

Aard, omvang en ernst van psychopathologie onder drugsverslaafden in behandeling

door J. van Limbeek, L. Wouters, P.J. Geerlings, B. van Iperen, F. d'Hont en W. Beelen

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de resultaten van een inventariserend onderzoek naar de aard, ernst en omvang van psychiatrische stoornissen in een laagdrempelig methadononderhoudsprogramma te Rotterdam en een gemengd ontwenning- en onderhoudsprogramma in Den Haag. Angststoornissen komen bij 37¹/₂% van de onderzochten voor, alcoholafhankelijkheid en misbruik bij 63,2% en Anti-Sociale-Persoonlijkheidsstoornissen bij 59%. Affectieve stoornissen komen bij 15% van de onderzochten voor en de psychotische stoornissen bij 3,6%. Er zijn significante verschillen in de aard en omvang van de waargenomen pathologie in enerzijds het laagdrempelige methadonprogramma, anderzijds het gecombineerde programma. De bevindingen in dit onderzoek suggereren dat verslaafden met psychopathologie zich vooral aanmelden bij het gemengde programma. De scores van drugsverslaafden op de SCL-90 en de Zung-depressielijst stijgen ver uit boven de scores welke gemeten zijn voor de normale populatie. Zij passen goed bij de normscores voor de groep poliklinische en klinische patiënten. De patiënten in dit onderzoek konden op grond van psychopathologie ingedeeld worden in drie elkaar wederzijds uitsluitende groepen:

1. Met uitsluitend drugsafhankelijkheid.
2. Met drugsafhankelijkheid en de diagnose ASP, maar geen as-I DSM-III-problemen.
3. Met drugsafhankelijkheid en ten minste één as-I DSM-III-probleem.

Inleiding

Bij alcohol- en drugsverslaafden wordt vaak aanzienlijke psychische problematiek gevonden (Ross e.a. 1988; Rounsaville e.a. 1982; Hesselbrock e.a. 1985; Khantzian e.a. 1985; Weissman e.a. 1976).

Tot voor kort maakte een 'theoretische bias' het moeilijk om deze bevindingen te interpreteren. Immers, in de tweede versie van de Diagnostic and Statistical Manual (DSM-II) werden alcohol- en drugsafhankelijkheid nog gezien als een symptoom van een persoonlijkheidsstoornis. De ontwikkeling van de derde versie van de DSM-III

maakte het pas mogelijk om de alcohol-en drugsverslaving als aparte diagnostische categorieën te zien (DSM-III, APA 1980).

Recente Amerikaanse studies laten zien dat tot 80% van de onderzochte drugsverslaafden ooit in hun leven ook aan de criteria van een andere DSM-III-stoornis voldeden dan die voor drugsafhankelijkheid en dat bij 30 tot 70% van de onderzochten nog psychiatrische comorbiditeit gevonden kon worden op het moment dat ze geïnterviewd werden.

Angststoornissen kwamen voor bij 10 tot 17% van de onderzochten, affectieve stoornissen bij 40 tot 60%, de as-2-diagnose Anti-Sociale-Persoonlijkheidsstoornis (ASP) bij 26 tot 47% en de alcoholafhankelijkheid bij 30 tot 40%. Psychotische stoornissen werden gevonden bij 3 tot 8% van de respondenten (Rounsaville e.a. 1982; Ross e.a. 1988; Khantzian en Treece 1985). Hoewel een psychiatrische stoornis op kan treden als gevolg van het overmatig gebruiken van psychotrope stoffen, kunnen psychiatrische stoornissen en het gebruik van psychotrope stoffen ook op andere manieren met elkaar samenhangen (R.I. Meijer 1986).

Zo kan psychopathologie een risicofactor voor verslaving zijn of ten minste het beloop van de verslaving beïnvloeden. Indien verslaving en psychopathologie niet op enigerlei wijze met elkaar zouden samenhangen, dan verwacht men geen verschillen in de frequenties (voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerd) waarmee de verschillende stoornissen voorkomen in de algemene populatie, vergeleken met de populatie drugsverslaafden. Hoewel alcoholmisbruik (en/of -afhankelijkheid) in populatieonderzoek ook frequent blijkt samen te gaan met affectieve stoornissen, zijn de prevalenties van welke psychiatrische stoornis dan ook in dit soort onderzoeken over het geheel genomen aanmerkelijk lager dan de prevalenties onder behandeling zoekende drugsverslaafden. Ter vergelijking: in populatierecherche wordt bij voorbeeld een prevalentie van 10% voor alcoholafhankelijkheid en een prevalentie van 8 tot 12% voor affectieve stoornissen gevonden (Robins e.a. 1984).

Een vorm van samenhang die klinisch interessant is, werd gevonden door Khantzian en Treece (1985). In hun onderzoek vonden zij aanwijzingen die de hypothese ondersteunden dat verslavingsziekten kunnen ontstaan ten gevolge van zelfmedicatie met psychotrope stoffen in een poging om de lijdensdruk veroorzaakt door psychiatrische stoornissen te verlichten.

Ongeacht welke stoornis ook aanwezig is, lijkt met name de ernst van de psychiatrische comorbiditeit in hoge mate de prognose van de verslaafde te beïnvloeden. Zij is een goede voorspeller voor het beloop van de verslaving en een eventueel ingezette behandeling (McLellan e.a. 1983; McLellan e.a. 1984; McLellan e.a. 1985).

Patiënten met een hoge score op de Addiction Severity Index (ASI),

een maat voor de ernst van problemen ten gevolge van verslaving, bleken veel baat te hebben bij een therapie die nauw aansloot op de aard en de ernst van hun psychische problemen. Patiënten met een lage score op dit instrument hadden er vooral baat bij dat zij in contact waren met een vorm van hulpverlening zonder meer. Rounsaville en Kleber (1986) komen in een overzichtsartikel tot de conclusie dat er aanwijzingen zijn dat het zinvol lijkt om psychotherapie te geven naast en in aansluiting aan een methadonbehandeling maar op grond van de momenteel beschikbare gegevens niet kan worden uitgesloten dat verstoring door (zelf)selectie de resultaten van tot dusver verricht onderzoek heeft beïnvloed.

Met het beschikbaar komen van de Nederlandse vertaling en validering van de ASI en het reeds eerder vertaalde en gevalideerde Diagnostisch Interview Schema (DIS) is nu aan de minimaal noodzakelijke voorwaarden voldaan om de relatie tussen psychopathologie en psychiatrische comorbiditeit nader te onderzoeken (Van Limbeck, e.a.1986; Hendriks e.a. 1989).

De organisatie van de drugshulpverlening in Nederland, met enerzijds laagdrempelige methadononderhoudsprogramma's en de meer eisen stellende ontwenningprogramma's en anderzijds een gevarieerd klinisch aanbod, biedt een unieke gelegenheid om de relatie tussen psychiatrische problematiek en drugsverslaving te bestuderen. Men schat dat 80 tot 85% van de verslaafden ten minste ooit in zijn leven contact heeft met een van deze behandelmodaliteiten (Ladis 1988).

Dit artikel beschrijft de resultaten van een inventariserend onderzoek naar de aard, ernst en omvang van psychiatrische stoornissen in een laagdrempelig methadon-onderhoudsprogramma te Rotterdam en een gemengd ontwenning- en onderhoudsprogramma in Den Haag. Om na te gaan welke eventuele verschillen tussen de twee populaties van belang zouden kunnen zijn in verband met theorie en hypothesevorming, worden de beide locaties met elkaar vergeleken. Gezien het feit dat het gaat om een exploratieve studie, worden mogelijke oorzaken voor vertekening van het resultaat uitgebreid besproken en de reikwijdte en de beperkingen van deze studie bediscussieerd.

Methode

Programma's en instrumenten – Drugsverslaafden die zich voor behandeling wendden tot de Boumanstichting te Rotterdam (medisch directeur mev. drs. G. Nienhuis-Wypkema) en het centrum Zeestraat (directeur: dr. J. Börger) te Den Haag in de periode 1986-medio 1987, werden op volgorde van aanmelding onderzocht. De Boumanstichting te Rotterdam is een centrum voor verslavingszorg waaronder zowel laagdrempelige methadon-onderhoudsprogramma's vallen alsook een detoxificatie-unit en voorzieningen voor klinische behandeling. Het

Baanprogramma, waar dit onderzoek werd uitgevoerd, is het laagdrempelige methadon-onderhoudsprogramma.

Het Centrum Zeestraat is een soortgelijke voorziening in Den Haag. Het onderzoek werd hier uitgevoerd op het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, een iets sterker op detoxificatie gerichte voorziening, die deel uitmaakt van het centrum (Van Limbeek e.a. 1987). Bijgebruik wordt niet toegestaan in reductieprogramma's.

De voor de studie in aanmerking komende personen werden op beide locaties op een wachtlijst geplaatst en vervolgens op volgorde toegelaten tot de studie. Er kan dus een verschil optreden tussen de groep verslaafden die uiteindelijk deelnemen aan de studie en de groep die in principe in aanmerking komt om aan de studie deel te nemen. Dit impliceert geen bedreiging voor de interne validiteit van de studie, maar betekent wel dat de conclusies slechts in beperkte mate gegeneraliseerd kunnen worden.

Afgenomen werden: de Symptom Checklist in de 90-vragenversie (SCL-90) (Arrindell e.a. 1986), de Zung-depressievragenlijst (Zung 1964, 1967; Dijkstra 1973) en het Diagnostisch Interview Schema (DIS-versie III-a), een gestructureerd interview waarmee DSM-III-rubrieksdiagnosen gesteld kunnen worden (DSM-III, APA 1990; Robins e.a. 1982; Dingemans e.a. 1985; Van Limbeek e.a. 1986).

De personeelsleden van de deelnemende instellingen die het onderzoek zouden gaan uitvoeren, werden geïnstrueerd en getraind op het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, vakgroep psychiatrie.

Aangezien de onderzoeksprocedure een vast onderdeel werd van de intake, werden geen weigeringen voor deelname ontmoet. Alle verslaafden die in de programma's werden toegelaten, werden volledig geïnformeerd over aard, doel en opzet van het onderzoek.

Om een maat te hebben voor de ernst van de gediagnostiseerde psychopathologie werden te Rotterdam de Symptom Checklist 90-vragenversie (SCL-90) en de Zung afgenomen.

De verschillende DIS/DSM-III-rubrieksdiagnosen werden in dit onderzoek samengenomen in grotere categorieën.

De 'Affectieve stoornissen' omvatten de depressie in engere zin, de bipolaire stoornis, de manieën en de atypische bipolaire stoornis. De rubrieksdiagnose dysthyme stoornis is niet opgenomen, omdat het uitermate moeilijk is uit te maken of de hierbij passende symptomen te wijten zijn aan de partiële onthouding van de gebruikte psychoactieve stoffen danwel in deze groep een entiteit op zichzelf vormen.

Onder 'Angststoornissen' worden alle fobieën, paniekstoornissen en de obsessief-compulsieve stoornis gerekend. De diagnose 'Gegeneraliseerde Angststoornis' kon ten tijde van het onderzoek nog niet worden nagevraagd, evenmin als de 'Posttraumatische Stress Stoornis', omdat deze modules in de DIS ten tijde van het onderzoek nog niet voorhanden waren.

Er zijn op grond van de literatuur (Woody e.a. 1986) drie subgroepen geconstrueerd met behulp van de DSM-III-rubrieksdiagnosen. Dit is gedaan voor zowel die psychopathologie die ooit in het leven van de onderzochten voorkwam als voor de recente, minder dan één jaar geleden nog aanwezige, pathologie.

Aldus werden geformuleerd:

- één groep met uitsluitend drugsafhankelijkheid en al dan niet alcoholmisbruik (en/of -afhankelijkheid), maar geen psychopathologie of Anti-Sociale-Persoonlijkheidsstoornis (ASP),
- één groep met drugsafhankelijkheid (en/of alcoholmisbruik/-afhankelijkheid) en uitsluitend ASP,
- één groep met ten minste psychopathologie (voornamelijk angst en affectieve stoornissen) naast drugsafhankelijkheid en eventueel alcoholmisbruik (-afhankelijkheid).

In deze groep zitten ook mensen met de (as-2-)diagnose ASP die ook een as-1-diagnose hebben naast hun drugs- en/of alcoholproblematiek.

Bij de samenstelling van deze groepen wordt iedere persoon aan één groep toegedeeld en slechts één keer geteld ook al heeft hij/zij meerdere as-1-diagnosen.

Het gebruik van de uitsluitingscriteria is niet goed gespecificeerd in de DSM-III. Immers, wanneer een bepaalde stoornis het gevolg is van een andere stoornis, moet de lager geordende worden uitgesloten. Echter, hoe men dit precies moet interpreteren wordt overgelaten aan degene die de diagnose stelt (Ross e.a. 1988). Er bestaat veel discussie over de juistheid van het toepassen van DSM-III-exclusiecriteria, met name bij het stellen van zogenaamde 'life-time'-diagnosen.¹ In dit artikel worden de exclusiecriteria wel toegepast bij het stellen van diagnosen voor het afgelopen jaar, maar niet voor het stellen van life time-diagnosen.

Om over een globale indicatie te beschikken voor de ernst van de pathologie is het totaal aantal positieve DIS-symptomen genomen, voor zover deze betrekking hebben op de volgende secties (tussen haakjes staat het aantal symptoomvragen dat de DIS gebruikt om deze diagnose te stellen): manie (8), depressie (9), schizofrenie/schizofreniforme stoornis (6), de obsessief-compulsieve stoornis (4), de fobische stoornissen (15), de somatisatiestoornis (38), de paniekstoornis (13) en de anorexia nervosa (3).

De secties betreffende alcoholmisbruik of -afhankelijkheid, het misbruik of de afhankelijkheid van psychotrope stoffen, de as-2- diagnose ASP, de dysthyme stoornis, de tabaksafhankelijkheid, de psychosekuele dysfuncties en de gokverslaving werden niet gebruikt.

De zo verkregen index hangt niet zonder meer samen met het aantal formeel toegekende positieve diagnosen. Men kan een hoge symptoomscore hebben zonder een positieve DIS-diagnose, en omgekeerd.²

Om na te gaan hoe groot de kans is op een tweede DSM-III-stoornis als reeds een andere stoornis aanwezig is of is geweest, werd gebruik gemaakt van de odds-ratio.³⁺⁴

De statistische verwerking van de resultaten geschiedde met het statistisch software-pakket voor de personal computer SPSSPC+ (1985⁵).

Proefgroepbeschrijving – In totaal werden 203 personen (116 uit Rotterdam en 87 uit Den Haag) onderzocht, 156 mannen en 47 vrouwen. De gemiddelde leeftijd voor mannen zowel als vrouwen verschilde niet significant voor Rotterdam ten opzichte van Den Haag. De gemiddelde leeftijd van de mannen was 27.8 jaar (SD= 4.9 jaar) en van de vrouwen 26 jaar (SD=4.4 jaar). Zowel in Rotterdam als in Den Haag zijn de vrouwen in deze proefgroep significant jonger dan de mannen (anova $F=4.6$, $df(1,199)$ $p=.03$). De ratio mannen ten opzichte van vrouwen verschilt niet in Den Haag en Rotterdam.

In Den Haag leven 35 van de 87 onderzochten met een partner; in Rotterdam 41 van de 116 onderzochten, hetgeen niet significant verschillend is.

Vrouwen hebben meer symptomen dan mannen, respectievelijk 15.4 (SD=9.2) versus 10.6 (SD=8.6) ($F=10.9$, $df(1,199)$, $p=.001$) (er werd geen interactie gevonden tussen geslacht en locatie).

De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst harddrugs werden gebruikt is in deze populatie 16.2 jaar (SD= 4 jaar $N=189$), voor alcohol ligt dit gemiddeld op 15.0 jaar (SD=3.0 jaar $N=186$). De eerste problemen met het druggebruik treden gemiddeld op 20.4-jarige leeftijd op (SD= 4.5 jaar $N=167$), met alcohol op 18.3 jaar (SD= 3.8 jaar $N=120$). Er waren hierbij geen significante verschillen tussen Rotterdam en Den Haag.

Het gemiddeld aantal positieve DSM-III as-1-diagnosen ('lifetime', exclusiecriteria niet toegepast; drugsverslaving niet meegerekend) en/of de as-2-diagnose ASP is 2.5 (SD=1.7; $N=202$), waarbij het maximumaantal diagnosen 8 is. In Den Haag is het gemiddeld aantal positieve diagnosen 3.0 (SD=1.8) en in Rotterdam 2.1 (SD=1.5) (t-test; $t=3.87$; $df=200$).

In bovengenoemde parameters verschilde de Rotterdamse groep dus niet van de groep uit Den Haag. In onderstaande zal derhalve eerst een profiel gegeven worden voor de populaties samen en vervolgens zullen de verschillen geëxploreerd worden.

Resultaten

Tabel 1 laat de psychiatrische comorbiditeit van alle onderzochten te zamen zien, zowel die comorbiditeit die ooit in iemands leven is voorgekomen (exclusiecriteria niet toegepast) alsmede de comorbiditeit die

het laatste jaar nog aanwezig was (exclusiecriteria toegepast).

Meer dan de helft van de respondenten heeft ten minste ooit in zijn leven voldaan aan de criteria van ten minste één van de as-1-diagnosen uit de DSM-III zoals deze met de DIS zijn vast te stellen. Indien ook de as-2-diagnose Anti-Sociale-Persoonlijkheidsstoornis wordt meegeteld, stijgt dit aantal tot ongeveer 70%. In het jaar voorafgaand aan het interview lijdt ongeveer 40% aan een as-1- stoornis, en dit percentage stijgt tot bijna 65% indien de as-2- diagnose wordt meegeteld. De recidiverende depressie in engere zin, de fobische stoornissen, de ASP, het alcoholmisbruik (c.q. -afhankelijkheid) komen met de dysthyme stoornis het meest voor.

Van deze laatste is reeds vermeld dat het moeilijk is vast te stellen of de symptomen passend bij dit beeld een gevolg zijn van de partiële ontwenning van de respondenten danwel een entiteit op zichzelf vormen.

Tabel 1: DSM-III-diagnosen bij drugsverslaafden die in behandeling zijn

DSM-III-Diagnose	N(t)	Life time-diagnose		Recente diagnose	
		Exclusiecriteria niet toegepast		Exclusiecriteria toegepast	
		N(d)	%	N(d)	%
Dysthymie	200	44	22.0		
Manie	199	6	3.0	2	1.0
Bipolaire stoornis	199	4	2.0	0	0.0
Paniekstoornis	200	21	10.5	4	2.0
Schizofrenie	198	10	5.0	8	4.0
Schizofreniforme stoornis	198	1	0.5	0	0.0
Depressieve stoornis	200	45	22.5	35	17.5
Eenmalige depressieve episode	199	7	3.5	4	2.0
Meerdere depressieve episodes	200	35	17.0	29	14.5
Atypische bipolaire stoornis	199	7	3.5	7	3.5
Alcoholmisbruik/-afhankelijkheid	190	120	63.2		
Obsessief-compulsieve stoornis	195	24	12.3	10	5.1
Fobische stoornis	200	75	37.5	31	15.5
- agorafobie	200	39	19.5		
- enkelvoudige fobie	200	30	15.0		
- andere fobie	200	43	21.5		

DSM-III-Diagnose	N(t)	Life time-diagnose		Recente diagnose	
		Exclusiecriteria niet toegepast N(d)	%	Exclusiecriteria toegepast N(d)	%
Somatiseringsstoornis	201	1	0.5	1	0.5
ASP (Anti-Sociale- Persoonlijkheids- stoornis)	193	114	59.0	75	38.9
Pathologisch gokken	174	12	6.9	1	0.6
Minstens één ^a DSM-III-stoornis	202	106	52.5	75	37.1
Minstens één ^b DSM-III-stoornis en/of ASP	202	141	69.8	127	62.9

N(t) = Aantal verslaafden met voldoende informatie voor diagnosestelling.

N(d) = Aantal verslaafden met een positieve diagnose

a = Niet meegerekend worden: drugs of alcoholmisbruik/-afhankelijkheid, ASP, tabaksafhankelijkheid, dysthymie, psychoseksuele dysfuncties en pathologisch gokken

b = Niet meegerekend worden: drugs- of alcoholmisbruik/-afhankelijkheid, tabaksafhankelijkheid, dysthymie, psychoseksuele dysfuncties en pathologisch gokken

De diagnose schizofrenie wordt bij ongeveer 5% van de onderzochten gevonden. Deze prevalentie is vijfmaal zo hoog als meestal in populatieonderzoek wordt gevonden (Bland e.a. 1988; Robins e.a. 1984).

In tabel 2 worden Rotterdam en Den Haag vergeleken ten aanzien van de prevalenties van verschillende categorieën psychopathologie (gerangschikte DSM-III-diagnosen, zie onder Methode: Programma's en Instrumenten). Om de tekst leesbaar te houden wordt de bij deze tabel behorende statistische informatie in een noot geplaatst.⁶

In het algemeen valt op dat life time-angststoornissen, affectieve stoornissen en de dysthyme stoornis meer voorkomen in Den Haag. Angststoornissen, stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis worden eveneens vaker in Den Haag gevonden in het jaar voorafgaand aan het interview.

Dus, nog afgezien van het feit dat deze uitkomst vertekend kan zijn door verschillende factoren, dringt zich hier de hypothese op dat langs deze of gene weg meer druggebruikers met psychische problemen terecht lijken te komen dan wel te vinden zijn in het *meer* strenge programma dat sterker op behandeling in strikte zin gericht is.

Naar analogie van de studie van Woody e.a. (1986) zijn exploratief de drie groepen geconstrueerd zoals door hen voorgesteld (zie onder Methode: Programma's en Instrumenten). De verdeling van sekse en

Tabel 2: Prevalenties van life time en recente psychopathologie bij verslaafde cliënten die in Rotterdam of Den Haag in behandeling zijn

DSM-III-diagnose	Rotterdam (N = 116)		Den Haag (N = 87)	
	Life time: n+ (%)	Recent: n+ (%)	Life time: n+ (%)	Recent: n+ (%)
Angststoornis	42 (36.5)	15 (13.0)	50 (57.5)**	27 (31.0)**
Schizofrenie/ schizofreniform	5 (4.5)	3 (2.7)	6 (6.9)	5 (5.7)
Dysthymie	13 (11.5)		31 (35.6)***	
Alcoholmisbruik/ -afhankelijkheid		25 (23.6)		30 (35/7)
Affectieve stoornis ¹	19 (16.8)	15 (13.3)	28 (32.2)*	22 (25.3)*
Anti-Sociale- Persoonlijkeids- stoornis (ASP)	63 (57.8)	32 (29.4)	51 (60.7)	43 (51.2)**
Minstens één DSM-III ^a -stoornis	47 (40.9)	30 (26.1)	59 (67.8)***	45 (51.7)***
Minstens één DSM-III ^b - stoornis en/of ASP	66 (57.4)	57 (49.6)	75 (86.2)***	70 (80.5)***

n+ = Aantal verslaafden met een positieve diagnose

i = Dysthymie niet meegerekend

a = Niet meegerekend worden: drugs of alcoholmisbruik/-afhankelijkheid, ASP, tabaksafhankelijkheid, dysthymie, psychoseksuele dysfuncties en pathologisch gokken

b = Niet meegerekend worden: drugs of alcoholmisbruik/-afhankelijkheid, tabaksafhankelijkheid, dysthymie, psychoseksuele dysfuncties en pathologisch gokken

* = $p < .05$

** = $p < .01$

*** = $p < .001$

leeftijden was niet afhankelijk van het programma dat men volgde of van de diagnostische subgroep waarin men was geplaatst. Zowel voor Rotterdam als Den Haag werd de populatie verdeeld in deze drie subgroepen (zie tabel 3).

In Den Haag vindt men een relatieve oververtegenwoordiging van de categorie 'DSM-III-cases' en een relatieve ondervertegenwoordiging van de categorie zonder formele DSM-III-diagnosen. De proporties personen met een ASP verschillen niet voor de locaties.

Middels een telling van het aantal positieve antwoorden op de DIS-vragen (zie ook: Methode) is vervolgens onderzocht of deze hypothetische driedeling weerspiegeld wordt in het aantal symptomen. (Men kan dit eveneens opvatten als een maat voor de betrouwbaarheid van de informatie.) Er werd een variantieanalyse gedaan met als afhanke-

Tabel 3: Life time en recente diagnose met betrekking tot 'Geen psychopathologie', 'Uitsluitend ASP (Anti-Sociale-Persoonlijkheidsstoornis)' en 'As I-DSM-III- en/of ASP'-subgroepen: aantal verslaafden en aantal symptomen in de programma's in Rotterdam en Den Haag

	ROTTERDAM			DEN HAAG		
	Geen psychopathologie	Uitsluitend ASP	DSM-III en/of ASP	Geen psychopathologie	Uitsluitend ASP	DSM-III en/of ASP
N (aantal verslaafden) ¹ (%)						
Life time-diagnose ^a	50 (43.5)	19 (16.5)	46 (40.0)	12 (13.8)*	16 (18.4)	59 (67.8)*
Recente diagnose ^b	58 (50.4)	27 (23.5)	30 (26.1)	17 (19.5)	25 (28.7)	45 (51.7)
Aantal symptomen (SD)						
Life time-diagnose	5.9 (5.9)	7.1 (4.7)	17.6 (9.3)	6.5 (4.3)	7.1 (5.0)	15.9 (8.6)*
Recente diagnose	7.0 (7.1)	8.7 (6.6)	19.9 (8.4)*	7.8 (5.6)	7.6 (5.0)	18.0 (8.3)*

a = Subgroepen gebaseerd op life time-psychopathologie

b = Subgroepen gebaseerd op psychopathologie, die aanwezig was in het jaar voorafgaand aan het interview

1 = Life time-diagnose: Chi-kwadraat = 21.7; df = 2; p = .0000. Recente diagnose: Chi-kwadraat = 22.0; df = 2; p = .0000.

* = p < .0000

lijke variabele dit aantal symptomen en als onafhankelijke variabelen de diagnostische groep waarin men was geplaatst (zowel op life time-basis als recent) en de locatie (zie tabel 3). Deze analyse liet zien dat alleen het hoofdeffect 'diagnostische groep' significant was.

Dit houdt in dat het aantal symptomen dat men heeft voornamelijk verklaard kan worden door de diagnostische groep waarin men is geplaatst. DSM-III-cases hebben een significant hoger aantal positieve symptomen dan de groepen die alleen de diagnose ASP hebben of die in het geheel geen formele psychopathologie hebben (life time-diagnose $F(2,196) = 46.2$; $p = .000$; recente diagnose: $F(2,196) = 54.7$; $p = .0000$).

Dus de hypothetische indeling in drie subgroepen wordt zowel in Den Haag als Rotterdam ondersteund door het aantal positieve symptomen in de groepen. De groep 'DSM-III-case' heeft daarbij het hoogste aantal symptomen (de 'ernstigste' groep). Ook de groep zonder formele DSM-III-diagnose beantwoordt nog een flink aantal DIS-symptoomvragen positief.

In tabel 4 staan de odds-ratio's die aangeven hoe groot de kans is op een tweede DSM-III-stoornis als reeds een andere stoornis aanwezig is of is geweest.

In het algemeen kan men zeggen dat de aanwezigheid van bepaalde DSM-III-diagnosen in de subgroep die we hier onderzocht hebben, de kans op een tweede DSM-III-diagnose sterk en significant verhoogt. Zo hangt schizofrenie zeer sterk samen met stemmingsstoornissen en angststoornissen. De samenhang tussen angststoornissen en ASP is ook opmerkelijk. De 95%-betrouwbaarheidsintervallen zijn wijd; dit wijst op een gebrek aan precisie. Niettemin is voor de meeste, significante odds-ratio's de ondergrens van het 95%-betrouwbaarheidsinterval ruim boven de 1. Dit wijst op een zwakke (odds-ratio's variëren van 1.2 tot 2.0) tot tamelijk sterke (odds-ratio's van 2 en hoger) samenhang.

Teneinde na te gaan of de informatie betrouwbaar gegeven werd, werd daar waar mogelijk de samenhang van formele DSM-III-diag-

Tabel 4: Comorbiditeit voor recente^a en voor life time DSM-III- stoornissen: life-time en recente ratio's en 95%-betrouwbaarheidsintervallen^b (odds-ratio's niet significant op het 5%-niveau worden niet vermeld)

Stoornis (exclusiecriteria niet toegepast):

(N = 200)	Affectief	Schizofrenie/ schizofreniform	Anti-Sociale- Persoonlijkheids- stoornis
<i>Dysthymie</i>			
Life time	3.47 (1.73-7.00)***		
<i>Affectief</i>			
Life time		6.86 (2.21-21.30)***	
Recent		5.70 (1.66-19.54)**	
<i>Angst</i>			
Life time	3.76 (1.90-7.43)***	13.09 (2.55-67.29)**	2.35 (1.30- 4.24)**
Recent	3.69 (1.85-7.35)***	9.22 (2.39-35.63)**	2.66 (1.42- 4.99)**
<i>Pathologisch gokken</i>			
Life time			9.02 (1.59- 51.2)*
<i>Alcoholmisbruik/ -afhankelijkheid</i>			
Life time			2.81 (1.53- 5.16)***
Recent			2.31 (1.22- 4.37)*

a = Stoornis aanwezig in het jaar voorafgaand aan het interview

b = Betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes

* = $p < .05$

** = $p < .01$

*** = $p < .001$

nose met een symptoomvragenlijst onderzocht. In tabel 5 wordt de ernst van de aanwezige ('recente') psychopathologie geschat, maar uitsluitend voor verslaafden in het programma te Rotterdam. De gemiddelde scores en de standaarddeviaties van de Zung-depressielijst en de SCL-90-somscores worden getoond.

Tabel 5: Subgroepen gebaseerd op recente psychopathologie en scores op de Zung-depressielijst en de SCL-90 PSN-score (Rotterdam)

	Geen psychopathologie	Uitsluitend ASP	DSM-III en/of ASP
Zung			
gemiddelde	42.0	45.6	49.5*
Sd	9.8	9.2	9.5
N	50	24	19
SCL-90 PSN			
gemiddelde	134.7	149.1	188.3**
Sd	39.3	52.1	66.2
N	49	24	22

* = $p < .01$

** = $p < .001$

Alle drie hiervoor reeds genoemde subgroepen hebben een gemiddelde score op de Zung die beneden de criteriumscore van 52 punten is. Dit zou impliceren dat er geen ernstige depressie aanwezig is. Niettemin kan men zien dat DSM-III-cases een significant hogere gemiddelde score op de Zung halen dan diegenen die geen psychopathologie hebben ($F(2,90)=4.40$; $p = .01$). Men mag dit opvatten als een aanwijzing voor de betrouwbaarheid (consistentie) van de verstrekte informatie. Dit is relevant omdat vaak voorondersteld wordt dat van druggebruikers geen betrouwbare informatie verkregen kan worden.

De gemiddelde score van de DSM-III-cases verschilt niet significant van de gemiddelde score in de groep die alleen de ASP-diagnose ontving. De gemiddelde scores op de SCL-90 variëren eveneens in de verschillende subgroepen.

In de groep zonder psychopathologie ligt de SCL-90-PSN-score in het 80e tot 95e percentiel indien de normale populatie als referentiegroep wordt gebruikt, en beneden het 20e percentiel indien de ambulante psychiatrische patiëntengroep als referentiegroep wordt gebruikt. De gemiddelde score van DSM-III-cases is boven het 95e percentiel indien de normale populatie als referentiegroep wordt gebruikt, en ligt in het 50e tot 65e percentiel als de ambulante psychiatrische patiëntengroep als referentiegroep wordt gebruikt (Arrindell en Ettema 1986).

De gemiddelde score van DSM-III-cases verschilt significant van

beide andere groepen (Kruskall Wallis; Chi-kwadraat (gecorrigeerd voor Ties) = 13,6, $p = .001$).

De correlatie tussen de PSN-score van de SCL-90 en de Zung is tamelijk sterk en gelijk aan $r = .68$ ($P < .001$; $N = 91$). Dus wanneer ofwel de Zung- of de SCL-90-PSN-score gebruikt wordt om de ernst in te schatten van de psychiatrische comorbiditeit onder deze groep druggebruikers, vindt men steeds dat de groep met psychopathologie significant hogere scores op deze lijsten behaalt dan een van de andere groepen. De groep die alleen een ASP-diagnose kreeg toegekend, heeft scores tussen de groep met en zonder psychopathologie in. Dit betekent dus dat de groep die als ASP wordt aangeduid meer psychische spanning ervaart dan de groep die geen psychopathologie heeft. Niettemin moet men ook vaststellen dat de groep zonder psychopathologie toch een hoge score heeft op zowel de SCL-90 als de Zung, zeker in verhouding tot de scores die gemiddeld gevonden worden in de algemene populatie. Dit wijst erop dat drugsverslaafden die in behandeling zijn, in het algemeen blootstaan aan ernstige psychische spanningen.

Beperkingen van de studie

Dit onderzoek is slechts beschrijvend van aard en de gegevens werden verzameld middels een 'consecutive admissions design'. De onderzoekspopulatie is derhalve geen random steekproef uit de doelpopulaties van behandeling zoekende verslaafden in beide steden.

Daarom moet men er rekening mee houden dat selectie de resultaten vertekend kan hebben. Hypothesen betreffende de aard en richting van de samenhang tussen het misbruik van psychotrope stoffen en psychopathologie wachten dan ook op prospectief onderzoek om bevestigd danwel ontkend te worden.

Bovendien is de diagnose ASP sterk beïnvloed door culturele factoren die specifiek voor de Verenigde Staten zijn. Het is onbekend of en in hoeverre het concept van de Anti-Sociale-Persoonlijkheidsstructuur ook geldig is voor het Nederlandse cultuurgebied.

Discussie

De resultaten uit dit onderzoek zijn niet in tegenspraak met de bevindingen uit eerder onderzoek, dat onder die verslaafden die zich tot de drugshulpverlening wendden, veel psychiatrische comorbiditeit gevonden kan worden. Voor de meeste stoornissen geldt dat de in dit onderzoek gevonden prevalenties in grote lijnen overeenkomen met de resultaten die Ross en medewerkers (1988) en Rounsaville en medewerkers (1982) hebben gevonden. Er worden vooral verschillen gevonden met betrekking tot de prevalentie van de life time-angst-

stoornis (37¹/₂% versus 10 tot 17% in de hierboven geciteerde studies), alcoholafhankelijkheid en misbruik (63.2% tegen 30 tot 40%) en ASP (59.0% in deze studie tegen 26 tot 47% in de hierboven geciteerde).

Deze verschillen kunnen zoals reeds opgemerkt (zie: Methode) ten dele het gevolg zijn van een selectie resulterend uit de opzet van het onderzoek. Een deel van de verschillen tussen de geciteerde studies en deze studie kan mogelijk verklaard worden uit de verschillende methoden van diagnostiek en de verschillende classificatiesystemen die in de genoemde studies gebruikt zijn.

De resultaten uit dit onderzoek 'suggereren' dat die programma's die hogere eisen stellen aan drugsverslaafden en zich wat meer richten op gedragsveranderingen respectievelijk detoxificatie, meer verslaafden met psychopathologie aantrekken. Dit lijkt aan te sluiten op een onderzoek van Rounsaville en Kleber (1985), die in hun studie constateerden dat verslaafden die behandeling zochten, over het algemeen meer depressieve symptomen, veel non-specifieke angstsymptomen hadden en slechter sociaal functioneerden, vergeleken met verslaafden die niet in behandeling kwamen. Het gebruik van opioïden was zowel wat de duur betreft als wat de omvang betreft gelijk in beide groepen. Dit laatste wordt ook in dit onderzoek gevonden waar het de gemiddelde duur van de verslaving betreft. Men zou kunnen veronderstellen dat de psychopathologie crises veroorzaakt die patiënten ertoe bewegen in behandeling te gaan.

Gezien het feit dat het onderzoek niet met aselechte steekproeven uit de populaties Rotterdamse respectievelijk Haagse druggebruikers die zich meldden bij de hulpverlening is verricht, moet ten minste worden nagegaan welke factoren de bevindingen vertekend kunnen hebben; ook ingeval de resultaten slechts gebruikt worden om nader te toetsen hypothesen te formuleren. De verschillen tussen het Rotterdamse programma en het Haagse programma lijken in dezelfde richting te gaan als gevonden werd in de studie van Rounsaville e.a. (1985). Gezien de aard van het Rotterdamse programma zou men de verslaafden uit dit programma kunnen vergelijken met drugsverslaafden die niet in behandeling komen. Er is immers nauwelijks een drempel voor deelname aan dit programma en er worden bijna geen eisen aan de verslaafden gesteld. Het is daarom denkbaar dat verslaafden die een (forse) lijdensdruk ervaren ten gevolge van aanwezige psychopathologie, zich (op den duur) presenteren in behandelingsprogramma's die extensieve counseling en (individuele) psychotherapie bieden. Indien een dergelijke actie de resultante zou zijn van een proces waarbij geleidelijk aan de lijdensdruk steeds verder wordt opgevoerd, zou men verwachten dat de verslaafden in de meer op gedragsverandering gerichte en detoxificatie georiënteerde programma's ook ouder zouden zijn.

In dit onderzoek wordt echter een statistisch niet significant ver-

schillende gemiddelde leeftijd in beide programma's gevonden; zowel voor mannen als voor vrouwen.

Men zou de hypothese kunnen opwerpen dat de verslaafden die in de meer op gedragsverandering gerichte programma's komen, degenen zijn die hun drugs respectievelijk alcohol als een vorm van zelfmedicatie hebben gebruikt. In deze data-set was het echter niet mogelijk om dit na te gaan.

Weissman e.a. (1976) vonden dat 30% van de verslaafden reeds symptomen van psychopathologie vertoonde ruim voordat ze ooit alcohol of drugs gebruikten. Rounsaville en medewerkers (1982) vonden in hun studie dat 7% reeds symptomen van psychische stoornissen vertoonde voordat ze ooit alcohol of drugs gebruikten.

Als men ervan uitgaat dat de resultaten uit deze studie verklaard worden door verschillen in de populatie verslaafden in Rotterdam en Den Haag, dan moet men constateren dat de verschillen in een andere richting gaan dan men zou verwachten. Immers, Rotterdam is een internationale havenstad en kent veel industrie, terwijl Den Haag het regeringscentrum is en maar weinig industrie kent. In analogie aan Amsterdam en wereldsteden als New York zou het dan ook te verwachten zijn dat de meer ernstig gestoorde drugsverslaafden vooral in Rotterdam gevonden zouden worden. In deze studie is dat echter niet het geval.

In zowel Rotterdam als Den Haag konden de op theoretische gronden vooronderstelde drie klinisch belangrijke groepen van elkaar worden onderscheiden, te weten: een groep zonder psychopathologie of ASP, een groep met alleen ASP en een groep met in ieder geval ook DSM-III-as-I-pathologie (klinische syndromen). Dit is met name relevant omdat de afstemming van patiënten en therapiemodaliteiten met behulp van deze groepen zou kunnen plaatsvinden. McLellan en medewerkers (1983) lieten zien dat patiënten met een as-I-stoornis veel baat hadden van een intensieve counseling en (individuele) psychotherapie.

Ondanks de verschillen tussen Rotterdam en Den Haag in de frequentie waarmee psychopathologie gevonden wordt, lijkt het erop dat de aard en ernst van de psychopathologie in beide programma's niet wezenlijk van elkaar verschillen. In de groep met psychopathologie verschilde het gemiddeld aantal positieve DIS-symptomen niet significant in beide steden. Voor Rotterdam was aanvullende informatie beschikbaar in de vorm van scores op de SCL-90-PSN en Zung. Deze scores indiceren dat de onderzochte populatie aan ernstige psychische spanningen lijdt ongeacht of een formele DSM-III-diagnose werd gesteld of niet. De door ons voorgestelde constructie van drie klinische subgroepen wordt dus ondersteund door de hogere symptoomscore op de DIS in de pathologiegroepen en voor Rotterdam door de hoge scores op de beide instrumenten SCL-90 en Zung.

De odds-ratio's in deze studie steunen het werk van Boyd en collegae (1984). Zowel op een life time-basis als in het jaar voorafgaand aan het interview blijken bepaalde categorieën diagnoses zeer sterk aan elkaar gerelateerd te zijn. Met name schizofrenie en angststoornissen maar ook schizofrenie en stemmingsstoornissen zijn sterk met elkaar verbonden in het leven van betrokkenen.

Naast de in prospectief onderzoek te toetsen hypothese dat de op verandering gerichte programma's verslaafden met veel psychopathologie aantrekken, laat deze exploratieve studie zien dat onder verslaafden die zich bij de drugshulpverlening aanmeldden, veel psychopathologie voorkomt. Tevens wordt aannemelijk gemaakt dat van de verslaafden verkregen informatie betrouwbaar is en dat het gebruik van gevalideerde diagnostische instrumenten zinvol is om aanwezige psychiatrische comorbiditeit op te sporen. Dit laatste kan praktische consequenties hebben voor het behandelaanbod.

Wij danken de medewerkers van de Bouman Stichting in Rotterdam voor hun daadwerkelijke hulp met de verzameling van de gegevens en de directie voor hun medewerking om dit mogelijk te maken. Wij danken mevr. W.J. Edelbroek voor de onderzoeksassistentie. Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door het ministerie van WVC, Organon Nederland en Boehringer Ingelheim Nederland.

Noten

1. Enerzijds is gebleken dat de kans op multiple diagnoses sterk is gestegen als er ooit in het leven van de onderzochte een psychiatrische diagnose is gesteld, anderzijds wordt erop gewezen dat andere classificatiesystemen wel de mogelijkheid van multiple classificaties bieden en het goed denkbaar is dat in het leven van een persoon meerdere klinische beelden zich kunnen ontwikkelen ten gevolge van één onderliggende psychische problematiek (Boyd e.a. 1984; Breier e.a. 1984; Van Limbeek e.a. 1986).

2. Wanneer men voor meerdere secties positieve symptomen heeft, zonder ook maar voor één diagnose aan de criteria te voldoen, kan deze index veel hoger zijn dan wanneer men alleen symptomen heeft met betrekking tot één sectie, waarvoor men wel voldoet aan de criteria voor een positieve diagnose.

3. Hierbij werd ook voor recente diagnoses geen gebruik gemaakt van exclusiecriteria. Zo zou immers geen samenhang kunnen worden nagegaan tussen diagnoses, waarbij volgens deze criteria geldt dat de ene diagnose de andere uitsluit.

4. De odds-ratio is een maat voor samenhang tussen dichotome responsvariabelen. Onder de nulhypothese 'geen samenhang' is de odds-ratio gelijk aan 1. Naarmate de odds-ratio hoger is, is de samenhang sterker. Om de stabiliteit van de samenhang te schatten is de Chi-kwadraattoets gebruikt (Kleinbaum e.a. 1982; Miettinen 1985).

95%-betrouwbaarheidsintervallen (testbased) werden berekend met de formule Y^x , waarbij

$Y =$ de geschatte waarde van de odds-ratio

$x = 1 + (-) 1.96 \star 1 / X^2$.

5. Nominaal geschaalde variabelen werden met Chi-kwadraattoetsen geanalyseerd. Ordinale en intervalvariabelen werden met variantieanalyse technieken (ANOVA, MANOVA, Kruskal-Wallis) geanalyseerd. Gemiddelden werden met elkaar vergeleken met t-toetsen.

De *Bartlett-Box's F-test* werd gebruikt om de homogeniteit van de variantie na te gaan. De *Duncan-procedure* ($\alpha = 5\%$) werd gebruikt om de verschillen tussen de groepen te lokaliseren. Bij de Chi-kwadraattoetsen werden daarvoor de 'Adjusted Standardized Residuals' gebruikt (Haberman 1978). De *Adjusted Standardized Residuals* zijn te vergelijken met een 'Z-score' en worden dienovereenkomstig geïnterpreteerd.

6. Statistische informatie van tabel 2.

Angststoornissen: life time, Chi-kwadraat = 8.8, $df = 1$, $p = .003$; recent aanwezig, Chi-kwadraat = 9.7, $df = 1$, $p = .002$.

Affectieve stoornissen: life time, Chi-kwadraat = 6.5, $df = 1$, $p = .01$; recent aanwezig, Chi-kwadraat = 4.7, $df = 1$, $p = .03$.

Dysthyme stoornis: life time, Chi-kwadraat = 16.7, $df = 1$, $p = .0000$; ASP: recent aanwezig, Chi-kwadraat = 9.5, $df = 1$, $p = .002$.

Ten minste één DSM-III as-1- stoornis: life time, Chi-kwadraat = 14.4, $df = 1$, $p = .0001$; recent aanwezig, Chi-kwadraat = 13.9, $df = 1$, $p = .0002$.

Ten minste één DSM-III as-1-stoornis en/of ASP: life time, Chi-kwadraat = 19.5, $df = 1$, $p = .0000$; recent aanwezig, Chi-kwadraat = 20.3, $df = 1$, $p = .0000$.

Literatuur

- Arrindell, W.A., H. Ettema (1986), *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Swets & Zeitlinger BV, Lisse.
- Bland, R.C., S.C. Newman, H. Orn (1988), Period Prevalence of Psychiatric Disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77, 33-42.
- Boyd, J.H., J.D. Burke, E. Gruenberg, C.E. Holzer, D.S. Rae, L.K. George, M. Karno, R. Stoltzman, L. McEvoy, G. Nestadt (1984), Exclusion Criteria of DSM-III. *Archives of General Psychiatry* 41, 10, 983-989.
- Breier, A., D.S. Charney, Gr. Heninger (1984), Major Depression in Patients with Agoraphobia and Panic Disorders. *Archives of General Psychiatry* 41, 12, 1129-1135.
- Dingemans, P.J., H. van Engeland, J.H. Dijkhuis, J. Bleeker (1985), De 'Diagnostic Interview Schedule' (DIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 5, 341-359.
- DSM-III, APA (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third edition. APA, Washington D.C.
- Dijkstra, P. (1973), Een vergelijking van de Zelfbeoordelingschaal voor Depressie van Zung en de D-schaal van de MMPI in een poliklinische setting. In: A.P. Cassee, P.E. Broek en J.T. Barendregt, *Klinische Psychologie in Nederland*. Uitg. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Dijkstra, P. (1974), De zelfbeoordelingschaal voor depressie van Zung. In: H.M. van Praag en H.G.M. Rooymans (red.), *Stemming en ontstemming. Theorie en praktijk bij de diagnostiek en de behandeling van depressies*. De Erven Bohn, Amsterdam.
- Hendriks, V.M., Ch.D. Kaplan, J. van Limbeek, P.J. Geerlings (1989), The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch Addict population.

- Journal of Substance Abuse Treatment* vol. 6, 133-141.
- Hesselbrock, M.N., R.E. Meyer, J.J. Keener (1985), Psychopathology in Hospitalized Alcoholics. *Archives of General Psychiatry* 42, 1050-1055.
- Khantjian, E.J., C. Treece (1985), DSM-III Psychiatric Diagnoses of Narcotic Addicts. *Archives of General Psychiatry* 42, 1067-1071.
- Kleinbaum, D.G., L.L. Kupper, H. Morgenstern (1982), *Epidemiologic research*. Belmont, Life-Time learning Publications.
- Ladis (1988), *Landelijk Alcoholstelsel en Drugs Informatie*. Uitg. NVC, Utrecht.
- Limbeek, J. van, H.F.A. Schalken, P.K. Geerlings, L. Wouters, P.A. de Groot, G. Sijlbing, W. Beelen (1986), Het gebruik van het Diagnostisch Interview Schema (DIS) bij het vaststellen van psychopathologie bij alcohol-en drugsverslaafden. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 28, 459-474.
- Limbeek, J. van, P.J. Geerlings, L. Wouters (1987), *LAAM/Clonidine rapport Deel II*. Samenvatting van de resultaten van Deel I en de Data van de Experimentele Studies. FZA/NIAD, Utrecht.
- McLellan, A.T., D.L. Luborsky, G.E. Woody, C.P. O'Brien, K.A. Druley (1983), Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments. *Archives of General Psychiatry* 40, 620-625.
- McLellan, A.T., A.T. Childress, J. Griffith, G.E. Woody (1984), The Psychiatrically Severe Drug Abuse Patient: Methadone Maintenance of Therapeutic Community? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 10, 1, 77-95.
- McLellan, A.T., L. Luborsky, J. Cacciola, J. Griffith, F. Evans, H.L. Barr, C.P. O'Brien (1985), New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease* 173, 7, 412-423.
- Meyer, R.I. (1986), *Psychopathology and addictive disorders*. Uitg. Guilford Press, New York.
- Miettinen, O.S. (1985), *Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine*. Wiley, New York.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, K.S. Ratcliff, W. Seyfried (1982), Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine* 12, 855-870.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, M.M. Weissman, H. Orvaschel, E. Gruenberg, J.D. Burke, D.A. Regier (1984), Life time Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Archives of General Psychiatry* 41, 949-958.
- Ross, H.E., F.B. Glaser, F. Germanson (1988), The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and other Drug Problems. *Archives of General Psychiatry* 45, 1023-1031.
- Rounsaville, B.J., M.M. Weissman, H.D. Kleber, C.H. Wilber (1982), Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry* 39, 161-166.
- Rounsaville, B.J., H.D. Kleber (1985), Untreated Opiate Addicts: How do they differ from those seeking treatment? *Archives of General Psychiatry* 42, 1072-1077.
- Rounsaville, B.J., H.D. Kleber (1986), Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Course and Interaction with program type. In: R.E. Meyer (red.), *Psychopathology and Addictive Disorders*, 140-168.
- Weissman, M.M., B. Slobetz, B. Prusoff, M. Mezritz, P. Howard (1976), Clinical Depression Among Narcotic Addicts Maintained on Methadone in the Com-

- munity. *American Journal of Psychiatry* 133, 12, 1434-1438.
- Woody, G.E., L. Luborsky, A.T. McLellan, C.P. O'Brien, A.T. Beck, J. Blaine, I. Herman, A. Hole (1983), Psychotherapy for Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry* 40, 639-645.
- Woody, G.E., A.T. McLellan (1985), Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry* 42, 11, 1081-1086.
- Woody, G.E., L. Luborsky, A.T. McLellan, C.P. O'Brien (1986), Psychotherapy as an Adjunct to Methadone Treatment. In: R.E. Meyer (red.), *Psychopathology and Addictive Disorders*, 169-195.
- Zung, W.W.K. (1964), A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12, 63-70.
- Zung, W.W.K. (1967), Factors influencing the self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 16, 543-547.

Summary:

In Dutch samples of treated heroin addicts, high prevalences of a heterogenous psychiatric comorbidity can be found. A high threshold (N=87) and a low threshold (N=116), program are compared with regards to psychopathology and severity of psychopathology. A consecutive admissions design was used. More than 50% of the respondents suffered from a life-time DSM-III-axis-I disorder (70% with ASP included) and 40% was still suffering from one in the year preceding the interview. Schizophrenia was diagnosed twice as much as in normal population samples (5%). Most frequently diagnosed were: recurrent major depression, phobic disorders, alcohol abuse and dependence, dysthymic disorder and ASP.

The prevalences of DSM-III disorders, the total number of symptoms and the score on the Zung Depression Inventory and SCL-90 were all significantly higher in treatment seeking drug addicts entering the high threshold program.

Within each program three clinically meaningful subgroups (one group with DSM-III-axis-I life-time or current psychopathology and/or Anti Social Personality disorder (ASP), one with ASP only and one without DSM-III psychopathology and ASP) can be distinguished. It is hypothesized that it could be possible that self selection results in more serious patients entering more treatment oriented facilities. Odds ratios show that especially schizophrenia and mood disorders are associated on a life-time and current basis.

J. van Limbeek is als arts-epidemioloog en L. Wouters als researchpsycholoog verbonden aan de afdeling sociale en psychiatrische epidemiologie van de sector GGZ, GG&GD te Amsterdam en aan de vakgroep Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam. P.J. Geerlings is als psychiater verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam. B. van Iperen is als psycholoog verbonden aan de Bouman Stichting Rotterdam. F. d'Hont is als psycholoog en W. Beelen als arts verbonden aan het centrum verslavingszorg 'Zeestraat' te Den Haag.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 30-10-1990.