

Het gebruik van het Diagnostisch Interview Schema (DIS) bij het vaststellen van psychopathologie bij alcohol- en drugverslaafden

door J. van Limbeek, H.F.A. Schalken, P.J. Geerlings, L. Wouters, P.A. de Groot, G. Sijlbingen en W. Beelen

Samenvatting

In dit artikel worden gegevens uit de literatuur gepresenteerd die betrekking hebben op het vóórkomen van psychopathologie onder alcohol- en drugverslaafden die zich voor behandeling vervoegen bij de hulpverleningsinstellingen. Het belang van deze psychopathologie voor de uitkomsten van behandelingen wordt aangegeven. Verslag wordt gedaan van de convergente validering van de Nederlandse versie van het Diagnostisch Interview Schema (DIS) met behulp van de Hamilton, de Zung, de Taylor-angstschaal, de VOEG en de NPV. De DIS is een sterk gestructureerd interview waarmee op betrouwbare wijze informatie kan worden verkregen om een aantal rubrieksdiagnosen volgens de DSM-III te kunnen stellen. De beperkingen en de bevindingen van de studie worden besproken.

Inleiding

Door vele clinici uit de verslavingszorg is reeds gewezen op het verband tussen psychopathologie en verslaving. Sommigen van hen zagen de psychopathologie als een etiologische factor in het proces van de verslaving, anderen daarentegen gingen ervan uit dat de geconstateerde psychopathologie een gevolg was van het druggebruik. Recentelijk werd aangetoond dat niet alleen de aard van de psychopathologie belangrijk is in verband met de prognose en de behandeling van het afhankelijkheidssyndroom, maar dat vooral de ernst van de psychopathologie van doorslaggevende betekenis is (A.T. McLellan, L. Luborsky, E. Woody, C.P. O'Brien, A. Keith, A. Druley 1983). Alvorens er echter van een aanvullende psychiatrische behandeling van een verslaafde sprake kan zijn, is veelal reeds geruime tijd verstreken sinds het eerste contact (P.J. Geerlings 1985). In deze periode vindt dan de stabili-

Dit onderzoek werd verricht in het kader van het onderzoeksproject 'LAAM/Clonidine' met subsidie van het ministerie van WVC afdeling Verslavingsaanlegenheden (hoofd drs. W.M. Lange), Boehringer-Ingelheim Alkmaar en Organon Nederland Oss.

satie plaats en kan men trachten de verslaafde te motiveren tot een vervolgbehandeling. Behoudens het feit dat het aantal behandelmoda-
liteiten, waarvan bekend is dat zij voor deze groep zinvol zijn, relatief
gering is, vindt de verwijzing naar een vorm van therapie momenteel
nog te veel plaats op basis van intuïtie en ervaring.

Het vaststellen van psychiatrische problematiek naast de constate-
ring dat de onderzochte een afhankelijkheidssyndroom heeft, is eigen-
lijk ook pas mogelijk geworden met de invoering van de Diagnostic and
Statistical Manual (DSM-III, APA 1980) in de derde versie. Voorheen
werd de verslaving nog gezien als een symptoom van een persoonlijk-
heidsstoornis en niet afzonderlijk geassocieerd. (Dit was nog het
geval in de DSM-III.)

In dit artikel gaan wij nader in op recente studies die aantonen dat er
bij drugverslaafden vooral sprake is van een depressieve problematiek.
Wij bespreken verder het gebruikte instrumentarium en de mogelijk-
heden om dit te gebruiken in de verslavingszorg. Tot slot presenteren
wij de resultaten van eigen onderzoeken, die het karakter van een
pilot-studie hebben.

Het vóórkomen van psychopathologie onder drugverslaafden in behandelcentra

Weissman (1976) constateerde dat ruim 30% van de door haar onder-
zochte populatie druggebruikers aan de in die tijd gebruikte criteria van
een depressieve stoornis voldeed. Van de verslaafden met een depres-
sieve stoornis had 54% ooit in hun leven psychiatrische hulp gezocht
en 24% van hen gaf aan reeds klachten gehad te hebben nog voor er van
een afhankelijkheidssyndroom sprake was. Dorus en Senay (1980)
vonden bij 45% van hun cliënten een depressieve aandoening. Woody
(1983) constateerde een nog grotere mate van psychopathologie bij de
door hem onderzochte groep verslaafden. Hij stelde bij 50% van zijn
populatie een depressie in engere zin vast, bij 5% een angststoornis en
bij 9% een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze studies kunnen
niet zonder meer met elkaar vergeleken worden omdat de gehanteerde
criteria voor een depressieve aandoening niet hetzelfde zijn en even-
min de benodigde informatie steeds op dezelfde wijze is verkregen.
Men mag wél constateren dat er een aanzienlijke depressieve patholo-
gie bij drugverslaafden, die zich tot de hulpverleningsinstituties wen-
den, wordt vastgesteld.

Van recenter datum is de studie van Rounsaville en medewerkers
(1982). Rond 70% van de door hen onderzochte drugverslaafden
voldeden aan de criteria die de Research Diagnostic Criteria (RDC)
stelt ten aanzien van psychiatrische ziektebeelden. Bij 86% van de
drugverslaafden vonden de onderzoekers dat er zich in hun levensge-
schiedenis ooit een episode had voorgedaan waarin hun problema-
tiek aan de criteria van de RDC voldeed. Voor een verdeling van de

klinisch-psychiatrische syndromen verwijzen wij naar een bijgevoegde figuur (figuur 1). Opgemerkt zij dat Rounsaville en medewerkers constateerden dat depressies het meest voorkwamen, gevolgd door het alcoholafhankelijkheidssyndroom en de antisociale persoonlijkheidsproblematiek.

Figuur 1

B.J. Rounsaville e.a. 1982	L.N. Robins e.a. 1984
N = 375 Drugverslaafden	Populatie van New Haven onderzocht in 1980 (nog lopende studie)
70.3% had een 'current disorder'	
86.9% had een 'life-time disorder'	28.8% scoorde positief op een DIS/
74.3% van hen had een affectieve stoornis	DSM-III-classificatie op basis van
52 % had naast de 'drugafhankelijkheid' 2 of meer diagnoses	'life-time prevalence'
<i>Verdeling</i>	
'current disorders'	
23.8% major depressive disorder	
13.7% alcoholisme	
9.2% phobia	
'Life-time disorders'	15.0% substance use disorders (5%
53.9% major depressive disorder	drugs)
34.5% alcoholisme	10.0% anxiety/somatiform disorders
26.5% anti-social personality disorder	8.0% affective disorders (maj. depr. 5.5%)

Het gebied van New Haven en omstreken is ook de proefregio voor de onderzoeken die door het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid worden verricht naar de aard en prevalentie van psychisch dysfunctioneren in de algemene bevolking (W.W. Eaton, D.A. Regier, B.Z. Locke, C.A. Taube 1981). Robins en haar groep (1985) ontwikkelden voor dit onderzoek het Diagnostisch Interview Schema (Diagnostic Interview Schedule: DIS) dat gelijkenis vertoont met het instrumentarium van Rounsaville. De voor de classificatie gebruikte DSM-III komt in hoge mate overeen met de RDC-criteria (L. Robins, J.E. Helzer, J. Croughan, K.S. Ratcliff 1981; L.N. Robins, J.E. Helzer, M.M. Weissman, H. Orvaschel, E. Gruenberg, J. Burke, D.A. Regier 1984; L.N. Robins, J.E. Helzer, H. Orvaschel, J.C. Anthony, D.G. Blazer, A. Burnam, J.D. Burke 1985). Zij vonden bij 28% van de door hen onderzochte bevolkingsgroepen psychiatrische problematiek conform de criteria van de DSM-III. Het alcoholafhankelijkheidssyndroom kwam daarbij het meest voor, gevolgd door de angststoornissen en de fobische stoornissen. Zij stelden tevens vast dat niet in alle gevallen waarbij er

een classificatie conform de DSM-III-normen kon plaats vinden, er ook daadwerkelijke professionele hulp gezocht was.

Bij vergelijking van beide onderzoeken uit dit gebied mogen we dan ook concluderen dat de drugverslaafden, in zoverre zij bij de hulpverlening bekend zijn, in aard en omvang van hun psychopathologie sterk afwijken van de algemene bevolking. Over oorzaak en gevolg laten voornoemde studies geen conclusies toe.

Psychopathologie en behandeling

McLellan (1983, 1984) laat in een aantal studies zien dat een adequate behandeling van de psychopathologie bij verslaafden tot gevolg heeft dat het gehele functioneren bij hen verbetert. Een eenzijdige nadruk op gebruik, gebruikspatroon of druggerelateerd gedrag ('drugrelated crime') leidt veelal niet tot die effecten die beoogd worden, terwijl juist de verbeteringen op het psychisch vlak ook veranderingen op de andere gebieden tot gevolg hebben.

In een van zijn artikelen is McLellan nagegaan welke de consequenties kunnen zijn van een verwijzingsbeleid, waarbij geen rekening wordt gehouden met de ernst van de eventueel aanwezige psychopathologie. Hij vergeleek twee groepen cliënten met elkaar, die zelf bepaald hadden in welke vorm van therapie zij wilden participeren. Eén groep nam deel aan een hiërarchisch gestructureerde, therapeutische gemeenschap en de andere groep volgde een methadononderhoudsprogramma. Beide groepen werden door McLellan onderverdeeld naar de ernst van hun psychopathologie met behulp van een door hem ontwikkeld instrument: de Addiction Severity Index (ASI) (A.T. McLellan, L. Luborsky, G.E. Woody, C.P. O'Brien, A. Keith, A. Druley 1980). De beoordeling van het effect van de behandeling werd eveneens met de ASI gedaan. Het verloop van de scoringsprofielen was een maat voor de toename of afname van de verslavingsproblematiek. Hij vond dat die groep patiënten, die de hoogste score op de schaal voor de psychopathologie hadden, in een methadononderhoudsprogramma betere resultaten behaalden dan vergelijkbare cliënten die in een therapeutische gemeenschap participeerden. Naarmate deze laatsten langer in therapie bleven, verslechterden hun scoringsprofielen steeds meer en McLellan concludeerde dat deze vorm van therapie hen geen goed deed. Een gericht verwijzingsbeleid dat rekening houdt met de ernst van de geconstateerde psychopathologie kan tot een betere therapieverwijzing leiden, waardoor cliënten optimaal van de voor hen meest geschikte behandelmodaliteit kunnen profiteren.

Het is niet onmogelijk dat mede door het niet in ogenschouw nemen van de ernst van de psychopathologie, elkaar soms zelfs tegensprekende bevindingen uit therapie-evaluatiestudies verklaard kunnen worden. Elders gingen wij uitgebreid op deze studies in en

het volstaat hier kort te memoreren dat er door verschillende auteurs op gewezen is dat therapeutische bemoeienissen met verslaafden tot betere resultaten lijken te leiden dan het verstrekken van methadon alleen. Over de aard van de te volgen therapie of begeleiding kan vooralsnog geen duidelijke uitspraak worden gedaan (Van Limbeek 1985). Een analyse van de 'psychiatrische/psychologische sectie' in de ASI maakt duidelijk dat de hierin opgenomen items voornamelijk betrekking hebben op de depressieve symptomatologie.

Methode

Onze onderzoeken hadden een tweeledig doel: enerzijds wilden we weten of er in de populatie drug- en alcoholverslaafden in ons land in dezelfde mate psychiatrische problematiek voorkwam als in de gerefereerde onderzoeken; anderzijds waren we op zoek naar een bruikbaar en betrouwbaar instrument om in de verslavingszorg deze pathologie te kunnen meten waarbij we ervan uit moesten gaan dat het merendeel van de stafleden van de hulpverleningsinstellingen voor alcohol en drugs geen uitgebreide psychiatrische scholing had genoten.

Zoals gezegd maken wij in onze onderzoeken gebruik van het Diagnostisch Interview Schema in de Nederlandse vertaling (NIMH Diagnostic Interview Schema Version III. Projectgroep Verslaving FZA/AZUA/SWOAD 1984). Deze vertaling zal binnenkort in herziene vorm voor een groter publiek beschikbaar zijn (NIMH Diagnostic Interview Schedule Version III. Vertaling en bewerking: P.J. Dingemans, P.J. Geerlings, J. v. Limbeek, D. Linszen 1986 in bewerking). De historie en de structuur van de DIS zijn door Dingemans in dit tijdschrift uitgebreid besproken (P.J. Dingemans 1985). Kort samengevat kan men zeggen dat de DIS een zeer sterk gestructureerd interview is dat is ontwikkeld om 'leken' informatie te laten verzamelen benodigd voor DSM-III-classificaties in epidemiologisch onderzoek.

Naast het diagnostisch interview werden in ons onderzoek tevens de Hamilton en de Zung afgenomen om depressieve symptomatologie te meten. Ook namen wij de VOEG af (J.M. Dirken 1967), een zelfinvullijst om de mate van somatiseren vast te stellen; de Taylor-angstschaal, bedoeld om het niveau van de angst te kunnen traceren en de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (F. Luteijn, J. Starren, H. v. Dijk 1985). Wij deden dit om de (convergente) validiteit van de DIS vast te stellen, waarbij wij steeds naar de samenhang tussen de scores op de andere instrumenten en de DIS keken. Alle deelnemers werden centraal op het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, afdeling Psychiatrie (plv. hoofd P.J. Geerlings) getraind en onderzochten in hun instelling alcohol- en drugcliënten die op vrijwillige basis aan het vooronder-

zoek wilden meedoen. Op de uiteindelijk deelnemende centra werden videoscoringen gedaan, die de eenduidigheid in afname en interpretatie moesten garanderen.

Resultaten

Wij onderzochten in totaal 73 patiënten, 18 'normale proefpersonen', 14 patiënten van de dagkliniek van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, afdeling psychiatrie, 27 drugcliënten en 15 alcoholcliënten. Van één van de deelnemers was niet meer vast te stellen in welke groep hij hoorde.

In dit onderzoek waren de mannen oververtegenwoordigd in de alcohol- en druggroep. De gemiddelde leeftijd van de patiënten uit de druggroep was lager dan in de andere groepen. (95% betrouwbaarheidsintervallen rond het groepsgemiddelde. Druggroep: gemiddelde leeftijd 24.0 SD 5.0.) Er kon geen significante samenhang tussen de leeftijd en de verschillende classificaties worden gevonden.

Tabel 1 geeft een indruk van de diagnoses en de frequentie van voorkomen binnen de verschillende onderzochte groepen. Er is geen inferentiële statistiek verricht op de gegevens omdat de proefgroepen geen aselechte steekproef vormen uit de desbetreffende deelpopulaties. Uit deze tabel blijkt dat er binnen de door ons onderzochte groep drugver-

Tabel 1: 'Life-time diagnoses': verdeling van 4 gecombineerde diagnoses, die ooit in het leven van de patiënt voorkwamen, binnen de onderzoekspopulatie

Diagnose	Groep 0 (normaal)	Groep 1 (dagkl.)	Groep 2 (drugs)	Groep 3 (alcohol)
DIS D	4 (22.2)	10 (71.4)	17 (65.4)	7 (46.7)
DIS AL	4 (23.2)	6 (42.9)	16 (61.5)	15 (100)
DIS DR	0 (0)	1 (7.1)	27 (100)	0 (0)
DIS AN	3 (16.7)	10 (71.4)	11 (42.3)	2 (13.3)

DIS D = Iedere deelnemer aan het onderzoek die een DIS-classificatie 3A, 3B, 3C of 4 had en tenminste één keer een score 2, 3, 4 of 5 bij die classificatie behaalde. (Samen groep van de *affectieve stoornissen*.)

DIS AL = Iedere deelnemer die bij 6A of 6B (*Alcoholverslaving*) een 3 kreeg.

DIS DR = Iedere deelnemer die bij 7A of 7B (*Drugverslaving*) een 2 of 3 kreeg.

DIS AN = Iedere deelnemer die bij DIS-classificaties 11, 12, 13, 14, 15 of 16 (*Angststoornissen*) tenminste één keer een score 3 of 5 kreeg.

De getallen tussen haakjes geven aan bij hoeveel procent van de cliënten in die groep de classificatie voorkomt. Eén deelnemer kan meerdere DSM-III-classificaties hebben.

slaafden een aanzienlijke mate van psychopathologie bestaat. De affectieve stoornissen komen daarbij het meest frequent voor. Bij de groep met de diagnose alcoholafhankelijkheidssyndroom, komen de affectieve stoornissen verhoudingsgewijs minder voor.

Tabel 2 geeft een indruk van de symptomatologie die de drug- en alcoholverslaafden vertoonden in de laatste 6 maanden voor het onderzoek met de DIS. Bij één verslaafde kunnen de symptomen van meerdere classificaties aanwezig zijn. We constateren dat in de 6 maanden voorafgaand aan het onderzoek veel psychiatrische symptomatologie aanwezig was.

Tabel 2: 'Recente diagnoses': Symptomatologie passend bij een van de classificaties in de laatste 6 maanden vóór het onderzoek (DIS-recency code 1, 2, of 3)

	Drugverslaafden (N = 23)	Alcoholverslaafden (N = 15)
DIS D	16	4
DIS AL	8	
DIS AN	9	2
ASP (Antisociale persoonlijkheidsstoornis)	4	4
Obs. Comp. (obsessief compulsieve stoornis)	3	4

DIS D = Iedere deelnemer aan het onderzoek die een DIS-classificatie 3A, 3B, 3C of 4 had en tenminste één keer een score 2, 3, 4 of 5 bij die classificatie behaalde (samen groep van de affectieve stoornissen)

DIS AL = Iedere deelnemer die bij 6A of 6B (alcoholverslaving) een 3 kreeg

DIS DR = Iedere deelnemer die bij 7A of 7B (drugverslaving) een 2 of 3 kreeg

DIS AN = Iedere deelnemer die bij DIS-classificatie 11, 12, 13, 14, 15 of 16 tenminste één keer een score 3 of 5 kreeg (angststoornissen)

N.B.: Meerdere diagnoses kunnen naast elkaar voorkomen bij 1 patiënt/cliënt.

In tabel 3 staan voor de 4 onderzochte groepen gemiddelde scores op de verschillende testen. (Vanwege de overzichtelijkheid zijn de standaarddeviaties en het aantal proefpersonen hier niet vermeld.)

Er is een toets gedaan om de homogeniteit van de variantie vast te stellen en waar mogelijk zijn de gegevens uit deze tabel vervolgens getoetst met een één-weg-variantieanalyse. Daar waar geen homogeniteit in de variantie bleek te zijn is gebruik gemaakt van betrouwbaarheidsintervallen rond het groepsgemiddelde. Dit geldt met name voor de Hamilton, VOEG en de SI-schaal van de NPV. Uit de scores op de Hamilton kunnen wij derhalve concluderen dat de groepen drugcliënten en dagklinische patiënten het meest depressief zijn en de alcoholpatiënten tussen deze en de normale inzitten. Bij de scores op de VOEG kan men constateren dat de druggroep, evenals de dagklinische patiënten, de meeste problematiek schijnt te hebben en de alcoholcliënten wederom tussen deze en de normale inzitten. Dit beeld zet zich voort

Tabel 3: Verdeling van gemiddelde testscores van de groepen

Gebruikte testen		0 (norm)	1 (dagkl)	2 (drug)	3 (alc)	Totaal
Hamilton	*	3.3	14.5	13.0	9.2	10.5
VOEG	*	5.5	14.0	19.0	12.5	13.5
Zung	±	28.8	48.5	49.2	37.6	42.2
Taylor	+	20.0	54.4	56.2	36.4	43.0
NPV IN	+	9.1	24.5	24.1	20.3	20.2
SI	*	4.8	12.4	11.5	13.9	10.7
RG		18.3	23.8	24.2	24.7	23.1
VE	+	11.6	16.0	26.3	23.4	20.7
ZE	+	8.1	9.2	12.3	16.8	11.9
DO		17.8	12.1	17.7	15.7	16.2
ZW	+	27.8	19.2	20.5	24.5	22.7

* de standaarddeviaties van de groepen vertonen een significant verschil (Bartlett's-Box F-toets)

+ de F-toets geeft een significant verschil tussen de groepen

over vrijwel alle schalen. Wat betreft de sociale inadequatieschaal van de NPV moeten we concluderen dat hierop door zowel de drug- als de alcoholcliënten evenals door de dagklinische patiënten gelijkelijk wordt gescoord. De variantieanalyses leveren bij de Zung, Taylor en de NPV-schalen IN, VE en ZW significante verschillen op.

In de tabellen zijn alleen de significante correlaties tussen de lijsten onderling opgenomen. Het aantal proefpersonen waarop de correlaties berusten, varieert van 57 t/m 64. De Hamilton geeft zijn hoogste correlatie met de Zung ($r = .76$), hetgeen impliceert dat de mening van de onderzochte inzake zijn depressieve symptomatologie in hoge mate overeenstemt met die van de beoordelaar. Verder blijkt in deze correlatiematrix een hoge mate van samenhang tussen de VOEG, de Zung, de Taylor en de NPV-IN-schaal (mate van neuroticisme). De samenhang tussen de Taylor en de NPV-IN-schaal is wel bijzonder hoog te noemen ($r = .90$).

Aangezien de Taylor verder ongeveer dezelfde correlatie vertoont met de andere lijsten als de NPV-IN-schaal kan men concluderen dat deze lijsten eenzelfde construct meten en dat indien dat nodig is, in een onderzoek de Taylor zou kunnen vervallen als de benodigde tijd het afnemen van deze lijst zou bemoeilijken. Ditzelfde geldt mutatis mutandis voor de VOEG. Samengevat kunnen we zeggen dat deze grote onderlinge samenhang van voornoemde lijsten erop wijst dat zij allen waarschijnlijk het construct 'neuroticisme' meten waarvan angst, depressieve gevoelens en lichamelijke klachten uitingen zijn. Een specifiek vaststellen van ofwel alleen 'somatiseren' ofwel alleen 'depressie' ofwel alleen 'angst' lijkt niet te geschieden.

Indien wij soortgelijke correlaties bepalen tussen dezelfde testen maar dan afgenomen op de psychiatrische dagkliniek van de AZUA te Amsterdam, constateren wij geen grote verschillen in de bevindingen tussen deze groep en de door ons onderzochte drug- en alcoholverslaafden. Dit wijst erop dat ook deze laatste onderzoekspopulaties op deze tests reageren op een wijze die wij gewend waren van populaties binnen de psychiatrische centra. We moeten hier wel opmerken dat we geen 'at random' gekozen populatie hebben onderzocht.

Samenhang tussen de classificaties conform de DIS-DSM-III-criteria en de psychometrische testgegevens

Wij hebben de samenhangen voor de totale groep onderzocht aangezien het niet aan te nemen was dat er verschil zou bestaan per subgroep. Voor alle gebruikte 'diagnosen' is een tweedeling gemaakt. De 'diagnose' is afwezig c.q. niet gesteld (DIS-score 1) dan wel de 'diagnose' is aanwezig c.q. wel gesteld (DIS-scores 2, 3, 4 of 5). Vervolgens zijn van de gevormde groepen gemiddelde testcores vergeleken. Per test is een t-toets uitgevoerd. Een vergelijking waarbij een groep 5 of minder proefpersonen telt is verder niet mee berekend. Het + teken geeft aan dat de personen die een bepaalde 'diagnose' wel hebben een significant andere score hebben dan de proefpersonen die niet deze 'diagnose' kregen (+ = hoger, - = lager). Als het + teken dan wel het - teken tussen haakjes staat is het alfa-niveau 10%, in alle andere gevallen is dat 5% (getoetst met een t-toets).

Bespreking van de tabel

De DIS-classificaties 3A en 4 te zamen behorend tot de groep van de affectieve stoornissen, vertonen significant hogere scores op de Hamilton, Zung, VOEG, Taylor, NPV-IN-schaal en voor wat betreft de dysthyme stoornissen ook op de NPV-SI-schaal. De score op de NPV-ZW-schaal (zelfwaardering) is voor dezelfde groepen significant lager. Anders geformuleerd betekent dit dat waar een DIS-classificatie 'affectieve stoornis' is gesteld, waarbinnen de depressies in engere zin weer de voornaamste plaats innemen, de andere lijsten ook significant afwijken in de richting van de depressie. Er blijkt eveneens meer somatisering, meer angst en meer neuroticisme te bestaan bij deze groep en tevens minder zelfwaardering vergeleken met die cliënten die een andere classificatie conform de DIS-criteria kregen. De patiënten met een obsessief compulsieve stoornis (DIS-diagnose 10) hebben eveneens een significant hogere score op de Hamilton, Zung, Taylor en NPV-IN. Zij hebben verder tevens een hogere rigiditeitsscore blijkens de NPV-RG-schaal. Vooral dit laatste wijst naar het dwangmatige in deze patiënten. Cliënten met een 'angststoornis' (DIS-score 11, 12, 15, 16) hebben een hogere rigiditeitsscore (NPV-RG) en een lagere dominantie

Tabel 4: Significante correlaties tussen de testen/lijsten

	Hamilton	VOEG	Zung	Taylor	IN	SI	RG	VE	ZE	DO	ZW
Hamilton	x										
VOEG		.63	.76	.71	.61	.36	+	.31	-	-	.50
Zung		x	.76	.74	.78	.37	.31	.37	-	+	.35
Taylor			x	.84	.83	.33	.34	.29	-	+	.57
NPV IN				x	.90	.45	.41	.42	-	-	.49
SI					x	.44	.45	.40	+	+	.34
RG						x	.45	.25	(.21)	.53	.44
VE							x	.26	+	-	-
ZE								x	.61	.31	x
DO									x	+	(.21)
ZW										x	.40
											x

Tabel 5

Classificatie	Hamilt.	VOEG	NPV				RG	VE	ZE	DO	ZW
			Zung	Taylor	IN	SI					
2 Mania (bipolar)		+									
3A Major depressive episode	+	+	+	+	+				(-)		-
4 Dysthymic disorder	+	+	+	+	+	+					-
6A Alcohol abuse									+		
6B Alcohol dependence											
7A Drug abuse	+	+	+	+	(+)			+			
7B Drug dependence	+	+	+	+				+			
8 Schizophrenia				(+)							
10 Obsessive compulsive disorder	+	(+)	+	+	+		+				
11 Agoraphobia		+		+	(+)		+				(-)
12 Social phobia	+		+	+	+	+	+				(-)

(NPV-DO). Het angstniveau is tevens hoger in deze groep. Patiënten met een sociale fobie hebben tevens een significant hogere sociale inadequaatheidsscore (NPV-SI) en een hogere rigiditeitsscore (NPV-RG).

De resultaten zijn weliswaar berekend over kleine aantallen patiënten, maar gaan toch in de richting die past bij de betekenis van de fobie. Bij de groep die als antisociale persoonlijkheid werd geclassificeerd, vinden we de NPV-ZE-scores significant hoger liggen. Dit geeft aan dat er bij deze groep een grotere mate van egocentrisme voorkomt. Verder is er bij hen ook sprake van een sterker externaliseren dan bij de andere groepen aangezien ook de NPV-VE-score significant hoger ligt. (Kritiek op en wantrouwen van andere mensen: F. Luteijn e.a. 1985.) De classificatie afhankelijkheid van drugs geeft op zich al een significant hogere score op de VEOG, Zung, Taylor en de NPV-VE-lijst. Bij een significantiedrempel van 10% zijn de scores op de NPV-IN eveneens significant hoger. Men zou dit kunnen omschrijven als: de diagnose drugafhankelijkheid gaat samen met een groter aantal depressieve symptomen, sterker somatiseren, meer angst, meer externaliseren en een grotere mate van neuroticisme en egocentrisme.

Discussie

Hoewel de bevindingen uit deze studie gegeneraliseerd kunnen worden voor zoverre het gaat om het voorkomen van psychopathologie binnen de door ons onderzochte groepen, komen de resultaten vrijwel overeen met de bevindingen van Rounsaville in New Haven (1983). Zomen al mag aannemen dat uit dergelijke studies cumulatieve evidentie verkregen wordt voor het zeer frequent voorkomen van ernstige psychopathologie onder drugverslaafden, dan geldt dit slechts voor die drugverslaafden die zich vervoegen bij de hulpverleningsinstituten.

Rounsaville en Kleber (1985) onderzochten recentelijk met hetzelfde instrumentarium als voorheen drugverslaafden die niet in behandeling waren bij een van de drughulpverleningsinstellingen in New Haven. Zij constateerden dat verslaafden die hulp zochten over het algemeen meer depressieve symptomatologie vertoonden dan de niet-hulpzoekenden en vaker een depressie in engere zin bleken te hebben conform de Research Diagnostic Criteria (R. Spitzer, J. Endicott, E. Robins 1978). Ook vertoonden de hulpzoekers meer neurotische problematiek. Er is in deze studie geen aselectieve steekproef getrokken uit de groep verslaafden die zich niet bij de hulpverlening vervoegden, maar gebruik gemaakt van 'mondelinge reclame'; de chain-referral techniek. Dit kan natuurlijk de resultaten vertekenen.

De DIS zelf kent ook haar beperkingen. In dit tijdschrift heeft Dingemans (1985) reeds uitgebreid de eigenschappen en de geschiedenis van de DIS besproken. De betrouwbaarheid en de procedurele validiteit van die classificaties die in onze doelgroepen, alcoholverslaafden en

drugverslaafden, veel zouden voorkomen, blijken niettemin voldoende tot goed te zijn. De prevalentie van psychiatrische ziektebeelden of syndromen kan, zodra men verder dan 1 jaar teruggaat, sterk beïnvloed worden door een aantal 'foutenbronnen' (W.E. Eaton, M.M. Weissman, J.C. Anthony, L.N. Robins, D.G. Blazer, M. Karno 1985). De voornaamste 'foutenbronnen' zijn het zich dingen niet meer kunnen herinneren of vergeten zijn, en het op een vroeger of later tijdstip in de levensgeschiedenis symptomen invoegen die eerder respectievelijk later zijn voorgekomen, waardoor ten onrechte een classificatie kan worden verkregen respectievelijk niet wordt verkregen. De DIS beperkt zich bovendien tot een aantal van 23 classificaties in de derde versie en tot een aantal van 25 classificaties als de aanvullingen worden meegeteld, waarbij alle classificaties met uitzondering van de Anti-Social-Personality Disorder, op as-I van de DSM-III liggen.

In ons onderzoek is geen rekening gehouden met de hiërarchie van diagnoses zoals die in de DSM-III zijn beschreven. De DIS zelf biedt wel de mogelijkheid om na scoring de DSM-III-regels toe te passen op de gegevens doordat zij elke diagnose die mogelijk door een andere wordt uitgesloten een andere code geeft. Noch in het onderzoek van Rounsaville noch in het NIMH Epidemiologic Catchment Area Program worden echter de DSM-III-hiërarchieën gebruikt. Er zijn uit de literatuur argumenten aan te voeren om ze ook als voorlopige algoritmen te beschouwen. Boyd en collega's (1984) vonden in hun onderzoek dat de aandoeningen die volgens de beslisbomen van de DSM-III zouden moeten worden uitgesloten, niet alleen zeer frequent te zamen met de hoofddiagnose optraden, maar dat de kans op het hebben van een tweede aandoening, eenmaal een stoornis hebbend van welke aard en orde ook, aanzienlijk groter was dan men zou verwachten. Breier en zijn medewerkers (1984) vonden verder dat stoornissen die door hogere-ordediagnosen zouden worden uitgesloten bij zorgvuldige reconstructie in de tijd veelal onafhankelijk van de hoofddiagnose bleken voor te komen op een eerder of later tijdstip dan de hogere-ordediagnose aanwezig was. Zij veronderstellen dat er wellicht een gemeenschappelijk pathogenetisch proces aan dit soort aandoeningen ten grondslag ligt dat zich op verschillende manieren in de tijd manifesteert.

Voor de convergente validering van de middels de DIS verkregen DSM-III-classificaties met de andere instrumenten, hebben we gebruik gemaakt van het gehele bestand van onderzochten zonder deze verder op groep onder te verdelen. Hoewel Luteijn (1985) de NPV concipieerde met het doel een breed opgezette persoonlijkheidsvragenlijst te hebben die invariante dimensies van de persoonlijkheid zou kunnen identificeren, lijkt de NPV zich toch niet strikt tot dit terrein te beperken. Zowel in zijn onderzoek als ook in het onze, werd bij voorbeeld een grote samenhang geconstateerd tussen de NPV-IN-schaal, de Zung-depressielijst en de VOEG. De grote mate van samenhang tussen de NPV-IN-schaal, de VOEG, Zung, Taylor en Hamilton-depressie-

lijst, werd door ons gezien als een maat voor 'neuroticisme'.

De inhoud van de DSM-III-classificaties blijkt steeds consistent te zijn met door NPV-schalen gemeten dimensies die ook verondersteld worden ten grondslag te liggen aan bedoelde classificaties. Vermeldenswaard is verder dat Luteijn (1985) van mening is dat er na twee jaar een hertesting moet plaats vinden, hetgeen erop duidt, dat er kennelijk factoren zijn die variantie in de persoonlijkheidsdimensies veroorzaken. Mogelijk betreft het dezelfde soort oorzaken die ook van invloed zijn op de DIS-gegevens. De hoge samenhang tussen NPV-schalen en de DSM-III-classificaties sterkt op zich ook het vertrouwen in de NPV. Craig (1979) moest constateren dat de Minnesota Multi-Phasic Inventory, vaak gebruikt als diagnostisch instrument bij onderzoek onder verslaafden, de meesten van hen als 'sociopaath' of 'psychopaath' identificeerde.

Bedoelde studies echter kennen grote methodologische fouten, maar belangrijker nog is dat de zogenaamde 'deviantieschaal' waarmee bovenstaande 'diagnosen' werden gesteld in wezen items bevat die depressieve symptomatologie meten. De consequenties van de bevindingen uit de MMPI-studies zijn niettemin groot geweest voor de behandeling van drugverslaafden. Van een behandelingsoptiek kon immers nauwelijks nog sprake zijn wanneer iemand 'sociopaath' of 'psychopaath' was. Ook de Nederlandse volledige versie van de MMPI en de verkorte versie ervan blijken onvoldoende valide terwijl de volledige versie daarbij ook nog onvoldoende betrouwbaar is (J. Nuttin, B. Beuten 1962; F. Luteijn, A.R. Kok, F.A.E. v.d. Ploeg 1980; P.J. Dingemans, M.L. Frohn-de Winter 1983). De tot op heden verkregen resultaten uit studies waarin de MMPI is gebruikt, stroken dan ook vaak niet met de bevindingen uit psychiatrisch onderzoek.

Conclusies

Met betrekking tot de vraag naar de eigenschappen van het door ons gebruikte instrumentarium kunnen we op basis van dit onderzoek concluderen dat: (1) de samenhangen tussen de DSM-III-classificaties verkregen middels de DIS en de psychometrische gegevens zodanig zijn dat zowel het vertrouwen in de validiteit van de DIS als het vertrouwen in de tests zelf, gesterkt is. (2) Gezien de grote samenhang tussen de Zung en de Hamilton kan men vaststellen dat de onderzochten de zelfinvullijsten betrouwbaar lijken in te vullen. De verregaande convergentie in de uitkomsten op alle lijsten en de DSM-III-classificaties, geeft steun aan een dergelijke conclusie. Zo vinden wij bij voorbeeld bij patiënten met een DSM-III-classificatie 'depressie in engere zin' tevens hogere scores op de Zung en de Hamilton en een lagere score op de zelfwaarderingsschaal van de NPV, dan bij al de andere patiënten die niet een dergelijke classificatie kregen. Bij patiënten met een classificatie 'antisociale persoonlijkheid' vinden we een significant grotere mate

van externalisatie en egocentrisme. Patiënten met een 'angststoornis' of een 'obsessief compulsieve stoornis' hebben naast hun hoge scores op de VOEG, Hamilton, Zung, Taylor en NPV-IN-schaal tevens een bij deze beelden passende hogere rigiditeitsscore en een lage dominantiescore. Met betrekking tot de vraag naar het voorkomen van psychiatrische syndromen bij drug- en alcoholverslaafden naast hun diagnose drug- of alcoholafhankelijkheid, kunnen we vaststellen dat onder die drug- en alcoholverslaafden die zich bij de behandelcentra hebben aangemeld voor deelname aan ons onderzoek veel psychopathologie voorkomt, waarbij de depressieve problematiek de boventoon voert. Dit moet echter als een voorlopige bevinding worden beschouwd, gezien de redenen die in de discussie uitgebreid aan de orde zijn geweest.

Onze dank gaat uit naar alle onderzoekers op het CAD West- en Midden-Brabant (locaties Breda en Tilburg), het CAD Limburg, Verslavingskliniek 'Welland' te Heerlen en de Hulppost voor Drugverslaafden te Arnhem.

Wij bedanken mevr. W. Edelbroek voor de administratieve ondersteuning en de verwerking van de gegevens (secretaresse afdeling Hulpverlening FZA).

Wij danken drs. Barbara Besier voor haar hulp bij de onderzoeken op het AMC te Amsterdam.

Literatuur

- Boyd, J.H., J.D. Burke, E. Gruenberg, C.E. Holzer, D.S. Rae, L.K. George, M. Karno, R. Stoltzman, L. McEvoy en G. Nestadt (1984), Exclusion criteria of DSM-III, *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 10, 983-989.
- Breier, A., D.S. Charney en G.R. Heninger (1984), Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder, *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 12, 1129-1135.
- Craig, J.Ph.D. (1979), Personality characteristics of heroin addicts: a review of the empirical literature with critic - Part II, *Int. J. Addictions* 14, 5, 607-626.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1980), 3e dr., APA, Washington DC.
- Dingemans, P.M.A.J., en M.L. Frohn-De Winter (1983), *Documentatietests en testresearch, aanvullingen 1983*. NIP, Amsterdam.
- Dingemans, P.M.A.J., H. van Engeland, J.H. Dijkhuis en J. Bleeker (1985), De 'Diagnostic Interview Schedule' DIS. T. v. *Psychiatrie*. 27, 5, 341-347.
- Dirken, J.M. (1967), *Arbeid en stress: het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties*, Tjeenk Willink, Groningen.
- Dorus, W., en E.C. Senay (1980), Depression, demographic dimensions and drug-abuse. *Am. J. Psychiatry*, 137, 6, 600-704.
- Eaton, W.W. (1981), The epidemiologic catchment area program of the National Institute of Mental Health. *Public Health Reports* 96, 319-325.
- Eaton, W.W., M.M. Weissman, J.C. Anthony, L.N. Robins, D.G. Blazer en M. Karno (1985), *Epidemiologic field methods in psychiatry*. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program, Academic Press Inc., New York.
- Geerlings, P.J. (1985), Psychodynamiek van drugverslaving. In: J. van Limbeek

- (red.), *Psychiatrie en verslavingszorg*, FZA, Bilthoven.
- Limbeek, J. van (1985), Psychiatrische problematiek bij drugverslaafden. In: J. van Limbeek (red.), *Psychiatrie en verslavingszorg*. FZA, Bilthoven.
- Luteijn, F., A.R. Kok en F.A.E. v.d. Ploeg (1980), *NVM, Nederlandse verkorte MMPI, Handleiding*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Luteijn, F., J. Starren en H. van Dijk (1985), *Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst*. Herziene uitgave, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- McLellan, A.T., L. Luborsky, G.E. Woody, C.P. O'Brien, A. Keith en A. Druley (1980), The addiction severity index. In: E. Gotthell e.a. (eds.), *Substance abuse and psychiatric illness*, Pergamon Press.
- McLellan, A.T., L. Luborsky, G.E. Woody, C.P. O'Brien, A. Keith en A. Druley, Predicting response to alcohol and drug abuse treatments, *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A.T., A.R. Childress, J. Griffithen G.E. Woody (1984), The psychiatrically severe drug abuse. Patient: methadone maintenance or therapeutic community? *Am. J. Drug Alc. Abuse*, 10 (1), 77-95.
- NIMH Diagnostic Interview Schema Version III (1984), Vert. en bewerking: Projectgroep Verslaving FZA/AZUA/SWOAD. FZA, Bilthoven.
- NIMH Diagnostic Interview Schedule Version III (1986), Vert. en bewerking: P.M.A.J. Dingemans, P.J. Geerlings, J. van Limbeek en D. Linszen. In bewerking.
- Nuttin, J., en B. Beuten (1969), In: R.S.H. Visser, J.C. van Vliet-Mulder, A. Evers en J. ter Laak (red.), *Documentatietests en Testresearch*. NIP, Amsterdam 1982.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, J. Croughan, S. Kathryn en Ratcliff (1981), National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, M.M. Weissman, H. Orvaschel, E. Gruenberg, J. Burke en D.A. Regier (1984), Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 949-958.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, H. Orvaschel, J.C. Anthony, D.G. Blazer, A. Burnam en J.D. Burke (1985), The Diagnostic Interview Schedule. In: W.W. Eaton en A.G. Kessler (eds.), *Epidemiologic field methods in psychiatry*. Academic Press, New York.
- Rounsaville, B.J., M.M. Weissman, H. Kleber en C. Wilber (1982), Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 161-166.
- Rounsaville, B.J., en H.D. Kleber (1985), Untreated opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 11, 1072-1080.
- Spitzer, R., J. Endicott en E. Robins (1978), Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 773-782.
- Weissman, M.M., F. Slobetz, B. Prusoff, M. Mezritz en P. Howard (1976), Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *Am. J. Psychiatry*, 133, 12, 1434-1438.
- Woody, G.E., L. Luborsky, A.T. McLellan, C. O'Brien, A.T. Beck, J. Blaine, I. Herman en A. Hole (1983), Psychotherapy for opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 639-645.

Schrijvers zijn respectievelijk: arts, onderzoeksmedewerker, Federatie van Instellingen voor Alcohol en Drugs, Bilthoven; psycholoog-psychotherapeut, onderzoeker, afdeling psychiatrie, AZUA Amsterdam; psychiater, plv. hoofd afdeling psychiatrie, AZUA Amsterdam; psycholoog, onderzoeker, afdeling psychiatrie, AZUA Amsterdam; zenuwarts, medisch directeur psychiatrisch centrum 'Welterhof', Heerlen; psycholoog, onderzoeker, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Alcohol en Drugs, Amsterdam; en arts, onderzoeksassistent Centrum voor Verslavingszorg 'Zeestraat' (medisch directeur J. Börger, psychiater).