

OVER DE SOCIALE LOTGEVALLEN VAN 211 KLINISCH BEHANDELDE ALCOHOLISTEN *

door Prof. Dr. W. K. VAN DIJK, Groningen

De beoordeling van katamnestiche studies over ambulant of klinisch behandelde alcoholisten wordt ten eerste bemoeilijkt door 'het probleem van de vijf v's': Verschillende auteurs brengen op verschillende wijzen verslag uit over verschillende aspecten van verschillende groepen van verschillende alcoholisten. Een vergelijking van de uitkomsten is dan ook vaak bijzonder moeilijk, zo niet onmogelijk.

Om te trachten deze moeilijkheden te voorkomen, zullen hier zoveel mogelijk zakelijke gegevens vermeld worden. Dit zal de prettige leesbaarheid niet ten goede komen; de winst is echter, dat de lezer het meegedeelde exacter zal kunnen vergelijken met zijn eigen ervaringen en met de in de literatuur vermelde gegevens.

DE GROEP VAN ONDERZOCHE PATIËNTEN

Het katamnestic onderzoek betrof 211 in het Sanatorium Hoog-Hullen behandelde manlijke alcoholisten. Volgens de indeling van Jellinek waren het allen gamma-alcoholisten: bij allen was een controleverlies aanwezig (d.w.z. na het gebruik van één of twee alcoholbevattende consumpties kon de betrokkene niet meer uit eigen kracht ophouden met drinken); het alcoholgebruik vond frequent of vrijwel continu plaats en betrof excessieve kwantiteiten. Eigen pogingen om het alcoholgebruik te staken en professionele behandelingen (60% ambulant en 40% klinisch) hadden gefaald. Als 'alcohol-stigmata' vonden we persoonlijkheidsveranderingen (soms tot ernstige depravatie toe), zeer vaak tekenen van cerebrale dysfunctie, een te laag lichaamsgewicht, tremor, verandering in de peesreflexen, slaapstoornissen, stoornissen in de eetlust en van de seksuele activiteiten. Steeds waren er ernstige sociale problemen. Bij 70% was er één of meer keren contact met de politie en justitie geweest. Wat de praemorbide persoonlijkheid betreft konden we in alle gevallen de 'potentiële verslavingstrias' vinden. Deze bestaat uit:

- 1 'Spontaan' optredende of zeer gemakkelijk opwekbare gevoelens van spanning, zenuwachtigheid, onrust, dysforie, depressie, kortom gevoelens van 'onlust'.
- 2 De subjectieve beleving van onverdragelijkheid van deze onlustgevoelens.

* Naar een lezing gehouden op de Wetenschappelijke Voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband en de Afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, op 27 april 1968. Het onderzoek waarvan deze lezing enkele aspecten weergeeft, zal in het British Journal of Addiction uitvoeriger weergegeven worden.

- 3 Een gebrek aan mogelijkheid de gevoelens van onlust te beheersen of op een sociaal acceptabele wijze te kanaliseren, af te reageren of vorm te geven.

Klinisch-diagnostisch was er sprake van: personen met een labiele persoonlijkheidsstructuur, van infantilen, neurotici, psychopaten, zwak-begaafden en debielen.

Kortom: onze groep bestond uit ernstig gestoorde aan alcohol verslaafden, met symptomen op somatisch, psychisch en sociaal gebied.

De duur van de periode waarin de patiënten excessief en frequent gedronken hadden bedroeg $\frac{1}{2}$ jr.-50 jr., met een gemiddelde van 13 jaar. Wat de *modus van opname* in Hoog-Hullen betreft: 90% was 'vrijwillig' opgenomen, 10% verbleef op grond van een rechterlijk vonnis in het Sanatorium.

De 211 patiënten werden behandeld in de periode van juni 1959 tot september 1962, het onderzoek vond plaats in 1965 en 1966. Het *katamnese-interval* bedroeg $2\frac{1}{2}$ tot $5\frac{1}{2}$ jaar.

Van deze 211 patiënten konden bij ons onderzoek 11, d.w.z. 5,2%, niet teruggevonden worden. Dit percentage is lager dan in het buitenland opgegeven wordt; waarschijnlijk hangt dit samen met ons redelijk goed georganiseerde systeem van Consultatiebureau's voor Alcoholisme en Sociaal-Psychiatrische Diensten, alsmede met het feit dat de Nederlandse bevolking weinig mobiel en goed geregistreerd is.

De volgende gegevens hebben betrekking op de 200 patiënten over wie wij inlichtingen konden verkrijgen.

De *leeftijd* tijdens de behandelingsperiode varieerde van 24-70 jaar, met toppen bij 30 jr. (N=16), 40 jr. (N=17) en 50 jr. (N=17).

Wat de *burgerlijke staat* tijdens de behandelingsperiode betreft vergeleken wij onze groep met een naar leeftijd gematchte groep van de manlijke Nederlandse bevolking (gegevens van het C.B.S.). Het bleek, dat het aantal gehuwden $\frac{5}{8}$ bedroeg van de 'normale' bevolking, het aantal ongehuwden was $1\frac{1}{2}$ maal zo groot als bij de 'normale' bevolking, het aantal gescheidenen was 20x zo groot, het aantal weduwnaars 4x zo groot.

Betreffende de *sociale rangstand* (verdeling in 6 klassen) vonden we een zeer significant verschil ($p < .001$) met de totale bevolking, berustend op een onderrepresentatie van de hoogste drie klassen en een overrepresentatie van de twee laagste.

METHODEN VAN ONDERZOEK EN RESULTATEN

De katamnese-gegevens verkregen wij in 62,2% der gevallen van Consultatiebureau's voor Alcoholisme, in 8,5% door eigen contacten en in de overige 24,1% via huisartsen, zenuwartsen, S.P.D.en, werkgevers, politie, enz. In vele gevallen was er een combinatie van gegevens uit verschillende bron. Er werd zolang doorgevraagd, tot wij de indruk kregen, dat de gegevens voldoende waren om een redelijk betrouwbare

beoordeling van de betrokkene met het oog op een bepaalde variabele te krijgen. Waar dit niet het geval was werd de categorie '?' = 'onbekend' ingevuld. De methode van onderzoek is dus gebaseerd op expert-oordelen. Bovendien werd niet gevraagd naar een absolute beoordeling van de toestand op het moment van onderzoek, maar naar een vergelijking van de toestand vóór de klinische behandeling met de toestand daarna.

Allereerst werd een onderzoek ingesteld naar het '*drinkgedrag*'. Wanneer een patiënt na ontslag niet meer gedronken had, werd hij in de categorie Abtinent geplaatst. Wanneer hij wel gedronken had werd op de volgende punten gelet. Wat de *intensiteit* of *kwantiteit* betreft werd de verdeling aangebracht in 'matig' (d.w.z. er trad geen dronkenschap op) en excessief (in dit geval werd zoveel gedronken, dat dronkenschap resulteerde). Ofschoon we ons realiseren, dat de grens tussen wel en geen dronkenschap niet altijd scherp en vooral theoretisch moeilijk te omschrijven is, meenden we dat dit verschil voor de praktijk duidelijk genoeg was om hanteerbaar te zijn. Wat de *frequentie* van het drinken betreft maakten we een onderscheid in 'sporadisch' (d.w.z. er was sinds ontslag minder dan 4 maal gedronken) en frequent (er was sinds ontslag meer dan 4 maal gedronken). Dit getal 4 werd empirisch gevonden. We kregen namelijk de indruk dat de betrokkene ofwel tot 4 maal, ofwel veel vaker dan 4 maal hadden gedronken: bij het getal 4 lijkt een omslagpunt te liggen. Een verklaring hiervan zou kunnen zijn, dat de omgeving tot 4 maal drinken nog accepteert. Wordt het meer dan 4 maal, dan wekt dit wrevel en ongeduld; al gauw wordt gezegd: 'Je bent weer mis, de behandeling heeft niets geholpen'; dit gedrag van de omgeving induceert bij de betrokkene gevoelens van schuld en wanhoop, waardoor hij genoopt wordt zijn troost weer in de alcohol te zoeken. Combineren we de besproken categorieën, dan kunnen we de gevonden gegevens als volgt rangschikken.

Drinkgedrag:

Abtinent	22,5%
Matig sporadisch	8 %
Matig frequent	2 %
Excessief sporadisch	16,5%
Excessief frequent	51 %

We kunnen de groepen Abst., M.S., M.F. en E.S. samennemen en omschrijven als: 'In drinkgedrag ten gunste veranderd' (49%), en de groep E.F. karakteriseren als: 'In drinkgedrag onveranderd of verslechterd' (51%).

Wat betekent nu het (al of niet) veranderd drinkgedrag voor het verdere somatische, psychische en sociale functioneren van de betrokkene? Om dit probleem te benaderen onderzochten we de variabelen: *somatische*

toestand en *psychische toestand*, terwijl we het functioneren in de sociale sfeer trachtten te analyseren door de letten op de gezinssituatie, de werksituatie, de financieel-economische toestand, de woonomstandigheden, de sociale contacten en de criminaliteit. Deze variabelen hebben we niet exact kunnen operationaliseren, vooral op praktische gronden. Een operationalisering immers brengt zeer veel werk met zich mee, waardoor wij niet meer zeker zouden kunnen zijn van de medewerking van onze informanten. In plaats van een operationalisering en standaardisering werden per variabele verschillende vragen gesteld, om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen. Betreffende het functioneren in het gezinsverband werd b.v. gevraagd: Hoe vindt U, dat betrokkene in zijn gezin is, vergeleken met de tijd vóór de behandeling? Doet hij actief mee in de gezinsactiviteiten of is hij meer passief of onverschillig? Kunt U daarvan voorbeelden geven? Hebt U ook wel eens het omgekeerde gemerkt? Accepteert zijn vrouw hem meer of minder? De kinderen? Wat is hun oordeel over de toestand? Komen er meer of minder ruzie's voor? Gaat hij meer of minder vaak alleen uit dan vroeger? Hebt U nog aanvullingen? Op deze wijze meenden wij voldoende relevante gegevens van de betrokken experts te verkrijgen om een redelijk betrouwbare scoring in + (verbeterd), id. (gelijk gebleven) en - (verslechterd) mogelijk te maken. Wij combineerden nu de verkregen gegevens inzake de genoemde variabelen telkens met het drinkgedrag, waarbij wij hier voor een duidelijker overzicht slechts de Abst. en de E.F.-groep vermelden. Hierbij zij aangekend, dat als we de verdeling in 'In drinkgedrag ten gunste veranderd' en 'In drinkgedrag gelijk gebleven of verslechterd' nemen, de statistische significantie der verschillen dezelfde blijft.

Wat de *somatische toestand* betreft vonden we het volgende:

	+	id.	-
Abst.	14	28	2
E.F.	5	38	44

Dit betekent, dat de Abstinenten in een betere somatische conditie verkeerden dan de E.F. drinkenden, wanneer we de toestand na behandeling vergelijken met die voor de behandeling ($p < .001$).

Er bleken van de 200 onderzochten 11 overleden te zijn. Dit blijkt een 10x hogere sterfte te zijn dan bij de doorsnee manlijke Nederlandse bevolking (gematched op leeftijd), of, indien we de doodsoorzaken die niet met alcohol samenhangen weglaten: een 6x hogere sterfte.

De doodsoorzaken die wel met alcohol samenhangen waren de volgende: suicide, alcohol-intoxicatie, verdronken tijdens roes, maagbloeding, hartinfarct en twee maal: apoplexia cerebri. Slechts bij de suicide was het drinkgedrag van het E.S.-type, in de overige gevallen was er sprake van E.F. drinkenden.

Inzake de *psychische toestand* vonden we de volgende gegevens.

	+	id.	-
Abst.	39	5	0
E.F.	13	35	44

Ook hier is sprake van een significante verbetering in het geval van abstinentie ($p < .001$).

Hetzelfde geldt inzake de:

Gezinssituatie

	+	id.	-
Abst.	23	17	3
E.F.	6	52	33

($p < .01$)

Werksituatie

	+	id.	-
Abst.	23	18	2
E.F.	10	43	35

($p < .01$)

Financieel-economische toestand

	+	id.	-
Abst.	26	18	0
E.F.	6	54	27

($p < .01$)

Woonomstandigheden

	+	id.	-
Abst.	15	28	0
E.F.	7	54	29

($p < .01$)

Sociale contacten

	+	id.	-
Abst.	15	22	0
E.F.	6	54	23

($p < .01$)

Wat de *criminaliteit* betreft is er een zeer duidelijke verbetering, doch er is geen significant verschil tussen de Abst. en de E.F. drinkenden, wat betekent, dat deze verbetering relatief onafhankelijk is van een wijziging in het drinkpatroon.

Na de bestudering van de verschillende variabelen afzonderlijk trachtten we een indruk te krijgen van de totale verandering in levensvoering en levenssituaties. Hiertoe gaven we in elk van de acht genoemde aspecten een cijfer, nl. een +1 bij verbetering, een 0 bij gelijkblijven en een -1 bij verslechtering. Vervolgens werden voor elke patiënt de acht toegekende cijfers opgeteld. Zo kon elke patiënt geplaatst worden op een schaal, variërend van +8 (in alle onderzochte opzichten verbeterd) tot

-8 (in alle aspecten verslechterd). We zijn ons er van bewust, dat dit een tamelijk mechanische werkwijze is, die onvoldoende fenomenologisch inzicht kan geven in de complexiteit van de sociale processen en hun interacties. De procedure kan o.i. echter wel beschouwd worden als een praktische index voor veranderingen in leefwijze en leefsituaties. We vonden het volgende:

57% was verbeterd, d.w.z. had een positief totaal-cijfer,

12% was gelijk gebleven, d.w.z. had een 0 als totaal-cijfer,

31% was verslechterd, d.w.z. had een negatief totaal-cijfer.

Brengen we het totale cijfer in relatie tot het drinkgedrag, dan blijkt het volgende:

bij de Abst. was 94% verbeterd, 6% gelijk gebleven, 0% verslechterd,

bij de M.S. was 100% verbeterd,

bij de M.F. was 100% verbeterd,

bij de E.S. was 85% verbeterd, 15% gelijk gebleven, 0% verslechterd,

bij de E.F. was 23,5% verbeterd, 16% gelijk gebleven,

60,5% verslechterd.

Deze getallen spreken wel voor zichzelf: verandering ten gunste van het drinkgedrag is sterk positief gecorreleerd met verbetering in leefwijze en leefsituatie. Verrassend is, dat bij gelijk blijven of verslechtering van het drinkgedrag toch nog in 23,5% der gevallen een verbetering in de leefwijze en/of leefsituatie gevonden wordt.

Aangaande de *wijze van ontslag* vonden we het volgende:

Normaal ontslag	57 %
-----------------	------

Ontslag na 10 weken (op verzekerings- technische gronden)	2 %
--	-----

Onttrekking	33,5%
-------------	-------

Weggestuurd	4,5%
-------------	------

Opname elders	1,5%
---------------	------

Bij vergelijking van deze cijfers met het drinkpatroon bleek abstinentie significant positief gecorreleerd met normaal ontslag ($p < .01$). Waarschijnlijk zijn beide variabelen niet causaal verbonden, doch zijn zij elk afhankelijk van de ernst van de stoornis. Hoe dit ook zij, wij kunnen constateren, dat bij normaal ontslag de prognose voor abstinentie 29% is, en voor positieve verandering in drinkgedrag 54%. Bij niet-normaal ontslag zijn deze cijfers 11%, resp. 40%.

Betreffende het *contact met nazorginstanties* onderscheiden we de categorieën: actief (45%); onttrekking (38%); passief (11,5%) en onbekend (5%). Onder passief contact verstonden we de houding, waarbij de betrokkene zelf geen contact zocht, doch niet afwijzend was, indien het contact van de nazorg-instantie uitging.

Wij vonden, dat bij *actief contact* met nazorginstanties de kans op een

positieve verandering in het drinkgedrag 58% bedroeg, bij *niet-actief contact* (d.w.z. alle overige contactmodi) 40%.

Een praktisch belangrijk punt betreft de vraag in hoeverre de tijdsduur tussen ontslag en tijdstip van follow-up de gevonden resultaten beïnvloedt. Men kan het probleem ook formuleren in de vraag na hoeveel tijd de bevindingen statistisch gesproken gelijk blijven. Om dit probleem te onderzoeken verdeelden we de onderzochten in drie groepen met een katamnese-interval van resp. $4\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$ jr. ($N=63$); $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ jr. ($N=62$) en $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ jr. ($N=75$).

We vonden geen significante verschillen in drinkpatroon bij deze drie groepen, m.a.w. na $2\frac{1}{2}$ jaar zijn de bevindingen, statistisch gesproken, gestabiliseerd.

Wij vermeldden reeds dat we in de curve van de *leeftijdsverdeling* drie toppen vonden, nl. bij 30, bij 40 en bij 50 jr. Bij nadere analyse vonden we katamnesticus geen verschillen in drinkgedrag bij deze drie groepen. Wij menen dit te mogen interpreteren als een bevestiging van onze opvatting, dat het alcohol-verslavingssyndroom, wat ook in het individuele geval de etiologische factoren geweest mogen zijn (en deze zijn verschillend op verschillende leeftijd), een relatief *autonoom* syndroom is, dat een eigen wetmatig beeld, verloop en gevolgen heeft.

Merkwaardig was dat we geen significante correlatie vonden tussen de *burgerlijke staat* en het drinkgedrag. Daar deze factor in de literatuur wel steeds als belangrijk voor het resultaat vermeld wordt, is het mogelijk, dat de klinische en nazorginstanties aan de opvang en behandeling hiervan extra aandacht gegeven hebben, waardoor deze factor effectief gecompenseerd werd. Uit onze gegevens is deze hypothese echter niet te bewijzen.

In tegenstelling tot het voorgaande werd wel een verband gevonden tussen *sociale rangstand* en resultaat; met name hebben diegenen die tot de laagste klasse (6) behoren een significant ($p < .01$) grotere kans op een slechter resultaat, d.w.z. op een E.F. drinkpatroon. Doch ook groep 4, 5 en 6 tezamen hebben tegenover groep 1, 2 en 3 tezamen een significant ($p < .05$) slechtere prognose in verband met het drinkgedrag.

De bovenstaande gegevens samenvattend vonden we als *voorspellers* voor een *gunstig resultaat*: 1. normaal ontslag, 2. actief contact met een nazorginstantie, 3. het behoren bij één van de sociale klassen 1 tot 5. Als *voorspeller* voor een ongunstige uitslag werd gevonden: 1. niet-normaal ontslag, 2. niet-actief contact met een nazorginstantie, 3. het behoren tot de sociale klasse 6.

Trachten we het belangrijkste uit onze bevindingen te comprimeren, dan komen we tot de volgende conclusie: Van de onderzochte groep klinisch behandelde aan alcohol verslaafden bleek na $2\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$ jaar het volgende.

22,5% was abstinente, waarvan 98% wat betreft het som-totaal van de onderzochte variabelen verbeterde.

49% veranderde het drinkgedrag in gunstige zin, waarvan 96% wat betreft het som-totaal van de onderzochte variabelen verbeterde.

51% veranderde wat het drinkpatroon betreft niet, of verslechterde, waarvan 23,5% verbeterde en 76,5% niet verbeterde wat betreft het som-totaal van de onderzochte variabelen.

Wij komen tot de volgende slotconclusies:

(1) Om de moeilijkheden van 'het probleem van de vijf v's' te verkleinen is samenwerking van de verschillende instanties die zich bezig houden met de zorg voor alcoholisten noodzakelijk.

(2) Abstinentie alleen blijkt als indicator onvoldoende om ons inzicht te geven in de sociale lotgevallen van klinisch behandelde alcoholisten. Zelfs in gevallen waarin na behandeling het drinkpatroon zich niet wijzigt blijkt toch wat betreft het sociaal functioneren in ongeveer een kwart der gevallen een verbetering in te treden. Dit betekent niet, dat we de abstinentie als doel van de behandeling zouden moeten loslaten. Het betekent wel, dat, wanneer de abstinentie niet bereikt mocht worden, ontmoediging of *laisser-faire* niet gerechtvaardigd is. Alcoholisme blijkt in vele gevallen een chronische ziekte te zijn, die op korte termijn niet tot verdwijning is te brengen; in deze gevallen is langdurige begeleiding nodig, en blijkt deze begeleiding nut af te werpen. Daarbij dienen we de baat voor de naastbestaanden van de betrokkene niet uit het oog te verliezen.

SUMMARY

Some aspects of the social adaptation of 211 clinically treated alcoholics (gamma-alcoholics cf. Jellinck, i.e. patients suffering from alcohol-addiction) are reported. The follow-up interval was 2½-5½ years. The following variables were studied: Drinking pattern (with sub-categories: Abstinente, Moderately Sporadically drinking, Moderately Frequently drinking, Excessively Sporadically drinking and Excessively Frequently drinking) somatic condition, mental condition, family situation, working conditions, financial-economic situation, housing conditions, social contacts and criminality. A sum-total of the scores in each variable was computed for every patient.

The following data were found:

22,5% was abstinente, 98% of whom had a positive sum-total of the variables studied.

49% had an improved drinking pattern (i.e. M.S., M.F. and E.S.), 96% of whom had a positive sum-total of the variables studied.

51% had the same or a worsened drinking pattern (i.e. E.F.), 23,5% of whom had a positive and 76,5% of whom had a 0 or a negative sum-total of the variables studied.