met alcoholafhankelijkheid en comorbide stoornissen. Dit baseren wij op de bevinding dat er geen verschillen zijn gevonden tussen patiënten die therapietrouw waren gedurende ten minste een maand en degenen die de follow-upmeting niet invulden (behoudens een klein en marginaal significant verschil in de mate van ontmoediging). Op grond van deze bevinding kan men dus niet concluderen dat de sterker gedemoraliseerde patiënten eerder afhaken uit de behandeling, of juist langer in behandeling blijven. Daarnaast vonden wij evenmin verschillen tussen de patiënten met een primaire alcoholafhankelijkheid en patiënten met andere afhankelijkheidsstoornissen wat betreft de initiële demoralisatie. Nader onderzocht moet worden of onze resultaten ook gelden voor de hele gemengde populatie van patiënten met DD. Na een maand verblijf in de kliniek is er sprake van een statistisch significante afname van de mate van demoralisatie, vooral bij patiënten met comorbide stemmings-, angst-, en persoonlijkheidsstoornissen. De demoralisatie bij patiënten met ontwikkelings- of psychotische stoornissen – die bij opname lager was dan die bij de andere groepen patiënten – daalt niet. De statistische significante verandering betekent echter niet dat deze ook klinisch relevant is: na een maand behoort nog altijd bijna 90% van de populatie tot de categorie met klinische demoralisatie.

### Beperkingen en sterke punten

Dit onderzoek vond plaats op basis van gegevens die zijn verzameld voor routinematige monitoring van de patiënten. Dit is zowel een kracht als een beperking. Een kracht, omdat deze wijze van dataverzameling bias beperkt en de externe validiteit ten goede komt. Een beperking, omdat er sprake is van non-respons, waarbij lastig te achterhalen is waardoor deze is ontstaan. De uiteindelijke populatiegrootte is daardoor beperkt, wat uitsplitsing naar subcategorieën van patiënten, onder handhaving van voldoende power voor analyses, bemoeilijkt. Verder onderzoek met aandacht voor follow-upmetingen is daarom zeker nodig. Bovendien kan de selectie die hiermee is ontstaan mogelijk de generaliseerbaarheid enigszins hebben beïnvloed.

Een andere beperking van het onderzoek is gelegen in de beperkte follow-upperiode van een maand. Gezien de aard van de onderzochte populatie – patiënten met een dubbele diagnose en veelal een lange geschiedenis van gebruik en

hulpverlening – kan eigenlijk niet verwacht worden dat er binnen een maand een sterke remoralisatie optreedt. Echter, omdat remoralisatie de eerste stap is op weg naar herstel, kan juist in de eerste behandelingsfase toch een zekere remoralisatie verwacht worden. Wij pleiten daarom voor meer aandacht bij klinici voor demoralisatie en voor een gerichte benadering daarvan.

Verder moeten we wijzen op de participatie van patiënten uit vier DD-klinieken. Met name kliniek A onderscheidde zich hierbij omdat deze kliniek een groot aantal patiënten behandelde met een justitiële maatregel. De mate van gerapporteerde demoralisatie van deze patiënten ( $n = 20$ ) was lager dan die bij de drie andere klinieken. Bovendien veranderde de demoralisatie niet van To naar Tr. Het effect op de overall resultaten is, gezien het beperkte aantal respondenten van deze kliniek, te verwaarlozen.

### Demoralisatie, remoralisatie en herstel


De hogere demoralisatiescores onder patiënten met alcoholafhankelijkheid en comorbide stemmingsstoornissen zijn niet verrassend. Het concept demoralisatie vertoont overlap met depressie, maar is daaraan niet gelijk. Depressie wordt gekenmerkt door anhedonie, terwijl het bij demoralisatie nog wel mogelijk is om ergens van te genieten, maar men komt er niet meer toe om die dingen te ondernemen. Bij demoralisatie zijn het vooral de subjectieve incompetentie en de hulpeloosheid die centraal staan: men voelt zich beperkt in zijn acties en weet niet wat te doen om tot een oplossing te komen. Bij depressie ontbreekt de motivatie, de drang om iets te ondernemen, zelfs als men wel zou weten wat te doen (De Figueiredo 1993; Clark & Kissane 2002; Mehnert e.a. 2011). Bovendien treedt demoralisatie, hoewel deze dikwijls wordt beschouwd als een lichte vorm van depressie, vaak op in associatie met angststoornissen (Fava e.a. 2010), iets wat in ons onderzoek wordt bevestigd.

Bij patiënten met comorbide psychotische stoornissen is juist sprake van een lagere demoralisatiescore; de scores na een maand opname laten geen verbetering zien. Uit de literatuur is bekend dat patiënten met psychotische stoornissen dikwijls een beperkt ziekte-inzicht hebben en dat dit gerelateerd is aan de mate van demoralisatie (o.a. Cavelti e.a. 2014). Dit beperkte ziekte-inzicht leidt dikwijls tot minder goede therapietrouw en minder gunstige behandelresultaten. Het feit dat de scores gemiddeld niet afgenomen zijn na een maand behandeling, houdt mogelijk verband met een groeiend ziekte-inzicht en daarmee toenemende demoralisatie. Voor behandelaars is dit een belangrijk aandachtspunt, specifiek bij deze patiënten, mede gezien de associatie tussen demoralisatie, depressie en suïcide (Sharaf e.a. 2012).

Demoralisatie zou volgens ons een belangrijk focus moeten zijn in psychotherapeutische behandelingen. Remotivatie en remoralisatie vormen de eerste stappen op weg naar herstel voor deze patiënten (De Jong 2006). Remoralisatie kan worden gezien als een onderdeel van persoonlijk herstel, door Van der Stel (2015) omschreven als *'het zelf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven (...)*. Deze stelt zelfs dat mogelijk persoonlijk herstel de motor is voor onder andere klinisch herstel (Van der Stel 2012). Vissers e.a. (2017) stellen, op basis van hun onderzoek onder patiënten met angststoornissen, dat er geen remoralisatie is zonder symptoomreductie en geen symptoomreductie zonder remoralisatie. Of dit ook het geval is bij patiënten met een dubbele diagnose, zal verder moeten worden onderzocht.

## CONCLUSIE

Onze gegevens laten zien dat klinisch relevante remoralisatie zonder gerichte interventie niet vanzelfsprekend optreedt in de eerste fase van de behandeling bij patiënten met een dubbele diagnose; dit vereist specifieke aandacht en aanpak. In het verleden is wel gepubliceerd over zo'n gerichte benadering, onder anderen door Vissers e.a. (2010). De resultaten van deze interventie waren veelbelovend, maar zijn onderzocht in een populatie van patiënten met angststoornissen. Onderzocht moet worden of deze ook voor patiënten met afhankelijkheidsproblemen, met of zonder comorbiditeit, geschikt zijn.

 De collega's van vier dubbelediagnoseklinieken droegen bij aan deze studie; deze betreffen: De Loodds (Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal), De Woenselse Poort (GGZ Eindhoven), IrisZorg (Dubbele Diagnosekliniek, Wolfheze) en Novadic-Kentron (Netwerk voor verslavingszorg, Vught).

## LITERATUUR

- Cavelti M, Rüsçh N, Vauth R. Is living with psychosis demoralizing? Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 521-9.
- Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: Its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 733-42.
- Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28 (Suppl 1): 551-62.
- Fava GA, Porcelli P, Rafanelli C, Mangelli L, Grandi S. The spectrum of anxiety disorders in the medically ill. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 910-4.
- Figueiredo JM de. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 308-11.
- Frank JD. Psychotherapy, the restoration of morale. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 271-4.
- Jong CAJ de. Chronisch verslaafd: De therapeut, de patiënt en de ziekte (inaugurale rede). Nijmegen: 2006.
- Jong CAJ de, Kissane DW, Geessink RJ, Van der Velden D. Demoralization in opioid-dependent patients: A comparative study with cancer patients and community subjects. *Open Addict J* 2008; 1: 7-9.
- Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The demoralization scale: A report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care* 2004; 20: 269-76.
- Lee CY, Fang CK, Yang YC, Liu CL, Leu YS, Wang TE, e.a. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2259-67.
- McLellan AT, Lewis D, O'Brien C, Kleber M. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689-95.
- Mehnert A, Vehling S, Hocker A, Lehmann C, Koch U. Demoralization and depression in patients with advanced cancer: Validation of the German version of the Demoralization Scale. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42: 768-76.
- Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 2012; 49: 1512-20.
- Stel J van der. Focus op persoonlijk herstel. Den Haag: Boom|Lemma; 2012.
- Stel JC van der. Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten en psychiaters. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 815-22.
- Tecuta L, Tomba E, Grandi S, Fava GA. Demoralization: A systematic review on its clinical characterization. *Psychol Med* 2015; 45: 673-91.
- Tossani E, Garotti MGR, Cosci F. The use of diagnostic criteria for psychosomatic research in substance use disorder patients. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 195-6.
- Vissers W, Keijsers GPJ, Van der Veld WM, Hendriks GJ, Hutschemaekers GJM. Utility of measuring remoralization in addition to symptoms in efficacy research: A preliminary study. *Psychother Res* 2010; 20: 611-8.

- Vissers W, Keijsers GJ, Kampman M, Hendriks GJ, Rijnders P, Hutschemaekers GJM. Symptom reduction without remoralization: a randomized, waiting-list controlled study aimed at separating two beneficial psychotherapy outcome effects. *J Clin Psychol* 2017; 73: 785-96.
- Weert-Van Oene GH de, Holsbeek TB, Verbrugge CAG, de Jong CAJ. Dubbele Diagnose: leren door monitoring. Vijf jaar evalueren van Dubbele Diagnose klinieken in Nederland. Nijmegen: NISPA; 2012.
- Weert-Van Oene GH de, Markus W, Kissane DW, de Jong CAJ. Demoralization in patients with substance use and co-occurring psychiatric disorders, *J Dual Diagn* 2017; 13: 136-43.

## SUMMARY

# Demoralisation in alcohol-dependent patients with co-occurring psychiatric disorders

G.H. DE WEERT-VAN OENE, C.A.J. DE JONG

- BACKGROUND** Demoralisation is a multidimensional concept, with helplessness and hopelessness as its key elements. Many patients, both in somatic and in mental health care, suffer from demoralisation. In the process of recovery, remoralisation constitutes a first step.
- AIM** To investigate demoralisation in alcohol-dependent inpatients with co-occurring psychiatric disorders.
- METHOD** Included in this study were 159 alcohol-dependent inpatients admitted to clinics for dual diagnosis. Demoralisation was assessed at treatment entry and again one month later.
- RESULTS** A strong level of demoralisation was found, particularly in the co-occurrence of depression, anxiety and personality disorders. At treatment entry, 92% of patients was clinically demoralised and, one month later, this was 89%. In patients with co-occurring depression, mood and personality disorders, a significant decrease of demoralisation was found after one month, whereas in patients with developmental and psychotic disorders this was not the case. In 11% of patients there was clinically relevant improvement and in 7,5% there was clinically relevant deterioration; the latter mainly in patients with co-occurring developmental and psychotic disorders.
- CONCLUSION** At start of treatment, these alcohol-dependent patients were strongly demoralised, especially in the co-occurrence of psychiatric disorders. Although there was a significant improvement in demoralisation after one month of treatment, patients remained strongly demoralised. In one in ten patients there was clinically relevant remoralisation. As a first step in the process of recovery, clinicians should pay more attention to remoralisation. Targeted interventions, aimed at this specific population, are necessary.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)2, 84-91

**KEY WORDS** alcohol dependence, comorbidity, demoralisation, recovery, remoralisation