

Stoornissen in het alcoholgebruik bij patiënten van een academische polikliniek psychiatrie

Prevalentie, mogelijkheden voor screening en herkenning door psychiaters in opleiding

A.J. FOUWELS, W. VAN DEN BRINK, H.F.A. SCHALKEN

ACHTERGROND Er is vrijwel niets bekend over het vóórkomen van stoornissen in het alcoholgebruik bij patiënten in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) en over de herkenning en de behandeling van deze stoornissen door ggz-medewerkers.

DOEL In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar het vóórkomen van de diagnoses stoornissen in het alcoholgebruik volgens de ICD-10 en de DSM-III-R en de herkenning door arts-assistenten psychiatrie van de diagnoses stoornissen in het alcoholgebruik volgens de ICD-10 en de DSM-IV. Daarnaast werd onderzocht of een korte zelfbeoordelvingsvragenlijst met slechts acht vragen behulpzaam kan zijn bij de opsporing van stoornissen in het gebruik van alcohol bij deze populatie.

METHODE Een cross-sectioneel onderzoek bij 212 patiënten van een psychiatrische polikliniek van een academisch ziekenhuis met behulp van een volledig gestructureerd interview en een screeningsvragenlijst.

RESULTATEN Bij ten minste 10% van de patiënten blijkt sprake te zijn van een klinisch relevante stoornis in het gebruik van alcohol. Van deze stoornissen wordt tijdens het intakegesprek minder dan een kwart door de behandelaar herkend. De korte vragenlijst blijkt een goede voorspellende waarde te hebben voor de DSM-III-R- en de ICD-10-diagnoses alcoholafhankelijkheid en voor de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik van alcohol.

CONCLUSIES Stoornissen in het alcoholgebruik komen frequent voor bij patiënten die zich aanmelden bij een psychiatrische polikliniek. De meeste hiervan worden bij het huidige intakegesprek niet herkend. De herkenning en de behandeling van deze stoornissen kunnen sterk verbeterd worden door het systematische gebruik van een korte vragenlijst.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 5, 297-307]

TREFWOORDEN alcoholafhankelijkheid, alcoholmisbruik, geestelijke gezondheidszorg, prevalentie, screening

In Nederland is redelijk goed bekend hoeveel alcohol er door de algemene bevolking wordt gedronken, hoeveel mensen overmatig drinken en hoeveel mensen problemen hebben met het

gebruik van alcohol (Nationale Drug Monitor 1999). Van overmatig gebruik is volgens de meeste deskundigen sprake wanneer mannen gemiddeld meer dan 21, of wanneer vrouwen gemid-

deld meer dan 14 alcoholhoudende consumpties per week gebruiken. De schatting van het aantal Nederlanders van 15 jaar en ouder dat per dag gemiddeld ten minste 8, 12 of 16 glazen bier, wijn of gedistilleerd drinkt, bedroeg in 1994 respectievelijk 650.000 (5,2%), 320.000 (2,6%) en 183.000 (1,4%) (Van den Brink 1999).

Dat wil overigens niet zeggen dat al deze mensen problemen ervaren met of ten gevolge van hun overmatige alcoholgebruik. Om daarover een indruk te krijgen worden zowel nationaal als internationaal steeds vaker de begrippen alcoholmisbruik, schadelijk gebruik van alcohol en alcoholafhankelijkheid gebruikt. In de DSM-IV (APA 1994) en in de International Classification of Diseases, tiende versie (ICD-10, World Health Organization 1992) wordt er van alcoholafhankelijkheid gesproken wanneer iemand de controle over het drinken heeft verloren en het overmatige gebruik heeft geleid tot klinisch relevante problemen in het lichamelijke, psychische en/of sociale functioneren. In de DSM-IV wordt daarnaast van alcoholmisbruik gesproken als iemand niet voldoet aan de criteria voor de diagnose alcoholafhankelijkheid, maar er wel sprake is van een patroon van onaangepast gebruik dat heeft geleid tot sociale, beroepsmatige of justitiële problemen. In de ICD-10 komt de diagnose alcoholmisbruik niet voor, maar wordt er van schadelijk alcoholgebruik gesproken wanneer er ten gevolge van het overmatig gebruik van alcohol sprake is van aantoonbare lichamelijke of psychische schade bij iemand die overigens niet voldoet aan de criteria voor de diagnose alcoholafhankelijkheid. Uit epidemiologisch onderzoek naar de empirische overlap van deze DSM-IV- en ICD-10-diagnoses komt naar voren dat de overeenstemming tussen beide classificatiesystemen in het algemeen goed is voor alcoholafhankelijkheid ($\kappa > 0.60$), maar dat de overeenstemming tussen misbruik en schadelijk gebruik meestal gering is ($\kappa < 0.40$) (Caetano & Tam 1995; Rounsaville e.a. 1993; Compton e.a. 1996).

In Nederland blijkt ongeveer 1 op de 6 volwassenen ooit te hebben voldaan aan de criteria

voor de diagnose alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid, terwijl dat in het voorafgaande jaar bij ongeveer 1 op de 13 Nederlanders het geval was (Van Limbeek e.a. 1994; Bijl e.a. 1997). Dit betekent dat er in Nederland ongeveer 540.000 volwassenen zijn met een actuele diagnose alcoholmisbruik (260.000) of alcoholafhankelijkheid (280.000). Deze cijfers komen redelijk overeen met cijfers uit vergelijkbare onderzoeken in de Verenigde Staten (Robins & Regier 1991; Kessler e.a. 1994; Grant & Harford 1995).

Slechts een beperkt aantal van de mensen in de algemene bevolking met een stoornis in het alcoholgebruik komt terecht bij hulpverlenende instanties. In het zogenaamde Filteronderzoek bleken de maand- en de jaarprevalentie van DSM-III-R-alcoholgebruikstoornissen (APA 1987) bij patiënten van huisartsen zelfs aanzienlijk lager dan de maand- en jaarprevalentie in de algemene bevolking: 2,4% en 4,3% versus 4,8% en 7,0% (Van Limbeek e.a. 1994). Mensen met een alcoholprobleem gaan kennelijk niet makkelijk naar hun huisarts. Uit epidemiologisch onderzoek (Cornel 1994; Tiemens e.a. 1995) en uit registratiegegevens (Lamberts e.a. 1987) blijkt bovendien dat slechts een klein deel (10 - 30%) van de patiënten met een stoornis in het alcoholgebruik die zich bij de huisarts melden als zodanig door de huisarts wordt herkend. Van deze herkende patiënten is redelijk goed bekend hoeveel er door de huisarts worden behandeld en hoeveel er worden verwezen naar de verslavingszorg. Veel minder duidelijk is hoeveel er terecht komen bij de gespecialiseerde hulpverlening.

Er is nog bijna niets bekend over het vóórkomen van stoornissen in het alcoholgebruik bij patiënten in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Tot nu toe zijn daarover slechts twee onderzoeken gepubliceerd. In het Filteronderzoek werd bij een steekproef van 108 patiënten uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg in 21,3% van de gevallen vastgesteld dat er ooit sprake was geweest van een DSM-III-R-alcoholgebruikstoornis, terwijl dat in het jaar voorafgaande aan het onderzoek bij 13% het geval was (Van

Limbeek e.a. 1994). Recent werd bij een groep van 172 patiënten van een gesloten afdeling in een randstedelijk psychiatrisch ziekenhuis vastgesteld dat er bij 42% in de maand voor opname sprake was geweest van het gebruik van harddrugs of softdrugs of van het excessief gebruik van alcohol (Ronhaar & Timmerman 1997). Uit de tekst van het artikel kan met enig voorbehoud afgeleid worden dat er bij 32 van de 172 patiënten (19%) sprake was van excessief alcoholgebruik in de maand voorafgaande aan opname. Deze gebrekkige epidemiologische kennis staat haaks op het belang dat tegenwoordig wordt gehecht aan de invloed van middelen(misbruik) op het ontstaan, het voortbestaan en het verergeren van (andere) psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie, angst- en stemmingsstoornissen (Geerlings & Van den Brink 1995; Polman 1997; Van Weeghel e.a. 1997; Kranzler & Rounsaville 1998; Polstra e.a. 1999).

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar het gebruik van alcohol en het vóórkomen van stoornissen in het alcoholgebruik volgens zowel de DSM-III-R als de ICD-10 bij een groep patiënten die zich in een periode van zes maanden voor het eerst meldden op de psychiatrische polikliniek van een academisch ziekenhuis. Naast een volledig gestructureerd interview voor het opsporen van stoornissen in het alcoholgebruik werd ook gebruikgemaakt van een korte vragenlijst die door de patiënt zelf moest worden ingevuld. Ten slotte werd na het intakegesprek aan de behandelend arts gevraagd of er bij de patiënt sprake was van een DSM-IV-stoornis in het alcoholgebruik (op het moment van onderzoek werd op de polikliniek al gewerkt met de DSM-IV). Om een indruk te krijgen over de bruikbaarheid van een korte vragenlijst voor het opsporen van alcoholproblemen en om inzicht te krijgen in de mate waarin de arts reeds tijdens het intakegesprek in staat is om stoornissen in het alcoholgebruik te herkennen, worden de resultaten van de vragenlijst en het artsoordeel vergeleken met die van het gestructureerde interview.

METHODE

Populatie De doelgroep van het onderzoek bestond uit alle nieuwe patiënten die zich van 1 oktober 1996 tot 1 april 1997 meldden bij de polikliniek psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam. Patiënten die de Nederlandse taal niet voldoende beheersten en patiënten met symptomen die het invullen van een vragenlijst of de afname van een gestructureerd interview onmogelijk zouden maken, werden van deelname uitgesloten. De patiënten werden door een coassistent over het onderzoek ingelicht nadat het intakegesprek met de arts-assistent psychiatrie had plaatsgevonden. Daarbij werd hun verzekerd dat de verzameling van de gegevens op volledig geanonimiseerde wijze zou plaatsvinden en dat de gegevens uit het onderzoek niet ter beschikking zouden worden gesteld aan de behandelend arts. Nadat schriftelijk *informed consent* was verkregen, werd de patiënten gevraagd een korte vragenlijst in te vullen en deel te nemen aan een volledig gestructureerd interview.

Instrumenten De zelfbeoordelvragenlijst over het gebruik van alcohol en de mogelijke problemen samenhangend met het gebruik van alcohol in het jaar voorafgaande aan het onderzoek bestond uit de acht items die over dit onderwerp zijn opgenomen in het *Admission Risk Screening Instrument* (de ARSI, De Jonge 1999). Dit onderdeel van de ARSI bestaat uit de 4 items van de CAGE (Cut down on drinking, Annoyed by complaints, Guilty about drinking and Eye opener drinks, Mayfield & McLeod 1974) aangevuld met de vier meest frequent gescoorde items uit de door Cornel (1994) ontwikkelde Rasch-schaal voor alcoholproblemen.

Het volledig gestructureerde interview bestond uit de alcoholsectie van de *Composite International Diagnostic Interview* versie 1.1. (CIDI 1.1., World Health Organization 1993). Met behulp van dit instrument kan ook door niet-clinici de aanwezigheid van psychiatrische stoor-

nissen worden vastgesteld. In dit onderzoek beperkte dit zich tot de DSM-III-R-diagnoses alcoholafhankelijkheid (303.90) en alcoholmisbruik (305.00) en de ICD-10-diagnoses alcoholafhankelijkheid (F10.2) en schadelijk gebruik van alcohol (F10.1). Het interview werd afgenomen door intensief getrainde coassistenten.

De volgorde waarin de gegevens werden verzameld, was bij alle patiënten hetzelfde: eerst het intakegesprek met de arts-assistent psychiatrie, dan het invullen van de korte vragenlijst door de patiënt en daarna de afname van het CIDI-interview door de coassistent.

Statistische analyse Bij de presentatie van de prevalentiecijfers wordt aangegeven of het om de jaarprevalentie of om de lifetime-prevalentie gaat en wat het 95%-betrouwbaarheidsinterval is van deze schattingen. Voor het onderzoek naar de overeenstemming tussen de verschillende stoornissen in het alcoholgebruik volgens de ICD-10 en de DSM-III-R is gebruikgemaakt van de voor kans gecorrigeerde dichotome overeenstemmingsmaat kappa (Cohen 1960). Voor de interpretatie van de resultaten is gebruikgemaakt van de vuistregels die door Landis & Koch (1977) zijn opgesteld: < 0.00 = onvoldoende overeenstemming; $0.00 - 0.20$ = enige overeenstemming; $0.21 - 0.40$ = matige overeenstemming; $0.41 - 0.60$ = redelijke overeenstemming; $0.61 - 0.80$ = goede overeenstemming; $0.81 - 1.00$ = bijna volledige overeenstemming. Bij het onderzoek naar de bruikbaarheid van de korte zelfbeoordelingsvragenlijst ten behoeve van het opsporen van stoornissen in het alcoholgebruik is vooral gebruikgemaakt van ROC-curves (Receiver Operator Characteristic curve), waarbij de curve voor iedere score op de vragenlijst de sensitiviteit en de specificiteit aangeeft waarmee de stoornis herkend wordt. Om een beeld te krijgen van de mate waarin de vragenlijst in staat is de aanwezigheid van de verschillende stoornissen te voorspellen, is per stoornis die voorspeld wordt een zogenaamde Area Under the Curve (AUC) berekend.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie In de periode van het onderzoek meldden zich 350 nieuwe patiënten bij de polikliniek. Van deze groep werden er 93 gezien door niet-getrainde coassistenten, waardoor er bij hen geen CIDI-interview kon worden afgenomen. Van de resterende 257 patiënten bleken er 222 bereid en in staat om aan het onderzoek deel te nemen. Vijfendertig patiënten namen geen deel: 28 weigerden, bij 3 bleek er een te grote taalbarrière te bestaan en bij 4 was het onderzoek niet mogelijk wegens de ernst van het psychiatrische toestandsbeeld. Daarnaast bleek het CIDI-interview bij 10 deelnemers dermate onvolledig te zijn afgenomen dat ook zij moesten worden uitgesloten van de analyses. De onderzoeksgroep bestond dus uit 212 patiënten: 90 mannen (42%) en 122 vrouwen (58%), in leeftijd variërend van 17 tot 69 jaar (gemiddeld 38,6 jaar). Van al deze patiënten was een volledig CIDI-interview beschikbaar. Een volledige korte vragenlijst was beschikbaar van 160 patiënten (62%). Er waren geen verschillen in geslacht, leeftijd en de klinische diagnose (inclusief de diagnose stoornis in het alcoholgebruik) tussen de groep met en de groep zonder volledig ingevulde vragenlijst.

Prevalentie van alcoholgebruik en stoornissen in het alcoholgebruik Van de 160 patiënten die de vragenlijst volledig hadden ingevuld, bleken er 12 (8%) te zijn die in de 2 weken voorafgaand aan het onderzoek per dag gemiddeld 6 glazen of meer hadden gedronken.

Uit tabel 1 blijkt dat van de 212 patiënten 21% voldeed aan de criteria van een lifetime-ICD-10-diagnose stoornis in het alcoholgebruik en 32% aan de criteria van een lifetime-DSM-III-R-diagnose stoornis in het alcoholgebruik; 17% voldeed aan de criteria volgens beide classificatiesystemen. De percentages betreffende de jaarprevalentie van stoornissen in het alcoholgebruik bedroegen 14% voor de ICD-10 en 17% voor de DSM-III-R; 11% voldeed aan de criteria volgens beide classificatiesystemen.

TABEL 1 Prevalentie van ICD-10- en DSM-III-R-diagnoses alcoholgebruikstoornissen (n = 212)

Classificatiesysteem	Stoornis	Prevalentie ooit	Jaarprevalentie
		n (%; BI) ¹	n (%; BI) ¹
ICD-10	Afhankelijkheid	40 (19%)	24 (11%)
	Schadelijk gebruik	5 (3%)	6 (3%)
	Alcoholgebruikstoornis ²	45 (21%; 20-22%) ¹	30 (14%; 13-15%) ¹
DSM-III-R	Afhankelijkheid	33 (16%)	22 (10%)
	Misbruik	35 (17%)	14 (7%)
	Alcoholgebruikstoornis ²	68 (32%; 31-33%) ¹	36 (17%; 16-18%) ¹

1. Voor de diagnose alcoholgebruikstoornis is naast de puntschatting ook het 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) weergegeven.

2. Alcoholgebruikstoornis is bij de ICD-10 de optelsom van afhankelijkheid en schadelijk gebruik en bij de DSM-III-R de optelsom van afhankelijkheid en misbruik.

Uit tabel 1 blijkt ook dat de hogere prevalentie van DSM-III-R-alcoholgebruikstoornissen vrijwel volledig moet worden toegeschreven aan het feit dat de DSM-III-R-diagnose alcoholmisbruik aanzienlijk vaker voorkomt dan de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik. Dit laatste komt ook tot uitdrukking in het feit dat van de 144 patiënten zonder lifetime-DSM-III-R-alcoholgebruikstoornis slechts 2 patiënten (1%) voldeden aan de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik, terwijl er omgekeerd van de 167 patiënten zonder ICD-10-diagnose stoornis in het alcoholgebruik 25 patiënten (15%) voldeden aan de DSM-III-R-diagnose alcoholmisbruik. In een minder extreme mate doet deze situatie zich ook voor bij jaarprevalentiecijfers. De overeenstemming tussen de DSM-III-R- en de ICD-10-diagnose alcoholafhankelijkheid is voor de lifetime-prevalentie nog wel goed ($\kappa = 0.62$), maar voor de jaarprevalentie niet meer dan redelijk ($\kappa = 0.46$). De overlap tussen de DSM-III-R-diagnose misbruik en de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik was ronduit slecht en zelfs niet groter dan op basis van kans alleen reeds verwacht mocht worden (lifetime-prevalentie: $\kappa = 0.01$; jaarprevalentie: $\kappa = 0.04$)

Screening voor stoornissen in het alcoholgebruik
Naast het CIDI-interview werd in dit onderzoek ook gebruikgemaakt van een zelfbeoordelvragenlijst met vragen over het gebruik en problemen samenhangend met het gebruik. Van de 12 mensen die aangaven dat ze in de 2 weken voorafgaand aan het onderzoek gemiddeld ten minste 6 alcoholhoudende consumpties per dag hadden gebruikt, voldeden er 9 (75%) aan de criteria voor een DSM-III-R- of een ICD-10-alcoholgebruikstoornis in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. Van de 148 patiënten die aangaven gemiddeld minder dan 6 glazen per dag te drinken, bleken er 32 (22%) te voldoen aan de criteria voor een DSM-III-R- of een ICD-10-alcoholgebruikstoornis in het voorafgaande jaar. Voor de ICD-10-diagnose stoornis in het alcoholgebruik was de sensitiviteit van deze ene vraag (meer of minder dan 6 alcoholhoudende consumpties per dag) 30%, de specificiteit 96%, de positieve predictieve waarde 67% en de negatieve predictieve waarde 87%. Voor de DSM-III-R-alcoholgebruikstoornis waren deze percentages 26%, 96%, 75% en 82%. Deze cijfers moeten natuurlijk worden gezien tegen de achtergrond van de jaarprevalentie in deze subpopulatie van 160 patiënten: volgens de ICD-10 17%, volgens de DSM-III-R

TABEL 2 Screening voor ICD-10- en DSM-III-R-diagnoses alcoholgebruikstoornissen (n = 160)

Classificatie	Stoornis	≥ 6 glazen		Score vragenlijst ≥ 3		Score vragenlijst ≥ 4	
		sens	spec	sens	spec	sens	spec
ICD-10	Afhankelijkheid	---	---	0.73	0.86	0.45	0.94
	Schadelijk gebruik	---	---	0.60	0.80	0.60	0.90
	Alcoholgebruikstoornis ¹	0.30	0.96	0.63	0.88	0.48	0.96
DSM-III-R	Afhankelijkheid	---	---	0.90	0.88	0.62	0.96
	Misbruik	---	---	0.29	0.79	0.14	0.88
	Alcoholgebruikstoornis ¹	0.26	0.96	0.66	0.90	0.43	0.97

sens = sensitiviteit; spec = specificiteit

1. Alcoholgebruikstoornis is bij de ICD-10 de optelsom van afhankelijkheid en schadelijk gebruik en bij de DSM-III-R de optelsom van afhankelijkheid en misbruik.

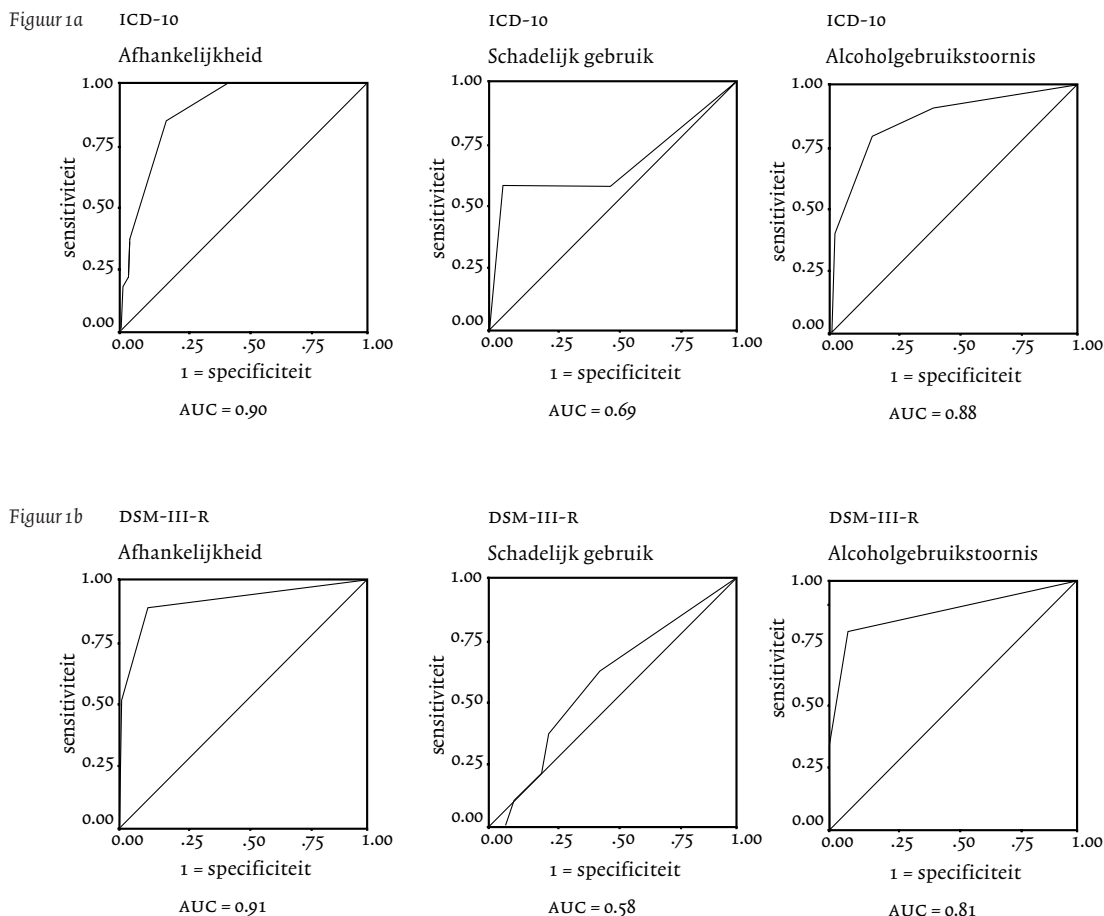
22%. Deze gegevens zijn direct af te leiden uit de cijfers in tabel 2.

Uit de gepresenteerde ROC-curves (zie figuur 1) blijkt dat de aanwezigheid van een DSM-III-R- (figuur 1a) of een ICD-10-diagnose (figuur 1b) alcoholafhankelijkheid goed met de gebruikte vragenlijst kan worden voorspeld: de Area Under the Curve (AUC) voor deze stoornissen is met 91% voor de DSM-III-R-diagnose vrijwel gelijk aan de 90% voor de ICD-10-diagnose. In termen van sensitiviteit en specificiteit (zie tabel 2) blijken de resultaten voor de DSM-III-R-diagnose (score 3 of hoger: sensitiviteit = 0.90, specificiteit = 0.88) iets beter dan voor de ICD-10-diagnose (score 3 of hoger: sensitiviteit = 0.73, specificiteit = 0.86). De DSM-III-R-diagnose alcoholmisbruik en de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik zijn met een AUC van respectievelijk 58% en 69% heel wat minder goed te voorspellen op basis van de score op de zelfbeoordelvragenlijst. Bij een score van 4 of hoger bedragen de sensitiviteit en specificiteit voor alcoholmisbruik slechts respectievelijk 0.14 en 0.88, terwijl dezelfde cijfers voor schadelijk gebruik 0.60 en 0.90 bedragen. Deze laatste cijfers zijn vrijwel identiek aan die voor een score 3 of hoger bij de voorspelling van de ICD-10-diagnose afhankelijkheid. Samenvattend: de diagnose afhankelijkheid

is zeer goed met de vragenlijst te voorspellen, zowel voor de DSM-III-R- als voor de ICD-10; de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik is hiermee redelijk goed te voorspellen; de DSM-III-R-diagnose misbruik is hiermee niet erg goed te voorspellen. Deze voorspellingen zijn in het algemeen wat beter dan de voorspelling van stoornissen in het alcoholgebruik uitsluitend op basis van de vraag of iemand in de afgelopen periode gemiddeld 6 of meer alcoholhoudende consumpties per dag heeft gebruikt.

Herkenning van stoornissen in het alcoholgebruik door arts-assistenten psychiatrie Bij 10 van de 212 patiënten (5%) stelde de arts-assistent psychiatrie direct na het intakegesprek vast dat er sprake was van de DSM-IV-diagnose stoornis in het alcoholgebruik. Van de 30 patiënten met een ICD-10-diagnose stoornis in het alcoholgebruik in het jaar voorafgaand aan het onderzoek werden er slechts 7 (23%) door de arts-assistent herkend, terwijl er van de 36 patiënten met een DSM-III-R-diagnose stoornis in het alcoholgebruik 8 (22%) werden herkend.

FIGUUR 1: ROC-curves voor de vragenlijstcores ten opzichte van ICD-10- (figuur 1a) en DSM-III-R-diagnoses (figuur 1b) stoornissen in het alcoholgebruik



DISCUSSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat van alle patiënten die zich aanmelden op een psychiatrische polikliniek van een academisch ziekenhuis 17% ooit in het leven een stoornis in het alcoholgebruik volgens zowel de DSM-III-R als de ICD-10 heeft gehad en dat 11% in het jaar voorafgaande aan de aanmelding bij de polikliniek nog voldeed aan de criteria van een stoornis in het alcoholgebruik volgens beide classificatiesystemen. Deze conservatieve schatting komt goed overeen met de jaarprevalentie van 13% die in de Filterstudie voor DSM-III-alcoholgebruikstoornissen werd gevonden (Van Limbeek e.a. 1994) en met de pre-

valentie van 19% excessief alcoholgebruik in de maand voor opname, die recent op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis door Ronhaar & Timmerman (1997) werd gerapporteerd. De jaarprevalentie van DSM-III-R-alcoholgebruikstoornissen bedroeg in de polikliniekpopulatie van het huidige onderzoek 17% en was daarmee ongeveer 2 keer zo hoog als de 8,3% die recent in de Nederlandse bevolking werd gevonden (Bijl e.a. 1997). Stoornissen in het gebruik van alcohol komen dus frequent voor bij patiënten die zich melden bij de geestelijke gezondheidszorg en worden meestal niet als zodanig door de behandelend arts herkend. In dit onderzoek werd een comorbide stoornis in het alcoholgebruik

slechts in 30% van de gevallen door de arts-assistent psychiatrie herkend. Men moet zich daarbij realiseren dat deze artsen op de hoogte waren van het feit dat er op dat moment op hun afdeling een onderzoek naar het vóórkomen en de herkenning van stoornissen in het alcoholgebruik werd gedaan. Het ligt daarom voor de hand dat de kans op herkenning onder 'normale' omstandigheden beneden de 30% zal liggen; een situatie die goed aansluit bij de 10 - 30% herkenning die meestal in de literatuur wordt genoemd (Hulsbos & Schaap 1989; Cornel 1994; Smals e.a. 1994).

De resultaten van het huidige onderzoek naar de mogelijkheden om met behulp van een enkele vraag over het alcoholgebruik in de afgelopen twee weken (meer of minder dan gemiddeld zes glazen per dag) of met de score op een korte vragenlijst de herkenning van stoornissen in het alcoholgebruik te verbeteren waren bemoedigend. Met behulp van de vraag naar het alcoholgebruik in de laatste maand werd de a-priori-kans op een stoornis in het alcoholgebruik (jaarprevalentie) van 14% voor de ICD-10-diagnose en 17% voor de DSM-III-R-diagnose omgezet in een a-posteriori-kans (positieve predictieve waarde) van respectievelijk 67% en 75%, terwijl de kans op een onjuiste negatieve uitslag (1- negatieve predictieve waarde) met respectievelijk 13% en 18% beperkt bleef. Met het gebruik van de korte zelfbeoordelvingsvragenlijst met een drempelwaarde van 2 of 3 kunnen nog betere resultaten bereikt worden. Men moet zich daarbij wel realiseren dat alcoholafhankelijkheid door deze vragenlijst veel beter wordt voorspeld dan de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik en dat dezelfde vragenlijst nauwelijks bijdraagt aan de herkenning van de DSM-III-R-diagnose alcoholmisbruik.

Uit de resultaten van het gepresenteerde onderzoek blijkt dat de diagnose alcoholafhankelijkheid volgens de DSM-III-R en de ICD-10 nog een redelijke overlap vertoont (lifetime-prevalentie: $\kappa = 0.62$; jaarprevalentie: $\kappa = 0.46$), maar dat de ICD-10-diagnose schadelijk gebruik en de DSM-III-R-diagnose misbruik onderling

niet meer samenhangen dan op basis van kans al verwacht zou mogen worden; dit zijn resultaten die in overeenstemming zijn met eerder onderzoek in het buitenland (Caetano & Tam 1995; Rounsaville e.a. 1993; Compton e.a. 1996) en in Nederland (Smeets e.a. 1997). De diagnose alcoholafhankelijkheid volgens de DSM-III-R blijkt goed overeen te komen met dezelfde diagnose volgens de DSM-IV (Hasin e.a. 1996a, 1996b; Hasin e.a. 1997). Recent zijn door Van den Brink (1999) op basis van epidemiologische bevindingen ernstige twijfels geuit over de validiteit en de klinische relevantie van de DSM-diagnose misbruik. In het NEMESIS-onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) bleek maar liefst 1 op de 3 jongeren te voldoen aan deze diagnose (Bijl e.a. 1997). Met het stijgen van de leeftijd daalde de prevalentie echter sterk. Bovendien bleek alcoholmisbruik als enige DSM-III-R-diagnose niet samen te hangen met het voorkomen van andere psychiatrische stoornissen (Ravelli e.a. 1998). Deze bevindingen tezamen roepen het beeld op van risicovol gedrag dat kenmerkend is voor een bepaalde levensfase of een bepaalde situatie - deels cultureel bepaalde - context zonder dat daarbij sprake hoeft te zijn van onderliggende psychobiologische functiestoornissen. Dat laatste wil overigens niet zeggen dat alcoholmisbruik niet gevaarlijk kan zijn en dat aan de preventie daarvan geen aandacht zou moeten worden besteed. De vraag is echter of dergelijk gedrag een psychiatrische behandeling rechtvaardigt of noodzakelijk maakt.

Het huidige onderzoek kent natuurlijk ook een aantal beperkingen. In de eerste plaats moet erkend worden dat er voor de diagnose stoornis in het alcoholgebruik geen gouden standaard bestaat en dat het gebruik van het CIDI-interview voor het vaststellen van stoornissen in het alcoholgebruik volgens de ICD en de DSM geen volledige garantie biedt voor optimale diagnostiek. Voorlopig blijkt zelfrapportage - mits daaraan geen sancties verbonden zijn - de beste manier om de aanwezigheid van problemen samenhangend met het gebruik van alcohol op te

sporen en te classificeren (Babor e.a. 2000). Daarnaast moet men zich realiseren dat het hier een academische psychiatrische polikliniek betreft in een regio met veel allochtone inwoners. De academische setting en de nauwe relatie tussen de psychiatrische polikliniek en het algemene ziekenhuis kunnen ertoe hebben geleid dat er relatief veel patiënten werden aangemeld met somatische comorbiditeit ten gevolge van overmatig alcoholgebruik met als gevolg een relatief hoge prevalentie van stoornissen in het alcoholgebruik in de onderzoekspopulatie. Uit verwijscijfers blijkt echter dat slechts 10% van alle aanmeldingen bij de onderzochte psychiatrische polikliniek afkomstig is uit het algemene ziekenhuis; een cijfer dat niet duidelijk afwijkt van vergelijkbare cijfers van andere psychiatrische poliklinieken en RIAGG's. Over de mogelijke oververtegenwoordiging van allochtonen in de onderzoeksgroep kan hier slechts worden opgemerkt dat er op dit moment in Nederland nog vrijwel niets bekend is over het vóórkomen van stoornissen in het alcoholgebruik bij allochtonen en over de mate waarin zij gebruikmaken van de geestelijke gezondheidszorg. Zinvolle uitspraken over dit onderwerp zijn op basis van het huidige onderzoek daarom nauwelijks mogelijk. Ten slotte is er in dit artikel geen aandacht besteed aan de aard van de relatie tussen stoornissen in het alcoholgebruik en andere specifieke psychiatrische aandoeningen, omdat de beperkte omvang van het onderzoek en het gebruik van niet-gestructureerde, klinische As-I-diagnoses geen gedifferentieerde analyse van de diagnostische gegevens toelaten. Nader onderzoek naar deze relatie met bijzondere aandacht voor de relatie in de tijd tussen de verschillende stoornissen is nog steeds van groot belang, maar vereist een prospectieve onderzoeksopzet en specifieke diagnostische procedures voor het vaststellen van alle psychiatrische stoornissen die in dit kader van belang worden geacht (Nunes & Hasin 1998).

CONCLUSIE

Uit het hier gepresenteerde onderzoek kan worden geconcludeerd dat stoornissen in het alcoholgebruik frequent voorkomen bij patiënten van een psychiatrische polikliniek en dat deze stoornissen slechts zelden als zodanig door de behandelend arts worden herkend. Door systematisch gebruik van een korte vragenlijst kan de herkenning van stoornissen in het alcoholgebruik aanzienlijk verbeteren en kan gerichte behandeling worden gestart. Het tijdig inzetten van een dergelijke behandeling kan voorkomen dat deze groep patiënten onnodig tussen psychiatrie en verslavingszorg dwaalt (Van Weeghel e.a. 1997).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, third edition – revised*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Babor, T.F., Steinberg, K., Anton, R., e.a. (2000). Talk is cheap. Measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 55-63.
- Brink, W. van den (1999). Verslavingen. In A. de Jong & W. van den Brink (red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Caetano, R., & Tam, T.W. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence. 1990 US National Alcohol Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 177-186.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Compton, W.M., Cottler, L.B., Dorsey, K.B., e.a. (1996). Structured and semi-structured dependence of ICD-10 substance dependence disorders. CIDI-SAM vs SCAN. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 285-293.
- Cornel, M. (1994). *Detection of problem drinkers in general practice*. Amsterdam: Thesis Publishers.

- Geerlings, P.J., & van den Brink, W. (1995). Verslaving en psychiatrische comorbiditeit. In W.R. Buisman, J. Casselman & G.M. Schippers (red.), *Handboek Verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Grant, B.F., & Harford, T.C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression. Results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 197-206.
- Hasin, D., Grant, B.F., Cottler, L., e.a. (1997). Nosological comparisons of alcohol and drug diagnoses. A multisite, multi-instrument international study. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 217-226.
- Hasin, D., Li, Q., McCloud, S., e.a. (1996a). Agreement between DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 alcohol diagnoses in a US community-sample of heavy drinkers. *Addiction*, 91, 1517-1527.
- Hasin, D., McCloud, S., Li, Q., e.a. (1996b). Cross-system agreement among demographic subgroups. DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 diagnoses of alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 127-135.
- Hulsbos, P.A.J., & Schaap, G.E. (1989). Miskennen van afhankelijkheidsproblematiek in een psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 15, 41-46.
- Jonge, P. de (1999). *Detection of complex patients in the general hospital. From psychiatric co-morbidity to care complexity*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kranzler, H.R., & Rounsaville, B.J. (red.) (1998). *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Limbeek, J. van, van den Berg, C.E.A., Sergeant, J.A., e.a. (1994). *Patiënt, stoornis en zorg: een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost*. Amsterdam: GGD en Universiteit van Amsterdam.
- Lamberts, H., Brouwer, H., Groen, A.S.M., e.a. (1987). Het transitie-model in de huisarts-praktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 30, 105-113.
- Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P., (1974). The CAGE questionnaire. Validation of a new alcohol screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Nationale Drug Monitor (1999). *Jaarbericht 1999*. Utrecht, Bureau NDM.
- Nunes, E.V., & Hasin D.S. (1998). Overview of diagnostic methods. Diagnostic criteria, structured and semistructured interviews, and biological markers. In H.R. Kranzler & B.J. Rounsaville (red.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker.
- Polman, P.I. (1997). *Dubbele diagnose vergt dubbele hulp; hulpverlening bij comorbiditeit van psychiatrische problematiek van verslaving*. Utrecht: Netherlands School of Public Health.
- Polstra, L., Bosma, H., & de Jonge, M. (red.) (1999). *Dubbel en dwars: samenwerking in de zorg voor dubbele diagnose patiënten*. Groningen: Stichting Ambulante Verslavingszorg provincie Groningen.
- Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-544.
- Robins, L.N., Regier, D.A. (red.) (1991). *Psychiatric disorders in America. The epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.
- Ronhaar, P.K.J., & Timmerman, L. (1997). Alcohol- en druggebruik bij acute opnames in een randstedelijk psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 649-659.
- Rounsaville, B.J., Bryant, K., Babor, T., e.a. (1993). Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. *Addiction*, 88, 337-348.
- Smals, G.L., van der Mast, R.C., Speckens, A.E., e.a. (1994). Alcohol abuse among general hospital inpatients according to the Munich Alcoholism Test (MALT). *General Hospital Psychiatry*, 16, 125-130.
- Smeets, R.M.W., ter Smitten, M.H., & van den Brink, W. (1997). Concordance in CIDI and SCAN substance abuse and substance dependence diagnoses among Dutch users. Some preliminary findings. Paper presented at the Annual Meeting of the World Psychiatric Association in Sydney.
- Tiemens, B.G., van den Brink, W., van der Meer, K., e.a. (1995). Results from the Groningen Centre. In T.B. Üstün & N. Sartorius (red.), *Mental illness in general health care: An international study*. New York: John Wiley.
- Weeghel, J. van, Elling, A., & van der Marck, J. (red.) (1997). *Dubbele diagnose: dwalen tussen psychiatrie en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.1)*. Geneva: World Health Organization.

AUTEURS

A.J. FOUWELS is psychiater en als hoogleraar werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, divisie psychiatrie.

W. VAN DEN BRINK is arts-epidemioloog en als hoogleraar werkzaam bij het Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, divisie psychiatrie en tevens bij het Amsterdam Institute for Addiction Research.

H.F.A. SCHALKEN is psycholoog en werkzaam bij het

Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, divisie psychiatrie.

Correspondentieadres: MFO Psychiatrie AMC/De Meren, Klinische Epidemiologie Verslavingszorg AMC-UVA, AMC divisie psychiatrie, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-10-1999.

SUMMARY

Alcohol use disorders among patients of an academic psychiatric outpatient clinic: Prevalence, recognition and screening by resident psychiatrists – A.J. Fouwels, W. van den Brink, H.F.A. Schalken –

BACKGROUND Very little is known about the prevalence of alcohol use disorders among patients of Dutch mental health services and about the recognition and treatment of these disorders by mental health care professionals.

AIMS To estimate the prevalence of alcohol use disorders according to the ICD-10 and DSM-III-R diagnoses among psychiatric outpatients and the recognition of alcohol use disorders according to the ICD-10 and DSM-IV by psychiatric assistant physicians. In addition, the screening qualities of a brief 8-item self-report questionnaire was tested.

METHOD A cross-sectional study among 212 patients from an academic psychiatric outpatient clinic using a fully structured interview for the assessment of alcohol use disorders and a brief self-report questionnaire.

RESULTS A clinically relevant alcohol use disorder was present in at least 10% of the patients. Less than a quarter of these disorders was recognized during intake. The brief self-report questionnaire showed good predictive validity for DSM-III-R and ICD-10 diagnosis alcohol dependence and for the ICD-10 diagnosis harmful use.

CONCLUSIONS Alcohol use disorders are quite prevalent among psychiatric outpatients and most of these disorders are not recognized during regular intake. Systematic use of a brief self-report questionnaire can improve the recognition and treatment of alcohol disorders in this population.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 5, 297-307]

KEYWORDS alcohol abuse, alcohol dependence, mental health services, prevalence, screening