

Dubbele Diagnose, Dubbele hulp

Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling

Stuurgroep

Chris van der Meer
Vincent Hendriks

Projectteam

Tineke Posthuma
Rob Vos

Parnassia Addiction Research Center

Margreet Kerkmeier
Peter Blanken
Cora de Klerk

Den Haag, december 2003

Woord vooraf

Voor u ligt het rapport Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, richtlijnen bij diagnostiek en behandeling. Het rapport is het eindresultaat van het project Dubbele Diagnose uitgevoerd bij Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum.

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren. De deelnemende instellingen aan dit ontwikkelcentrum zijn: Brijder Verslavingszorg (Alkmaar), Jellinek (Amsterdam), Novadic (Sint-Oedenrode) en Verslavingszorg Parnassia (Den Haag). Het Ontwikkelcentrum Kwaliteit is een van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

Het rapport bevat instrumenten en richtlijnen voor de screening op en het diagnosticeren van dubbele diagnoseproblematiek. De richtlijnen zijn voorzien van handleidingen en aanbevelingen voor de praktijksituatie in verslavingszorg en psychiatrie.

Ten aanzien van de behandeling van dubbele diagnose wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste wetenschappelijke inzichten. Hierbij is geprobeerd om zo concreet mogelijk aanbevelingen te doen, er worden echter geen behandelrichtlijnen gegeven.

Ten aanzien van de implementatie van de aanbevelingen worden in paragraaf 5 van hoofdstuk 2 enkele opmerkingen gemaakt. De uiteindelijke implementatietrajecten zullen toegespitst moeten worden op de specifieke instelling of afdeling.

De bevindingen zijn in eerste instantie bedoeld voor behandelaars in psychiatrie en verslavingszorg die te maken hebben of krijgen met dubbele diagnosepatiënten. Daarnaast kunnen de richtlijnen nuttig zijn voor behandelaars buiten de genoemde sectoren of beleidsmakers.

Het rapport is opgedeeld in drie hoofdstukken: In hoofdstuk één worden het begrip dubbele diagnose, de epidemiologie en etiologie behandeld en wordt de opzet van het project beschreven. Hoofdstuk twee behandelt de resultaten van het literatuuronderzoek en van de

pilotonderzoeken en de richtlijnen en aanbevelingen die daaruit te destilleren zijn. Het derde hoofdstuk bevat de binnen het project voorgestelde screenings- en assessmentinstrumenten, inclusief handleidingen en richtlijnen.

In de bijlagen vindt u naast een volledig verslag van de pilotonderzoeken, de gehele literatuurstudies. Wanneer in de drie hoofdstukken geput is uit het literatuuronderzoek, verwijzen de referentienummers rechtstreeks naar de bijbehorende pagina in de studies, hier kunt u dan de bijbehorende literatuurreferentie vinden.

In de tekst wordt de term patiënt gehanteerd en niet cliënt. Deze beslissing is gemaakt op pragmatische gronden: voor de door ons beoogde doelgroep is patiënt het meest gangbaar. Zowel de term patiënt als cliënt heeft voor- en nadelen, hieromtrent bestaat bij ons geen principiële voorkeur.

Het project was niet mogelijk geweest zonder de inzet van een groot aantal personen. Graag willen wij de volgende mensen bedanken: Bas van der Hoorn, Hans van Nes, Petra Bervoets en Han Luykx (de werkgroep).

Nico Boersen, Annette Ruijssink, Parnassia Research Center, werkgroep en stuurgroep OC Kwaliteit en innovatie van zorg en Marloes van Es.

Voor hun bijdrage aan de pilots: Frank Huismans, Jane Beck, Wilma Neuman, Fred van Essen, Frans Kramer, Arnoud Naborgh, Lianne v/d Neefe, Tony Bloemendaal, Kathy van der Zwan, Adrie de Geus. De teams die hebben deelgenomen aan de pilots: Centrum Langdurende Zorg (Rijngest Groep, Oegstgeest), Transmuraal zorgteam Spectrum / Duinland / Prinsengracht (Parnassia GGZ voor Volwassenen I), transmuraal zorgteam Midsland / Prinsengracht (Parnassia GGZ voor Volwassenen II).

Namens stuurgroep en projectteam,

Rob Vos
projectleider

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding en methode		Opmerkingen over best practice behandeling bij middelengebruik	44
1.	Inleiding	10	3. Specifieke combinaties van psychopathologie en middelengebruik	45
1.1	Dubbele diagnose, begripsbepaling en epidemiologie	10	3.1 Schizofrenie	46
1.2	Etiologie van dubbele diagnose	15	3.1.1 <i>Schizofrenie en middelengebruik</i>	
1.3	Doel van het project Dubbele Diagnose Parnassia	15	3.1.2 <i>Aanbevelingen</i>	
1.3.1	<i>Resultaten Scores</i>		3.2 Bipolaire stoornis	48
1.3.2	<i>Doelstellingen van het project</i>		3.2.1 <i>Bipolaire stoornis en middelengebruik</i>	
			3.2.2 <i>Aanbevelingen</i>	
2.	Methode	17	3.3 Depressie	51
2.1	Opzet van het project	17	3.3.1 <i>Depressie en middelengebruik</i>	
2.2	Overzicht van de literatuurstudies	17	3.3.2 <i>Aanbevelingen</i>	
			3.4 Angststoornissen	53
Hoofdstuk 2	Resultaten en aanbevelingen		3.4.1 <i>Angststoornissen en middelengebruik</i>	
1.	Bevindingen ten aanzien van screening en assessment bij dubbele diagnose	20	3.4.2 <i>Aanbevelingen</i>	
1.1	Inleiding	20	3.5 Persoonlijkheidsstoornissen	54
1.2	Screening en assessment middelengebruik	22	3.5.1 <i>Aanbevelingen</i>	
1.2.1	<i>Screening</i>		4. Verslag van het pilotonderzoek, samenvatting	56
1.2.2	<i>Screening op middelengebruik, conclusie en richtlijnen</i>		4.1 Onderzoeksopzet	56
1.2.3	<i>Assessment</i>		4.1.1 <i>Pilot screening en assessment van middelengebruik</i>	
1.2.4	<i>Assessment van middelengebruik, conclusie en richtlijnen</i>		4.1.2 <i>Pilot screening en assessment van psychopathologie</i>	
1.3	Screening en assessment psychopathologie	29	4.1.3 <i>Vraagstelling</i>	
1.3.1	<i>Screening</i>		4.2 Resultaten	57
1.3.2	<i>Assessment</i>		4.2.1 <i>"Geven de richtlijnen voldoende handvatten om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen en tot een indicatie te komen tijdens de diagnostiekfase?"</i>	
1.3.3	<i>Assessment van psychopathologie, conclusie en richtlijnen</i>		4.2.2 <i>"Welke voor- en nadelen leveren de dubbele diagnose-richtlijnen tijdens het hele proces van de pilotstudie voor behandelaren?"</i>	
2.	Bevindingen ten aanzien van de behandeling van dubbele diagnose	33	5. Enige aanbevelingen voor het implementatieproces	60
2.1	Samenhang in behandeling tussen psychiatrie en verslavingszorg	33	5.1 Hindernissen	60
2.1.1	<i>Volgorde van behandelen</i>		5.2 Een implementatieplan	62
2.1.2	<i>Mate van integratie</i>		6. Overzicht van de belangrijkste aanbevelingen	64
2.1.3	<i>Conclusie en aanbevelingen</i>			
2.2	Bijkomende problematiek	37		
2.2.1	<i>Dakloosheid</i>			
2.3	Andere patiëntpopulaties	38		
2.3.1	<i>Etniciteit</i>			
2.3.2	<i>Vrouwelijke patiënten</i>			
2.4	Klinische en ambulante behandeling	39		
2.5	Motivatie	39		
2.5.1	<i>Theoretisch kader en screening</i>			
2.5.2	<i>Motiverende gespreksvoering</i>			
2.5.3	<i>Conclusie en aanbevelingen</i>			
2.6	Zelfhulpgroepen	42		
2.7	Abstinentie	42		
2.8	Medicamenteuze behandeling	42		
			Hoofdstuk 3	Instrumenten en handleidingen
			1.	Middelengebruik, screening en beoordeling
			1.1	Screening middelengebruik
			1.2	Assessment middelengebruik
			2.	Screening en beoordeling psychopathologie (MINI)

	Bijlagen	
Bijlage 1	Verslag van de pilotstudies	123
1	Opzet van de pilot	124
2	Resultaten	128
3	Conclusies en aanbevelingen	134
Bijlage 2	Motiverende gespreksvoering	137
Bijlage 3	Beschrijving PZD / RPZD	141
Bijlage 4	Screeningsinstrumenten naar psychoactief middelengebruik bij ernstig psychiatrische patiënten	145
1	Inleiding	146
2	Methode	150
3	Resultaten	151
3.1	<i>Alcohol Dependence Scale (ads)</i>	154
3.2	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	154
3.3	<i>CAGE</i>	155
3.4	<i>cage-Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)</i>	157
3.5	<i>Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI)</i>	158
3.6	<i>Drug Abuse Screening Test (DAST)</i>	158
3.7	<i>MacAndrew Alcoholism Scale (MAC)</i>	159
3.8	<i>Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)</i>	160
3.9	<i>Short Michigan Alcoholism Screening Test (S-MAST)</i>	161
3.10	<i>Reasons for Drug Use Screening Test (RDU)</i>	162
3.11	<i>Severity of Dependence Scale (SDS)</i>	162
3.12	<i>T-ACE, TWEAK EN NET</i>	162
3.13	<i>Andere screeningsbenaderingen</i>	164
4	Conclusies	166
Bijlage 5	Assessment van middelengebruik bij psychiatrische patiënten	173
1	Inleiding	174
2	Methode	174
3	Resultaten	175
A.	Instrumenten	175
3.1	<i>ASI Addiction Severity Index</i>	175
3.2	<i>AUDADIS Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule</i>	177
3.3	<i>CIDI Composite International Diagnostic Interview</i>	178
3.4	<i>DIS Diagnostic Interview Schedule</i>	179
3.5	<i>MAP Maudsley Addiction Profile</i>	179
3.6	<i>OTI Oplate Treatment Index</i>	180
3.7	<i>SAAST Self-Administered Alcoholism Screening Test</i>	181
3.8	<i>SCID Structured Clinical Interview for DSM-disorders</i>	181
3.9	<i>SSAGA Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism</i>	183
B.	Andere benaderingen	184
3.10	<i>Andere mensen</i>	184
3.11	<i>Klinische interviews</i>	185
3.12	<i>Lichamelijke metingen</i>	186
4	Conclusie	188

Bijlage 6	Instrumenten voor het vaststellen van motivatie tot gedragsverandering bij ernstig psychiatrische patiënten met comorbide psychoactief middelen gebruik	191
1	Inleiding	192
2	Methode	194
3	Resultaten	196
3.1	<i>Prochaska, DiClemente & Norcross' five stage algorithm</i>	196
3.2	<i>University of Rhodes Island Change Assessment Scale (URICA)</i>	197
3.3	<i>Stages Of Change And Treatment Eagerness Scale [SOCRATES]</i>	198
3.4	<i>Readiness to Change Questionnaire [RCQ]</i>	198
3.5	<i>Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability (CMRS)</i>	201
3.6	<i>TCU Motivation for Treatment</i>	201
3.7	<i>Substance Abuse Treatment Scale</i>	202
3.8	<i>Treatment Attitude Profile (TAP)</i>	203
3.9	<i>Recovery Attitude And Treatment Evaluator - Questionnaire I (RAATE-QI)</i>	203
4	Samenvatting en discussie	205
5	Conclusie	209
Bijlage 7	Screening en assessment van psychopathologie bij verslaafde patiënten	215
1	Inleiding	216
2	Methode	219
3	Resultaten	221
3.1	<i>Index of suspicion</i>	221
3.1	<i>ASI Addiction Severity Index</i>	222
3.1	<i>GHQ General Health Questionnaire</i>	227
3.1	<i>K6 en K10</i>	228
3.1	<i>MINI Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	230
3.1	<i>SCL-90 Symptoms checklist en BSI Brief Symptom Inventory</i>	232
3.1	<i>PDSQ Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire</i>	234
3.1	<i>CIDI Composite International Diagnostic Interview</i>	236
3.1	<i>SCID Structured Clinical Interview for DSM-disorders</i>	237
3.1	<i>SSAGA Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism</i>	239
4	Conclusie	241
Bijlage 8	Evidence based behandeling voor dubbele diagnosepatiënten	245
1	Inleiding	246
2	Methode	248
3	Resultaten	249
	Effectiviteit dubbele diagnosebehandelingen in het algemeen	250
1.1	<i>To integrate or not to integrate</i>	250
1.2	<i>Overige belangwekkende thema's voor dubbele diagnosebehandeling</i>	253
	Specifieke stoornissen in combinatie met middelengebruik	256
2.1	<i>Schizofrenie</i>	256
2.2	<i>Bipolaire stoornis</i>	260
2.3	<i>Depressie</i>	264
2.4	<i>Angst</i>	272
2.5	<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	277
	Speciale populaties	284
3.1	Daklozen	284
3.2	Vrouwen	286
	Literatuurlijst	290

Hoofdstuk 1 **Inleiding en methode**

1. Inleiding

1.1 Dubbele diagnose, begripsbepaling en epidemiologie

Het samengaan van psychiatrische stoornissen en verslavingszorgproblematiek is iets dat bijna elke behandelmedewerker in de psychiatrie of in de verslavingszorg dagelijks meemaakt. Zowel voor diagnostiek als behandeling is dubbele problematiek vaak frustrerend. De term dubbele problematiek lijkt in dit verband een versimpeling van de werkelijkheid. Het gaat niet om twee naast elkaar bestaande aandoeningen, de verslaving en psychiatrische ziekte beïnvloeden elkaar op een complexe manier.

In de verslavingszorg en in de psychiatrie is het beseft gegroeid dat het samengaan van verslavingsproblematiek en een psychiatrische stoornis sterke negatieve consequenties heeft voor het behandelproces. Echter in beide sectoren zit men vaak met de handen in het haar, omdat men de deskundigheid mist om de problematiek adequaat te kunnen diagnosticeren en vervolgens te behandelen.

De dubbele diagnoseproblematiek omvat de psychiatrische stoornissen die vallen onder Severe Mental Illness (SMI) en relevant middelengebruik. Relevant wil in dit geval zeggen dat het middelenmisbruik of de middelenafhankelijkheid van invloed is op de psychiatrische stoornis of de psychopathologie invloed heeft op het middelenmisbruik ten aanzien van het beloop, de behandeling of de prognose. Voor psychiatrische patiënten geldt vaak dat relatief gering middelengebruik al invloed heeft op het beloop en de prognose van de stoornis.

Middelenmisbruik* heeft naast algemene negatieve gevolgen zoals sociale, economische en lichamelijke problemen ook specifieke risico's voor de psychiatrische behandeling.¹⁶⁶ De kans op psychotische symptomen wordt vergroot¹⁶⁶ en de therapietrouw vermindert.¹⁴⁶ De psychiatrische stoornis beïnvloedt op haar beurt de verslavingszorgbehandeling, ook hier is sprake van verminderde therapietrouw en een vergrote kans op terugval.

De wetenschappelijke gegevens die over dubbele diagnose beschikbaar zijn, geven maar een beperkt inzicht: alle onderzoekers gebruiken andere populaties, andere instrumenten en andere methoden, zodat cijfers slecht vergelijkbaar zijn gebleken. Voor de praktijk van de hulpverlening geeft dit weinig houvast (Noorlander, 1999).

Aan middelen gebonden stoornissen gaan vaak samen met ernstige psychiatrische stoornissen (Hendriks en van Nes, Parnassia 2003). Een grootschalig onderzoek in Amerika kwam met de volgende prevalentiegegevens van misbruik en afhankelijkheid van middelen:

- > binnen de algemene bevolking bedraagt het percentage personen dat te kampen heeft met middelenmisbruik of afhankelijkheid 16%;
 - > bij mensen met een psychiatrische stoornis is dit 29%;
 - > personen met een ernstige psychiatrische stoornis lopen een groot risico om tevens verslavingsproblemen te ontwikkelen. Bij schizofrenie is dit in 47% van de gevallen en bij een bipolaire stoornis zelfs 56% (Rogier e.a., 1990).
- Er zijn schattingen voor de Nederlandse situatie gedaan door het Trimbos-instituut (Rooijen, 2001). Deze schattingen laten zien dat:
- > 20 - 50% van de GGZ-populatie kampt met verslavingsproblemen en
 - > 60 - 80% van de patiënten in de verslavingszorg heeft psychiatrische problemen.

* Middelenmisbruik moet in deze publicatie niet opgevat worden in de technische, DSM-IV zin, maar in algemene zin, dus inclusief afhankelijkheid.

Stoornissen in het gebruik van middelen bij patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis worden vaak over het hoofd gezien en hierdoor te weinig gediagnosticeerd (Ananth e.a., 1990; Shaner e.a., 1993). Als gevolg hiervan wordt er binnen de behandeling onvoldoende rekening gehouden met dit middelengebruik. Inadequate diagnostiek kan leiden tot een onjuiste behandeling. Wanneer het middelengebruik niet binnen de behandeling wordt meegenomen, kan dit leiden tot slechtere resultaten zoals terugval en heropnames (Drake e.a., 1998), meer dak- en thuisloosheid (Caton e.a., 1994), geweld (Lindqvist en Allebeck, 1989) en in algemene zin, grotere psychologische en economische kosten (Bartels e.a., 1993; Safer, 1987; Shaner e.a., 1995).

Verslaving

In de wetenschap is de term verslaving in onbruik geraakt en onder invloed van de World Health Organisation en de American Psychiatric Association (APA) is de term vervangen door middelenmisbruik en -afhankelijkheid. In de DSM-IV-classificatie wordt gesproken van '*aan een middel gebonden stoornissen*' (APA, 1994). Met de middelen worden psychoactieve middelen bedoeld, dat wil zeggen: stoffen die verandering in het psychisch functioneren teweegbrengen. Daaronder vallen alcohol, drugs, geneesmiddelen en toxische stoffen (vergiften). DSM-IV onderscheidt los van stoornissen in het gebruik van middelen (misbruik en afhankelijkheid), ook stoornissen door het gebruik van middelen zoals intoxicatie, onthoudingsverschijnselen, psychiatrische klachten.

De aan middelen verbonden stoornissen worden in de DSM-IV-classificatie per psychoactief middel behandeld. De stoornissen zijn onderverdeeld in:

- A. stoornissen *in* het gebruik van een middel;
 - B. stoornissen *door* het gebruik van een middel.
- A. Onder stoornissen in het gebruik van een middel vallen afhankelijkheid en misbruik.

Diagnostische criteria voor afhankelijkheid van een middel:

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie of meer van de volgende verschijnselen in een periode van twaalf maanden:

1. Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende verschijnselen:
 - a. behoefte aan toenemende hoeveelheden van het middel om intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
 - b. verminderend effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid.
2. Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van het volgende:
 - a. er is sprake van het voor het middel karakteristieke onthoudingsyndroom;
 - b. de persoon gebruikt hetzelfde (of een nauw daaraan verwant) middel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
3. Het gebruik van grotere hoeveelheden of gedurende langere tijd dan het plan was.
4. De persoon heeft de aanhoudende wens om het gebruik van een middel te verminderen of te beheersen, of heeft weinig succesvolle pogingen daartoe ondernomen.

5. Een groot deel van de tijd wordt besteed om aan het middel te komen, het te gebruiken, of om te herstellen van de effecten ervan.
6. Het opgeven of verwaarlozen van belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding vanwege het gebruik van het middel.
7. Voortgezet gebruik ondanks het besef dat er aanhoudende of terugkerende sociale, psychische of lichamelijke problemen ontstaan door gebruik van het middel.

Diagnostische criteria voor misbruik van een middel zijn volgens DSM-IV:

1. Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit ten minste één van de volgende verschijnselen in een periode van twaalf maanden:
 - a. herhaald gebruik van een middel met als gevolg dat niet meer voldaan kan worden aan de verplichtingen op het werk, school of thuis;
 - b. herhaald gebruik van het middel in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed);
 - c. herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie;
 - d. voortgezet gebruik van het middel ondanks de problemen op sociaal of interpersoonlijk gebied die eruit voortvloeien.
2. De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria voor afhankelijkheid van een middel.
- B. Stoornissen door het gebruik van een middel zijn de volgende stoornissen (die door het gebruik van een middel veroorzaakt worden): intoxicatie, onthouding, persisterende dementie, delirium, persisterende amnestische stoornis, stemmingsstoornis, angststoornis, seksuele disfunctie en slaapproblemen.

Diagnostische criteria voor intoxicatie door een middel:

1. Het ontstaan van een omkeerbaar middelspecifiek syndroom als gevolg van het recent gebruik van (of blootstelling aan) een middel.
2. Veranderingen in het gedrag of het psychisch functioneren die het gevolg zijn van het effect van het middel op het centrale zenuwstelsel. De veranderingen zijn duidelijk onaangepast en ontstaan tijdens of vlak na het gebruik van het middel.
3. De verschijnselen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Diagnostische criteria voor onthouding van een middel:

1. Het ontstaan van een middelspecifiek syndroom als gevolg van het stoppen (of verminderen) van het gebruik van een middel dat men voordien gedurende lange tijd en in aanzienlijke hoeveelheden gebruikte.
2. Het middelspecifieke syndroom veroorzaakt duidelijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren.

3. De verschijnselen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

De DSM-IV onderscheidt 11 (groepen) middelen en een restcategorie 'overige middelen'. De middelen worden onderverdeeld in drie groepen: verdovende middelen, stimulerende middelen en bewustzijnsveranderende middelen.

Verdovende middelen

Hieronder vallen alcohol, opiaten, sedativa en hypnotica; zij hebben een bewustzijnsverlagend effect.

Daarnaast hebben deze middelen een pijndepnd effect en wordt de werking van het centrale zenuwstelsel geremd: lage hartslag, langzame ademhaling, lage temperatuur, verminderde seksuele interesse, vertraagde darmwerking en kleine pupillen (pinpoint). De patiënt is suf en slaperig en kan bij een hoge dosis bewusteloos raken.

Stimulerende middelen

Dit zijn amfetaminen, cocaine, cafeïne en nicotine. Deze middelen hebben een stimulerende werking op het centrale zenuwstelsel. Bij een lage tot normale dosis zijn de effecten aange naam, de gebruiker is energiek en opgewekt, praat veel, denkt helder en kan lichamelijk en geestelijk veel presteren. Bij een te hoge dosis worden de gebruikers angstig, prikkelbaar, achterdochtig en rusteloos. Ze kunnen last hebben van hartkloppingen, misselijkheid, braken, duizeligheid, slapeloosheid en hoofdpijn. Intoxicatie gaat meestal gepaard met een toegenomen bloeddruk, snellere ademhaling en hartslag en een hogere lichaamstemperatuur.

Bewustzijnsveranderende middelen

De zogenaamde 'tripmiddelen'. Onder deze middelen vallen cannabis, fencyclidine, hallucinogenen en vluchtige stoffen. Door gebruik ervan veranderen zintuiglijke gewaarwordingen. Muziek klinkt anders (het wordt beleefd als mooier, dieper en intenser, terwijl achtergrondgeluiden scherper worden waargenomen) en de wereld ziet er anders uit (de gebruiker ziet van alles wat er niet is en kleuren en diepte zijn intenser). Bij hoge doseringen kan de patiënt verward overkomen of zelfs in paniek zijn.

Psychopathologie

In de meest strikte vertaling verstaan we onder psychopathologie de wetenschap of studie van het geestelijk of psychisch lijden (Vandereycken, 1994).

In de hedendaagse psychiatrie worden psychopathologische symptomen samengevat tot één geheel en geclassificeerd om tot een diagnose te komen. Deze verzameling is dan iets dat vaker voorkomt als een herkenbaar toestandsbeeld, waarvoor bepaalde behandelmethoden vereist zijn (Reedijk, 1998). Classificatie van psychopathologische verschijnselen is niet het in hokjes plaatsen van mensen, maar het ordenen van menselijke gedragingen, ervaringen, belevingen en eigenschappen. Classificatie maakt het mogelijk de verschijnselen te ordenen die zich voordoen bij mensen met psychische problematiek. Het doel van een dergelijk systeem is allereerst om een duidelijke beschrijving te kunnen geven van de problematiek en om overeenkomstige problemen te kunnen herkennen. Daarnaast kan zo'n beschrijving aanknopingspunten bieden voor behandeling.

Het meest gebruikte classificatiemodel is de DSM-IV.

In de DSM-IV wordt de problematiek van een patiënt beschreven op vijf assen:

- As I Klinische stoornissen;
- As II Persoonlijkheidsstoornissen (en zwakzinnigheid);
- As III Somatische aandoeningen;
- As IV Psychosociale en omgevingsproblemen;
- As V Algemene beoordeling voor het functioneren.

De hoofdcategorieën van As I en As II uit de DSM-IV zijn:

Hoofdcategorieën As I

- > Stoornissen die meestal voor het eerst worden gediagnosticeerd in de zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of de adolescentie
- > Delirium, dementie, en amnestische en andere cognitieve stoornissen
- > Schizofrene en andere psychotische stoornissen
- > Stemmingsstoornissen
- > Angststoornissen
- > Somatoforme stoornissen
- > Nagebootste stoornissen
- > Dissociatieve stoornissen
- > Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
- > Eetstoornissen
- > Slaapstoornissen
- > Stoornissen in de impulsbeheersing (niet elders geassocieerd)
- > Aanpassingsstoornissen

Hoofdcategorieën As II, persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornis	Kenmerken
<i>Cluster A (het 'bizarre' cluster)</i> Paranoïde persoonlijkheid	wantrouwen en achterdocht, waarbij de persoon anderen verdenkt van kwade bedoelingen.
Schizoïde persoonlijkheid	weinig of geen behoefte aan de omgang met anderen, beperking in het uitdrukken van emoties.
Schizotypische persoonlijkheid	zich zeer ongemakkelijk voelen in de omgang met anderen, stoornissen in het denken en de waarneming, zonderling gedrag.
<i>Cluster B (het 'dramatische' cluster)</i> Antisociale persoonlijkheid	gebrek aan respect voor anderen, schending van de rechten van anderen.
Borderline persoonlijkheid	instabiliteit in de relaties met anderen, het zelfbeeld en de stemmingen, en opvallend impulsief gedrag.
Theatrale persoonlijkheid	overmatige emotionaliteit en zoeken van aandacht.
Narcistische persoonlijkheid	ideeën van eigen grootheid, behoefte aan bewondering, gebrek aan invoelend vermogen.
<i>Cluster C (het 'angstige' cluster)</i> Ontwijkende persoonlijkheid	sociale geremdheid, gevoel van minderwaardigheid, overgevoeligheid voor negatieve oordelen
Afhankelijke persoonlijkheid	ondergeschikt en vastklampend gedrag, een overmatige behoefte om te worden verzorgd.
Obsessief-compulsieve persoonlijkheid	sterk bezig met ordeelijkheid, perfectionisme en controle

De overige drie assen worden gebruikt om medische en psychosociale problemen en het algemene niveau van functioneren van een patiënt te beschrijven.

1.2 Etiologie van dubbele diagnose

Er zijn tal van theorieën over het ontstaan van dubbele problematiek, er is echter maar weinig bevestigd door onderzoek. Zo is men er lange tijd van uitgegaan dat middelengebruik een vorm van zelfmedicatie is.²⁴⁶ De patiënt gebruikt psychoactieve middelen om de psychiatrische symptomen of de bijwerkingen van de medicatie te onderdrukken. Ook wordt er gesproken van het secundair ontstaan van psychiatrische stoornissen, het middelengebruik zou de psychiatrische stoornis veroorzaken of uitlokken.²⁴⁶ De diversiteit van het gecombineerd vóórkomen van psychiatrische stoornissen en middelengebruik maakt een eenduidige etiologie al bij voorbaat onwaarschijnlijk.

De meest recente inzichten spreken van een sensitiviteitsmodel. Met dit model wordt betoogd dat psychiatrische patiënten door biologische kwetsbaarheid gevoeliger zijn dan anderen voor de effecten van psychoactieve middelen. Het gevolg is dat ook kleine hoeveelheden alcohol of drugs aanzienlijke negatieve gevolgen kunnen hebben.²⁴⁶ Ten aanzien van het beloop en de prognose van de behandeling laat de literatuur overduidelijk bewijs zien dat comorbiditeit geassocieerd is met een groot aantal ernstige problemen op diverse leefgebieden. Er is sprake van een grote kans op recidief, hospitalisatie, geringe therapietrouw, dakloosheid, depressiviteit en suicidaliteit, familieproblemen, agressie en chronische, maatschappelijke moeilijkheden, zoals werkloosheid en langdurige conflicten in de privé-sfeer.²⁴⁶

Het is in de praktijk erg moeilijk om de relatie tussen middelengebruik en psychiatrische problematiek te ontwarren. Dit maakt het bijna onmogelijk om een van de twee aandoeningen een causale rol te geven. Daarom is het beter om te spreken van wederzijdse beïnvloeding door twee stoornissen in plaats van oorzaak en gevolg proberen te achterhalen.

1.3 Doel van het project Dubbele Diagnose Parnassia

1.3.1 Resultaten Scoren

In 1998 zijn de gezamenlijke verslavingszorginstellingen in Nederland het zorgvernieuwingproject Resultaten Scoren gestart. Het project heeft zich, met ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid en onder coördinatie van GGZ Nederland, als doel gesteld een innovatieve prikkel te zijn voor de verslavingszorg in Nederland. Het streven is om de kwaliteit van de verslavingszorg te vergroten door het stimuleren van op onderzoek en wetenschappelijke inzichten gebaseerde methodieken (evidence based) en het meten, terugkoppelen en vergelijken van uitkomsten binnen de deelnemende verslavingszorginstellingen (Schippers, 2002).

Het werkveld van de verslavingszorg is binnen Resultaten Scoren opgedeeld in drie hoofdonderwerpen: Preventie en innovatie, Sociaal verslavingsbeleid en Kwaliteit en innovatie van zorg. Deze onderwerpen zijn verdeeld over groepen verslavingszorginstellingen in Nederland, die per onderwerp de ontwikkelcentra vormen. Verslavingszorg Parnassia vormt samen met Jellinek, De Bijlder en Novadic het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg.

Binnen het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg heeft men zich de afgelopen vijf jaar ingezet om protocollen op te stellen voor gangbare verslavingszorgbehandelingen. De behandelingen werden ontwikkeld volgens een uniforme procedure, het Masterprotocol. Op deze manier is in vijf jaar een 15-tal geprotocolleerde behandelingen ontwikkeld.

1.3.2 Doelstellingen van het project

Vanaf de start van Resultaten Scoren heeft Verslavingszorg Parnassia zich met het onderwerp dubbele diagnose beziggehouden. De doelstellingen van het project waren het ontwikkelen van protocollen en richtlijnen voor betere diagnostiek van dubbele diagnoseproblematiek en het opstellen van adviezen voor behandeling bij deze patiëntpopulatie. Voor de diagnostiek wilden we betrouwbare en eenvoudig te gebruiken screeningsinstrumenten ontwikkelen. De uitslagen van deze instrumenten vormen de basis voor adviezen ten aanzien van de behandeltoewijzing. Zowel bij screeningsinstrumenten als behandeltoewijzing is de wetenschappelijke literatuur leidend. De protocollen en adviezen zijn bedoeld voor elke behandelaar die te maken heeft met dubbele diagnoseproblematiek.

Verslavingszorg Parnassia was om twee redenen een geschikte instelling voor het ontwikkelen van de dubbele diagnoserichtlijnen. In de eerste plaats beslaat het zorgaanbod van Parnassia, psycho-medisch centrum bijna het gehele geestelijke gezondheidszorgspectrum. Parnassia bestaat uit de organisatieonderdelen GGZ voor Volwassenen 1 (psychotische stoornissen), GGZ voor Volwassenen 2 (DSM-IV As II stoornissen), GGZ voor Ouderen, Verpleeghuiszorg en Verslavingszorg. De korte lijnen tussen verslavingszorg en psychiatrie bevorderen de samenwerking en het uitwisselen van expertise.

In de tweede plaats beschikt Verslavingszorg Parnassia over een afdeling gespecialiseerd in dubbele problematiek. De afdeling PZD/RPZD is in 1996 opgestart en biedt klinische en ambulante zorg aan dubbele diagnosepatiënten. Een beschrijving van de afdeling is opgenomen als bijlage.

2. Methode

2.1 Opzet van het project

Binnen het project Dubbele Diagnose Parnassia is geprobeerd om optimaal mogelijk gebruik te maken van wetenschappelijke bevindingen en aanwezige expertise. De organisatie van het project was in handen van een tweehoofdige projectgroep. De grote lijnen zijn uitgezet door de stuurgroep Dubbele Diagnose Parnassia, waarin ook het onderzoeksinstituut Parnassia Addiction Research Center (PARC) was vertegenwoordigd. De inbreng van deskundigen werd gerealiseerd door het samenstellen van een werkgroep bestaande uit ervaren behandelaars uit verslavingszorg en psychiatrie. Door de nauwe banden met de psychiatrie in onze instelling was het daarnaast eenvoudig om deskundigen op specialistische gebieden om advies te vragen. Zo heeft het Parnassia Research Center (PRC), het onderzoeksinstituut van de psychiatrie binnen Parnassia, met advies en training bijgedragen aan de opzet van het psychopathologie- screeningsinstrument en de bijbehorende pilot.

Het project is vormgegeven volgens het Masterprotocol van Resultaten Scoren.

2.2 Overzicht van de literatuurstudies

Het PARC heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de beschikbare, relevante literatuur die verschenen is op het gebied van dubbele diagnose. De middelencomponent van dubbele diagnose is uitgesplitst naar alcohol, cannabis (marihuana), opiaten (heroïne) en cocaïne. Ten aanzien van de psychopathologie heeft het onderzoek zich met name gericht op de ernstige psychiatrische aandoeningen, de Severe Mental Illness (SMI).

Binnen de gevonden artikelen is gezocht naar randomized clinical trials (RCT), reviews en non-randomized clinical trials. Onder clinical trials wordt effectonderzoek bij patiënten verstaan. Randomized wil zeggen dat de patiënten aselect zijn toegewezen aan de te onderzoeken behandeling of aan de behandeling die dient als maatstaf (vaak de standaardbehandeling of bij medicijnen een placebo). Indien de patiënt niet weet welke behandeling hij krijgt spreken we van singleblind onderzoek, bij dubbele blind onderzoek is ook de behandelaar niet op de hoogte (met name toepasbaar bij medicijnonderzoek). Begrijpelijkerwijs hebben de randomized clinical trials, mits goed uitgevoerd, de meeste empirische kracht en hebben daarom de meeste waarde bij het bepalen van de evidentie van een behandeling. De reviews zijn overzichten van de relevante literatuur over een bepaald onderwerp.

Er is specifiek gezocht naar evidentie voor de dubbele diagnosepopulatie. Als er in de wetenschappelijke literatuur geen aanwijzingen te vinden waren voor deze doelgroep, is uitgegaan van de beste behandeling bij een enkelvoudige aandoening. Zo is er bij de psychiatrische aandoeningen gebruik gemaakt van de aanbevelingen van de APA.

De bevindingen van het eigen onderzoek zijn vergeleken met die uit het (literatuur)onderzoek van de onderzoeksgroep van Health Canada. Deze onderzoeksgroep heeft een uitgebreide studie gedaan naar dubbele diagnose en dit gepubliceerd in het rapport Best Practices, Current Mental Health and Substance Use Disorders (Health Canada, 2002). De bevindingen van het PARC kwamen in hoge mate overeen met de conclusies van Health Canada, al lag bij het PARC de nadruk op de Nederlandse situatie.

Het literatuuronderzoek van het PARC is uitgesplitst naar vijf onderwerpen. Per onderwerp is een literatuurstudie verschenen. De studies zijn:

Screeningsinstrumenten naar psychoactief middelengebruik bij ernstig psychiatrische patiënten (Kerkmeer, De Klerk, Hendriks, 2003).

In deze literatuurstudie zijn vragenlijsten die uitsluitend moeten geven over het al dan niet vóórkomen van middelengebruik of afhankelijkheid tegen het licht gehouden en beoordeeld op onder andere psychometrische eigenschappen en geschiktheid voor de dubbele diagnosepopulatie.

Assessment van psychoactief middelengebruik bij ernstig psychiatrische patiënten (Kerkmeer, Hendriks, 2003).

De vraagstelling bij deze studie was welk instrument het beste een oordeel geeft over de aard en de ernst van het middelengebruik, na een positieve uitslag van een screener.

Instrumenten voor het vaststellen van motivatie tot gedragsverandering bij ernstig psychiatrische patiënten met comorbide psychoactief middelengebruik (Blanken, Hendriks, 2003).

Er wordt in de geestelijke gezondheidszorg veel gewerkt met motivatieverhogende technieken en wereldwijd worden motivatiemodellen zoals dat van Prochaska en DiClemente toegepast om de mate van motivatie tot gedragsverandering bij de patiënt inzichtelijk te maken. Daarom zou het bijzonder aantrekkelijk zijn als de mate van motivatie tot gedragsverandering bij de dubbele diagnosepatiënt bepaald zou kunnen worden. De literatuurstudie naar dit onderwerp leverde heldere, maar wat betreft de rol van motivatie voor indicatiestelling en zorgtoewijzing ook teleurstellende resultaten op.

Screening en assessment van psychopathologie bij verslaafde patiënten: een literatuurstudie (Kerkmeer en Hendriks, 2003).

De literatuurstudie Screening en assessment van psychopathologie bij verslaafde patiënten heeft zich gericht op vragenlijsten waarmee de behandelaar een oordeel kan vormen over mogelijk aanwezige psychiatrische stoornissen bij de patiënten in de verslavingszorg.

Evidence based behandeling voor dubbele diagnosepatiënten, een literatuurstudie (Kerkmeer, Hendriks, 2003).

Binnen deze studie is onderzoek gedaan naar de beschikbare evidentie op het gebied van behandelingen voor dubbele diagnoseproblematiek. De studie is uitgevoerd met aandacht voor drie gebieden:

- > Effectiviteit dubbele diagnosebehandelingen in het algemeen. Dit deel bevat een bespreking en aanbevelingen ten aanzien van een aantal belangwekkende thema's rond de behandeling van dubbele diagnosepatiënten.
- > Specifieke stoornissen in combinatie met middelengebruik. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op specifieke combinaties van psychiatrische aandoeningen en middelengebruik. Er is gezocht naar evidentie voor medicamenteuze en psychosociale therapie. Daarnaast zijn studies over de volgorde en combinaties van behandelingen tegen het licht gehouden.
- > Speciale populaties. Zijn er specifieke doelgroepen te onderscheiden binnen de dubbele diagnosepopulatie en hoe moet daar bij de behandeling rekening mee worden gehouden.

Hoofdstuk 2 Resultaten en aanbevelingen

1. Bevindingen ten aanzien van screening en assessment bij dubbele diagnose

1.1 Inleiding

Het samengaan van middelenmisbruik en psychiatrische stoornissen heeft sterk negatieve consequenties voor de behandeling. De comorbiditeit leidt tot meer en ernstigere symptomen, therapieontrouw en een vergrote kans op terugval.¹⁶⁶ Het tijdig herkennen en beoordelen van beide aandoeningen is dan ook van essentieel belang voor het slagen van de behandeling. Een vroege en betrouwbare signalering van het middelenmisbruik en de psychiatrische stoornissen en de daarop volgende adequate beoordeling van de ernst van de problematiek waren de uitgangspunten bij het opstellen van methodieken voor screening en assessment bij dubbele diagnoseproblematiek.

Een screeningsinstrument is een instrument dat snel een indicatie kan geven of een bepaalde stoornis aanwezig is en onderscheidt patiënten die in aanmerking komen voor een gedetailleerde assessment van patiënten die daar geen baat bij hebben. Het assessment geeft vervolgens inzicht in de aard en ernst van de aandoening.

Er is een aantal algemene vereisten voor screeningsinstrumenten. De aard van de situatie vraagt om een instrument dat een snelle uitslag oplevert en bij voorkeur een korte afname-duur heeft. Sommige instrumenten die in de literatuur vermeld worden, zijn erg geschikt voor wetenschappelijk onderzoek, maar nemen een uur of langer in beslag. Dat is veel te lang als het erom gaat vast te stellen of iemand mogelijk verslavende middelen gebruikt of dat er sprake is van psychopathologie.

Sensitiviteit is de mate waarin het instrument de aandoening herkent; specificiteit is het vermogen om patiënten zonder stoornis uit te sluiten. Bij een screener is sensitiviteit belangrijker dan specificiteit; de functie van een screener is een breed net uit te werpen om zo veel mogelijk casussen met mogelijk dubbele diagnoseproblematiek te identificeren voor verdere evaluatie.¹⁶⁷ Een hoge sensitiviteit kan ten koste gaan van de specificiteit, oftewel een hoog sensitief instrument kan veel vals-positieven opleveren. Er is een verband met de prevalentie van de aandoening. Als de stoornis veel voorkomt, neemt het aandeel vals-positieven af. Echter als de prevalentie erg toeneemt, neemt de noodzaak van screenen af (en kan iedereen beter gelijk een assessment krijgen).

Een laatste algemeen aandachtspunt voor screeners is de belasting voor het personeel en de kosten van de screener. Bij gelijke geschiktheid heeft een instrument de voorkeur dat goedkoop is en vrij van auteursrechten (publiek domein) boven een instrument dat duur is en/of waar bij elke afname aan rechthebbenden betaald moet worden.

Naast deze algemene vereisten, is er nog een aantal specifieke eigenschappen die screeners voor middelengebruik moeten hebben wanneer ze afgenomen worden bij mensen met een ernstige psychische aandoening. In de eerste plaats moeten screeners inhoudelijk aansluiten bij deze populatie. Als mensen een ernstige psychische aandoening hebben en (recent) middelen gebruiken, moet er waarschijnlijk geen al te zwaar beroep worden gedaan op hun concentratie, geheugen en abstract denkvermogen. Voorkomen zou moeten worden dat patiënten geïrriteerd raken doordat ze geconfronteerd worden met hun tekortkomingen en

onvermogen de vragen van de hulpverlener te beantwoorden. Bovendien moet gekeken worden of de inhoud van de instrumenten en de afzonderlijke items aansluit bij de leefwereld van de patiënten. Vragen naar carrière, autorijden of sociaal leven zijn bijvoorbeeld niet altijd even gepast.¹⁶⁹

1.2 Screening en assessment middelenmisbruik

De prevalentie van middelenmisbruik onder patiënten met psychiatrische stoornissen is hoog. Toch wordt deze problematiek niet voldoende gesignaleerd. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat het middelengebruik onopgemerkt blijft door het voorkomen van andere comorbide psychosociale problematiek; dat de symptomen van middelengebruik en psychiatrische stoornis kunnen overlappen en dat hulpverleners in de psychiatrie mogelijk de deskundigheid missen om middelenmisbruik te herkennen.¹⁴⁴ Daarnaast zijn behandelaars in de psychiatrie zich vaak niet bewust van de hoge prevalentie.¹⁴⁵ Ook de patiënt zelf kan oorzaak zijn van de inadequate signalering. Psychiatrische patiënten zijn zich weinig bewust van de gevolgen die hun middelenmisbruik heeft voor de psychiatrische aandoening en in sommige gevallen zullen ze hun middelenmisbruik verbergen omdat ze vrezen voor stigmatisering door de behandelaar¹⁴⁶ of zelfs uitsluiting van de behandeling.¹⁴⁶

1.2.1 Screening

In het kader van het project is een groot aantal (zelfrapportage)vragenlijsten onderzocht. Andere mogelijke screeningsmethodieken zijn onder andere medisch onderzoek, laboratoriumtests en het verzamelen van informatie van naasten. Deze mogelijkheden zijn voorafgaand aan het onderzoek als ongeschikt bevonden voor de doeleinden van dit project. (Enkele beperkingen van alternatieve methodieken: laboratoriumtests zijn duur, er is een grote tijdsduur tussen inname van het middel en uitslag van de test, er is geen inzicht in de psychosociale gevolgen van het gebruik.¹⁴⁴)

De screeningsinstrumenten

Er is weinig wetenschappelijke informatie beschikbaar over de toepasbaarheid van screeningsinstrumenten voor middelenmisbruik in de psychiatrische populaties.¹⁴⁴ Ook is er weinig bekend over eventuele verschillen in bruikbaarheid bij verschillende psychiatrisch-diagnostische categorieën of bij groepen patiënten met verschillende etnische achtergronden.¹⁶⁶ Een belangrijk probleem is dat een algemeen geaccepteerde 'gouden standaard'¹⁶⁶ en een consensus over de interpretatie van de uitkomsten ontbreken.¹⁶⁶ De onderzochte instrumenten hebben bijna alle betrekking op life-time gebruik en zijn ook betrouwbaarder voor (lifetime) dan voor recent middelengebruik. Alle instrumenten zijn zelfrapportagevragenlijsten, met uitzondering van de Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI).¹⁵⁸

Index of Suspicion

Het afnemen van een screener kost tijd en inspanning. Wanneer er door bijvoorbeeld caseload of een crisissituatie geen mogelijkheid is om een vragenlijst te gebruiken, is een Index of Suspicion een optie.¹⁶⁴ Een Index of Suspicion is een checklist met gedrags-, klinische of sociale indicatoren, die in combinatie met andere informatiebronnen het vermoeden kunnen wekken dat er sprake is van relevant psychoactief middelenmisbruik. Het rapport van Health Canada geeft de volgende problemen als mogelijke aanwijzing voor middelenmisbruik bij psychiatrische patiënten:¹⁶⁴

- > instabiele huisvesting
- > moeite met geldbeheer
- > terugval in symptomatologie, kennelijk niet gerelateerd aan life stressoren
- > geringe therapietrouw
- > prostitutie, ander seksueel acting out gedrag of seksuele deviatie

Overzicht van de gevonden instrumenten voor screening op middelenmisbruik.

Instrument		Korte beschrijving
ADS	Alcohol Dependence Scale ¹⁵⁴	25 meerkeuze items testen de aanwezigheid van het alcoholafhankelijkheidssyndroom in de afgelopen 12 maanden.
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test ¹⁵⁴	Lijst van 10 items, screent op alcoholconsumptie, drinkgedrag en alcoholmisbruikproblematiek
CAGE	Cutting down, Annoyance resulting from criticism, Guilt feeling, Eye opener ¹⁵⁵	Bijzonder korte vragenlijst (4 items) voor alcoholgebruik
CAGE-AID	CAGE - Adapted to Include Drugs ¹⁵⁷	Aangepaste CAGE, waarmee drugsmisbruik kan worden gescreend
DALI	Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument ¹⁵⁸	Instrument van 18 vragen voor alcohol, cocaine en cannabis speciaal ontwikkeld voor de dubbele diagnosepopulatie. Onderzoek is schaars maar lijkt veelbelovend.
DAST	Drug Abuse Screening Test ¹⁵⁸	28 items geven inzicht in drugsgerelateerde problemen in afgelopen 12 maanden. De S-DAST is een (even goede) lijst van 10 vragen.
MAC	MacAndrew Alcoholism Scale ¹⁵⁹	49 items geselecteerd uit een psychiatrische vragenlijst op basis van het vermogen alcoholproblematiek te onderscheiden van psychopathologie. Onderzoek is schaars en lijkt teleurstellend.
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test ¹⁶⁰	Veelgebruikte lijst van 24 items meet lifetime alcoholmisbruik. De S-MAST is een (even goede) lijst van 13 vragen.
RDU	Reasons for Drug Use Screening Test ¹⁶²	Lijst van 31 vragen meet mogelijke redenen voor drugsgebruik
SDS	Severity of Dependence Scale ¹⁶²	Instrument voor alcohol of drugs met 5 items. Er is geen onderzoek bekend bij dubbele diagnosepopulatie.

- > sociaal isolement
- > gewelddadig gedrag of dreigen met geweld
- > ernstige en aanhoudende sociale problemen
- > arbeidsproblemen
- > plotse, onverklaarbare stemmingswisselingen
- > suicidegedachten of -pogingen
- > gezondheidsproblemen en slechte hygiëne
- > cognitieve tekorten
- > juridische problemen
- > het verbergen van comorbide stoornissen om opname in een psychiatrische setting te voorkomen
- > zichzelf schade toebrengen bij afwezigheid van duidelijke stressoren
- > een geschiedenis van verslavingsgedrag ter vervanging van eerdere verslavingen

Bevindingen

Geen van de instrumenten was duidelijk beter dan de andere. Een belangrijke belemmering bij het onderzoek was het gebrek aan relevant Nederlands onderzoek; van sommige vragenlijsten is zelfs geen gevalideerde Nederlandse vertaling beschikbaar. Op basis van de besproken criteria worden er twee screeners aanbevolen: een combinatie van CAGE¹⁵⁵ en CAGE-AID¹⁵⁷ (twee keer vier vragen) en een combinatie van de S-DAST¹⁵⁸ en S-MAST¹⁶⁰ (10 en 13 vragen). Voordeel van deze twee combinaties is dat er op een zelfde manier gescreend wordt op alcohol en drugs.

De DALI¹⁵⁸ ten slotte is een instrument dat speciaal ontwikkeld is om relevant middelenmisbruik in de dubbele diagnosepopulatie te herkennen. Er zijn nog maar weinig onderzoeksresultaten beschikbaar, maar deze lijken veelbelovend.

Voor het screenen op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de CAGE en CAGE-AID toe te passen in combinatie met een Index of Suspicion.

1.2.2 Screening op middelenmisbruik, conclusie en richtlijnen

De combinaties S-DAST¹⁵⁸ en S-MAST (10 en 13 items)¹⁶⁰ en CAGE¹⁵⁵ en CAGE-AID¹⁵⁷ hebben vergelijkbare kwaliteiten, de S-MAST en S-DAST zijn samen echter aanzienlijk langer, 23 vragen versus acht. Omdat de belasting voor patiënt en behandelaar zo laag mogelijk dient te zijn, is er gekozen voor de CAGE en de CAGE-AID.

De vragenlijsten zijn ontworpen om lifetime-misbruik te screenen. Het vragen naar recent gebruik heeft echter meer waarde,¹⁶⁶ daarom zijn de vragen aangepast zodat de items betrekking hebben op de afgelopen 12 maanden.

Naast de vragenlijsten bevat de binnen het project opgestelde en onderzochte screener een Index of Suspicion. Daarbij is ervan uitgegaan dat observatie van de behandelaar een waardevolle aanvullende informatiebron over middelenmisbruik kan zijn. Enkele kanttekeningen hierbij zijn dat er geen evidentie bestaat voor de combinatie van een checklist en een screeningsinstrument. Ook is observatie van de behandelaar pas echt waardevol als deze over langere tijd plaatsvindt. Echter, door de gebruiker van het instrument middels de indicatorenlijst te confronteren met de mogelijke aanwijzingen voor middelenmisbruik, hopen wij dat er bij de behandelaar een routine ontstaat waarbij hij steeds alert is op symptomen die kunnen wijzen op dubbele diagnoseproblematiek.

De middelenscreener is getoetst in de praktijk (zie paragraaf 4 en bijlage 1) en lijkt voor de behandelaar voldoende handvatten te geven voor het gericht signaleren van middelenmisbruik.

Richtlijnen bij screening op middelenmisbruik

De middelenscreener bestaat uit twee keer vier vragen, waarbij een enkel positief antwoord op één van de vragen voldoende is om de patiënt in aanmerking te laten komen voor assessment. De checklist is opgesplitst in een lijst met aandachtspunten voor observatie en een lijst met onderwerpen waarover informatie verkregen kan worden door aanvullende of zijdelingse informatie. Uit de literatuur komt naar voren dat de patiënt zelf de meest geëigende informatiebron is,¹⁸⁵ maar informatie van naasten,¹⁸⁵ verwijzer of casemanager¹⁸⁶ kan een nuttige aanvulling zijn.

De checklisten kunnen worden gebruikt als indicatie voor ernst bij een positief antwoord op de CAGE of CAGE-AID. Daarnaast zijn de items bedoeld om middelenmisbruik te herkennen dat niet wordt gescreend met de vragenlijsten. (Of dit laatste ook daadwerkelijk in de praktijk gebeurt is tijdens de pilot niet eenduidig vast komen te staan.)

Screening heeft alleen zin wanneer de patiënt zich op zijn gemak voelt en vertrouwen in de behandelaar heeft. Eerlijke antwoorden op de vragenlijsten of aanvullende vragen zijn essentieel bij het afnemen van de screener. Aangezien er bij velen een stigma rust op verslavingsproblematiek en omdat het waarschijnlijk is dat de aanmeldklachten van de patiënt betrekking hebben op psychiatrische problematiek, is een open, vertrouwenwekkende houding van de behandelaar erg belangrijk. Tegelijk met het afnemen van de items dient de behandelaar te beginnen met het motiveren van de patiënt voor een goede diagnostiek casu quo het starten van een behandeling. Hierbij kunnen motiverende gesprekstechnieken zoals beschreven in bijlage 2 van groot nut zijn. De introductie van de screener geeft een mogelijkheid om middelenmisbruik op een 'natuurlijke' manier bespreekbaar te maken; dit kwam ook in het pilot-onderzoek duidelijk naar voren.

Uit het pilotonderzoek kwam tevens naar voren dat op veel psychiatrische afdelingen middelenmisbruik een contra-indicatie is voor psychiatrische therapie. Aangezien vertrouwen bij de patiënt en diens eerlijke antwoorden vereisten zijn, is het niet mogelijk om de uitslag van het instrument als uitsluitingscriterium te gebruiken. Wij raden dan ook met klem af de screener te gebruiken indien de afdeling nog niet open staat voor de bij een positieve uitslag behorende behandeling.

Het beoordelen van het comorbide middelenmisbruik door middel van screening en assessment levert een diagnose op die de basis vormt voor behandeling. De screener kan het beste worden ingezet bij de intake van de patiënt. Het is dan ook zeer aan te bevelen dat de middelenscreener een vaste plaats krijgt binnen de opnameprocedure. Indien er tijdens de intake al aandacht wordt besteed aan middelenmisbruik, is de screener goed geschikt om als inleiding te dienen. Bij elke patiënt die in staat is om een reguliere intake te ondergaan, kunnen de screener en het assessment worden afgenomen. Een positieve uitslag van de screener maakt het doen van het assessment noodzakelijk; het assessment dient bij voorkeur afgenomen te worden aansluitend op de screener.

Een heel belangrijk aandachtspunt is dat de screener en het assessment alleen kunnen worden gebruikt als er vervolgens sprake is van een behandel aanbod, hoe summier ook. Het aanbieden van diagnostiek zonder vervolg wordt zeer afgeraden.

1.2.3 Assessment

Assessmentinstrumenten worden gebruikt voor het beoordelen van de aard en ernst van het middelenmisbruik. De uitkomst van het instrument is een uitslag die als diagnose kan worden gebruikt. In grote lijnen moeten assessmentinstrumenten aan dezelfde eisen voldoen als screeners. Het vaststellen van de psychometrische kwaliteiten is echter lastiger; de assessmentinstrumenten zijn vaak zelf de gouden standaard.

Instrumenten voor assessment van middelengebruik

Instrument		Korte beschrijving
ASI	Addiction Severity Index ¹⁷⁵	Semi-gestructureerd interview voor vaststellen problematiek op 6 leefgebieden. Veelgebruikt in de verslavingszorg. Geeft geen DSM diagnoses.
AUDADIS	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule ¹⁷⁷	Gestructureerd interview ontworpen voor alcohol / drugsdiagnoses en psychiatrische problematiek die met verslaving samenhangt. Nadruk ligt bij alcoholproblematiek. Weinig onderzocht bij dubbele diagnosepopulatie.
CIDI	Composite International Diagnostic Interview ¹⁷⁸	Gestructureerd diagnostisch interview, stelt DSM-IV en ICD diagnoses. Voor niet-psychiaters is intensieve training noodzakelijk.
MAP	Maudsley Addiction Profile ¹⁷⁹	Kort (gemiddeld 12 minuten), gestructureerd interview voor vaststellen problematiek bij intake en als uitkomstmaat.
OTI	Opiate Treatment Index ¹⁸⁰	Ontwikkeld om onderzoeksbevindingen en behandelresultaten te vergelijken. Focus ligt bij opiaten. Weinig onderzocht.
SAAST	Self-Administered Alcoholism Screening Test ¹⁸¹	34 ja/nee vragen, gebaseerd op de MAST. ¹⁸⁰ Wel onderzocht bij psychiatrische populatie, alleen te gebruiken voor alcoholstoornissen.
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-disorders ¹⁸¹	Semi-gestructureerd diagnostisch interview stelt DSM-IV diagnoses. Voor niet-psychiaters is intensieve training noodzakelijk.
SSAGA	Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism ¹⁸³	Interview om fysische, psychologische, sociale en psychiatrische gevolgen van alcoholmisbruik vast te stellen. Ontworpen voor onderzoek naar genetische aspecten van alcoholmisbruik.

Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol- en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties.

1.2.4 Assessment van middelengebruik, conclusie en richtlijnen

Een aantal instrumenten richtte zich sterk op één specifiek middel en viel daarom af (AUDADIS, OTI, SAAST, SSAGA). De CIDI en de SCID zijn degelijke en betrouwbare interviews die zich richten op alle middelen. Groot nadeel is dat de interviews lang zijn en (cognitief) belastend voor de patiënt; daarnaast moet de behandelaar intensief getraind worden.¹⁸¹ De CIDI (alcohol en drugssectie) is tijdens het pilotonderzoek wel als gouden standaard gebruikt, maar zowel CIDI als SCID zijn door genoemde beperkingen afgevalen als mogelijk assessmentinstrument. Daarom is de sectie alcohol en drugs van de Addiction Severity Index het meest geëigende instrument om de aard en de ernst van het middelengebruik vast te stellen.

De ASI

De Addiction Severity Index is in 1980 ontwikkeld in de Verenigde Staten en onderzoekt de middenproblematiek en de aan de verslaving gerelateerde problemen. Het interview is opgedeeld in zes secties: het alcohol- en drugsgebruik van de persoon, diens lichamelijke gezondheid, het beroepsmatig functioneren, justitiële problemen, sociaal functioneren en psychiatrische problematiek. De ASI is sinds de introductie wijd verspreid in de verslavingszorg in binnen- en buitenland en wordt bij behandeling en onderzoek veelal als standaard instrument gebruikt. De gehele ASI is wereldwijd veelvuldig getest bij psychiatrische patiënten.

De ASI heeft per deelgebied twee mogelijke uitkomstmaten; de Interviewer Severity Rating (ISR) en de Composite Score (CS). De ISR is een ernstschatting van de interviewer, gebaseerd op de antwoorden van de patiënt en de ernst van de problematiek en de noodzaak voor behandeling die de patiënt zelf aangeeft. De score zit tussen 0 en 9. De CS is een gewogen optelsom van een aantal geselecteerde items. De CS heeft betrekking op de afgelopen maand en geeft een waarde tussen 0 en 1.¹⁷⁶

Het grote voordeel van de ASI is dat er gekeken wordt naar meerdere probleemgebieden. Het instrument is bruikbaar bij de behandeling, bij onderzoek en met enige aanpassing ook voor follow-upmetingen. Door de brede toepassing is er een gemeenschappelijke referentie ontstaan in de internationale verslavingszorg en kunnen gegevens onderling vergeleken worden.¹⁷⁶

De ASI geeft weliswaar geen DSM of ICD diagnoses, maar de Interviewer Severity Rating geeft een goed inzicht in de ernst van de problematiek en de noodzaak voor behandeling per deelgebied. Het afnemen van het interview kan na training ook door 'leken' op verslavingszorggebied worden gedaan.

Bij de ASI is echter een aantal kanttekeningen te plaatsen. Zo doet de strikte scheiding tussen de probleemgebieden en dus ook tussen middelengebruik en psychiatrische problematiek onvoldoende recht aan de complexe interactie tussen de verschillende stoornissen. Daarnaast worden er de laatste tijd vraagtekens gezet bij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ISR. Hierbij wordt met name gewezen op conceptuele onduidelijkheid (bedoelt iedere interviewer wel hetzelfde bij de gebruikte terminologie).¹⁷⁶ Juist bij patiënten met SMI lijkt de ISR minder betrouwbaar, met name als het gaat om weinig, maar klinisch wel degelijk relevant gebruik.¹⁷⁶ De CS-scores ten slotte blijken opgebouwd uit zulke inhoudelijk uiteenlopende items dat het niet mogelijk is om de deelgebieden onderling te vergelijken.¹⁷⁶

Richtlijnen bij de ASI

De ASI wordt afgenomen na een positieve middelenscreener, bij voorkeur aansluitend op de screener, in ieder geval zo spoedig mogelijk.

Het assessment levert een score op voor drugsgebruik en een score voor alcoholgebruik op een schaal van 0 tot 9:

0 - 1	Niet werkelijk een probleem, geen behandeling nodig
2 - 3	Klein probleem, behandeling waarschijnlijk niet noodzakelijk
4 - 5	Redelijk ernstig probleem, enige behandeling is nodig
6 - 7	Behoorlijk ernstig probleem, behandeling noodzakelijk
8 - 9	Extreem ernstig probleem, behandeling beslist noodzakelijk

Als kritische score wordt 4 geadviseerd, in navolging van de gebruikelijke ASI-methodiek. Bij een score hoger dan 4 is behandeling en/of begeleiding van de problematiek op het des-

betreffende leefgebied noodzakelijk. Bij 4 of lager kan het bespreekbaar maken van het middelengebruik aangewezen zijn, maar is geen aanvullende zorg nodig. Als kritische score om milde van ernstige problematiek te onderscheiden, adviseren wij de waarde 6.

De ASI is uitermate geschikt om naast middelenmisbruik ook gerelateerde problematiek in kaart te brengen. Het afnemen van de gehele ASI verdient daarom de voorkeur boven de afname van de sectie alcohol en drugs alleen. Hierbij moet rekening worden gehouden met een relatief geringe extra tijdsinvestering. Het afnemen van middelenscreener en ASI alcohol en drugs kost zo'n 15 tot 25 minuten, voor de hele ASI is ongeveer 45 minuten nodig. De aanvullende informatie is echter bijzonder waardevol bij de behandeling van psychiatrische stoornis en middelenmisbruik (ook indien er geen interventie beschikbaar is voor alle gesignaleerde bijkomende problematiek).

Voor het afnemen van de ASI is een korte training noodzakelijk (één dagdeel voor de sectie alcohol en drugs, vier dagdelen voor het gehele interview).

Tot slot is bij het afnemen van de ASI nog meer dan bij de screener een vertrouwenwekkende en motiverende houding van de behandelaar jegens de patiënt van essentieel belang. Daarom dient bijzondere aandacht te worden besteed aan de introductie van het instrument en de uitleg over de (behandel)mogelijkheden na afloop.

1.3 Screening en assessment psychopathologie

1.3.1 Screening

Bij het screenen op aanwezige psychiatrische stoornissen bij dubbele diagnosepatiënten gaat het om het vaststellen van psychopathologie die relevant is bij de behandeling van het middelengebruik. De nadruk ligt op de ernstiger stoornissen, de Severe Mental Illness. De eisen die gesteld worden aan een instrument dat screent op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen zijn gelijk aan de vereisten voor de screener middelengebruik.^{216, 217} Het is van belang dat op eenvoudige, weinig belastende en snelle wijze inzicht verkregen wordt in het voorkomen van psychiatrische stoornissen. Het onderscheid tussen primaire en secundaire diagnose is hierbij van belang. In de praktijk wordt meestal een goede diagnose gesteld voor de primaire stoornis waarvoor hulp gezocht wordt. De herkenning van comorbide psychiatrische problematiek, stoornissen waarvoor in eerste instantie geen hulp wordt gezocht, is problematischer.²¹⁷

Het screenen op psychopathologie kan op twee manieren plaatsvinden. Er kan worden nagegaan of er in algemene zin sprake is van psychiatrisch lijden of er kan gericht gezocht worden naar specifieke aandoeningen. De tweede mogelijkheid heeft als voordeel dat bekend is in welke richting de diagnose gezocht moet worden; het nadeel is dat deze screeners al snel erg lang worden.

Naast de DSM-IV As I problematiek hebben dubbele diagnosepatiënten vaak te kampen met persoonlijkheidsstoornissen (met name antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis), de DSM-IV As II diagnoses. Ondanks dat de aanwezigheid van As II stoornissen een sterk complicerende factor is bij diagnose en behandeling, is het niet mogelijk gebleken om op deze stoornissen te screenen. Er is een aantal (zelfrapportage)vragenlijsten in gebruik, maar deze zijn alle te uitgebreid of psychometrisch inadequaat om in aanmerking te komen voor de doelstellingen van het project. Daarom is ervoor gekozen om alleen het screenen op As I problematiek te behandelen in de studie en het pilotonderzoek.

1.3.2 Assessment

Het assessment bij psychiatrische patiënten gebeurt veelal door een gestructureerd klinisch interview of een gesprek met een psychiater, psychotherapeut of GZ-psycholoog. Het gestructureerde interview heeft het voordeel dat het efficiënt is, een hoge correlatie heeft met diagnostische criteria en dat klinische symptomen snel en nauwkeurig worden herkend. De nadelen zijn dat de scheiding tussen pathologie en normaliteit behoorlijk arbitrair is, dat de interviews lang zijn en dat het afnemen ervan intensieve training vergt.²¹⁷ In het overzicht van de gevonden instrumenten zijn drie assessmentinterviews opgenomen.

De instrumenten

Er zijn maar weinig instrumenten voorhanden die alle relevante psychiatrische deelgebieden onderzoeken. De meeste lijsten beperken zich tot angst- en stemmingsstoornissen en nemen een groot deel van de bij de dubbele diagnosepopulatie relevante problematiek niet mee. Daarnaast zijn er veel instrumenten die zijn ontworpen om te screenen op specifieke aandoeningen en zijn daardoor niet geschikt voor toepassing binnen dit project.

Overzicht van de gevonden instrumenten voor screening op en assessment van psychopathologie.

Screening		Korte beschrijving
ASI	Addiction Severity Index ²²² Sectie psychische en emotionele klachten	Semi-gestructureerd interview voor vaststellen problematiek op 6 leefgebieden, waaronder psychiatrische problematiek. Veelgebruikt in de verslavingszorg; geeft geen DSM diagnoses.
GHQ-12	General Health Questionnaire ²²⁷	Zelfrapportage lijst van 12 items, screenet niet op specifieke diagnoses. Nog weinig onderzocht.
K6, K10	²²⁸	Vragenlijsten van 6 respectievelijk 10 items, gedegen ontwikkeld en onderzocht. Meet psychiatrische stress; geen DSM diagnoses. ²²⁰
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview ²³⁰	Behandelt alle 17 As I stoornissen. Na een of twee screeningsvragen wordt al dan niet doorgegaan met een kort assessment. Veelvuldig toegepast en onderzocht.
SCL-90	Symptoms Checklist ²³²	Lijst van 90 items. Onderzoek naar het instrument is veelal beperkt gebleven tot angst, stemming en algemene onbehaaglijkheid.
PDSQ	Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire ²³⁴	Zelfrapportagelijst van 90 items onderzoekt 13 stoornissen. Onderzoek is schaars maar lijkt veelbelovend.
Assessment		Korte beschrijving
CIDI	Composite International Diagnostic Interview ²³⁶	Gestructureerd diagnostisch interview stelt DSM-IV en ICD diagnoses. Veel onderzocht en vaak als 'gouden standaard' gebruikt.
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-disorders ²³⁷	Semi-gestructureerd diagnostisch interview stelt DSM-IV diagnoses. Veel onderzocht en vaak als 'gouden standaard' gebruikt.
SSAGA	Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism ²³⁹	Interview om fysische, psychologische, sociale en psychiatrische gevolgen van alcoholmisbruik vast te stellen. Ontworpen voor onderzoek naar genetische aspecten van alcoholmisbruik.

Index of Suspicion

Net als bij screenen op middelenmisbruik kan bij psychopathologiescreening een Index of Suspicion samengesteld worden, een checklist die aanwijzingen kan opleveren omtrent het al dan niet voorkomen van psychiatrische problematiek. ²²¹ Een psychopathologiechecklist kan de volgende items bevatten:²²¹

Algemene indruk, alertheid, affect, angst

- > algemene indruk: het voorkomen van de persoon, hygiëne, kleding
- > alertheid: bewustzijnsniveau, mate van alertheid
- > affect: opgetogen of depressief; houding, gezichtsuitdrukking, spraak
- > angst: is de persoon nerveus, fobisch of zeer angstig?

Gedrag

- > motoriek: frequentie (hyperactief, hypoactief, abrupt, constant?)
- > samenhang: coherent en doelgericht?

- > doelbewust: bizar, stereotiep, gevaarlijk, of impulsief?
- > spraak: snelheid, doelgericht, coherentie, inhoud

Cognitie

- > oriëntatie: persoon, plaats, tijd en omstandigheid
- > denkvermogen: geheugen en eenvoudige taken
- > redeneren: inzicht, beoordelingsvermogen, probleemoplossing
- > coherentie: incoherente ideeën, wanen, of hallucinaties?

Een andere benadering voor een snelle screening is het stellen van een drietal vragen:²²¹

- Heeft een psychiater, psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige ooit bij u een psychiatrische diagnose gesteld? (ja/nee)
- Bent u ooit opgenomen geweest voor psychiatrische problemen? (ja/nee)
- Heeft u zichzelf ooit letsel toegebracht, of dat overwogen, zonder dat u onder directe invloed van alcohol of drugs was? (ja/nee)

De diagnostische waarde van deze vragen is uiteraard gering en ze zijn dan ook bedoeld voor situaties waarin het absoluut onmogelijk is om meer energie te besteden aan het onderzoeken van psychopathologie.

1.3.3 Assessment van psychopathologie, conclusie en richtlijnen

Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosepatiënten wordt het instrument *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* aanbevolen.

Bij de gevonden instrumenten zijn er duidelijke verschillen in bruikbaarheid. De psychiatrieschaal van de ASI blijkt bij dubbele diagnosepatiënten geen erg goede psychometrische eigenschappen te hebben. Daarnaast worden de uitkomstmaten van de ASI subschalen steeds meer ter discussie gesteld.²²⁶ De GHQ-12 en de SCL-90 zijn beide meer geschikt bevonden voor angst- en stemmingstoornissen dan voor het hele (As-I) diagnostische spectrum, ook is het afnemen van de SCL-90 behoorlijk tijdsintensief.^{227, 234}

De K6/K10, de MINI en de PDSQ lijken duidelijk goede eigenschappen te hebben. De instrumenten zijn op een zorgvuldige manier ontwikkeld en hebben voldoende psychometrische kwaliteiten.^{228, 231, 234} Deze drie instrumenten lijken dan ook geschikt voor screening op psychiatrische problematiek bij dubbele diagnosepatiënten. Echter, aangezien de PDSQ niet tot het publieke domein behoort (per afname moet ervoor betaald worden) en de MINI en de K6/K10 wel, is dit instrument alsnog komen te vervallen.

De K10²²⁸ is een 10-itemvragenlijst die psychiatrische stress meet. De uitslag bestaat niet uit een handreiking voor een specifieke (DSM-IV) diagnose, maar een gegronde aanwijzing dat er sprake is van psychiatrisch lijden. De sterke psychometrische capaciteiten maken de K10 zeer geschikt als screeningsinstrument voor comorbide psychopathologie. De K10 is zonder training af te nemen door behandelaars die niet deskundig zijn op psychiatrisch gebied.

De MINI²⁰⁰ is een gestructureerd interview waarin 17 DSM-IV As I stoornissen worden behandeld. Het instrument is pas sinds korte tijd beschikbaar, maar het is inmiddels wijdverspreid en gedegen onderzocht.

Tijdens het pilotonderzoek zijn deze twee vragenlijsten getoetst op bruikbaarheid in de praktijk. Uit het onderzoek bleek dat de MINI door de behandelaars werd verkozen boven de K10. De uitslag van de K10 werd te algemeen en te weinig concreet bevonden. De MINI geeft een helder beeld, met als grote voordeel dat de uitslag gerelateerd is aan de DSM-IV classificatie (zie paragraaf 4 van dit hoofdstuk en bijlage 1).

De MINI houdt het midden tussen screening en assessment. Eén of twee inleidende, screenende vragen bepalen of er dieper wordt ingegaan op een bepaalde stoornis (assessment). Voor de doeleinden van het project is de MINI enigszins aangepast. Er wordt gebruik gemaakt van de MINI, Nederlandse versie 5.0.0 (Overbeek et al., 1999), waarbij de secties Alcohol en Drugs zijn weggelaten.

Richtlijnen

Persoonlijksstoornissen kunnen niet worden gesignaleerd met de MINI. Voor het diagnosticeren van deze problematiek is een langere observatieperiode noodzakelijk, er is hier-voor nog geen (korte) betrouwbare zelfrapportagevragenlijst beschikbaar.

Een onderzoek waarin uitslagen van de MINI vergeleken werden met de uitslagen van de CIDI en SCID, liet een bijzonder hoge mate van overeenkomst zien tussen de MINI en de beide gestructureerde klinische interviews. De sensitiviteit en specificiteit van de MINI voor de aanwezigheid van de psychiatrische stoornis waren respectievelijk 88% en 92% (lifetime) en 84% en 89% (current) ten opzichte van de SCID-P (Sheenan et al., 1997). De MINI lijkt dus uitstekend te gebruiken om tot een diagnose te komen. Vooral nog is de uitslag van de MINI ook te gebruiken als richtinggevend voor het (gestructureerd) klinisch interview door psychiater of psychotherapeut dat erop dient te volgen. Op deze manier kan een optimale en efficiënte inzet van psychiatrisch deskundig personeel worden bereikt.

2. Bevindingen ten aanzien van de behandeling van dubbele diagnose

In de volgende paragraaf worden de belangrijkste onderwerpen bij de behandeling van dubbele diagnoseproblematiek besproken. Per onderwerp wordt een overzicht gegeven van de bevindingen en conclusies uit de literatuurstudies. De conclusies zijn vertaald in concrete adviezen en richtlijnen op grond van evidence based en practice based argumenten.

2.1 Samenhang in behandeling tussen psychiatrie en verslavingszorg

Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor volledige integratie, wordt aanbevolen om de verschillende interventies bij dubbele diagnose in sterke samenhang aan te bieden.

Ten aanzien van de volgorde van behandelen wordt aanbevolen om gelijktijdig psychopathologie en middelenmisbruik te behandelen bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis. Sequentiële behandeling waarbij het middelenmisbruik het eerst wordt aangepakt, wordt aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

In de hedendaagse praktijk bestaat nog vaak een forse kloof tussen verslavingszorg en psychiatrie.

Verschillen in cultuur, opleiding en training, administratieve procedures, zorginhoudelijke benaderingen en ideologie en financieringsstromen lijken deze scheiding in stand te houden.²⁴⁶ De schotten tussen de beide zorgsectoren zorgen ervoor dat patiënten en verwijzers vaak niet weten waar zij voor hulp terecht kunnen en daardoor maken zij onevenredig veel gebruik van klinische voorzieningen en programma's gericht op spoedeisende hulp.²⁴⁶ In de loop der jaren is het inzicht wel gegroeid dat de samenwerking tussen de beide zorgsystemen beter zou moeten en dat men elkaars expertise hard nodig heeft, maar in de praktijk blijkt samenwerking bijzonder lastig.

Bij de samenhang tussen interventies gericht op middelenproblematiek en psychopathologie zijn twee dimensies te onderscheiden. In de eerste plaats de volgorde van de verslavingszorg- en psychiatrische behandeling en in de tweede plaats de mate van samenwerking casu quo integratie.

2.1.1 Volgorde van behandelen

De volgorde van behandelen is opeenvolgend (sequentieel) of gelijktijdig. Bij opeenvolgende behandeling wordt de patiënt aangeraden om eerst de behandeling voor het ene probleem af te ronden alvorens men behandeld kan en mag worden voor de andere component.

Over de volgorde van de behandelinterventies voor beide soorten problematiek is geen eenduidig advies te geven.²⁵⁵ Voor enkele diagnoses wordt gelijktijdige behandeling geïndiceerd, namelijk bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis. Bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis lijkt primair

een sequentiële benadering aangewezen waarbij het middelengebruik het eerst wordt behandeld.

Bij angst- en stemmingsstoornissen blijken veel van de psychiatrische beelden te verdwijnen bij het staken van het middelenmisbruik en kunnen dus als secundair gezien worden. Bij het persisteren van de klachten is dan alsnog een behandeling geïndiceerd. Op deze wijze wordt onnodige behandeling (medicalisering) voorkomen.

Enkele bijkomende criteria zijn van belang bij het behandeladvies.

- > Bekendheid met de patiënt. Bij een onbekende patiënt kan het staken van het middelenmisbruik geïndiceerd zijn om tot een goede diagnostiek te komen, bijvoorbeeld door een klinische opname. Zo kan een psychotisch beeld een vluchtige drugspsychose blijken te zijn. Een reeds bekende patiënt met schizofrenie zal direct bij opname (weer) op neuroleptica worden ingesteld.
- > Ernst van de symptomatologie. Bij milde psychopathologie is het uitstellen van bijkomende behandeling gerechtvaardigd. Bij een crisis zal veelal direct moeten worden ingespeeld op de gehele problematiek.

2.1.2 Mate van integratie

De mate van integratie is een continuüm van:

- > losstaande zorg;
- > onderlinge afstemming;
- > totaal geïntegreerd aanbod (zoals ACT, dubbele diagnosekliniek).

Losstaande zorg komt veelvuldig voor, hierbij is er sprake van opeenvolgende of in het meest gunstige geval parallelle behandeling.²⁴⁶ Bij de parallelle opzet wordt ervan uitgegaan dat de behandeling gelijktijdig in de gescheiden zorgsystemen plaatsvindt, waarbij de behandelaars onafhankelijk van elkaar met de patiënt bezig zijn.

In de praktijk blijkt dat losstaande zorg, opeenvolgend of parallel leidt tot een onvolledig en inadequaat aanbod, waarbij er veelvuldig sprake is van heen en weer verwijzen, slechte afstemming, uitsluiting en grote drop-out van de patiënten.²⁴⁶

De kwaliteit van losstaande zorg kan sterk verbeterd worden door gedegen onderlinge afstemming. Hierbij moet er aandacht zijn voor een eenduidige regie (casemanagement), goede communicatie en een gezamenlijk behandelplan. Op deze manier moet voorkomen worden dat één van beide zorginstellingen of afdelingen de patiënt voor de tijd van de behandeling volledig uit het oog verliest.

Veel deskundigen, met name in Amerika pleiten voor een geheel geïntegreerd behandel aanbod voor dubbele diagnosepatiënten. Integratie zou niet alleen moeten plaatsvinden op het niveau van de behandeling, maar ook op het niveau van de zorginstelling. Het Health Canada rapport vat een aantal elementen samen die als argumenten moeten dienen voor het integreren van de beide zorgsystemen:²⁵⁰

- > de acceptatie van een breed biopsychosociaal behandelmodel voor zowel verslavings- als psychiatrische problematiek

- > de noodzaak van continuïteit van zorg en begeleiding; deze wens wordt ook geuit door patiëntenorganisaties
- > toegenomen belang van zelfhulporganisaties
- > toename van medicamenteuze interventies in de verslavingszorg en de inzichten uit genetisch onderzoek op beide gebieden
- > de mate waarin de zorgsystemen verbindingen hebben met het justitiële systeem
- > de aanzienlijke rol van stigmatisering in beide systemen en de invloed hiervan onder andere op het zoeken naar hulp, de diagnose en de uitkomst van de behandeling
- > de mogelijkheid van de toepassing van gezamenlijke uitkomstindicatoren
- > het toegenomen besef dat er veel overlap bestaat tussen beide populaties

In tegenstelling tot de grote hoeveelheid experts die pleiten voor de integratie van de zorg, is er slechts een klein aantal empirische studies dat deze stelling moet onderbouwen. In totaal zijn er zes studies gevonden die de effectiviteit van de dubbele diagnosebehandeling als onderwerp hadden en voldeden aan de wetenschappelijke eisen.

De studies richtten zich op de volgende in meer of mindere mate geïntegreerde behandelingen:

- > aanvullende groepstherapie gericht op het middelengebruik, vergeleken met de standaard psychiatrische behandeling;²⁵¹
- > Assertive Community Treatment (ACT),* vergeleken met de standaard psychiatrische behandeling;²⁵¹
- > geïntegreerde ambulante behandeling en geïntegreerde residentiële behandeling, vergeleken met de standaard psychiatrische behandeling;²⁵¹
- > de effectiviteit van ACT vergeleken met casemanagement;²⁵¹
- > de vergelijking van ambulante, geïntegreerde en ambulante, niet geïntegreerde zorg;²⁵¹
- > aanvullende intensieve casemanagement en een verslavingszorgmodule versus alleen de standaard psychiatrische behandeling.²⁵¹

Geen van de studies liet een significant verschil in effectiviteit zien tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde zorg. Er is geen evidentie dat de toevoeging van verslavingszorginterventies aan de standaard psychiatrische zorg bij dubbele diagnosepatiënten leidt tot gunstigere behandeluitkomsten dan uitsluitend standaard psychiatrische behandeling. Daarnaast is er ook geen evidentie voor verschillen in effectiviteit tussen de verschillende soorten geïntegreerde zorg, zoals ACT en casemanagement.

Uitgaande van deze conclusies zijn er twee mogelijke implicaties te formuleren. In de eerste plaats zouden alle initiatieven die gericht zijn op het integreren van verslavingszorg en psychiatrie moeten plaatsvinden binnen het kader van een gerandomiseerd onderzoek. In de tweede plaats is de enigszins droevige gevolgtrekking te maken dat al het extra geld dat de afgelopen jaren is besteed aan geïntegreerde zorg, niet tot aantoonbaar betere behandeluitkomsten heeft geleid.²⁵²

* ACT is een vorm van intensieve casemanagement waarbij de nadruk ligt op outreachende zorg, praktische begeleiding en doorlopende coördinatie van het hulpaanbod.

Begeleiding

Een extra argument voor het verbeteren van de samenhang tussen de verslavingszorg en de psychiatrie is de noodzaak voor lange termijnbegeleiding. Verslavingsproblemen en psychiatrische problemen zijn meestal chronisch van aard en vereisen naast direct ingrijpen ook begeleiding en monitoring over een langere periode, vaak uitgevoerd door verschillende zorginstanties. Psychiatrische problematiek wordt vaak verergerd door het gebruik van middelen, daarnaast kan de problematiek een rechtstreeks gevolg zijn van het gebruik. Door lange termijnbegeleiding kan meer zicht worden verkregen op de wisselwerking tussen beide soorten problematiek.²⁵³

Ondanks het ontbreken van evidentie is het streven naar een grotere mate van integratie op praktische gronden zeker aan te bevelen. Bij de genoemde kanttekeningen moet dan ook met nadruk vermeld worden dat het gaat om zeer weinig wetenschappelijke studies. Het is zeer goed mogelijk dat bij nader gedegen onderzoek de geïntegreerde zorg wel effectiever blijkt dan niet-geïntegreerde behandelingen.

2.1.3 Conclusie en aanbevelingen

Er bestaat een heldere rationale voor integratie van zorg. Hierbij moet worden opgemerkt dat nieuwe, verdergaande initiatieven voor integratie van zorg gepaard zullen moeten gaan met verder onderzoek op dit gebied. Gericht (Nederlands) onderzoek naar behandeluitkomsten is essentieel voor het vergroten van de effectiviteit van dubbele diagnosetherapie.

Misschien belangrijker dan de vraag of er wel of niet integratie moet plaatsvinden, is de organisatie rondom de behandeling. Dubbele diagnose gaat vaak gepaard met een scala aan problematiek en verschillende hulpverleners en instanties. De behandeling is veelal een langdurig proces waarbij het noodzakelijk is dat de patiënt over geruime tijd begeleid wordt en er monitoring plaatsvindt. Een goede afstemming en strakke regie, waarbij taken en verantwoordelijkheden goed zijn afgebakend en er optimale communicatie is tussen de verschillende partijen is essentieel voor een effectieve en efficiënte behandeling.

De volgorde van de behandeling is afhankelijk van de psychiatrische diagnose, de ernst van de gecombineerde problematiek en de bekendheid met de patiënt.

2.2 Bijkomende problematiek

Bij dubbele diagnose is bijkomende problematiek zo belangrijk dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken. Dakloosheid is hierbij een van de meest ernstige factoren.

De dubbele diagnosepatiënt kampt vaak met problemen op vele leefgebieden. Gebrekkige huisvesting en voeding, het ontbreken van sociale steun en justitiële problematiek bemoeilijken het hulpverleningsproces. Daarnaast bestaat er vaak somatische problematiek, veroorzaakt door slechte hygiëne, zelfverwaarlozing, slechte huisvesting en de hoge prevalentie van (seksueel) overdraagbare ziekten. Expliciete aandacht voor de basisbehoeften (afhankelijk van de ernst van de problematiek en de wens van de patiënt) op deze gebieden is essentieel voor het welslagen van de behandeling.²⁵³ Mogelijke interventies zijn schuldhulpverlening, leer- en werkbegeleiding, woonbegeleiding, maatschappelijk werk, sociale vaardigheids- en agressie-trainingen.

Een nuttig instrument om een groot deel van de aanvullende problematiek in kaart te brengen is de ASI. Wij raden dan ook aan om bij elke patiënt een volledige ASI af te nemen, zodat inzicht wordt verkregen in somatische problemen, justitiële problematiek en criminaliteit, schulden, ontbreken van sociale steun enzovoorts. Het is evident dat de bijkomende problemen adequaat aangepakt moeten worden.

2.2.1 Dakloosheid

Een van de belangrijkste problemen met negatieve consequenties voor het beloop en de prognose is dakloosheid. De uitval onder de dakloze dubbele diagnosepopulatie is ongeacht het type zorg bijzonder hoog. Hoe langer de patiënt dakloos is, hoe minder hij geneigd is te veranderen. De belangrijkste aanleidingen voor dakloosheid zijn schulden, relatieproblemen en een leefwijze waarin drugsgebruik centraal staat.²⁸⁴ Mensen met een dubbele diagnose lopen een bijzonder groot risico op dakloosheid, voornamelijk doordat middenmisbruik leidt tot onaangepast gedrag, verlies van sociale steun en financiële problemen. De psychiatrische stoornis zorgt daarbij voor een verminderde capaciteit om deze problemen het hoofd te bieden. Wanneer de patiënt eenmaal dakloos is, worden de problemen ernstiger, is meer hulpverlening vereist en bestaat er een grotere kans dat de dakloosheid aanhoudt dan bij andere dakloze groepen.²⁸⁴ Dit maakt dat dakloze dubbele diagnosepatiënten de slechtste prognose hebben van alle patiëntgroepen in de zorg.²⁸⁶

Ook in Nederland leidt de combinatie dakloosheid, psychiatrische problematiek en verslaving tot deze ernstige consequenties.²⁸⁴ Onderzoek onder daklozen laat zien dat één op de vijf te kampen heeft met dubbele diagnoseproblematiek.

De behandeling wordt belemmerd door de urgente behoefte aan stabiele huisvesting, voedsel en kleding.²⁸⁴ Dakloosheid gaat naast alcohol- en drugsgebruik en psychiatrische stoornissen vaak gepaard met een verscheidenheid aan gerelateerde problemen zoals gezondheidsproblemen en criminaliteit.²⁸⁴ Ongeveer 70% van de deelnemers aan een recent onderzoek noemde alcohol- of drugsgebruik als belangrijkste reden voor hun dakloosheid.²⁸⁴

Er zijn behandelingen ontwikkeld en onderzocht speciaal voor de groep dakloze dubbele diagnosepatiënten. Behandeling in een therapeutische gemeenschap heeft betere uitkomsten

ten aanzien van middelengebruik en psychopathologie dan de standaardbehandeling.²⁶⁵ In een andere studie werd behavioral day treatment vergeleken met behavioral day treatment, aangevuld met huisvesting en werktherapie. De tweede behandeling leverde significant betere resultaten op, met name ten aanzien van het drugsgebruik.²⁶⁵

De onderzochte geïntegreerde behandelingen laten gemengde resultaten zien.²⁶⁶ Bij de effectiviteit van de behandelingen voor deze groep patiënten lijkt huisvesting een sleutelrol te spelen.

2.3 Andere patiëntpopulaties

2.3.1 Etniciteit

In het literatuuronderzoek dat in het kader van dit project is verricht, is bijzondere aandacht besteed aan specifieke factoren die van toepassing zijn op etnische minderheidsgroeperingen. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat allochtone populaties andere behoeften of uitkomsten kennen ten aanzien van de screeningsmethoden en behandeladviezen. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor het pilotonderzoek het beheersen van de Nederlandse taal een inclusiecriteria was. Aangezien de vragenlijsten, behalve in het Engels, vooralsnog alleen in het Nederlands beschikbaar zijn, was dit helaas niet anders mogelijk. Wij hebben op grond van de literatuur geen redenen om aan te nemen dat na het vertalen van de instrumenten zich additionele problemen gaan voordoen bij de diagnostiek bij deze groepen.

2.3.2 Vrouwelijke patiënten

Volgens onderzoeken zijn vrouwen over het algemeen ondervertegenwoordigd in de dubbele diagnosepopulatie. Toch heeft deze groep te maken met specifieke onderwerpen. Zo lopen vrouwen een groter risico dan mannen om HIV geïnfecteerd te raken, bestaat er een grotere kans dat ze slachtoffer worden van seksueel en fysiek geweld en zijn de schadelijke effecten van het middelengebruik groter.²⁶⁶ Daarnaast komt bij deze groep prostitutie veelvuldig voor. Het slachtofferschap geeft een grotere kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. Groepen voor de verwerking en preventie van traumatische gebeurtenissen kunnen een belangrijke rol spelen in de behandeling. Ook hebben vrouwen vaak de verantwoordelijkheid over de zorg voor kinderen. Dit kan belemmerend werken op de behandeling. Adequate kinderopvang is dan essentieel.²⁶⁶

Tot slot wordt in de literatuur gevonden dat de psychiatrische problematiek bij vrouwen verschilt van die bij mannen. Vrouwen hebben vaker te maken met depressies, angststoornissen en bipolaire aandoeningen.²⁶⁶ Bij diagnostiek en behandeling is dit een punt dat zeker aandacht verdient.

2.4 Klinische en ambulante behandeling

Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.

Ten aanzien van de vraag of de behandeling van dubbele diagnose klinisch (residentieel) dan wel ambulant dient plaats te vinden, zijn een aantal opmerkingen te maken. De laatste jaren is de nadruk bij behandelen in psychiatrie en verslavingszorg meer bij de ambulante behandelingen komen te liggen. Naast organisatorische argumenten (bijvoorbeeld financiële of logistieke) spelen hierbij zorginhoudelijke afwegingen een rol. Bij het behandelen van dubbele diagnosepatiënten is er sprake van het ingrijpen in het dagelijks leven van de patiënt en dat voor langere tijd. Ambulante behandelingen kunnen daarbij het normale leven van de patiënt verbeteren of intact houden. Daarnaast is het voor de doelgroep vaak moeilijk om de weg naar de zorg te vinden en voor de behandelaars is het ingewikkeld om in contact te komen met de dubbele diagnosepatiënten. Intensieve outreachende zorg kan in deze gevallen de drempel verlagen.²⁵⁴

In de literatuur is met betrekking tot deze vraag wel evidentie te vinden. Ambulante behandeling en begeleiding lijkt even effectief en in sommige gevallen zelfs te verkiezen boven klinische behandeling.²⁵⁴

Daarentegen zijn er ook argumenten aan te dragen voor klinische zorg. Binnen de professionele omgeving is er ruimte om de patiënt langere tijd te observeren indien de diagnostiek dat vereist. Daarnaast biedt de klinische behandeling een stabiele omgeving waar de patiënt zich geheel kan richten op zijn eigen herstel en is de therapietrouw vaak groter dan in een ambulante setting. Zoals in paragraaf 2.2.1 wordt aangegeven hebben bijvoorbeeld dakloze dubbele diagnosepatiënten erg veel baat bij een klinisch programma zoals een therapeutische gemeenschap.

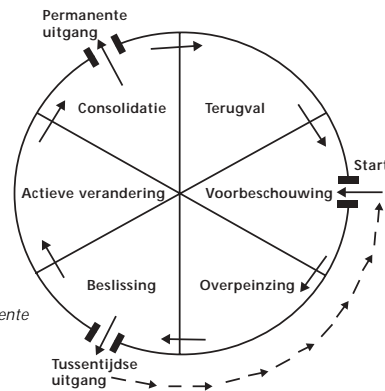
2.5 Motivatie

Motiverende gespreksvoering heeft altijd een plaats in het behandel aanbod, ongeacht het stadium van motivatie van de patiënt.

Over het algemeen wordt verondersteld dat de motivatie voor gedragsverandering van de patiënt bij de behandeling van dubbele diagnoseproblematiek een belangrijke parameter is. Het gaat hier dan niet alleen om de intrinsieke motivatie van de patiënt maar ook de invloed die zou uitgaan van druk van buitenaf, zoals bijvoorbeeld justitiële dwangmaatregelen.¹⁹² Bij de dubbele diagnosepopulatie is er sprake van een relatief lage therapietrouw en hoge uitval tijdens de behandeling. Onder deze groep lijkt het van groot belang om de mate van motivatie tot gedragsverandering te kunnen vaststellen, zodat er gericht en gedoseerd interventie kan plaatsvinden.

2.5.1 Theoretisch kader en screening

Het onderzoek naar motivatie is gestimuleerd door de presentatie van het 'transtheoretische' model van Prochaska en DiClemente in 1983. Onder andere hierdoor is men motivatie steeds meer gaan zien als een eigenschap die aan verandering onderhevig is en waarop invloed uitgeoefend kan worden.¹⁹²



Het model van Prochaska en DiClemente

Het model gaat uit van vijf veranderingsstadia: voorbeschouwing, overpeinzing, beslissing, actieve verandering en consolidatie. Het veranderingsmodel heeft een grote aantrekkelijkheidswaarde omdat het een kader aangeeft waarbinnen de (therapeutische) verandering plaatsvindt en de processen die daarbij een rol spelen.²⁰⁶ Met de verschillende elkaar opvolgende veranderingsstadia hebben de behandelaar en de patiënt een methode om de motivatie inzichtelijk te maken. Daarbij is het binnen het model voor de patiënt telkens mogelijk om na 'uitstroming' weer in te stappen. Deze positieve, constructieve benadering geeft zowel behandelaar als patiënt houvast.

Sinds 1983 is een aantal instrumenten ontwikkeld dat inzicht wil geven in de mate van gemotiveerdheid bij de patiënt. De meeste van deze instrumenten zijn gebaseerd op het model van Prochaska en DiClemente.

In de literatuur zijn enige studies gevonden waarin de kwaliteiten van motivatiescreenende instrumenten zijn onderzocht. Geen van de instrumenten blijkt in staat om op eenduidige wijze de motivatie van de patiënt te relateren aan een bepaald stadium. Er is dan ook geen evidentie gevonden om een van deze instrumenten te verkiezen boven de andere. Drie van de instrumenten zijn in Nederland in omloop: de University of Rhode Island Change Assessment-Alcohol (URICA),¹⁹⁷ TCU Motivation for Treatment (MFT)²⁰² en de Readiness to Change Questionnaire (RCQ).¹⁹⁹

Ondanks dat de gevonden instrumenten niet in staat lijken om de mate van motivatie tot gedragsverandering vast te stellen, is het wel aan te bevelen nader onderzoek te verrichten naar dit onderwerp. De Readiness to Change Questionnaire is als meest geschikt bevonden voor verdere exploratie en is daarom afgenomen tijdens het pilotonderzoek van het project Dubbele Diagnose.

2.5.2 Motiverende gespreksvoering

In 1983 zijn de eerste gesprekstechnieken geïntroduceerd die het vergroten van de motivatie tot gedragsverandering bij personen met middelenmisbruik tot doel hadden.¹⁹² Sindsdien wordt motiverende gespreksvoering binnen en buiten de verslavingszorg veelvuldig toegepast.

Onderzoek naar de effectiviteit van Motiverende gespreksvoering (MGV) laat het volgende zien:

- > MGV is een effectieve interventie als voorbereiding op gedragsverandering bij verslaving¹⁹²
- > het effect van MGV neemt toe wanneer deze gecombineerd wordt met intensieve vervolgbehandeling.¹⁹²

Waarom precies deze interventies werkzaam zijn, blijft tot nu toe onduidelijk.¹⁹² Er is gelukkig enige evidentie dat het succes van de interventie bij de voorbereiding van vervolgbehandeling veroorzaakt wordt door een toegenomen motivatie tot gedragsverandering.¹⁹² Toch is het voor de hand liggend dat personen met weinig motivatie baat zullen hebben bij motiverende interventies.¹⁹²

Een meer uitgebreide beschrijving van motiverende gespreksvoering is te vinden in bijlage 2.

2.5.3 Conclusie en aanbevelingen

Vooralsnog leveren literatuuronderzoek en pilot te weinig evidentie op om enig instrument aan te raden als screener voor motivatie tot gedragsverandering (of motivatie voor behandeling) bij de dubbele diagnosepopulatie.

Het blijkt niet mogelijk te zijn om de mate van motivatie tot gedragsverandering bij de dubbele diagnosepatiënt met een vragenlijst vast te stellen. Toch staat de meerwaarde van motivatieverhogende interventies onomstotelijk vast. Bij de behandeling van dubbele diagnoseproblematiek wordt dan ook aanbevolen om zo vroeg mogelijk te beginnen met het motiveren van de patiënt. De MGV dient altijd ingezet te worden naast andere psychosociale of medicamenteuze therapie; MGV als losstaande interventie is niet zinvol. De screener en het assessment middelengebruik leveren goede aanknopingspunten voor het bespreken van de problematiek en het starten met de motivatieverhogende interventies.

Ondanks het feel-good karakter van de theorie van Prochaska en DiClemente, zijn er in de literatuur weinig aanwijzingen dat de motivatie tot gedragsverandering daadwerkelijk te beïnvloeden is met motiverende interventies²⁰⁶ en dat op deze manier een toename van de motivatie leidt tot betere behandeluitkomsten.²⁰⁹ De oorzaak van de positieve effecten van MGV op de behandeling zijn vooralsnog onbekend.

De voorspellende waarde van het transtheoretische model voor het beloop van de ziekte en de uitkomsten is verre van eenduidig aangetoond.²⁰⁶ Alleen de actieve veranderingsfase blijkt enige voorspellende waarde te hebben ten aanzien van de gedragsverandering. Ook geven de verschillende stadia geen aanknopingspunten voor een specifieke combinatie van een bepaalde interventie en een patiënt.²²⁴ Het is daarnaast de vraag in hoeverre deze stadia van elkaar te onderscheiden zijn en hoe de verschillende stadia te relateren zijn aan de mate van motivatie. Het zou kunnen dat personen in de tijd de cirkel doorlopen, zonder dat er sprake is van een veranderde psychologische toestand.²⁰⁶

Het stadium van verandering lijkt onafhankelijk te zijn van de deelname aan behandeling. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen motivatie tot gedragsverandering en motivatie tot behandeling.²⁰⁸ De mate van motivatie is daarom geen doorslaggevende factor bij de zorgtoewijzing.¹⁹²

2.6 Zelfhulpgroepen

Waar mogelijk is het raadzaam zelfhulpgroepen een plaats te geven in de behandeling. In veel landen zijn zelfhulpgroepen meer geïntegreerd in het reguliere zorgaanbod dan in Nederland. In de literatuur zijn aanwijzingen gevonden dat specifieke elementen van zelfhulp een positieve bijdrage leveren op het gebied van middelenmisbruik bij dubbele diagnoseproblematiek.²⁵³ In dit verband is het nuttig om te wijzen op de Zelfhulpmodule die binnen het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg van Resultaten Score is ontwikkeld (Novadic). In deze module worden adviezen gegeven hoe de verslavingszorg de zelfhulpgroepen kan betrekken bij de zorg.

2.7 Abstinentie

Voor veel dubbele diagnosepatiënten zijn kleine hoeveelheden cannabis of cocaïne al ontregelend. Abstinentie is daarom een goed behandeldoel, zij het soms op de lange termijn. Voorkomen moet worden dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt omdat er ten aanzien van zijn middelenmisbruik te hoge eisen worden gesteld.

De vraag of de behandeling van dubbele diagnoseproblematiek altijd gericht dient te zijn op abstinentie is niet eenduidig vanuit de literatuur te beantwoorden. Gecontroleerde studies naar interventiedoelen zijn niet verricht, er zijn echter wel expert-meetings en focusgroepen georganiseerd. Het oordeel van als experts aangemerkte klinici en wetenschappers is dat abstinentie het te prefereren behandeldoel is, maar ook een harm reductiebenadering bij dubbele diagnosepatiënten kan geïndiceerd worden.²⁵⁴ Een rationale van op abstinentie gerichte behandelingen is dat dubbele diagnosepatiënten veelal verhoogd kwetsbaar zijn voor de effecten van psychoactieve middelen. Harm reductie wordt hier gezien als interventie bij gematigd of gecontroleerd gebruik, waarbij het vergroten van het sociaal-maatschappelijk functioneren voorop staat. Er wordt door de experts met name op het risico gewezen dat het contact met de patiënt verloren gaat wanneer te snel te hoge eisen worden gesteld, met als gevolg dat de patiënt hierdoor meer schade oploopt.²⁵⁴ Volledige abstinentie kan dan een lange termijn doel zijn.

2.8 Medicamenteuze behandeling

Adequate (medicamenteuze) behandeling van bijkomende psychiatrische stoornissen dient in de verslavingszorg prioriteit te krijgen.

De meeste onderzoekers staan positief tegenover het verstrekken van medicatie aan dubbele diagnosepatiënten.²⁵⁴ Wel is voorzichtigheid geboden omdat sommige medicijnen verslavend kunnen zijn, met name benzodiazepines.²⁵⁴ De behandelaar dient zich er daarnaast van bewust te zijn dat de voorgeschreven medicatie soms interacties kan geven met het gebruikte middel. Deze wisselwerking kan leiden tot verminderde therapietrouw of het ontstaan van nieuwe of gewijzigde psychiatrische symptomen.²⁵⁴

Bij het voorschrijven van medicijnen spelen verschillende psychologische factoren een rol, die

kunnen leiden tot een medicatie-afwijzende of juist -zoekende houding bij behandelaar en/of patiënt. Patiënten kunnen medicijnen afwijzen omdat het innemen ervan de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis bevestigt en men zichzelf daardoor een stigma toekent. Zij kunnen ook totale abstinentie nastreven waarbij ze medicijngebruik afwijzen. Vaak leidt stabilisering van de stoornis tot het staken van de medicatie op eigen initiatief. Bij behandelaars kan de onbekendheid met verslavingsproblematiek leiden tot krampachtig niet of juist gemakkelijk wel voorschrijven.²⁵⁴

Opmerkingen over best practice behandeling bij middelengebruik

In veel van de best practice literatuur wordt niet specifiek aangegeven welke van de psychosociale interventies gericht zijn op de psychopathologische symptomatologie en welke op het verslavingsgedrag. Ook de relatief nieuwe medicamenteuze interventies die in de verslavingszorg worden toegepast komen nauwelijks aan bod. Voor de volledigheid wordt daarom hieronder in het kort aangegeven welke behandelmogelijkheden op dit moment tot evidence based methodieken voor de verslavingsproblematiek kunnen worden gerekend. Het gebruik in specifieke dubbele diagnosesituaties dient nader te worden onderzocht.

Resultaten Scoren heeft meerdere interventies inmiddels geprotocolleerd en ook in het kader van stepped care een plaats gegeven. Stepped care is het principe dat de patiënt de minst ingrijpende interventie het eerst krijgt aangeboden. Blijkt de interventie onvoldoende resultaat te bewerkstelligen, dan wordt gekozen voor een intensievere behandeling. De doelen van de interventie worden vooraf in overleg met de patiënt bepaald.

Kort samengevat wordt het volgende algoritme het meest toegepast:

- > Een leefstijltraining* gebaseerd op (cognitieve) gedragstherapie, met name geschikt voor milde en/of beginnende verslavingsproblematiek.
- > Bij onvoldoende resultaat wordt ondersteunende medicamenteuze behandeling toegevoegd. Voor alcohol wordt gebruik gemaakt van acamprosaat en naltrexon. Bij opiaatafhankelijkheid zijn de volgende medicijnen geïndiceerd: naltrexon (abstinentieondersteuning); buprenorfine en methadon (substitutie-therapie); heroïne (palliatief).
- > Bijkomende problematiek dient zoveel mogelijk tegelijkertijd te worden aangepakt. Het gaat hierbij om woonbegeleiding, financiële en juridische hulpverlening, dagbesteding, leer- en werkondersteuning, relatie- en familier therapie, gerichte aanpak en preventie bij somatische problemen.

Als er ondanks de hierboven genoemde aanpak onvoldoende resultaat is, zijn er over het algemeen twee mogelijke scenario's denkbaar. Bij de keuze tussen de twee is de motivatie van de patiënt tot gedragsverandering een belangrijke leidende factor.

- > Intensivering van het aanbod; de mogelijkheden zijn:
 - > Community Reinforcement Approach (CRA), een combinatie van cognitieve gedragstherapie, systeeminterventies en medicatie als intensief, ambulante aanbod gericht op abstinentie en maatschappelijke (re)integratie;
 - > Korte klinische behandeling (bijvoorbeeld volgens het Minnesota-model) gericht op abstinentie en maatschappelijke (re)integratie;
 - > (Gemodificeerde) Therapeutische gemeenschap, met name voor drugsafhankelijke patiënten met forse bijkomende problematiek.
- > Harmreductie strategieën:
 - Combinaties van substitutietherapie, casemanagement / trajectbegeleiding en praktische interventies gericht op wonen, dagbesteding, inkomen, algemene gezondheid en hygiëne (inclusief spuitproblemen).

3. Specifieke combinaties van psychopathologie en middelengebruik

Middelengebruik heeft naast algemene negatieve gevolgen zoals sociale, economische en lichamelijke problemen ook specifieke risico's voor de psychiatrische behandeling. De kans op psychotische symptomen wordt vergroot¹⁴⁶ en de therapietrouw vermindert.¹⁴⁶ De psychiatrische stoornis beïnvloedt op haar beurt de verslavingszorgbehandeling, ook hier is sprake van verminderde therapietrouw en een vergrote kans op terugval.²⁴¹

De dubbele diagnoseproblematiek omvat de psychiatrische stoornissen die vallen onder Severe Mental Illness (SMI) en relevant middelengebruik. Onder de Severe Mental Illness vallen schizofrenie, bipolaire stoornissen, ernstige depressie en ernstige angststoornissen (APA, 1994). Deze indeling zegt echter niets over de ernst van de lijdensdruk zoals deze door de patiënt wordt ervaren (Van Nes en Hendriks, 2003). Relevant wil in dit geval zeggen dat het middelengebruik of de middelenaafhankelijkheid van invloed is op het beloop van de psychiatrische stoornis of dat de psychopathologie naar verwachting effecten heeft op het middelengebruik. Voor psychiatrische patiënten geldt vaak dat relatief gering middelengebruik al invloed heeft op het beloop van de stoornis en de prognose.

In de praktijk wordt vaak de kwadrantenindeling van Minkoff gebruikt (Minkoff, 1989) om de dubbele diagnosepopulatie inzichtelijk te maken. Hierbij wordt een tweedeling gemaakt in enerzijds de ernst van de verslaving en anderzijds de ernst van de psychiatrische problematiek. Minkoff maakt onderscheid tussen ernstige en milde vormen van beide probleemgebieden. Ondanks de aantrekkelijke inzichtelijke indeling, die in de praktijk zeker bruikbaar is, is er voor het model weinig empirische ondersteuning gevonden.

Gecombineerd kunnen dan de volgende vier categorieën worden beschreven:

1	Psychiatrie laag Verslaving laag	2	Psychiatrie hoog Verslaving laag
	Milde psychiatrische problematiek met middelengebruik		Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelengebruik
3	Psychiatrie laag Verslaving hoog	4	Psychiatrie hoog Verslaving hoog
	Milde psychiatrische problematiek met middelenaafhankelijkheid		Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenaafhankelijkheid

Vier kwadranten volgens Minkoff (2001)

* De Leefstijltrainingen zijn korte, ambulante interventies ontwikkeld door Resultaten Scoren, gericht op inzicht en gedragsverandering bij de patiënt (De Wildt et al, 2002). Er is een individueel aanbod, de leefstijltrainingen 1 en 2 (vier en tien contacten) en groepsbehandeling, de leefstijltrainingen 3 en 4.

Een voorbeeld uit elk van de categorieën maakt deze concreter:

1. Het kan hier gaan om een patiënt die vanwege een aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken na het overlijden van haar partner dagelijks flinke hoeveelheden alcohol gebruikt waardoor zij op haar werk steeds slechter functioneert.
2. Een voorbeeld is een patiënt die lijdt aan schizofrenie en elke avond cannabis gebruikt om zich wat beter te kunnen ontspannen en daardoor beter in slaap te komen.
3. Een patiënt die lijdt aan een paniekstoornis en dagelijks zoveel alcohol drinkt dat zijn baan en gezinsleven in gevaar komen en als gevolg van ontwenningverschijnselen elke ochtend alcohol gebruikt.
4. Bij deze groep kan het gaan om een patiënt met schizofrenie of een ernstige borderline stoornis die daarnaast dagelijks cocaine en heroïne gebruikt.

In deze paragraaf wordt ingegaan op combinaties van de meest voorkomende psychopathologie en middelengebruik. De literatuurstudie naar dit onderwerp heeft laten zien dat er weinig concreet empirisch bewijs voorhanden is. De aantallen gevonden studies staan uitgesplitst naar soort psychiatrische stoornis in de volgende tabel.

Overzicht van de gevonden studies

	RCT reviews	RCT	Niet gerandomiseerd	Beschouwingen	Totaal
SMI algemeen	1	1	3	4	9
schizofrenie	-	1	3	6	10
bipolaire stoornis	2	2	5	5	14
depressie	-	21	5	4	30
angststoornis	1	3	5	8	17
persoonlijkheidsstoornis	-	13	4	2	19
Totaal	4	41	25	29	99

Een belangrijke psychiatrische stoornis die niet tot de SMI gerekend wordt, maar wel vaak in verband gebracht wordt met middelennisbruik is ADHD (Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis). Het Trimbos-instituut heeft een rapport opgesteld over de combinatie van ADHD en verslaving. Er is een screener ontwikkeld op basis van de diagnostische criteria van de American Psychiatric Association en er is een protocol ontwikkeld voor de behandeling van ADHD en verslaving in de intramurale verslavingszorg.²⁴⁷ Voor meer informatie over ADHD en verslaving wordt u verwezen naar dit rapport.

3.1 Schizofrenie

Het middelengebruik wordt bij de normale intake vaak niet opgemerkt, tenzij screening op middelengebruik een standaard onderdeel is.²⁵⁶ De meest gebruikte middelen zijn alcohol (40-60%), nicotine (70%) en cocaine (15-50%).²⁵⁶ Er zijn verschillende theorieën over het ontstaan van de dubbele diagnose en de wederzijdse beïnvloeding door de twee soorten proble-

matiek. Zowel het zelfmedicatiemodel als het model waarin het middelengebruik de schizofrenie uitlokt zijn gangbaar. Conclusies over oorzaak en gevolg zijn tot nu toe niet te trekken.²⁵⁶ Wel is het over het algemeen zo dat het middelengebruik voorafgaat aan de schizofrenie, iets dat verklaard kan worden doordat schizofrenie zich op latere leeftijd manifesteert dan de leeftijd waarop het gebruikelijk is om psychoactieve middelen te gebruiken.²⁵⁶ De beste benadering is waarschijnlijk een stresskwetsbaarheidsmodel, waarbij het middelengebruik schizofrenie kan uitlokken bij individuen die daar gevoelig voor zijn. Een ander model is het affectregulatiemodel van Blanchard et al.²⁵⁶ Volgens dit model beïnvloeden persoonlijkheidstrekken, stress en coping elkaar. Bij schizofrenie zijn verschillen in persoonlijkheid geassocieerd met blootstelling aan stress en de reactie van het individu daarop. Dit zou veroorzaken dat schizofreniepatiënten een grotere kans hebben op middelennisbruik. Tot slot hebben Bellack en DiClemente een transtheoretisch model ontwikkeld waarbij veel aandacht is voor motivatie tot gedragsverandering. In dit model worden vijf fasen voor verandering beschreven en het leidt tot een behandelprotocol voor schizofreniepatiënten dat bestaat uit training van sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen, psycho-educatie over de redenen van het gebruik, motiverende gesprekken en training gericht op het omgaan met risicosituaties.²⁵⁶

Best practice behandeling van schizofrenie (APA)²⁵⁶

In de acute fase is het belangrijkste dat de patiënt gestabiliseerd wordt, dit wordt bereikt door medicamenteuze interventie met antipsychotica. Daarnaast is de psychosociale behandeling gericht op het verminderen van overstimulatie en de invloed van stressvolle life-events in een gestructureerde omgeving. Tot slot wordt psycho-educatie gegeven, gericht op het beloop en de aard van de ziekte.

In de stabilisatiefase wordt de stress voor de patiënt geminimaliseerd en is ondersteuning noodzakelijk om terugval te voorkomen. De medicamenteuze therapie wordt voortgezet. Wanneer de patiënt gestabiliseerd is, is de therapie gericht op het behouden of verbeteren van de kwaliteit van leven. Specifiek is er aandacht voor basisvaardigheden, sociale en cognitieve vaardigheden en arbeidsrehabilitatie.

Schizofrenie en middelennisbruik

Het klinische effect van het middelengebruik is dat de bijwerkingen van de medicatie (neuroleptica) worden onderdrukt, op lange termijn heeft het gebruik negatieve gevolgen voor de behandeling.

In een studie in Groot-Brittannië werden schizofreniepatiënten willekeurig toegewezen aan een standaardbehandeling of een behandeling met naast psychiatrische behandeling motiveerende gespreksvoering, individuele cognitieve gedragstherapie (CGT) en familitherapie. De tweede groep had na een jaar minder psychiatrische symptomen en gebruikte minder vaak middelen. Het was echter niet goed na te gaan aan welk onderdeel van de behandeling dit verschil lag.²⁵⁷

Een niet-gerandomiseerde studie van Minkoff laat ook goede resultaten zien van een geïntegreerde behandeling in Massachusetts, met een significante verbetering van het middelengebruik, angststoornissen en affectieve stoornissen.²⁵⁸

Er is enige evidentie gevonden voor de beste volgorde van aanpak. Het rapport van Health Canada pleit voor het gelijktijdig aanpakken van de verslavings- en psychiatrische component.²⁵⁷

Cocaine

Cocaine kan milde symptomen van schizofrenie verergeren, kan zowel de positieve als negatieve symptomen verminderen en wordt vaak gebruikt door patiënten om depressieve gevoelens te verlichten.²⁵⁸

Olanzapine zou een beter antipsychoticum zijn dan haloperidol bij de behandeling van comorbide middelenmisbruik en schizofrenie. Helaas is hier nog weinig evidentie voor gevonden.²⁵⁸

Alcohol

Er zijn aanwijzingen dat het antipsychoticum clozapine goede resultaten geeft bij comorbide alcoholmisbruik, zowel ten aanzien van het alcoholgebruik als de psychiatrische symptomen.²⁵⁸

Er zijn geen relevante artikelen gevonden die enig inzicht kunnen geven in de behandeling van andere combinaties van schizofrenie en misbruik of afhankelijkheid van specifieke middelen.

3.1.2 Aanbevelingen

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
Medicamenteus	geen aanbeveling	atypische antipsychotica	(clozapine)
Psychosociaal	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) gericht op psychopathologie en middelengebruik, familietherapie		
Algemeen	enige evidentie voor gelijktijdige aanpak in een geïntegreerde setting, gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

3.2 Bipolaire stoornis

Patiënten met een bipolaire stoornis lopen het grootste risico van alle As I stoornissen op comorbide middelenproblematiek.²⁶⁰ Risicofactoren binnen de bipolaire populatie zijn mannelijk geslacht, voorkomen van andere As I stoornissen en lage opleiding. Daarnaast komt middelengebruik meer voor bij manie dan bij depressie.²⁶⁰ Het probleem bij deze groep is dat psychiatrische symptomen en symptomen van middelengebruik of onthouding sterk op elkaar kunnen lijken. Intoxicatie kan verward worden met manie, onthouding kan lijken op depressiviteit.²⁶⁰ Het causale verband tussen middelengebruik en bipolaire stoornissen is moeilijk aan te geven. Zowel een verhoogde kwetsbaarheid voor middelengebruik bij de bipolaire patiëntpopulatie, een gemeenschappelijke onderliggende factor voor beide stoornissen als het uitlokken van manische of depressieve episodes door middelengebruik zijn genoemd.²⁶⁰

Best practice behandeling van bipolaire stoornis (APA)²⁶⁰

Voor ernstig manische of mixed-episode patiënten is lithium gecombineerd met een antipsychoticum of valproaat gecombineerd met een antipsychoticum de beste, evidence based medicamenteuze behandeling. Bij minder ernstige patiënten kan alleen lithium, valproaat of een antipsychoticum zoals olanzapine afdoende zijn. Voor gemengde episodes is valproaat beter dan lithium. Atypische antipsychotica zoals olanzapine of risperidon geven minder bijwerkingen en zijn dus te verkiezen boven klassieke antipsychotica. Psychosociale therapie dient altijd plaats te vinden in combinatie met medicamenteuze ondersteuning.

Bij depressieve periodes is lithium of lamotrigine aangewezen. Antidepressiva als monotherapie worden afgeraden en moeten worden opgebouwd, tenzij het gaat om ernstige problematiek. Elektroconvulsie therapie kan uitkomst bieden bij levensbedreigende situaties, zoals suicidaliteit en bij zwangerschap.

Interpersoonlijke therapie (IPT) en cognitieve gedragstherapie (CGT) kunnen nuttig zijn als additionele behandeling naast de farmacotherapie. Hoewel psychodynamische therapie empirisch niet wordt ondersteund, wordt het breed gebruikt bij bipolaire depressie.

Indien er vier of meer depressieve, manische, hypomanische of gemengde episodes per jaar voorkomen die van elkaar gescheiden worden door periodes van remissie van tenminste twee maanden of wanneer de periodes van tegengestelde polariteit elkaar opvolgen, wordt gesproken van rapid cycling. Hierbij moeten eerst factoren gezocht worden die de wisselingen in de hand zouden kunnen werken, zoals middelengebruik of bepaalde medicatie (vooral antidepressiva). De eerste keus voor farmacotherapie is lithium of valproaat, hoewel een combinatie van medicijnen vaak vereist is.

3.2.1 Bipolaire stoornis en middelengebruik

Alleen Health Canada doet een uitspraak over de volgorde van behandelen, zij spreken zich uit voor een volledig geïntegreerde behandeling met gelijktijdige aandacht voor middelengebruik en psychopathologie.²⁶¹

Er is weinig bekend over het beloop van de co-morbiditeit. Wel is bekend dat bij bipolaire patiënten met middelengebruik de prognose slechter is dan bij patiënten zonder middelengebruik.²⁶⁰ Bij de behandeling met lithium bestaat er een slechte prognose als er tevens sprake is van alcohol- of drugmisbruik²⁶¹, comorbide middelengebruik leidt tot meer therapieontrouw en suicidaliteit.²⁶⁰

In een kleine studie werden goede resultaten gevonden met het anti-epilepticum valproaat.²⁶¹

In een dossieronderzoek werd gevonden dat 34% van de patiëntpopulatie middelen gebruikte, 82% gebruikte alcohol, 30% cocaine en 29% cannabis. Bij deze patiënten trad minder vaak herstel op dan bij niet-gebruikende patiënten. Wel herstelden de patiënten met comorbide problematiek vaker met valproaat of carbamazepine, dan enkel met lithium.²⁶¹ Deze anti-epileptische medicijnen zijn effectieve stemmingstablisatoren en hebben een gunstig effect op alcoholonthoudingsverschijnselen.²⁶¹

Bipolaire stoornis en cannabis

Bij een studie onder adolescenten die met name cannabis en alcohol gebruikten, bleek lithium een gunstiger effect te hebben op middelengebruik en psychopathologie dan de placebobehandeling.²⁶²

Cocaine

Zowel bij het middel lamotrigine²⁶² als quetiapine²⁶² lijken depressieve en manische symptomen af te nemen en craving te verminderen. Volgens een andere studie bleek lithium niet werkzaam.²⁶²

3.2.2 Aanbevelingen

	<i>Cocaine</i>	<i>Opiaten</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Medicamenteus</i>	(quetiapine lamotrigine)	valproaat	valproaat, carbamazepine
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering), interpersoonlijke therapie, (met name de depressieve periode)		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor gelijktijdige aanpak gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

3.3 Depressie

Depressie en middelengebruik komt vaak gecombineerd voor, zowel bij psychiatrische als verslavingszorgpatiënten. Een grote studie in Amerika heeft laten zien dat 23% van de patiënten met verslavingsproblematiek een depressie heeft en 18% van de mensen met een depressie ook te kampen heeft met middelengebruik.²⁶⁴

Best practice behandeling van depressie (APA) ²⁶⁴

De vier evidence based behandelingen voor depressie zijn:

- A. Antidepressiva dienen te worden voorgeschreven bij aanvang van de behandeling van middelzware tot ernstige depressieve stoornissen. Bij een psychotische depressie kan hier een antipsychoticum bij gegeven worden of elektroconvulsie therapie.
- B. Psychotherapie als enige therapie kan worden overwogen bij milde tot middelzware depressie in engere zin.
- C. Indien er sprake is van bijkomende psychosociale problemen, interpersoonlijke problematiek of comorbide As II stoornissen, is een combinatie van antidepressiva en psychotherapie aangewezen. Ook bij recidief bij een enkelvoudige therapie of geringe therapietrouw.
- D. Elektroconvulsie therapie moet worden overwogen bij ernstige of levensbedreigende symptomen, psychotische depressies of catatonie.

3.3.1 Depressie en middelengebruik

In een langdurige studie bleken depressieve patiënten met een actieve alcoholafhankelijkheid twee keer minder kans op herstel hebben dan patiënten die nooit alcoholafhankelijk waren geweest of die in remissie van alcoholafhankelijkheid waren.²⁶⁸ Er kan behandelweerstand ontstaan ten aanzien van de middelengebruik, de depressie of allebei. Er wordt geadviseerd om voorlichting te geven over de effecten van middelengebruik op de depressie. Ook wordt een abstinente periode aangeraden om na te gaan of dit de stemming verbetert.²⁶⁸

Het Health Canada rapport geeft diverse redenen om eerst het middelengebruik te behandelen en vervolgens de depressie. Stemmingsstoornissen zijn vaak het gevolg van chronisch middelengebruik en ook kan het misbruik leiden tot problemen op verschillende leefgebieden, welke zullen afnemen als het gebruik is gestopt.²⁶⁸

Cocaine

Er is een aantal gerandomiseerde studies gedaan naar de behandeling van depressie en comorbide misbruik of afhankelijkheid van cocaine. Zowel bij fluoxetine (Prozac)²⁶⁸ als imipramine²⁶⁹ werd geen grotere effectiviteit gevonden voor de behandeling van depressie of middelengebruik ten opzichte van de placebocontrolegroep.

Desipramine leverde in een onderzoek onder 109 cocaineafhankelijke patiënten een verbetering op van de psychopathologische symptomen, echter niet voor het cocainegebruik. Aanvullende CGT leverde wel verbetering op van het cocainegebruik.²⁶⁸ Uit een andere (niet-gerandomiseerde) studie bleek dat depressieve cocaineafhankelijke patiënten beter reageerden op desipramine dan niet-depressieve patiënten.²⁶⁹

Een studies die gerandomiseerd onderzoek deed naar psychotherapeutische interventies liet

zien dat CGT betere resultaten gaf bij deze doelgroep dan een 12-stappen zelfhulpprogramma.²⁶⁸

Opiaten

Depressieve patiënten die behandeld worden met methadon bleken in een single-blind onderzoek beter op imipramine te reageren dan op een placebo, zowel ten aanzien van het middelengebruik als de depressieve symptomen.²⁶⁸ Een andere studie schreef een zelfde effect toe aan fluoxetine.²⁶⁸

Alcohol

Er is een serie gerandomiseerde onderzoeken verricht naar het effect van fluoxetine bij de behandeling van depressieve patiënten met alcoholmisbruik. Fluoxetine was effectief bij het verminderen van het alcoholgebruik en leek ook de depressieve klachten te verminderen. Tevens namen het roken en cannabisgebruik in deze groep af. Cocainegebruik had een slechte invloed op de prognose.²⁶⁹ Deze bevindingen zijn in twee andere onderzoeken (gedeeltelijk) bevestigd.²⁷⁰

Andere medicijnen waar gerandomiseerd onderzoek naar is verricht zijn nefazodone,²⁷⁰ desipramine²⁷⁰ en imipramine.²⁷⁰ Bij alle drie studies verbeterde de depressie, alleen desipramine had daarnaast ook een gunstig effect op het alcoholgebruik.

Ten aanzien van niet-medicamenteuze behandeling is CGT vergeleken met relaxatietraining, allebei gegeven naast de standaard alcoholbehandeling. De gedragstherapie liet betere resultaten zien dan de relaxatietherapie voor aantal abstinente dagen en gebruik per dag.²⁷⁰

3.3.2 Aanbevelingen

Stemmingsstoornissen zijn regelmatig het gevolg van middelenmisbruik, de stoornissen kunnen afnemen als eerst het verslavingsprobleem wordt aangepakt.

Bij de behandeling kan het van belang zijn om onderscheid te maken tussen primaire en middelengeïnduceerde depressie, onder andere door na te gaan of de depressie aan het middelenmisbruik voorafging en of er ook sprake is van depressie tijdens abstinente periodes.

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
Medicamenteus	fluoxetine	fluoxetine imipramine	fluoxetine desipramine imipramine nefazodone
Psychosociaal	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) gericht op psychopathologie en middelenmisbruik		
Algemeen	enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik , gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

3.4 Angststoornissen

Naar schatting gaat een angststoornis in 20 tot 40% van de gevallen gepaard met middelenmisbruik.²⁷² Omgekeerd bleek in een studie dat 29% van de onderzochte opiaatafhankelijke patiënten voldeden aan de criteria voor posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Het verband tussen beide aandoeningen is moeilijk te bepalen. De veelgebruikte aanname dat alcohol wordt gebruikt om de angsten te onderdrukken (zelfmedicatie) wordt nergens in de literatuur bevestigd.²⁷²

Best practice behandeling van angststoornissen (APA)³⁷²

Zowel psychotherapie (CGT) als medicamenteuze therapie zijn bewezen effectief. Geen van beide behandelingen is beter dan de ander. De keuze psychotherapie of farmacotherapie wordt gebaseerd op het oordeel van de behandelaar en de voorkeur van de patiënt. De combinatie van CGT en medicijnen is vooralsnog niet effectiever gebleken. (Er zijn vier soorten medicijnen effectief gebleken: MAO-remmers, tricyclische antidepressiva, benzodiazepines en serotonine heropname-remmers.)

3.4.1 Angststoornissen en middelenmisbruik

In een artikel van Triffleman et al worden de relevante argumenten op een rij gezet die kunnen pleiten voor een bepaalde volgorde in de behandeling van posttraumatische stressstoornis. Voor het eerst behandelen van het trauma pleit dat de lijdensdruk eerder verlicht wordt, dat het niet behandelen van het trauma zou zorgen voor snellere terugval en uitval en dat een belangrijke reden voor de patiënt om te gebruiken wordt weggenomen. Daarentegen zijn traumabehandelingen minder effectief bij gebruikende patiënten, kan het aansnijden van traumaonderwerpen erg gevoelig zijn bij iemand die behandeling zoekt voor zijn middelenmisbruik en kunnen gebruikende personen vaak minder goed omgaan met sterk negatieve emoties.

In het artikel wordt voorgesteld om de eerste 12 weken de behandeling vooral te richten op het middelenmisbruik en psycho-educatie over de PTSS. In het tweede deel van de behandeling wordt er meer aandacht besteed aan de vermindering van de angstsymptomen.²⁷³

Health Canada pleit voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik, voordat de angststoornis wordt aangepakt. Een belangrijke uitzondering is PTSS, hier moet sprake zijn van een volledig geïntegreerd programma.²⁷³

Alcohol

In een klein onderzoek leverde behandeling met paroxetine (Seroxat) voor de angstsymptomen betere resultaten op dan een placebo bij patiënten met sociale angst; het alcoholgebruik veranderde niet.²⁷⁴ In een grotere studie met buspiron tegenover een placebo was buspiron effectief bij het behandelen van de angst én het alcoholmisbruik.²⁷⁵

In een niet-gerandomiseerde studie bij vrouwen met sociale fobie bleek CGT effectiever voor het alcoholgebruik dan een 12-stappenprogramma. Het 12-stappenprogramma was echter effectiever als de vrouwen niet te kampen hadden met sociale angst.²⁷⁵

3.4.2 Aanbevelingen

Bij de dubbele diagnosegroep is er enig bewijs dat paroxetine effectief is bij het behandelen van sociale angst. Buspiron zou naast de sociale angst ook het alcoholmisbruik reduceren.

Er is geen evidentie dat de combinatie van psychosociale therapie en medicijnen beter is dan de componenten afzonderlijk. Cognitieve gedragstherapie bleek effectief ten aanzien van het alcoholmisbruik bij de behandeling van vrouwen met een sociale fobie. Bij patiënten met een paniekstoornis met alcoholmisbruik kon dit positieve effect niet worden aangetoond

	<i>Cocaine</i>	<i>Opiaten</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Medicamenteus</i>	reguliere anxiolytica	reguliere anxiolytica	paroxetine buspiron
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) gericht op middelenmisbruik en in sommige gevallen op psychopathologie		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik (bij PTSS gelijktijdig), gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

3.5 Persoonlijkheidsstoornissen

In een onderzoek werden patiënten met en zonder antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) aselect toegewezen aan twee verschillende vormen van behandeling binnen een therapeutische gemeenschap. Hoewel de groep met antisociale persoonlijkheidsstoornis op een aantal punten te onderscheiden was van de overige patiënten (jonger, vaker man en lager opgeleid), bleek de aanwezigheid van de stoornis geen effect te hebben op de behandeluitkomsten.²⁸⁰ De bijkomende antisociale persoonlijkheidsstoornis is dus geen belemmering voor een succesvolle behandeling in een therapeutische gemeenschap.

Linehan heeft een therapie ontwikkeld speciaal voor de ambulante behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis: dialectische gedragstherapie. Onderzoeken in Amerika en Nederland tonen aan dat deze behandeling effectief is ten aanzien van deze persoonlijkheidsstoornis (onder andere therapietrouw en het verminderen van automutilatie en zelfbeschadigende impulsen). De effectiviteit voor het terugdringen van het middelenmisbruik lijkt minder bewezen.²⁸⁰

De Dual Focus Schema (DFS) therapie van S.A. Ball gaat ervan uit dat een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis zelden hulp zoekt voor deze stoornis, meestal zal een comorbide aandoening zoals verslaving de aanleiding zijn. De DFS-therapie richt zich niet op de persoonlijkheidsstoornissen afzonderlijk, maar op een aantal cognitieve schema's die bij elke persoonlijkheidsstoornis opgaan. Deze cognitieve, disfunctionele schema's vormen de ervaringen en de gedragingen van de patiënt. De interventie richt zich op het gebied dat de meeste problemen veroorzaakt (meestal het middelenmisbruik) omdat hier de grootste winst te halen is voor het gedrag van de patiënt.²⁸¹

Cocaine

Antisociale persoonlijkheidsstoornis met cocainemisbruik is het onderwerp van een aantal gerandomiseerde studies geweest. Groepsbehandeling versus individuele behandeling,²⁸² desipramine versus placebo²⁸² en desipramine en amantadine versus placebo.²⁸² Geen van de studies liet een significante verbetering zien bij de patiënten met antisociale persoonlijkheidsstoornis met comorbide cocainemisbruik ten opzichte van de controlegroep.

Opiaten

In een steekproef bij 23 heroïneafhankelijke vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis werd dialectische gedragstherapie of Comprehensive Validation therapie (CVT) vergeleken met een 12-stappenprogramma. De DGT liet significant betere resultaten zien ten opzichte van de CVT-groep, behalve voor de therapietrouw.²⁸³

Alcohol

In een studie naar cognitieve gedragstherapie en interactionele groepstherapie (relatietherapie) werd gevonden dat patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis minder drinken bij CGT. Opmerkelijk was dat ASP-patiënten slecht reageerden op ondersteuning om na de behandeling abstinente te blijven (terwijl patiënten zonder ASP hier wel baat bij hadden).²⁸³

3.5.1 Aanbevelingen

Vanuit hun aard zijn persoonlijkheidsstoornissen chronische en moeilijk te behandelen aandoeningen, comorbide middelengebruik zorgt voor een nog slechtere prognose. Er is geen medicatie gevonden die werkzaam is bij deze groep dubbele diagnosepatiënten.

	<i>Cocaine</i>	<i>Opiaten</i>	<i>Alcohol</i>
<i>Medicamenteus</i>	-	-	-
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) bij antisociale persoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis,		
<i>Algemeen</i>	behandeling in een therapeutische gemeenschap bij antisociale persoonlijkheidsstoornis, gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

4. Verslag van het pilotonderzoek, samenvatting

4.1 Onderzoekopzet

Het onderzoek is opgedeeld in twee pilots, het onderzoek naar screening en assessment van psychopathologie vond plaats binnen de verslavingszorg, het onderzoek naar screening en assessment van middelenmisbruik in de psychiatrie. Voor een volledig verslag van de pilots wordt u verwezen naar bijlage 1.

4.1.1 Pilot screening en assessment van middelenmisbruik

Het onderzoek is uitgevoerd op een aantal psychiatrieafdelingen, die samen het gehele SMI spectrum beslaan.

Binnen Parnassia is gebruik gemaakt van de medewerking van twee organisatieonderdelen:

- > GGZ voor Volwassenen I (met name gericht op de behandeling van psychotische stoornissen): Transmuraal zorgteam Spectrum, Duinland en Prinsengracht; dit team bestaat uit een open klinische afdeling, een gesloten klinische afdeling en een ambulante afdeling.
- > GGZ voor Volwassenen II (gericht op de behandeling van DSM-IV As-II stoornissen): Transmuraal zorgteam Midland en Prinsengracht; dit team bestaat uit een klinische open-opnameafdeling, een crisisafdeling en een ambulante afdeling.

Daarnaast is de pilot uitgevoerd op Centrum Langdurende Zorg (klinische en ambulante settingen) van de Rijngest Groep in Oegstgeest.

- > Het onderzoek op de psychiatrie afdelingen had verschillende doelen: De bruikbaarheid van de instrumenten en richtlijnen onderzoeken volgens het Masterprotocol van Resultaten Scoren; dit was het primaire doel van het onderzoek;
- > Psychometrisch onderzoek naar de screeningsinstrumenten CAGE en CAGE-AID en DALI;
- > Onderzoek naar de Readiness to Change Questionnaire (RCQ).

De twee laatste onderzoeksdoelen vallen, mede door de tijd die nog nodig is voor het verwerken van de gegevens, buiten het bestek van dit rapport.

De opzet van de pilot in de psychiatrie was als volgt:

Afnames van de CAGE en CAGE-AID en gebruik van de Index of Suspicion door de behandelaars.

Vervolgens werden dezelfde patiënten gezien door projectmedewerkers die de volgende vragenlijsten afnamen:

- > CAGE en CAGE-AID (als controle);
- > DALI (zie paragraaf 1.2.1);
- > ASI sectie alcohol en drugs;
- > CIDI alcohol- en drugsonderdeel (dit was de gouden standaard voor het psychometrisch onderzoek, zie paragraaf 1.2.3);
- > RCQ (zie paragraaf 2.5.1).

4.1.2 Pilot screening en assessment van psychopathologie

Deze pilot is uitgevoerd op vijf afdelingen van Verslavingszorg Parnassia:

- > Toeleiding in Leiden (intakeafdeling);
- > PZD/RPZD in Den Haag (klinische en ambulante afdeling voor dubbele problematiek);
- > Detox drugs in Den Haag (detoxificatieafdeling);
- > Intramuraal Motivatie Centrum in Den Haag (laagdrempelige, klinische zorg);
- > Ambulant Cure in Gouda (poliklinische zorg).

Het doel van het onderzoek binnen de verslavingszorg was om de bruikbaarheid van de richtlijnen te toetsen en om vervolgens met behulp van de resultaten een keuze te kunnen maken tussen de twee onderzochte instrumenten.

De opzet van de pilot in de verslavingszorg was dat de behandelaars achtereenvolgens de K6/K10 en de MINI afnamen (voor een beschrijving van de instrumenten zie paragraaf 1.3.2).

4.1.3 Vraagstelling

Met betrekking tot de richtlijnen screening en assessment van dubbele diagnoseproblematiek in de verslavingszorg en psychiatrie werd de volgende vraagstelling geformuleerd:

Geven de richtlijnen voldoende handvatten aan behandelaren om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen en tot een indicatie te komen tijdens de diagnostiekfase?

Voor het gehele proces werd de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke voor- en nadelen leveren de dubbele diagnose-richtlijnen tijdens het hele proces van de pilotstudie voor behandelaren?

Om antwoord te verkrijgen op de vraagstelling werden op de volgende wijze data verzameld:

- > Door participatie op de onderzoeksafdelingen en het verzamelen van aantekeningen in een logboek;
- > Door het afnemen van een vragenlijst met open vragen over de ervaringen van het werken met de richtlijnen.

4.2 Resultaten

4.2.1 "Geven de richtlijnen voldoende handvatten om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen en tot een indicatie te komen tijdens de diagnostiekfase?"

In de periode voorafgaande aan de pilotstudie bleek dat behandelaren en behandelmedewerkers in de verslavingszorg en in de psychiatrie behoefte hebben aan richtlijnen. Hoe kan men omgaan met dubbele diagnoseproblematiek.

Psychiatrieafdelingen

Op psychiatrieafdelingen bleek in sommige gevallen dat het werken met de richtlijnen niet mogelijk is omdat het behandelklimaat van de afdeling niet ingericht is voor dubbele diagnoseproblematiek. Toch is er op deze afdelingen wel degelijk behoefte aan dergelijke richtlijnen. Men erkent dat er, ondanks het feit dat middelen- en alcoholmisbruik een contra-indicatie is voor behandeling, toch veel (min of meer) verborgen verslavingsproblematiek is.

Op de psychiatrische afdelingen gaf men aan dat de middelenscreener alleen, zonder het assessment, niet veel handvatten biedt voor de behandelaars om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen. De middelenscreener kan niet worden gebruikt zonder vervolg. Wel biedt de screener de mogelijkheid om bij elke patiënt het onderwerp middelenmisbruik te berde te brengen. Het assessment geeft veel meer informatie over alcohol- en drugsgebruik. De ervaring is dat door het afnemen van het assessment, alcohol- en drugsgebruik en de motivatie (op het moment van het interview) van de patiënt om zijn gedrag te veranderen goed in kaart gebracht kunnen worden. Deze informatie komt ten goede aan de diagnostiek en kan leiden tot een op maat gesneden behandeling.

Verslavingszorg

In de verslavingszorg ging de voorkeur uit naar de MINI boven de K10. De K10 werd te algemeen bevonden en geeft te weinig aanwijzingen voor verdere diagnostiek. De MINI, die gebaseerd is op de gebruikelijke DSM-IV diagnoses gaf een concretere uitkomst. Voor een eerste indruk geeft de MINI voldoende informatie, maar geen waterdichte diagnose.

4.2.2 *“Welke voor- en nadelen leveren de dubbele diagnoserichtlijnen tijdens het hele proces van de pilotstudie voor behandelaren?”*

Psychiatrie

Het invoeren van de richtlijnen vraagt een tijdsinvestering. Het afnemen van de middelenscreener en het assessment samen kost 15 tot 25 minuten. De gebruikers waren zeer tevreden over de informatie die de vragenlijsten opleverden. Het werken met de richtlijnen voorziet in een behoefte om op een gestructureerde en eenduidige wijze alcohol- en middelenmisbruik te gaan betrekken in de behandeling.

Tijdens de pilot in de psychiatrie werd al snel duidelijk dat instrumenten ter verbetering van de herkenning van middelenmisbruik niet zomaar op elke psychiatrische afdeling in te voeren zijn. Het bestaande behandelklimaat laat in een aantal gevallen het behandelen van verslavingsproblematiek niet toe. Zo kan middelenmisbruik een contra-indicatie zijn voor de psychiatrische behandeling. Ook werd een stilzwijgend gedoogbeleid aangetroffen ('als we het maar niet merken'). Het leren omgaan met dubbele diagnose vergt op deze afdelingen meer dan simpelweg het aanreiken van diagnostische instrumenten. Naast voorlichting en deskundigheidsbevordering, zal op de afdeling een discussie gevoerd moeten worden over de houding van het team ten aanzien van het behandelen van dubbele diagnoseproblematiek.

Verslavingszorg

De afnameduur van de MINI is 15 minuten als er geen psychiatrische klachten zijn. Afhankelijk van de klachten kan de afnametijd oplopen tot 30 minuten. Bij een hoge werkdruk is het mogelijk om de MINI te verdelen in een screeningsdeel en een assessmentdeel zoals ook het

geval is bij de middelenscreener en het assessment. Deze optie is niet in de pilotstudie meegenomen maar zeker de moeite waard om uit te proberen. Daarom is de verkorte MINI, als bijlage, toegevoegd.

In de verslavingszorg zal een psychiatrisch deskundige deel moeten uitmaken van het multidisciplinaire team voor de verdere diagnostiek (indien nodig). Voor de behandelmedewerker die geen psychiatrische kennis bezit, zijn de richtlijnen geen middel voor het vergroten van de individuele deskundigheid. In dat geval is een cursus gericht op kennis en kunde op het gebied van psychopathologie meer geschikt.

5. Enige aanbevelingen voor het implementatieproces

De beschreven studies vormen een pleidooi voor een geïntegreerde, dan wel zorgvuldig afgestemde en gecoördineerde behandeling voor dubbele problematiek. Paradoxaal genoeg betekent dit dat de beste voorwaarden voor goede behandeling reeds binnen de reguliere zorg aanwezig zijn. Immers, of het nu binnen de psychiatrie of binnen de verslavingszorg is, een reguliere afdeling heeft (uitzonderingen daargelaten) een samenhangend team, met een duidelijke visie op en regie van het zorgaanbod.

De kwadranten van Minkoff (zie paragraaf 3) ondersteunen deze stelling. In zeker drie van de vier kwadranten is geen gespecialiseerde dubbele diagnose-unit nodig.

Een consistent model is dat waar er sprake is van dominante psychiatrische problematiek, het primaat en hoofdbehandelaarschap bij de psychiatrie liggen. Wel dient voor adequate behandeling de verslavingsexpertise aanwezig te zijn. Waar deze niet expliciet aanwezig is in het behandelteam kan deze ofwel via training worden verworven, ofwel kan deze worden toegevoegd via consultatie of medebehandeling vanuit bijvoorbeeld de verslavingszorg. Ook hier geldt weer als voorwaarde dat de zorg in sterke mate gecoördineerd en samenhangend vanuit de twee invalshoeken aangeboden dient te worden.

Bij dominante verslavingsproblematiek geldt qualitate qua het omgekeerde. De dubbele diagnose-unit of het dubbele diagnosteam hebben dan voornamelijk een plaats in het kwadrant van ernstige psychiatrische in combinatie met ernstige verslavingsproblematiek.

Dit betekent dat de belangrijkste taakstelling van het project Dubbele Diagnose van Resultaten Scoren is dat kennis en evidence basedmethodieken aan het GGZ- en verslavingsveld ter beschikking worden gesteld. Uiteraard zal de Resultaten Scorenmethodiek voor het invoeren van nieuwe methodieken daarvoor zo spoedig mogelijk ter beschikking moeten komen. De belangrijkste onderdelen daarvan zijn training en intervisiebijeenkomsten. Idealiter ook de inbedding van nieuw beleid in een benchmarkstructuur.

5.1 Hindernissen

Toch is de werkelijkheid weerbarstiger. Tijdens het pilotonderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat er binnen psychiatrie en verslavingszorg minstens drie belangrijke hobbels genomen moeten worden voordat de zorg optimaal afgestemd kan worden op de doelgroep.

Kennis en vaardigheden

Zowel binnen de psychiatrie als binnen de verslavingszorg bestaat er grote behoefte aan het beter omgaan met dubbele diagnose. Er is vraag naar hulp bij signalering, maar met name richtlijnen voor het omgaan met de problematiek zijn belangrijk.

Medewerkers zullen getraind moeten worden in het afnemen van de screenings- en assessmentlijsten en in het plannen en in de tijdslijn plaatsen van behandelinterventies. Veel benodigde methodieken zouden het beste door vaste teamleden kunnen worden aangeleerd.

Binnen veel psychiatrieafdelingen zou al veel winst behaald zijn indien motiverende gespreksvoering en leefstijltrainingen in het behandelarsenaal worden opgenomen. Binnen de verslavingszorg geldt dit voor basispsychiatrische expertise met betrekking tot psychofarmaca en kortdurende cognitieve gedragstherapeutische methodieken voor met name depressies en angststoornissen.

Complexere behandelvormen (bijvoorbeeld CRA of dialectische gedragstherapie) zouden veelal beter kunnen worden 'ingehoord'.

Capaciteitskwesties

Kwaliteitsverbetering vraagt ook tijdsinvestering, niet alleen in de startfase, maar ook regulier. Tijdens de pilots bleek de werkdruk soms zo hoog te zijn dat zelfs de diagnostiek met screener en assessmentlijsten al moeilijk inpasbaar bleek.

Binnen veel verslavingsafdelingen is de beschikbaarheid van psychiaters, psychologen en artsen zodanig krap, dat slechts een basisprogramma geboden kan worden. Dit betekent dat invoeren uiteindelijk een managementbeslissing vraagt in de orde van inzet van geschoold personeel, hetzij vast inzetbaar, hetzij op consultatiebasis. Natuurlijk liggen hier dan veelal weer financiële afwegingen aan ten grondslag.

Toch is een weerwoord op zijn plaats. Wij zijn er van overtuigd dat invoering van 'dubbelhulp' de kwaliteit van de geleverde zorg, gemeten aan (zowel cliënt- als behandelaar-)satisfactie en behandelresultaten, zal verbeteren. Waar zorginstellingen en behandelaren daar in de toekomst steeds meer op afgerekend zullen worden, zal ook het niet invoeren van evidence basedmethodieken dus zijn prijs hebben. Adequate druk op - en prijsafspraken met - financiers (zoals gemeenten) kan bijvoorbeeld de laagdrempelige verslavingszorg (waar veel comorbiditeit aanwezig is) ontdoen van het imago van tweederangs gezondheidszorg.

Cultuur en beleid

Naast bovengenoemde problemen zijn we bij de pilots op een derde categorie problemen gestuit, die wellicht het meest weerbarstig zal blijken te zijn. We doelen op meningen, zowel collectief als bij individuele behandelaren, over het wezen en het belang van comorbide problematiek en de wens om daarvoor het behandelbeleid bij te stellen.

Een belangrijk struikelblok kwamen we bijvoorbeeld tegen op een aantal psychiatrieafdelingen. Verslaving was hier een contra-indicatie voor behandeling en middelengebruik uiteraard verboden. Veelal was er echter sprake van een stilzwijgend gedooogbeleid, waarbij beperkt middelen- en alcoholgebruik oogluikend werden toegestaan. De behandelaren noch cliënten hebben in zo'n situatie behoefte aan explicitering van middelengebruik en -problematiek. Dit staat dan uiteraard dubbelhulp in de weg. Soms werden de door ons gepresenteerde screeningsinstrumenten ook wel gezien als handige methodes om cliënten uit te sluiten van behandeling. Ook dan is er uiteraard geen basis voor betrouwbare diagnostiek. Bij deze afdelingen dient het behandelbeleid onder de loep genomen te worden en zo nodig te worden herzien, alvorens succesvolle implementatie van dubbelhulp kan plaatsvinden.

Binnen de verslavingszorg is soms een spiegelbeeldige aversie tegen psychiatrische problematiek en met name het gebruik van medicatie waargenomen. Het biopsychosociale model wordt veelal nog wel met de mond beleden, maar de biologische poot blijkt in de praktijk een misvormd voetje. Uit angst voor misbruik en onnodige medicalisering wordt ook verantwoord psychofarmacagebruik ontmoedigd. Het eerdergenoemde gebrek aan psychiatrisch geschoold personeel doet de rest.

5.2 Een implementatieplan

Voor het optimaliseren van de zorg aan dubbele diagnosepatiënten is dus op drie fronten verandering nodig. Een 'afdelingsdiagnose' zal de mate van elk van de factoren moeten vaststellen. Een implementatieproces zal dus de volgende onderwerpen beslaan:

A. Voorbereiding: afdelingsdiagnose

- > inventarisatie van de reeds aanwezige kennis en vaardigheden op de afdeling en tekorten op dit vlak;
- > inventarisatie van de behoefte aan en beschikbaarheid van voldoende geschoold personeel op de afdeling, alsmede van de mogelijkheden van consultatie vanuit de verslavingszorg, dan wel de psychiatrie;
- > inventariseren van de attitudes van de behandelmedewerkers op de afdeling ten aanzien van de andere problematiek en van zowel het behandelbeleid als de gehanteerde 'ongeschreven wetten' ten aanzien van dubbele diagnoseproblematiek.

B. Cultuur en beleid

- > voorlichting over dubbele diagnose in het algemeen en middelengebruik in het bijzonder: dit kost één of twee dagdelen;
- > discussie en plaatsbepaling. De afdeling(sleiding) zal een uniforme houding ten opzichte van dubbele diagnose moeten formuleren, uitmondend in een afdelingsbeleid waarbinnen een andere behandelopzet en de personele consequenties hiervan zijn vastgelegd.

C. Capaciteitsplanning met betrekking tot het behandelbeleid

- > dit betreft enerzijds de samenstelling en omvang van de eigen formatie;
- > anderzijds kunnen consultatie- en medebehandelingsafspraken eigen tekorten in belangrijke mate compenseren;
- > indien de kwaliteitsverbetering en extra personele inzet dit rechtvaardigt kan, in overleg met financiers, hernieuwde kostprijsberekening (respectievelijk verhoging van de bekostigingscategorie) geïndiceerd zijn.

D. Training en deskundigheidsbevordering

- > behandelaren met psychiatrische achtergrond worden getraind in het hanteren van de instrumenten en krijgen een introductiecursus verslavingszorg. De training voor de instrumenten duurt één dagdeel als de sectie alcohol en drugs wordt afgenomen en drie tot vier dagdelen bij het afnemen van de hele ASI. De nadruk ligt bij de training op de interpretatie van de antwoorden van de patiënt en het bereiken van een ernstscore;

- > de training voor de MINI kost ongeveer een dagdeel. Daarbij wordt aangeraden om de deskundigheid op psychiatrisch vlak bij de behandelaren via een gerichte cursus te vergroten;
- > kortdurende gedragstherapeutische interventies (zoals leefstijltrainingen, maar ook gericht op depressies en angststoornissen) en motiverende gespreksvoering worden waar nodig getraind;
- > alle trainingen dienen te worden gevolgd door een serie intervisiebijeenkomsten, waarin casuïstiek en interventies worden besproken en de laatste eventueel wordt bijgesteld.

6. Overzicht van de belangrijkste aanbevelingen

Screening en assessment

- > Voor het screenen op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de **CAGE en CAGE-AID** toe te passen in combinatie met een **Index of Suspicion**.
- > Bij een positieve uitslag van de screening op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de alcohol- en drugssectie van de **Addiction Severity Index (ASI)** af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI-secties.
- > Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosepatiënten wordt het instrument **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)** aanbevolen.

De behandeling van dubbele diagnose

- > Alhoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor volledige **integratie**, wordt aanbevolen om de verschillende interventies bij dubbele diagnose in sterke samenhang aan te bieden.
- > Ten aanzien van de **volgorde** van behandelen wordt aanbevolen om gelijktijdig psychopathologie en middelenmisbruik te behandelen bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis. Sequentiële behandeling waarbij het middelenmisbruik eerst wordt aangepakt, wordt aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- > Bij dubbele diagnose is **bijkomende problematiek** zo belangrijk dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken. Dakloosheid is hierbij een van de meest ernstige factoren.
- > Over het algemeen is (intensieve) **ambulante behandeling** geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een **klinische behandeling** dient nog te worden aangetoond.
- > **Motiverende gespreksvoering** heeft altijd een plaats in het behandelplan, ongeacht het stadium van motivatie van de patiënt.
- > Voor veel dubbele diagnosepatiënten zijn kleine hoeveelheden cannabis of cocaïne al ontregelend. **Abstinentie** is daarom een goed behandeldoel, zij het soms op de lange termijn. Voorkomen moet worden dat de patiënt het contact met de hulpverlening verlaat omdat er ten aanzien van zijn middelenmisbruik te hoge eisen worden gesteld.
- > **Adequate (medicamenteuze) behandeling** van bijkomende psychiatrische stoornissen dient in de verslavingszorg prioriteit te krijgen.

Specifieke combinaties van psychopathologie en middelenmisbruik

> Schizofrenie

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
<i>Medicamenteus</i>	geen aanbeveling	atypische antipsychotica	(clozapine)
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) gericht op psychopathologie en middelenmisbruik, familietherapie		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor gelijktijdige aanpak in een geïntegreerde setting, gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

> Bipolaire stoornis

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
<i>Medicamenteus</i>	(quetiapine lamotrigine)	valproaat	valproaat, carbamazepine
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering), interpersoonlijke therapie , (met name de depressieve periode)		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor gelijktijdige aanpak gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

> Depressie

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
<i>Medicamenteus</i>	fluoxetine	fluoxetine imipramine	fluoxetine desipramine imipramine nefazodone
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) gericht op psychopathologie en middelenmisbruik		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik , gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

> Angststoornissen

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
<i>Medicamenteus</i>	reguliere anxiolytica	reguliere anxiolytica	paroxetine buspiron
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) gericht op middelenmisbruik en in sommige gevallen op psychopathologie		
<i>Algemeen</i>	enige evidentie voor het eerst behandelen van het middelenmisbruik (bij PTSS gelijktijdig), gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

> Persoonlijheidsstoornissen

	Cocaine	Opiaten	Alcohol
<i>Medicamenteus</i>	-	-	-
<i>Psychosociaal</i>	cognitieve gedragstherapie (met motiverende gespreksvoering) bij antisociale persoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis,		
<i>Algemeen</i>	behandeling in een therapeutische gemeenschap bij antisociale persoonlijkheidsstoornis, gerichte aanpak van bijkomende problematiek		

Hoofdstuk 3 Instrumenten en handleidingen

1. Middelengebruik, screening en beoordeling

1.1 Screener middelengebruik

Positionering

Neem de screener af zo snel mogelijk na de aanmelding van de cliënt, bij voorkeur tijdens het intakegesprek. Probeer de screener een vaste en 'natuurlijke' plaats in de intakegesprek te geven. Als u tijdens de intake ruimte gereserveerd heeft voor het uitvragen van het gebruik van psychoactieve middelen, kunt u dit onderwerp beginnen met de screener.

Vorbereiding

- > Het is voor een juiste werkwijze nodig dat u voor u de screener afneemt op de hoogte bent van de inhoud van de richtlijnen zodat u weet waar u op moet letten om signalen van alcohol- en drugsgebruik te herkennen.
- > Verzamel zoveel mogelijk relevante informatie over de cliënt waarmee u meer zicht krijgen kunt op het middelengebruik, zoals (oud) dossier, verwijzersinformatie.
- > Beoordeel of de cliënt in staat is om de middelen screening te ondergaan. Zo nee, bepaal een moment wanneer de toestand van de cliënt geëvalueerd wordt om een tijdstip te bepalen voor het afnemen van de uitgestelde screening.

Introductie

- > De introductie van de anamnese gebeurt zoals dit gebruikelijk is op de afdeling.
- > Wanneer de middelen screener wordt afgenomen, vertelt u de cliënt dat het gaat om een standaard vragenlijst die bij elke cliënt wordt afgenomen.
- > Vertel het doel van de middelen screener: de uitkomsten van de vragenlijsten geven inzicht in het middelengebruik van de cliënt en zullen bijdragen aan een beter behandelaanbod.
- > Vertel de cliënt dat eerlijk antwoorden op de vragen geen nadelige gevolgen hebben voor de psychiatrische behandeling.

De afname van de screener

- > Observeer tijdens het intakegesprek of u signalen herkent die duiden op alcohol- en drugsgebruik. Waar u op moet letten staat beschreven in de richtlijnen.

- > Lees de tekst voor die boven de vragen staat en lees de vragen precies zoals ze beschreven staan.
- > Stel de vragen van de screener op een rustige neutrale wijze.
- > Benadruk dat de vragen over drugs ook betrekking hebben op slaap- en kalmeringsmiddelen.
- > De antwoorden op de vragen worden rechtstreeks ingevuld op het formulier.

Beoordeling van de middelen screener

- > Wanneer de cliënt op één van de acht vragen met "ja" antwoordt dan is er een indicatie om het assessment af te nemen.
- > Wanneer een cliënt op alle vragen met "nee" antwoordt en er zijn geen signalen die duiden op middelengebruik dan is er (hoogst waarschijnlijk) geen sprake van relevant psychoactief middelengebruik.
- > Wanneer een cliënt op alle vragen "nee" antwoordt maar er zijn signalen voor (recent) alcohol- of drugsgebruik dan bespreekt u deze signalen met de cliënt. Vertel nogmaals het doel van de middelen screener en het belang van eerlijk antwoord voor de behandeling. Probeer vertrouwen te winnen. Vraag toestemming aan de cliënt om toch het assessment af te nemen, maar doe dit alleen als u vermoedt dat de cliënt dan wel eerlijk op de vragen zal antwoorden.
- > Het is ook mogelijk dat de patiënt wel alcohol- en / of drugs gebruikt maar hier zelf geen hinder van ondervindt en dus op alle vragen eerlijk "nee" antwoordt. In een dergelijk geval is het raadzaam het assessment toch af te nemen, indien u op basis van uw observaties en vragen het vermoeden heeft dat het middelengebruik van invloed kan zijn op de behandeling.
- > Als assessment nog niet mogelijk is, maar u vindt het wel nodig, ga dan volgens de methode van de motiverende gespreksvoering met de cliënt in gesprek over het alcohol- en/ of drugsgebruik.

Afsluiting

- > Noteer uw observaties na het gesprek met de cliënt in de daarvoor bestemde ruimte. Wanneer u "ja" invult bij de observaties vermeldt dan in de daarvoor bestemde ruimte om welke observaties of informatie het gaat.
- > Noteer in de rapportage dat de screener is afgenomen en wat de volgende stappen zijn.

De screener middelengebruik

Doel

Beoordelen of er al dan niet sprake is van verslavingsproblematiek.

Uitvoerenden

Alle behandelaren die betrokken zijn bij de diagnostiek van een cliënt.

Materialen

Dossier

- > Informatiebrief van de verwijzer
- > Opnamegegevens
- > Anamneseformulier
- > Het formulier screener middelengebruik

Duur

5 - 10 minuten, toegevoegd aan het intakegesprek, het anamnesegesprek of het begeleidingsgesprek.

1.2 Assessment middelengebruik

Positionering

- > Doe het assessment zo snel mogelijk na (bij voorkeur aansluitend op) de screener middelengebruik.

Vorbereiding

- > Om het assessment op de juiste wijze te kunnen afnemen is een training van één dagdeel nodig. U leert dan hoe u het middelendeel van de Europ ASI op de juiste wijze afneemt. Indien u al een volledige ASI-training heeft gedaan hoeft u uiteraard voor het assessment niet opnieuw getraind te worden.
- > Indien u niet zelf de anamnese met de middelenscreener heeft afgenomen leest u voorafgaand aan het assessment het dossier en de uitkomst en observaties van de middelenscreener.
- > Schat in of een cliënt in staat is om de vragen van het assessment goed te begrijpen en betrouwbaar en consequent te beantwoorden. Zo niet, stel het assessment dan uit naar een later tijdstip.

Introductie

- > Introduceer het assessment met een verwijzing naar de middelenscreener.
- > Vertel de cliënt het doel van het assessment: veel cliënten die zich aanmelden in de psychiatrie hebben naast psychische problemen ook problemen op het gebied van alcohol en drugsgebruik. Doordat hier vaak niet goed over gesproken wordt met de behandelaars kan dit gebruik nadelige gevolgen hebben voor het psychiatrische probleem. De cliënt krijgt nu de gelegenheid om te vertellen wat de belangrijkste problemen zijn op het gebied van alcohol- en / of drugsgebruik om samen met de behandelaar te kijken waar het dringendst hulp nodig is.
- > Vertel de cliënt dat het gaat om standaard vragen die bij elke cliënt gesteld worden en dat er waarschijnlijk vragen bij zijn die niet op de cliënt van toepassing zijn. Deze vragen moeten toch gesteld worden om een zo zuiver mogelijke beoordeling te kunnen doen.
- > Wees duidelijk dat een eerlijk antwoord op de vragen noodzakelijk is en dat de uitslag geen nadelige gevolgen zal hebben voor de behandelrelatie.

De afname van het assessment

- > Stel de vragen op een rustige neutrale wijze. Stel de vragen zoals ze zijn opgeschreven op het

formulier. U mag geen vragen overslaan, tenzij anders is aangegeven op het formulier.

- > Let goed op de instructies op het formulier, met name de uitleg bij vraag 1.
- > Als de cliënt aanvullende informatie verstrekt, noteer die dan onder het kopje opmerkingen aan het einde van het formulier.
- > Verzeker u ervan dat de cliënt de bedoeling van elke vraag goed begrijpt. Stel de vraag zonodig opnieuw.
- > Reserveer tijdens het invullen van het assessment tijd voor het stellen van aanvullende en verduidelijkende vragen.
- > Als tijdens het assessment blijkt dat de cliënt de vragen niet begrijpt of anderszins niet in staat is om antwoord te geven, is het beter het gesprek te stoppen en naar een later tijdstip te verplaatsen.

Beoordeling van het assessment

- > Volg de ernstscore-procedure zoals op de training is aangeleerd en zoals deze wordt uitgelegd op het formulier.

Afsluiting

- > Noteer aanvullende informatie op de daarvoor bestemde bladzijde.
- > Noteer in de rapportage dat het assessment is afgenomen.
- > Neem de verkregen informatie mee naar het multidisciplinair overleg.

Het assessment middelengebruik (ASI)

Doel

Het vaststellen van de aard en de ernst van het middelengebruik.

Uitvoerenden

Alle behandelaars die getraind zijn voor de afname van het assessment en betrokken zijn bij de diagnostiek van een cliënt.

Materialen

- > Dossier
- > Uitslag screener middelengebruik
- > Het assessment formulier

Duur

15 á 20 minuten, bij voorkeur direct volgend op de screener middelengebruik.

2. Screening en beoordeling psychopathologie (MINI)

Positionering

- > Geef de MINI een vaste plaats in uw intake, bij voorkeur na de afname van de ASI. Indien u de verkorte versie van de MINI gebruikt, kunt u deze ook eerder afnemen.
- > U kunt eventueel de sectie psychische en emotionele klachten van de ASI (gedeeltelijk) vervangen door de MINI.
- > Indien u het Resultaten Scoren Intakeprotocol gebruikt, kunt u de MINI tijdens het tweede contact afnemen.

Vorbereiding

- > Het is voor een juiste werkwijze nodig dat u, voor u de MINI afneemt, op de hoogte bent van de inhoud van de richtlijnen.
- > Verzamel zoveel mogelijk relevante informatie over de cliënt waarmee u meer zicht krijgt kunt op de psychiatrische problematiek, zoals (oud) dossier, verwijzersinformatie.
- > Beoordeel of de cliënt in staat is om een psychopathologiescreening te ondergaan. Zo nee, bepaal een moment waarin de situatie van de cliënt geëvalueerd wordt om het moment te bepalen voor afname van de uitgestelde screening.

Introductie

- > De introductie van het gesprek gebeurt zoals dit gebruikelijk is op de afdeling.
- > Wanneer u de MINI afneemt vertelt u de cliënt dat het gaat om een standaard vragenlijst die bij elke cliënt wordt afgenomen.
- > Vertel de cliënt het doel van het interview: veel cliënten die zich aanmelden in de verslavingszorg hebben naast verslavingsproblemen ook psychiatrische problemen. Doordat hier vaak niet goed over gesproken wordt met de behandelaar kan dit nadelige gevolgen hebben voor de verslavingsbehandeling. De cliënt krijgt nu de gelegenheid om te vertellen wat de belangrijkste problemen zijn op psychiatrisch gebied om samen met de behandelaar te kijken waar het dringendst hulp nodig is.
- > Vertel de cliënt dat het gaat om standaard vragen die bij elke cliënt gesteld worden en dat er waarschijnlijk vragen bij zijn die niet op de cliënt van toepassing zijn. Deze vragen moeten toch gesteld worden om een zo zuiver mogelijke beoordeling te kunnen doen.
- > Wees duidelijk dat een eerlijk antwoord op de vragen noodzakelijk is en dat de uitslag geen

nadelige gevolgen zal hebben voor de behandelrelatie.

De afname van de MINI

- > Observeer tijdens het intakegesprek of u signalen herkent die duiden op eventuele psychiatrische problematiek.
- > De vragen van de MINI worden gesteld op een rustige neutrale wijze.
- > Lees vragen voor precies zoals ze beschreven staan.
- > De antwoorden op de vragen worden rechtstreeks ingevuld op het formulier door het betreffende vakje aan te kruisen.
- > Lees altijd de vragen boven de streep van elke sectie en volg de aanwijzingen.
- > Een pijltje onder een antwoord betekent: ga naar het diagnosevak.
- > Vet gedrukte zindelen zijn het begin van alle daarop volgende vragen behorende bij één diagnose. Hoofdletters (groot) wijzen u de weg door het interview (niet voorlezen aan de cliënt). Blauw afgedrukte, cursieve teksten zijn instructies voor het interview

Beoordeling van de MINI

- > Door het stellen van één of twee inleidende vragen bij elke sectie en het volgen van de aanwijzingen zoals aangegeven in de vragenlijst bepaalt u of u al dan niet moet doorvragen in deze sectie.
- > Bij een NEE waaronder einde sectie staat omcirkelt u NEE in het diagnosevak en kunt u doorgaan naar de volgende sectie. Bij JA gaat u verder.
- > Als in het diagnosevak een JA-antwoord komt, stelt u de vraag over de klachten in relatie tot drugs- of alcoholgebruik.
- > Aan het einde van het interview vult u het conclusieblad in en indien er sprake is van één of meer JA-antwoorden dan is een consult bij de psychiater voor verder psychiatrisch onderzoek noodzakelijk.

Afsluiting

- > Noteer in de rapportage dat de MINI is afgenomen.
- > Neem de verkregen informatie mee naar het multidisciplinair overleg.

MINI

Doel

Beoordelen of er al dan niet sprake is van relevante psychiatrische problematiek.

Uitvoerenden

Alle behandelaars die betrokken zijn bij de diagnostiek van een cliënt.

Materialen

- > Dossier
- > Informatiebrief van de verwijzer
- > Opnamegegevens
- > Anamneseformulier
- > MINI of verkorte MINI

Duur

15 tot 20 minuten, toegevoegd aan het intakegesprek, het anamnesegebesprek of het begeleidingsgesprek.

Bijlagen

Bijlage 1

Verslag van de pilotstudie

1. Opzet van de pilot

1.1 Doel van de pilotstudie

De pilotstudie richt zich op de 'feasibility' van de richtlijnen; Resultaten Scoren verstaat onder deze term de bruikbaarheid van het protocol en het effect op de werkdruk en de invloed op het stellen van een diagnose.

1.2 Doelgroep

De doelgroep waar de pilotstudie zich op richt bestaat uit de behandelteams die de richtlijnen in de praktijk gaan testen. Door middel van de keuze van de afdelingen is een verdeling gemaakt met betrekking tot de ziektebeelden, ambulante zorg en klinische zorg van de patiënten bij wie de screener wordt afgenomen.

Het gaat om patiënten die zich melden voor hulp in de psychiatrie of in de verslavingszorg. De patiënten moesten voldoen aan een aantal criteria:

1.3 Criteria

Alle patiënten die op pilotafdelingen in zorg waren kwamen in principe in aanmerking voor de afname van de richtlijnen. Een exclusie criterium voor het onderzoek was het niet begrijpen van de Nederlandse taal. In deze fase van de ontwikkeling van de richtlijnen zijn er, behalve in het Engels, nog geen vertalingen voor handen.

Exclusie op een bepaald moment vraagt om uitstel van de screening, niet om het definitief schrappen uit de diagnostiek. Een belangrijke reden voor exclusie is een crisissituatie. Zowel in de psychiatrie als in de verslavingszorg komt het veelvuldig voor dat een patiënt bij aanmelding niet in staat is om screening te ondergaan. Geadviseerd wordt om de screener als nog af te nemen wanneer de patiënt stabiel genoeg is.

	psychiatrie	verslavingszorg
inclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none">- in behandeling op de pilotafdeling- beheersing van de Nederlandse taal- redelijk stabiele situatie	<ul style="list-style-type: none">- in behandeling op de pilotafdeling- beheersing van de Nederlandse taal- redelijk stabiele situatie
exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none">- psychiatrische pathologie, waardoor vragenlijst niet af te nemen is.- een crisissituatie- wisseling van medicatie	<ul style="list-style-type: none">- erg verward zijn, niet in staat de vragen te interpreteren/ beantwoorden- een crisissituatie- ernstige onthoudingsverschijnselen

Selectie

De selectie van de patiënten waarbij de richtlijnen zijn getoetst is gedaan op basis van de afdelingen waar zij in zorg waren. Door de keuze van de afdelingen is geprobeerd om de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden en verschillende behandelingen mee te nemen.

Aan de behandelaren is gevraagd om willekeurige patiënten te kiezen met een evenredige verdeling tussen de nieuw opgenomen patiënten en de patiënten die al in behandeling zijn. Dat de keuze niet volledig ad-random geschiedt werd niet als belemmering gezien. Niet de patiëntenpopulatie wordt getoetst maar het gebruik van de richtlijnen.

1.4 Vraagstelling

De pilotstudie bestond uit een quickscan met als doel de in literatuurstudie onderzochte theorie en de daaruit afgeleide richtlijnen in de praktijk te toetsen.

De dataverzameling bestond uit drie delen: een nulmeting (T0), participatie op de afdelingen en een nameting (T1). Voor het onderzoek waren de volgende vragen van belang:

- > *Zijn de ontwikkelde richtlijnen effectief (hebben ze een meerwaarde)?*
- > *Zijn de ontwikkelde richtlijnen bruikbaar in de praktijk?*
- > *Welke voordelen, knelpunten en dilemma's zijn belangrijk voor de definitieve richtlijnen en het implementatieplan?*

Met betrekking tot de richtlijnen screening en assessment van dubbele diagnoseproblematiek in de verslavingszorg en psychiatrie werd de volgende vraagstelling geformuleerd:

- > *Geven de richtlijnen voldoende handvatten aan behandelaars om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen en tot een indicatie te komen tijdens de diagnostiekfase?*

Voor het gehele proces werd de volgende vraagstelling geformuleerd:

- > *Welke voor- en nadelen leveren de dubbele diagnose richtlijnen tijdens het hele proces van de pilotstudie voor behandelaars?*

Deelvragen:

1. Wat zijn de proceservaringen ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen tijdens de pilotstudie?
2. Herkent de behandelaar, door het gebruik van de richtlijnen, de signalen die duiden op (mogelijk) dubbele diagnoseproblematiek?
3. Hoe wordt door behandelaars het gebruik van deze richtlijnen ten aanzien van werkdruk en diagnostiek ervaren?

1.5 Dataverzamelingmethoden

Door participatie op de onderzoeksafdelingen en het verzamelen van aantekeningen in een logboek wordt het antwoord verkregen op deelvraag één.

Door het afnemen van een vragenlijst met open vragen over de ervaringen van het werken met richtlijnen wordt het antwoord verkregen op deelvragen twee en drie. De vragenlijst met open vragen is een zelfgemaakte vragenlijst gericht op de onderzoeksvragen.

De vragenlijst bevat de volgende onderwerpen:

- > de eerste indruk met betrekking tot de richtlijnen;
- > de persoonlijke mening over het geprotocolleerd werken in de GGZ;
- > de behoefte aan de aangeboden richtlijnen;
- > de invloed op de werkdruk;
- > de invloed op de diagnostiek;
- > de behoefte aan deskundigheidsbevordering op het gebied van dubbele diagnoseproblematiek
- > ruimte voor opmerkingen en aanvullingen.

De vragenlijsten die in de nameting bij de verslavingszorg zijn gebruikt zijn aangepast tijdens het onderzoek omdat tijdens de pilotstudie is besloten dat behandelaren twee vragenlijsten zouden testen en beoordelen welke lijst in de praktijk de voorkeur heeft.

De participatie vond plaats door een verpleegkundige. Zij begeleidde de teams gedurende het onderzoek en verzamelde procesaantekeningen in een logboek.

1.6 Meetmomenten

De eerste meting (nulmeting) vond plaats voorafgaande aan de pilotstudie met als doel de behoefte van de gebruikers aan de richtlijnen te inventariseren.

Participatie gedurende de onderzoeksperiode.

De tweede meting (nameting) werd gedaan nadat de onderzoeksafdelingen ongeveer vijf tot zeven weken met de richtlijnen gewerkt hadden.

1.7 Deelnemende afdelingen

Bij Parnassia is de zorg verdeeld in verschillende circuits: Volwassenen 1 (psychotische stoornissen), Circuit 2 (AS II gerelateerde stoornissen), Ouderen, Jeugd en Verslavingszorg

Volwassenen II Transmuraal zorgteam Midsland/Prinsegracht

- > een klinische open-opnameafdeling;
- > een crisisafdeling;
- > een ambulante afdeling.

Volwassenen I Transmuraal zorgteam Spectrum/Duinland/Prinsegracht

- > een klinische open afdeling;
- > een gesloten afdeling;
- > een ambulante afdeling.

Verslavingszorg Den Haag / Gouda / Leiden

- > Intake-afdeling
- > Dubbele diagnosekliniek, klinisch, resocialisatie en ambulant (PZD/RPZD)
- > Detoxafdeling
- > Intramuraal motivatie centrum (IMC)
- > Polikliniek

Externe pilotstudie

- > De externe pilotstudie in de psychiatrie vond plaats bij de Rijngest Groep op klinische en ambulante settings van het Centrum Langdurende Zorg.

2. Resultaten

2.1 Uitkomsten van de nulmeting

Bij de start van de pilotstudie bleek uit de nulmeting dat de behandelaren en behandelmedewerkers van alle pilotafdelingen behoefte hebben om meer greep te krijgen op dubbele diagnoseproblematiek. Het werken met richtlijnen is daarbij geen belemmering mits het de kwaliteit van zorg verbetert, de toetsbaarheid vergroot en er ruimte blijft voor de specifieke behoefte van de individuele patiënt en behandelaar.

Men reageerde positief op het aanbod van screening en assessment van dubbele diagnoseproblematiek en het kostte op directie- en managementniveau geen moeite draagvlak te verkrijgen om de richtlijnen te toetsen op een aantal afdelingen. Op de werkvloer deelde men de mening dat er iets gedaan moet worden aan de benadering van dubbele diagnoseproblematiek, maar leverde de uitvoer van de pilotstudie wat meer moeilijkheden door de verwachte extra werkdruk, rolverwarring en onderzoeksmoeheid (* weer een onderzoeker, dat is meer werken en wat het levert het ons op*).

Ondanks deze begrijpelijke bezwaren heeft men 'op de werkvloer' wel degelijk behoefte aan methodieken die gericht zijn op de herkenning, indicatie en behandeling van dubbele diagnoseproblematiek. Er is tevens behoefte aan bijscholing en deskundigheidsbevordering op het gebied van diagnostiek en behandeling, middelen, motiverende gesprekstechnieken en onderwerpen als beleid en aanpak bij dubbele diagnoseproblematiek. Voor de wijze waarop de deskundigheidsbevordering vorm kan krijgen denkt men aan: (bij)scholing, klinische lessen en casuïstiekbespreking.

Uit gesprekken met behandelmedewerkers in de psychiatrie kwam af en toe naar voren dat men behoefte had aan richtlijnen om te kunnen aantonen dat een patiënt niet in de psychiatrie thuis hoorde maar in de verslavingszorg. Soms dacht men dat deze richtlijnen daarvoor bestemd waren.

2.2 Resultaten in de psychiatrie

2.2.1 *Wat zijn de proceservaringen ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen tijdens de pilotstudie?*

De pilotstudie in de psychiatrie is als eerste gestart. In eerste instantie was het de bedoeling dat het onderzoek zich zou richten op gehele teams door middel van dossieronderzoek. Er zou worden onderzocht of in het dossier van de patiënt meer gedocumenteerd zou worden over dubbele diagnoseproblematiek door het werken met de richtlijnen. Het bleek echter niet haalbaar in korte tijd het gehele team te motiveren tot een intensieve deelname aan de pilotstudie. Per afdeling was er een aantal gemotiveerde behandelmedewerkers dat zich heeft ingezet om te toetsen hoe het werken met de middelenscreener in de praktijk bevalt. Binnen de behandelteams is men er van doordrongen dat alcohol en drugsgebruik niet meer uit de psychiatrie is te weren en dat het omgaan met patiënten die gebruiken nog onderbelicht wordt.

De assessments zijn afgenomen door het Resultaten Scoreteam, een arts, een verpleegkundige en een kwaliteitsfunctionaris met medische achtergrond. Een afdeling leverde in eerste

instantie zelf een aantal behandelmedewerkers die getraind zouden worden voor de afname van het assessment. Echter op de betreffende afdeling is alcohol- en drugsgebruik een contra-indicatie. De teamleden gaven aan voor rolverwarring te vrezen, enerzijds werden zij onderzoeker die de informatie geheim zou houden voor het behandelteam*, anderzijds kregen zij als behandelteamlid informatie die zou kunnen leiden tot ontzegging van de behandelrelatie. Aangezien wij vreesden dat de patiënt geen eerlijk antwoord op de assessmentvragen zou geven, is besloten dat ook op deze afdeling het Resultaten Scoreteam het assessment zou afnemen.

De afdeling waar patiënten werden gezien voor spoedconsulten, viel af. Het was al snel duidelijk dat op deze afdeling de prioriteiten op een ander vlak lagen dan op het screenen naar dubbele diagnoseproblematiek. In acute situaties zijn de interventies gericht op rust brengen in de situatie. Een van de inclusiecriteria voor het gebruik van de richtlijnen is dat de patiënt redelijk stabiel moet zijn en dat was op deze afdeling nooit het geval.

2.2.2 *Herkent de behandelaar gedurende het werken met de richtlijnen beter de signalen die duiden op (mogelijk) middelengebruik?*

> *De screener*

Volgens de respondenten heeft het gebruik van de middelenscreener alleen er niet toe bijgedragen dat men nu beter in staat is om de signalen die met middelengebruik samenhangen te herkennen. Men gaat er wel beter op letten. Het wordt als positief ervaren om middelengebruik en drankgebruik standaard bespreekbaar te maken, zonder iemand te beschuldigen. Men vindt de vragenlijst kort en eenvoudig en het geeft helderheid en eenduidigheid ten aanzien van middelengebruik in de behandeling door snellere signalering.

> *Het assessment*

Door het afnemen van het assessment zijn de drie interviewers geholpen bij het herkennen van de signalen die op alcohol- en drugsgebruik wijzen. De ervaring leert dat na meerdere afnamen van het assessment de techniek in het doorvragen en duidelijk krijgen wat de patiënt wil zeggen verbetert waardoor het assessment een grotere waarde lijkt te krijgen en ook een aanvulling blijkt te zijn in het totale diagnostisch beeld van de patiënt. Dit levert een positieve bijdrage aan de gehele diagnostiek.

2.2.3 *Hoe ervaren behandelaren het gebruik van deze richtlijnen ten aanzien van werkdruk en diagnostiek?*

Werkdruk

> *Middelenscreener*

De respondenten vinden dat de afname van de middelenscreener weinig tot geen belasting voor de werkdruk opleverde. Sommige respondenten denken dat als er standaard met deze richtlijnen wordt gewerkt, het werkdrukverlagend kan zijn. Een dubbele diagnoseprobleem kan vanaf het begin op de juiste wijze worden herkend en aangepakt en direct in de behandeling worden ingevoegd.

* Omdat het gaat om een pilotstudie werden de uitkomsten van het assessment niet gebruikt voor behandeldoelstellingen.

> *Assessment*

Het afnemen van het assessment kost tijd. In minder dan 15 minuten is het niet mogelijk een goed assessment af te nemen. Omdat het assessment ook de mogelijkheid laat om door te vragen is het afhankelijk van de behandelaar hoeveel tijd hij zal besteden aan het in kaart brengen van de aard en de ernst van het middelengebruik.

Het assessment kan het beste direct aansluitend worden afgenomen aan de (positieve) middelenscreener. In totaal kost het afnemen van screener en assessment minimaal 25 minuten.

Diagnostiek

> *Middelenscreener*

De meeste respondenten ervaren een positieve invloed van de richtlijnen op de diagnostiek omdat:

het een snelle manier is om alcohol- en drugsgebruik te herkennen, men duidelijker weet waarop gelet moet worden door de in de richtlijnen benoemde observatiepunten,

het een bijdrage levert tot meer alertheid op dubbele diagnoseproblematiek.

> *Assessment*

Aan het einde van het assessment heeft men zicht op het gebruikspatroon (de beginleeftijd, jaren oot, de laatste dertig dagen) en een goede indruk van hoe de patiënt naar zijn eigen gebruik kijkt en hoe belangrijk hij het vindt om hier hulp bij te krijgen. Een positieve bijkomstigheid is dat de afname van de vragenlijst ook de gelegenheid biedt tot observaties op psychiatrisch gebied die waardevol kunnen zijn voor het totale beeld dat men krijgt van een patiënt. Het afnemen van de vragenlijst biedt mogelijkheden tot het doorvragen en noteren van observatiepunten of uitlatingen van de patiënt die niet specifiek gevraagd worden maar die van belang zijn voor de mate waarin iemand middelen gebruikt.

Het totaal aan bevindingen wordt gescoord in een ernstscore. De ernstscore is een optelsom van de antwoorden van de patiënt, de bevindingen van de behandelaar en de motivatie en inzicht van de patiënt.

2.3 Resultaten in de externe instelling

2.3.1 *Wat zijn de proceservaringen ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen tijdens de pilotstudie?*

De externe pilotstudie vond plaats bij de Rijngroep te Oegstgeest. Daar was een aantal behandelaren van het Centrum Langdurende Zorg bereid aan de slag te gaan met de middelenscreener. De verpleegkundige van het Resultaten Scoreteam nam de assessments af.

De motivatie vanuit het Centrum Langdurende Zorg om deel te nemen aan het onderzoek was groot. Er bestaat grote interesse voor dubbele diagnoseproblematiek, omdat zij van mening zijn dat zij veel patiënten met dubbele diagnoseproblematiek in zorg hebben. In de externe pilotstudie is hetzelfde proces, op iets kleinere schaal, uitgevoerd als in de eigen instelling met dezelfde vragenlijsten en onderzoeksvragen voor het toetsen van de richtlijnen.

2.3.2 *Herkent de behandelaar gedurende het werken met de richtlijnen beter de signalen die duiden op (mogelijk) middelengebruik?*

De respondenten gaven aan dat ze door het afnemen van de middelenscreener snel een indruk krijgen over het middelengebruik van een patiënt. Als er een vermoeden bestaat wordt dit snel zeker. Bovendien geeft het afnemen van de middelenscreener een opening voor een gesprek over het middelengebruik.

2.3.3 *Hoe ervaren behandelaren het gebruik van deze richtlijnen ten aanzien van werkdruk en diagnostiek?*

Werkdruk

De klinisch werkende verpleegkundige ervaart het afnemen van de screener als een toename van de werkdruk. De ambulante behandelaren delen deze mening niet.*

Diagnostiek

De middelenscreener levert een positieve bijdrage bij het benoemen van de verslavingszorgproblematiek en het leidt tot het maken van eenduidige afspraken.*

* De bevindingen zijn gebaseerd op de ervaringen met de middelenscreener, de conclusies wat betreft het assessment zijn bij de externe instelling idem als bij de eigen instelling.

2.4 Resultaten in de verslavingszorg

2.4.1 *Wat zijn de proceservaringen ten aanzien van het gebruik van de richtlijnen tijdens de pilotstudie?*

Met de ervaring die is opgedaan uit de pilotstudie in de psychiatrie en omdat er voor de afname van de psychiatrische screener een training nodig was van één dagdeel, is besloten om in de verslavingszorg de pilotstudie iets anders vorm te geven. Er was weinig tijd en deze moest effectief besteed worden. Met een kleinere groep was de kans van slagen binnen de gestelde tijd groter. Omdat een psychiatrische stoornis binnen de verslavingszorg meer geaccepteerd is dan een middelenprobleem binnen de psychiatrie werd niet verwacht dat de behandelaren in de verslavingszorg rolverwarring zouden ervaren (zoals in de psychiatrie het geval was). Aan de deelnemers is gevraagd om met beide psychopathologievragenlijsten (de MINI en de K10) aan de slag te gaan en de voor- en nadelen van beide instrumenten te onderzoeken. Er is afgesproken om de verkregen informatie niet voor behandeldoeleinden te gebruiken omdat er sprake is van een onderzoekssituatie.

Omdat de behandelmedewerkers uit de verslavingszorg de beide lijsten zelf toetsten, de afdelingen verspreid in de regio lagen en de tijd kort was, was participatie door het Resultaten Scorenteam niet mogelijk. Wel zijn zij intensief betrokken geweest bij de opzet van de pilotstudie, de training, de taakverdeling. Verder is het proces op enige afstand gevolgd.

2.4.2 *Herkent de behandelaar gedurende het werken met de richtlijnen beter de signalen die duiden op psychiatrische problematiek?*

Deze vraag is niet op deze wijze aan de respondenten in de verslavingszorg gesteld. Er is gevraagd beide vragenlijsten af te nemen en te beoordelen welke het meest effectief is om de signalen van psychiatrische problematiek in kaart te brengen. De vragenlijsten zijn niet voorzien van aanvullende informatie zoals dat bij de middelenscreener wel het geval is.

De vragenlijsten zijn bedoeld om ongeacht de psychiatrische kennis van de behandelaar, een patiënt op psychopathologie te kunnen screenen.

De respondenten spraken allen de voorkeur uit voor de MINI. De MINI geeft een redelijk helder beeld van de psychiatrische stoornis. Dat de uitslag van de vragenlijst is gebaseerd op de DSM-IV diagnostische classificaties vinden de respondenten een groot voordeel. De K10 werd als minder positief ervaren. De respondenten vonden de K10 te algemeen en de uitslag weinig concreet. Dat de K10 geen relatie heeft met de DSM-IV, werd als gemis ervaren.

2.4.3 *Hoe ervaren behandelaren het gebruik van deze richtlijnen ten aanzien van werkdruk en diagnostiek?*

Werkdruk

Wanneer een patiënt geen psychiatrische klachten heeft is de MINI een snelle manier om dubbele diagnoseproblematiek uit te sluiten. Als ervan uitgegaan wordt dat de MINI standaard bij elke patiënt wordt afgenomen en dat de meeste patiënten in meer of mindere mate psychiatrische klachten zullen benoemen, is er sprake van een toename van de werkdruk. De afname van de volledige MINI kost 15 tot 30 minuten afhankelijk van de ernst van de klachten. *

De afname van de K10 kost 5 tot 10 minuten, ongeacht de antwoorden.

Diagnostiek

De MINI levert betere diagnostische informatie op dan de K10 omdat er gediagnosticeerd wordt in termen van DSM-IV, de K10 vindt men te algemeen. De respondenten geven wel duidelijk aan dat de MINI geen waterdichte diagnose levert. Maar voor een eerste indicatie geeft de MINI een snelle eerste indruk en handvatten tot verdere diagnostiek.

** De MINI is verdeeld in hoofdvragen en bij een positief antwoord gaat men door naar specifieke vragen over de betreffende diagnose. Het is mogelijk dat men bij veel drukte op de afdeling tijdens de opname alleen de hoofdvragen (screening) worden gesteld en op een rustiger tijdstip de specifieke vragen (assessment) worden afgenomen. Deze optie is in de pilotstudie niet getoetst. De screeningsversie van de MINI is wel als bijlage bijgevoegd.*

3. Conclusies en aanbevelingen

3.1 Conclusies

“Geven de richtlijnen voldoende handvatten om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen en tot een indicatie te komen tijdens de diagnostiekfase?”

In de periode voorafgaande aan de pilotstudie bleek dat behandelaren en behandelmedewerkers in de verslavingszorg en in de psychiatrie behoefte hebben aan richtlijnen. Hoe kan men omgaan met dubbele diagnoseproblematiek.

Op psychiatrieafdelingen bleek in sommige gevallen dat het werken met de richtlijnen niet mogelijk is omdat het behandelklimaat van de afdeling niet ingericht is op dubbele diagnoseproblematiek. Toch is er op deze afdelingen wel degelijk behoefte aan dergelijke richtlijnen. Men erkent dat er, ondanks het feit dat middelen- en alcoholgebruik een contra-indicatie is voor behandeling, toch veel (min of meer) verborgen verslavingsproblematiek is.

Op de psychiatische afdelingen gaf men aan dat de middelenscreener alleen, zonder het assessment, niet veel handvatten biedt voor de behandelaars om dubbele diagnoseproblematiek te herkennen. De middelenscreener kan niet worden gebruikt zonder vervolg. Wel biedt de screener de mogelijkheid om bij elke patiënt het onderwerp middelengebruik op tafel te brengen.

Het assessment geeft veel meer informatie over alcohol- en drugsgebruik van de patiënt. De ervaring is dat door het afnemen van het assessment alcohol- en drugsgebruik en de motivatie (op het moment van het interview) van de patiënt om zijn gedrag te veranderen goed in kaart gebracht kunnen worden. Deze informatie komt ten goede aan de diagnostiek en kan leiden tot een op maat gebrachte behandeling.

In de verslavingszorg ging de voorkeur uit naar de MINI boven de K10. De K10 werd te algemeen bevonden en geeft te weinig aanwijzingen voor verdere diagnostiek. De MINI die gebaseerd is op de gebruikelijke DSM-IV-diagnoses gaf een concretere uitkomst. Voor een eerste indruk geeft de MINI voldoende informatie, maar geen waterdichte diagnose.

“Welke voor- en nadelen leveren de dubbele diagnoserichtlijnen tijdens het hele proces van de pilotstudie voor behandelaren?”

Het invoeren van de richtlijnen vraagt een tijdsinvestering. Het afnemen van de middelenscreener en het assessment samen kost 25 tot 30 minuten. De gebruikers waren zeer tevreden over de informatie die de vragenlijsten opleverden. Het werken met de richtlijnen voorziet in een behoefte om op een gestructureerde en eenduidige wijze alcohol- en middelengebruik te gaan betrekken in de behandeling.

De afnameduur van de MINI is 15 minuten als er geen psychiatische klachten zijn. Afhanke-lijk van de klachten kan de afnametijd oplopen tot 30 minuten. Bij een hoge werkdruk is het mogelijk om de MINI te verdelen in een screeningsdeel en een assessmentdeel zoals ook het geval is bij de middelenscreener en het assessment. Deze optie is niet in de pilotstudie meegenomen maar zeker de moeite waard om uit te proberen. Daarom is de verkorte MINI, als bijlage, toegevoegd.

Tijdens de pilot in de psychiatrie werd al snel duidelijk dat instrumenten ter verbetering van de herkenning van middelengebruik niet zomaar op elke psychiatische afdeling in te voeren zijn. Het bestaande behandelklimaat laat in een aantal gevallen het behandelen van verslavingsproblematiek niet toe. Zo kan middelengebruik een contra-indicatie zijn voor de psychiatische behandeling. Ook werd een stilzwijgend gedoogbeleid aangetroffen (‘als we het maar niet merken’). Het leren omgaan met dubbele diagnose vergt op deze afdelingen meer dan simpelweg het aanreiken van diagnostische instrumenten. Naast voorlichting en deskundigheidsbevordering, zal op de afdeling een discussie gevoerd moeten worden over de houding van het team ten aanzien van het behandelen van dubbele diagnoseproblematiek.

In de verslavingszorg zal een psychiatisch deskundige deel moeten uitmaken van het multidisciplinaire team voor de verdere diagnostiek (indien nodig). Voor de behandelmedewerker die geen psychiatische kennis bezit zijn de richtlijnen geen middel tot het vergroten van de individuele deskundigheid; daar is een cursus gericht op kennis en kunde op het gebied van psychopathologie meer geschikt voor.

We wijzen u erop dat de richtlijnen en de bijbehorende behandelingen ook beperkingen hebben voor de klinische afdelingen. De door ons geadviseerde behandeling is een kortdurend ambulante programma. De behandeling bestaat uit enkele contacten per maand. Op de klinische afdelingen gaat de zorg voor de dubbele diagnosepatiënt veel verder dan een paar uur per week. Daar is sprake van 24-uurszorg. Het is van belang dat de behandelteams in staat zijn om 24 uur per dag goede zorg te verlenen aan de dubbele diagnosepatiënt. Daarin voorzien deze richtlijnen niet.

3.2 Aanbevelingen

Aanbeveling 1

Wanneer er in het multidisciplinaire team stemmen opgaan om de dubbele diagnoseproblematiekrichtlijnen te integreren in het behandel aanbod wordt aanbevolen om de visie van de afdeling te herzien en de voor- en nadelen van het accepteren en behandelen van dubbele problematiek op de afdeling te overwegen.

Wanneer de voordelen van een geïntegreerde behandeling het overwicht hebben, kunt u het implementatietraject voor de Resultaten Scorenrichtlijnen starten.

Aanbeveling 2

Het is zeer belangrijk dat wanneer afdelingen gaan starten met een geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnosepatiënten, de behandelmedewerkers adequate scholing ontvangen met betrekking tot de behandeling en zorg voor dubbele diagnosepatiënten. Voor behandelmedewerkers in de verslavingszorg betekent dit dat psychiatische deskundigheidsbevordering noodzakelijk is. Voor behandelmedewerkers in de psychiatrie is basiskennis van verslavingszorg onontbeerlijk.

Aanbeveling 3

Dubbele diagnosepatiënten zijn patiënten die complexe zorg nodig hebben. Het is van belang dat het behandelteam steun en advies krijgt, bijvoorbeeld door intervisiebijeenkomsten of door middel van collegiale consultatie van een deskundige op het gebied van dubbele diagnoseproblematiek.

Aanbeveling 4

Werken met dubbele diagnosepatiënten vraagt om een verandering in het denken. Sommige behandelmedewerkers willen dit niet. Denk hierbij aan werkers in de psychiatrie die vinden dat verslaving niet in de psychiatrie thuishoort en werkers in de verslavingszorg die medicalisering van het werkveld niet accepteren. Het is daarom van belang om de weerstanden die men voelt niet te ontkennen maar te onderzoeken. Bijvoorbeeld door te praten met collega's, inbreng in een intervisie of individuele supervisie.

Acceptatie van de problematiek door de behandelaren is nodig voor het verlenen van betere zorg aan deze groep patiënten

Bijlage 2

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering(MGV) is een bruikbare methode in de verslavingszorghulpverlening voor cliënten en hulpverleners. MGv maakt het mogelijk een koppeling te maken tussen het middelengebruik van de cliënt en motivatie tot gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering vereist een onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt en zijn probleem. Naast het kunnen toepassen van de techniek vergt de methodiek van de hulpverlener ook veel reflectie op de eigen normen en waarden. Men probeert de afhankelijkheid die de cliënt als extern bepaald ervaart, om te zetten in een eigen verantwoordelijkheidsgevoel. De cliënt wordt voorgehouden dat er wel degelijk keuzemogelijkheden zijn en dat hij of zij zelf verantwoordelijk is voor de keuzes die gemaakt worden.

Motiverende gespreksvoering is een therapeutische techniek. Samen met de cliënt verkent de behandelaar wat de problemen zijn en wat daaraan te doen is. Veel elementen van MGv zijn nuttig of zelfs noodzakelijk in elk professioneel gesprek, vanuit welke methode of theorie dan ook.

Mensen met een alcohol- of drugsprobleem worden nogal eens benaderd met een afwachtende, confronterende of moraliserende houding. Er wordt nogal eens van uit gegaan dat de cliënt niet gemotiveerd is voor verandering, het problemen ontkennt en weerstand heeft tegen behandeling.

Motiverende gespreksvoering gaat uit van de stelling dat motivatie geen persoonlijkheidskenmerk is of voorkomt uit de autoriteit van de hulpverlener maar dat een cliënt zelf een specifieke veranderstrategie kiest, bepaalt en volhoudt en dat deze strategie beïnvloedbaar is. Het kiezen is een resultaat van het maken van eigen afwegingen van de voordelen en nadelen. Het opmaken van de voordelen-nadelenbalans wordt een functieanalyse genoemd.

Motivatie wordt binnen de motiverende gespreksvoering gezien als het streven van de mens om zijn gedrag in overeenstemming te laten zijn met zijn uitspraken, zijn gevoelens en zijn houding. Wanneer dit niet in overeenstemming met elkaar is dan spreken we van cognitieve dissonantie. De cliënt kan kiezen om deze zaken met elkaar in balans te brengen door:

- > het verschil te ontkennen;
- > zijn houding aan te passen;
- > zijn gedrag aan te passen.

De hulpverlener zal de motivatie tot gedragsverandering verhogen door de cognitieve dissonantie te vergroten. Hierdoor wordt de prikkel voor de cliënt groter om iets aan zijn situatie te veranderen.

De basishouding van de hulpverlener bij het toepassen van motiverende gespreksvoering bestaat uit een respectvolle benadering en onvoorwaardelijke acceptatie van het probleem en de cliënt. De nadruk wordt gelegd op empathie en samenwerking.

Binnen het motiverende en persoonsgerichte kader kan gewerkt worden aan het vergroten bij de cliënt van het gevoel van zelfwaardering, de zelfredzaamheid en de sociale vaardigheden. Daarbij is ook het aanbieden van structuur van belang zoals regels en afspraken over regels en sancties met daarin opgenomen:

- > beloning voor het naleven van de regels;
- > geven van verantwoordelijkheid;
- > uitspreken van waardering;
- > sociale vaardigheidstraining.

Niet bij elke cliënt is MGv mogelijk. Contra-indicaties zijn:

- > cliënt maakt zich niet ongerust over de eigen situatie en ziet daardoor geen noodzaak tot veranderen;
- > onvoldoende gevoel van eigenwaarde;
- > onvoldoende sociale vaardigheden om te veranderen;
- > cliënt is niet in staat zijn eigen verantwoordelijkheden te dragen.

Bijlage 3

Beschrijving PZD / RPZD

Vanaf 1996 is er in Den Haag een afdeling voor de behandeling van dubbele diagnosepatiënten. Deze afdeling, Psychiatrische Zorg Drugs (PZD) is gesloten en bestaat uit acht bedden en biedt specialistische zorg aan dubbele diagnosepatiënten. Vanaf maart 1999 is het programma omgebouwd tot een transmuraal zorgprogramma door de uitbreiding met de afdeling Resocialisatie Psychiatrische Zorg Drugs (RPZD). De RPZD kan als vervolgbehandeling dienen voor de PZD en omvat een open, klinische behandeling (acht bedden), deeltijdbehandeling (acht stoelen), begeleid wonen (acht plaatsen) en een polikliniek.

In 2002 is binnen het totale programma ook de functie consultatie en medebehandeling in de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang opgenomen.

Binnen het programma wordt de patiënt gezien als een persoon die vanwege de gecombineerde problematiek dubbel kwetsbaar is. Dit betekent dat in de eerste plaats de verslavings- en psychiatrische problematiek zoveel mogelijk gestabiliseerd dienen te worden. Na de stabilisatie moet verder gewerkt worden aan rehabilitatie, waarbij de wens van de patiënt en de – waar mogelijk – evidence of practice basedmogelijkheden die de zorg kan bieden, centraal staan. Er is sprake van een kwetsbare patiënt die uiteindelijk met zo weinig mogelijk hulp zo zelfstandig mogelijk kan functioneren. Door de transmuralisering van de zorg is het mogelijk op ieder moment binnen het herstelproces de behoefte aan zorg en de op dat moment noodzakelijke hulp voor de patiënt te bieden.

Inhoudelijk biedt het programma een geïntegreerde aanpak van de totale problematiek waarbij voor psychiatrische problematiek die behandeling wordt gekozen die voor het betreffende ziektebeeld volgens de huidige stand van de wetenschap het beste resultaat biedt. Voor de verslavingsproblematiek worden eveneens die methodieken toegepast die momenteel de beste resultaten lijken te bieden.

In 2002 is begonnen met het structureel aanbieden van medebehandeling en consultatie vanuit het programma dubbele problematiek in de regio's die grenzen aan Den Haag. In deze regio's wordt daardoor meer samengewerkt op het gebied van dubbele diagnose. Afhankelijk van de instelling en de behoefte van individuele medewerkers en afdelingen wordt er deskundigheidsbevordering verzorgd, worden patiënten gezamenlijk behandeld en worden medewerkers vanuit de psychiatrie getraind in het omgaan met patiënten die middelen gebruiken.

In de toekomst zal nog veel moeten worden geïnvesteerd in het bevorderen van deskundigheid voor zowel medewerkers in de verslavingszorg als binnen de psychiatrie om de patiënten optimaal te behandelen en oog te hebben voor gecombineerde problematiek in al haar facetten.

Bijlage 4

**Screeningsinstrumenten naar psychoactief middelengebruik
bij ernstig psychiatrische patiënten**

Een literatuurstudie

M.C. Kerkmeer
C. de Klerk
V.M. Hendriks
Parnassia Addiction Research Centre, januari 2003

1. Inleiding

De prevalentie van middelenmisbruik* (*Substance Use Disorder, SUD*) is hoger onder mensen met een ernstige psychiatrische stoornis (SMI = *severe mental illness*) dan in de normale populatie. Zo blijkt uit een studie van Regier et al. (1990; in: Carey & Correia, 1998) dat (in de VS) 47% van de personen met schizofrenie en 56% van de personen met een bipolaire stoornis een *lifetime* diagnose voor middelenmisbruik heeft, terwijl de lifetime prevalentie van middelenmisbruik onder de normale bevolking 16% is. Alcohol, cannabis, en cocaine blijken de meest gebruikte middelen onder SMI-patiënten (Mueser, Yarnold, Rosenberg, Swett, Miles & Hill, 2000). Er zijn verscheidene mogelijke risicofactoren voor middelenmisbruik onder SMI-patiënten in de literatuur naar voren gebracht, te weten: jonge leeftijd, mannelijk geslacht, lage opleiding, gevangenisstraf en justitieel verleden, antisociale persoonlijkheid, en conduct disorder (Mueser et al., 2000).

In Nederland zijn gegevens over prevalentie van comorbiditeit psychiatrie en middelenmisbruik, en comorbiditeit van beide in de algemene populatie verzameld door *NEMESIS* (Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh, & Spijker, 2002). Gebleken is dat van de mensen bij wie met behulp van het *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* (Robins, Wing, & Wittchen, 1988) middelenmisbruik is gediagnosticeerd, 24.6% een comorbide stoornis heeft. Van de mensen met middelenmisbruik heeft 14.9% een stemmingsstoornis en 18.9% een angststoornis. Omgekeerd heeft 16.7% van de mensen met een stemmingsstoornis een comorbide diagnose van middelenmisbruik, en 13.0% van de mensen met een angststoornis. Over de comorbiditeit van schizofrenie en andere psychotische stoornissen met middelenmisbruik in Nederland is beperkte informatie beschikbaar: in een onderzoek naar de eerste incidentie van psychosen onder 1790 mensen in Den Haag bleek 22% van de mensen die zich aanmeldden bij de psychiatrie in het jaar voorafgaand aan de studie minstens een maal per maand drugs gebruikt te hebben (Veen, Selten, Hoek, Feller, Graaf, van der, & Kahn, 2002).

Hoewel de prevalentie van middelenmisbruik onder mensen met een ernstige psychiatrische stoornis hoog is, blijkt deze problematiek onvoldoende gesignaleerd te worden door behandelaren (Ananth et al, 1989; in: Carey & Correia, 1998). Carey & Correia (1998) geven hier een aantal mogelijke verklaringen voor. Het middelengebruik blijft wellicht onopgemerkt door de eventuele andere psychosociale problematiek die samenhangt met de psychiatrische stoornis. De gevolgen van recent middelengebruik kunnen overlappen met symptomen van psychiatrische aandoeningen. Hierdoor is het mogelijk dat de cognitieve en emotionele effecten van het middelengebruik aan de psychiatrische stoornis toegeschreven worden. Hulpverleners in de psychiatrie herkennen het middelenmisbruik wellicht niet vanwege gebrek aan ervaring met middelenmisbruik. Volgens Drake, Alterman & Rosenberg (1993) zijn hulpverleners zich vaak niet bewust van de hoge prevalentie van middelengebruik onder ernstig psychiatrische patiënten waardoor ze er niet bedacht op zijn. SMI-patiënten realiseren zich niet altijd hoe ingrijpend middelengebruik kan zijn in combinatie met hun SMI. Ten slotte blijken SMI-patiënten de neiging te hebben om hun middelengebruik te verbergen (Goldfinger, Schutt, Seidman, Turner, Penk & Tolomiczenko, 1996), omdat middelengebruik een contra-indicatie kan vormen voor behandeling in de psychiatrie. Bovendien kunnen patiënten twijfels hebben over de betrouwbaarheid van mogelijk stigmatiserende informatie die ze over zichzelf verstrekken (Carey, 2002).

Naast de algemene negatieve gevolgen van middelenmisbruik waaronder sociale, economische, lichamelijke en psychiatrische problemen, leidt middelengebruik bij ernstige psychiatrische patiënten ook tot specifieke risico's. Zo lijkt middelenmisbruik de kans op psychotische symptomen te vergroten (Bellack & Gearon, 1998). Middelenmisbruik lijkt daarnaast te leiden tot een verminderde therapietrouw, wat de kans op terugval ook vergroot (Bellack & Gearon, 1998). Zowel de hoge prevalentie van middelenmisbruik onder ernstig psychiatrische patiënten als de negatieve gevolgen van middelengebruik voor de prognose en behandeling van psychiatrische stoornissen maken vroeger identificatie van middelenmisbruik bij SMI-patiënten noodzakelijk. Dit kan door in eerste instantie op middelenmisbruik te screenen, en bij mensen die volgens de screener tot de risicopopulatie horen een volledige assessment af te nemen.

Er is een aantal algemene vereisten voor screeningsinstrumenten. De aard van de situatie vraagt om een instrument dat een snelle uitslag oplevert en bij voorkeur een korte afname-duur heeft. Sommige instrumenten die in de literatuur vermeld worden, zijn erg geschikt voor wetenschappelijk onderzoek, maar nemen een uur of langer in beslag. Dat is veel te lang als het er om gaat vast te stellen of iemand mogelijk verslavende middelen gebruikt en al dan niet verdere assessment behoeft. Verder moet een screener een relevante drempelwaarde hebben. Sensitiviteit* is belangrijker dan specificiteit: functie van een screener is een breed net uit te werpen om zo veel mogelijk casussen met mogelijk middelengebruik te identificeren voor verdere evaluatie (Teitelbaum & Mullen, 2000). In het algemeen geldt dat de proporties vals-positieven en vals-negatieven alléén uit hun aard niet informatief zijn over de grootte van die groepen. Er is een cruciale samenhang met prevalentie: hoe hoger de prevalentie, des te kleiner het aantal vals-positieven zal zijn (*ceteris paribus*). In het verlengde hiervan wordt bij een schrikbarende toename van de prevalentie de noodzaak van screenen minder. Immers, het aantal personen zonder de stoornis wordt dan eveneens kleiner. In de hieronder staande tabellen wordt dit toegelicht.

In de volgende voorbeelden wordt uitgegaan van een screeningsinstrument voor ziekte X met een sensitiviteit en een specificiteit van 0.90. Het enige verschil is dat in het eerste voorbeeld de prevalentie 1% is, en in het tweede voorbeeld 50%. In beide voorbeelden nemen we een steekproef van 10.000 mensen, van wie in het eerste geval 1%, dus 100 mensen aan ziekte X lijden, en in het tweede geval 50%, dus 5.000 mensen.

* *Middelenmisbruik moet hier niet opgevat worden in de technische, DSM-IV zin, maar in algemene zin, dus inclusief afhankelijkheid.*

* Op pagina 170 is een appendix opgenomen met voor onderzoek relevante begrippen

Tabel 1. Prevalentie is 0.01; sensitiviteit en specificiteit zijn beide 0.90.

		In werkelijkheid		Totaal
		Positief	Negatief	
Volgens de test	Positief	90	990	1.080
	Negatief	10	8.910	8.920
	Totaal	100	9.900	10.000

Volgens de test zijn 1.080 mensen positief, maar in werkelijkheid zijn slechts 90 van die mensen positief. Het aantal vals positieven bedraagt dus 990. Volgens de test zijn 8.920 mensen negatief, en in werkelijkheid zijn 8.910 van die mensen negatief. Het aantal vals-negatieven bedraagt dus 10. In totaal zijn dus 1.000 mensen vals gediagnosticeerd.

Tabel 2. Prevalentie = 0.50; sensitiviteit en specificiteit zijn beide 0.90.

		In werkelijkheid		Totaal
		Positief	Negatief	
Volgens de test	Positief	4.500	500	5.000
	Negatief	500	4.500	5.000
	Totaal	5.000	5.000	10.000

Volgens de test zijn 5.000 mensen positief, en in werkelijkheid zijn 4.500 van die mensen positief. Het aantal vals-positieven bedraagt dus 500. Volgens de test zijn 5.000 mensen negatief, en in werkelijkheid zijn 4.500 van die mensen negatief. Het aantal vals-negatieven bedraagt dus 500. In totaal zijn dus opnieuw 1.000 mensen vals gediagnosticeerd. In het eerste voorbeeld wordt dus bij 990 mensen onterecht een uitgebreide vervolgsessie afgenomen, en in het tweede voorbeeld krijgen 500 mensen onterecht een assessment. In het eerste voorbeeld vormen die 990 vals-positieven $990/1.080 = 91.6\%$ van het totale aantal positieve screeningsuitslagen; ondanks de sensitiviteit van 0.90! In het tweede voorbeeld vormen de 500 vals positieven slechts $500/5.000 = 10\%$ van het totale aantal positieve diagnoses. We zien dus dat bij een toenemende prevalentie niet alleen het absolute aantal vals-positieven afneemt (van 990 naar 500), maar dat ook het *aandeel* vals-positieven enorm afneemt (van 91.6% naar 10%).

Voor de negatieve diagnoses zien we het volgende. In het eerste voorbeeld zijn volgens de test 8.920 mensen negatief, van wie er in werkelijkheid ook 8.910 negatief zijn. Er zijn dus 10 vals-negatieven, mensen die wel een assessment hadden moeten krijgen. In het tweede voorbeeld zijn volgens de test 5.000 mensen negatief, van wie er in het echt 4.500 negatief zijn. Het *aantal* vals-negatieven is dus vervijftigvoudigd, van 10 tot 500. Het *aandeel* vals-negatieven is eveneens enorm toegenomen: van $10/8.920 = 0.112\%$ naar $500/5.000 = 10\%$. Een laatste algemeen aandachtspunt voor screeners is de belasting voor het personeel en de kosten van de screener. Bij gelijke geschiktheid heeft een instrument de voorkeur dat goedkoop is en vrij van auteursrechten, boven een instrument dat duur is en/of waar bij elke afname aan rechthebbenden betaald moet worden.

Naast deze algemene vereisten, is er nog een aantal specifieke eigenschappen die screeners voor middelengebruik moeten hebben wanneer ze afgenomen worden bij mensen met een ernstige psychische aandoening. In de eerste plaats moeten screeners inhoudelijk aansluiten bij deze populatie. Als mensen een ernstige psychische aandoening hebben en (recent) middelen gebruiken, moet er waarschijnlijk geen al te zwaar beroep worden gedaan op hun concentratie, geheugen, en abstract denkvermogen. Voorkomen zou moeten worden dat patiënten geïrriteerd raken doordat ze geconfronteerd worden met hun tekortkomingen en onvermogen de vragen van de hulpverlener te beantwoorden. Bovendien moet gekeken

worden of de inhoud van de instrumenten en de afzonderlijke items aansluit bij de leefwereld van de patiënten. Vragen naar carrière, autorijden, en sociaal leven zijn niet altijd even gepast (Carey, 2002).

In de onderhavige literatuurstudie wordt alleen ingegaan op zelfrapportage-instrumenten ten behoeve van screening. Andere screeningsmethoden dan afname van vragenlijsten en interviews met de betrokkene zijn onder andere medisch onderzoek, laboratoriumtests (urine, speeksel, bloed, haar) en het verzamelen van informatie via naasten (*collateral reports*). Deze screeningsmethoden vallen echter buiten het bestek van deze literatuurstudie. Ten aanzien van het gebruik van laboratoriumtests voor screeningsdoeleinden in het algemeen wordt hier kort opgemerkt dat een lange tijdsspanne tussen laatste inname van een drug en afname van een urinetest veelal leidt tot onderrapportage, dat laboratoriumtests slechts beperkt informatie over frequentie en hoeveelheid van gebruik opleveren en geen informatie over de gevolgen van gebruik (Drake, Rosenberg, & Mueser, 1996) en dat laboratoriumtesten relatief duur zijn. Verder is gebleken dat de context van urinetests van groot belang is voor de validiteit ervan. In onderzoek van Hamid, Deren, Beardsley & Tortu (1999) werd gevonden dat de overeenstemming tussen een urinetest en zelfrapportage scherp toenam als de urinetest vóór het interview werd afgenomen, in plaats van erna. Respondenten bleken waarde te hechten aan de indruk die ze maakten op de onderzoeker: ze beseften dat hun urine later getest zou worden, toch rapporteerden ze nog steeds geen drugsgebruik zolang de onderzoeker onwetend was van de resultaten van de urinetest. Wanneer respondenten echter wisten dat de onderzoeker op de hoogte was van de resultaten van de urinetest, steeg de mate van overeenstemming met de zelfrapportage van 58% tot 93%. In psychiatrische populaties geldt volgens Carey & Carreira (1998) bovendien dat laboratoriumtests minder sensitief en bruikbaar zijn dan collateral reports van gezinsleden, vrienden of uit eerdere dossiers. In lijn hiermee bleken urine-, speeksel- en bloedtesten in een onderzoek van Wolford, Rosenberg, Drake, Mueser, Oxman, Hoffman, Vidaver, Luckoor, & Carrieri (1999) niet in staat onderscheid te maken tussen gebruikende en niet-gebruikende psychiatrische patiënten. Ook is in deze context van belang dat een kleinere hoeveelheid drugs bij psychiatrische patiënten al kan leiden tot ernstige gevolgen, terwijl die hoeveelheid onder de drempelwaarde van een laboratoriumtest kan liggen. Overigens bleek in dit laatstgenoemde onderzoek ook het gebruik van collateral reports bij psychiatrische patiënten op moeilijkheden te stuiten. Veel patiënten waren niet in staat een naaste te noemen die voldoende op de hoogte was van hun problemen en stelden het evenmin op prijs dat onderzoekers met anderen over hun problemen gingen praten. Daarentegen vonden Stasiewicz, Bradizza & Connors (1997) geen verschil in over-/onderrapportage van alcoholgebruik door zelfrapportage en collaterals tussen alcohol-only en alcohol-SMI (dubbele diagnosegroep)patiënten. Tot slot wordt hier opgemerkt dat volgens Goldfinger et al. (1996) observer reports wellicht het meest betrouwbaar zijn, maar geen reële optie als het gaat om screenen op middelengebruik bij (acute) psychiatrische patiënten, omdat er baselinegegevens moeten zijn en observaties over een langere periode.

Op grond van de beschreven eisen die aan screeningsinstrumenten gesteld worden en de bezwaren tegen laboratoriumtesten, collateral interviews en observer reports gaat de voorkeur uit naar korte vragenlijsten die de patiënt zelf, of met hulp van een medewerker, invult. De meest belovende worden in deze literatuurstudie behandeld. In de volgende paragraaf wordt uiteengezet hoe de selectie van literatuur en screeningsinstrumenten tot stand is gekomen.

2. Methode

In het onderhavige onderzoek is de literatuur geïnventariseerd met behulp van de literatuur-database PubMed. De inventarisatie werd beperkt tot humane studies, gepubliceerd vanaf 1980 tot en met december 2002. In de zoekstrategie werden vier blokken zoektermen onderscheiden, die betrekking hadden op respectievelijk (1) het type assessment, (2) het type middel, (3) het type gebruik en (4) relevante psychometrische parameters. De volgende zoektermen werden gehanteerd.

1: assess* OR detect* OR screen* OR diagnosis OR diagnost* OR identif* OR measure* OR instrument* OR interview* OR questionnaire

AND

2: polydrug* OR substance* OR heroin OR cocaine OR alcohol OR amphetamin* OR tranquil* OR narcotic* OR opiat* OR *street drug* OR psychotropic* OR marijuana OR non-prescri*

AND

3: abus* OR misus* OR dependen* OR addict* OR illegal* OR illicit* OR habit* OR withdraw* OR abstin*

AND

4: psychometric* OR reliab* OR valid* OR sensitivity OR specificity

Naast de hierboven beschreven zoekstrategie werd via de MeSH browser van PubMed gezocht op *dual diagnosis*. Deze zoekstrategie resulteerde in totaal in 5.507 hits. Op grond van de titel van de publicatie werd de selectie vervolgens beperkt tot 342 artikelen. Van deze 342 artikelen werd aan de hand van de inhoud van de abstract een verdere selectie gemaakt. Hierbij golden als criteria dat het diende te gaan om:

- artikelen over gecombineerde alcohol- en drugscreeningsinstrumenten (die al dan niet in de context van dubbele diagnoseproblematiek werden onderzocht);
- artikelen over uitsluitend alcohol, of uitsluitend drugscreeningsinstrumenten, mits het instrument werd onderzocht in de context van dubbele diagnose;
- relevante reviews.

Toepassing van deze criteria resulteerde in 49 artikelen. Tot slot werd relevante grijze literatuur voor zover mogelijk via verwijzingen en dergelijke opgespeurd.

3. Resultaten

In tabel 3 staat een overzicht van de indeling van de geselecteerde artikelen naar type.

Tabel 3

Onderwerp	aantal
Artikelen screener voor alcohol in psychiatrische populatie	11
Artikelen screener voor drugs in psychiatrische populatie	23
Reviews screener alcohol/drugs in algemene populatie	6
Reviews screener alcohol/drugs in psychiatrische populatie	9

Met behulp van de zoekmethode die in het vorige hoofdstuk besproken is, is een aantal artikelen verzameld waarin verschillende screeningsinstrumenten naar middelengebruik zijn geëvalueerd bij gebruik onder psychiatrische patiënten. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de betreffende studies besproken. Elke paragraaf geeft een overzicht van de uitkomsten met betrekking tot één bepaald screeningsinstrument. De screenings-instrumenten worden op alfabetische volgorde behandeld. Daar waar een studie meerdere screeningsinstrumenten bevatte, wordt de studie bij de bespreking van het eerste screeningsinstrument uitgebreider toegelicht. In tabel 4 staat een overzicht van alle behandelde screeningsinstrumenten met informatie over betrouwbaarheid, sensitiviteit, specificiteit, en andere eigenschappen.

Tabel 4

instrument	D/A	Tijds-dimensie	aantal items	Score-range	cut-off	Sensi lifetime	Sensi recent	Speci lifetime	Speci recent	psychiatrie?	Cronbach's alpha	Kappa
ADS	a	12 mnd	25	0 - 47	≥ 1	n.v.t.	.90	n.v.t.	.57	ja		
AUDIT	a	12 mnd	10	0 - 40 8	n.v.t.	.87-.90	n.v.t.	.70-.90	ja			
CAGE	a	lifetime	4	0 - 4	>1	.69-1.00	.80	.85-.92	.64-.86	ja	.80 - .83	1.00
CAGE AID	d	lifetime	4	0 - 4	≥ 2 of 3	.86	.66-.80	.87	.68-.79	ja	.83	.62
DALI	a	lifetime?	9	-4 tot +6	+2		.80		.85	nadrukkelijk	.96	.90
DALI	d	lifetime?	8	-4 tot +4	-1		1.00		.80-	nadrukkelijk	.98	.90
DAST	a	12 mnd	28	0 - 28	≥5 tot ≥10	.87	.71-.96	.88	.54-.81	ja	.92	
DAST-10	a	12 mnd	10	0 - 10	≥ 3		.84-.85		.76-.78			
DAST-20	a	12 mnd	20	0 - 20	≥ 5		.84		.79			
MAC	a	onbekend	49	0 - 49	23/24		.68		.64	nadrukkelijk		
MAST	a	lifetime	24	0 - 24 (?)	5	.80-.97	.63-1.00	.68-.84	.26-.69	ja		
S-MAST	a	lifetime	13	1 tot 3	.80	.78-.82	.84	.76-.96		ja	.91	.99
RDU	d	recent	31	0 - 31	16	n.v.t.	.73	n.v.t.	.74	ja		
SDS-A	a	?	5	0 - 15						nee	.94	
SDS-D	d	?	5	0 - 15						nee	.94	
T-ACE	a	lifetime	4	0 - 5	3		.47-.69		.23-.87	ja		
TWEAK	a	lifetime	5	0 - 7	3		.58		.85	ja		
NET	a	lifetime	3	?	1		.48		.84	ja		

D/A drugs of alcohol
 Sensi rec sensitiviteit voor recent middelenmisbruik
 Sensi lifetime sensitiviteit voor lifetime middelenmisbruik
 Speci rec specificiteit voor recent middelenmisbruik
 Speci lifetime specificiteit voor lifetime middelenmisbruik
 Psychiatrie? Is de screener ontworpen voor of onderzocht in een populatie van psychiatrische patiënten?

3.1 Alcohol Dependence Scale (ADS)

De 25 meerkeuze items van de ADS meten in hoeverre er de afgelopen 12 maanden sprake was van het zogenaamde alcoholafhankelijkheidssyndroom (Horn, Skinner, Wanberg & Foster, 1984). Bij een score van 0 is er geen sprake van afhankelijkheid, de scores 1-13 wijzen op lage afhankelijkheid, de scores 14-21 op matige afhankelijkheid, de scores 22-30 op behoorlijke afhankelijkheid en de scores 31-47 op ernstige afhankelijkheid.

In het onderzoek van Stasiewicz, Bradizza & Conners (1997) is de ADS afgenomen naast de Drug Abuse Screening Test (DAST, zie verderop), het C-DIS, de Brief Symptom Inventory, en drie neuropsychologische vragenlijsten, onder 93 cliënten met alcoholmisbruik, en 91 cliënten met alcoholmisbruik en een SMI, een dubbele diagnosegroep dus. De dubbele diagnosegroep had gemiddeld een hogere score op de ADS en de DAST dan de groep met uitsluitend alcoholmisbruik, en gemiddeld een lagere score op de neuropsychologische vragenlijsten.

In onderzoek van Drake, Osher, Noordsy, Hurlbut, Teague, & Beaudett (1990) werd de ADS afgenomen naast de CAGE (zie verderop), de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; zie verderop), casemanagerbeoordelingen en DSM-III-R interviews. De steekproef bestond uit 75 patiënten die een schizofrenie- (89.3%) of schizoaffectieve (10.7%) diagnose hadden: patiënten bij wie de psychotische symptomen zich alleen voordeden bij middelengebruik werden niet in de steekproef opgenomen. De ADS screende 5 patiënten (6.7%) als huidige alcoholgebruiker; het hoogste percentage werd gevonden op grond van een consensus DSM-III-R oordeel, namelijk 25.3%. De ADS was hier met andere woorden erg specifiek maar niet zo sensitief. Bij een matige cut-off score van ≥ 14 was de sensitiviteit 26.3% en de specificiteit 100%. Bij een lagere cut-off score van ≥ 1 nam de sensitiviteit toe tot 90.0%, maar de specificiteit daalde tot 57.1%.

3.2 Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

De AUDIT is opgebouwd uit 10 items die de volgende drie onderwerpen beslaan: alcoholconsumptie, drinkgedrag en problematiek die aan alcoholmisbruik gerelateerd is (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993). Een score van 8 of hoger op de audit zou op (een risico voor) alcoholproblemen wijzen. Bij gebruik in normale populaties blijkt de AUDIT een hoge interne consistentie en criteriumvaliditeit te vertonen. Hoewel de AUDIT gedragingen over het afgelopen jaar meet, zou het instrument een betere indicator zijn voor recent alcoholgebruik dan de MAST en de CAGE (Dawe, Seinen & Kavanagh, 2000).

De AUDIT is slechts in twee onderzoeken bij ernstig psychiatrische patiënten afgenomen. In een onderzoek van Maisto, Carey, Gordon & Gleason (2000) participeerden 162 ernstig psychiatrische patiënten, terwijl aan een onderzoek van Dawe et al. (2000) 86 schizofrenie-patiënten (voornamelijk mannen) deelnamen. In beide onderzoeken bleek het mogelijk om met behulp van de audit een groot gedeelte (87-90%) van de personen met recente DSM-IV alcoholproblematiek correct te classificeren (afkapscore 7/8 of 8/9). Het aantal personen zonder alcoholproblemen dat correct geclassificeerd werd verschilde in de twee onderzoeken (70 vs. 90%). In het onderzoek van Maisto et al. (2000) was de positief voorspellende waarde van de audit voor recent alcoholmisbruik lager dan voor alcoholmisbruik in het afgelopen jaar. Dit zou kunnen betekenen dat een positieve diagnose voor recent alcoholmisbruik op de audit voorzichtig geïnterpreteerd moet worden. Aan de andere kant is het mogelijk dat de lage positief voorspellende waarde van de audit in deze studie te verklaren is doordat weinig proefpersonen op het moment van het onderzoek alcoholmisbruik vertoonden. Bij gebruik onder schizofrenie-patiënten blijkt de audit een evenhoge interne consistentie ($\alpha = 0.85$) te vertonen als bij gebruik in normale populaties (Dawe et al., 2000).

In een ander onderzoek werden de AUDIT en de DAST (zie verderop) afgenomen bij volwassenen met een aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD). De steekproef bestond uit 139 mensen van wie 27 een huidige SUD hadden, 31 een lifetime SUD, en 81 nooit. Cronbach's was 0.87. Bij een cut-off score van 6 was de sensitiviteit .82 en de specificiteit .78 (McCann, Simpson, Ries, & Roy-Byrne, 2000). Hoewel de psychometrische kwaliteiten van de audit in psychiatrische populaties verder onderzocht moeten worden, zijn de voorlopige resultaten veelbelovend.

3.3 CAGE

De CAGE is een 4-item screener naar alcoholmisbruik (*Cutting down, Annoyance resulting from criticism, Guilt feeling, Eye opener*). De standaard afkapscore voor lifetime alcoholproblematiek is een score 2 of hoger. In normale populaties blijkt de CAGE hoge sensitiviteit en specificiteit te vertonen (Zie Wolford et al., 1999). In zes onderzoeken is de bruikbaarheid van de CAGE onder psychiatrische patiënten onderzocht (Breakey, Calabrese, Rosenblatt, & Crum, 1998; Drake et al., 1990; Dyson et al., 1998; Teitelbaum & Carey, 2000; Watson et al., 1995; Wolford et al., 1999).

Het onderzoek van Breakey et al. (1998) was uitgevoerd onder 46 mannen en 32 vrouwen onder ambulante psychiatrische behandeling voor schizofrenie (63%), een ernstige affectieve stoornis (20%) of een overige SMI (17%). Scores op de CAGE werden vergeleken met scores op de S-MAST (een verkorte versie van de MAST, zie aldaar) en met een klinisch oordeel. Volgens de DSM-III-R diagnose leed 60.9% van de mannen aan lifetime alcoholmisbruik, en 15.7% van de vrouwen.

Het onderzoek van Drake et al. (1990) staat reeds beschreven bij de ADS. Het onderzoek van Teitelbaum & Carey (2000) was uitgevoerd onder twee groepen patiënten. De eerste groep bestond uit 34 mannen en 37 vrouwen met een dubbele diagnose, van wie 82 % voldeed aan de criteria voor een lifetime alcoholmisbruik, en 28% aan de criteria voor huidig alcoholmisbruik. De tweede groep deelnemers bestond uit 35 mannen en 29 vrouwen die niet leden aan een SMI; 75% voldeed aan de criteria voor lifetime alcoholmisbruik, en 44% voor huidig alcoholmisbruik. Naast de CAGE werden nog zes andere metingen verricht: de *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST; zie verderop), de *SCID*, de *Social Desirability Scale*, de *Logical Memory I* subschaal van de Wechsler IQ-test, de *Brief Symptom Inventory*, en tot slot kreeg elke deelnemer een blaastest om te verifiëren dat ze nuchter waren bij de afname van de testen.

Dyson et al. (1998) hebben zeven vragenlijsten en een urinetest afgenomen bij 100 klinisch behandelde psychiatrische patiënten. De CAGE werd bij intake afgenomen en binnen 24-48 uur voor een tweede keer ($\kappa = 0.58$).

Watson et al. (1995) hebben onderzoek uitgevoerd met een overigens onduidelijk samengestelde steekproef van in totaal 118 alcoholisten, psychiatriepatiënten en dubbele diagnose patiënten in een *veterans administration hospital*. Hierin bevonden zich 91 patiënten met DSM-III-R lifetime alcoholafhankelijkheid, waarvan 67 patiënten tevens voldeden aan DSM-III-R-criteria voor 'afgelopen jaar' alcoholafhankelijkheid. Patiënten werd de DIS afgenomen, deze fungeerde tevens als gouden standaard. Andere metingen waren de MAST, de Clinical Signs Checklist, en een vragenlijst over medische geschiedenis.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de CAGE bij gebruik in psychiatrische populatie is, voor zover bekend, in vijf onderzoeken onderzocht. Hoewel de CAGE in het onderzoek van Dyson et al.

over een zeer goede inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa = 1.0$) en goede interne consistentie ($\alpha = .80-.83$) leek te beschikken, leek de test-hertestbetrouwbaarheid matig te zijn ($\kappa = .58$).

Breakey et al. vonden een sensitiviteit van 0.76 en een specificiteit van 0.80. Zowel sensitiviteit als specificiteit waren hoger voor vrouwen (0.80 en 0.85, resp.) dan voor mannen (0.75 en 0.72, resp.).

In het onderzoek van Dyson et al. (1998) werden bij screenen voor lifetime alcoholmisbruik goede sensitiviteit- en specificiteitwaarden gevonden, namelijk 0.84 resp. 0.92 bij een cut-off score van 1. De specificiteit nam weliswaar toe bij een hogere drempelwaarde, maar dit ging onevenredig ten koste van de sensitiviteit. Voor alcoholmisbruik in de voorafgaande dertig dagen waren de waarden 0.80 resp. 0.80 bij een cut-off score van 1. Ook hier geldt dat een hogere specificiteit – uiteraard – ten koste gaat van de sensitiviteit, en vice versa.

In het onderzoek van Teitelbaum & Carey (2000) werden eveneens goede resultaten gevonden. De MAST en de CAGE werden na een week opnieuw afgenomen om de test-hertestbetrouwbaarheid vast te stellen. Deze was groter voor de groep zonder SMI ($r = 0.95$) maar nog steeds hoog voor de dubbele diagnosegroep ($r = 0.80$). Als er werd gecorrigeerd voor item lengte nam de test-hertest betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de dubbele diagnose groep toe tot 0.96.

Watson et al. (1995) vonden dat de CAGE significant sterker dan hoeveelheid/frequentie van het alcoholgebruik, de Clinical Signs, en de medische voorgeschiedenis samenhang met lifetime alcoholafhankelijkheid. Ook correleerde de CAGE significant hoger met alcoholafhankelijkheid in het afgelopen jaar dan de vier overige instrumenten. Bij een cut-off score van 1/2 was voor lifetime alcoholafhankelijkheid de sensitiviteit 0.69 en de specificiteit 1.00. Voor alcoholafhankelijkheid in het afgelopen jaar was dit respectievelijk 0.82 en 0.86. De auteurs hebben nog bekeken welke cut-off scores betere sensitiviteit en specificiteit opleverden, maar hun steekproef bestond uit blanke, mannelijke veteranen, dus die cijfers zijn niet zo bruikbaar hier.

Wolford et al. (1999) hadden voor alle screeners de optimale cut-off score berekend met de *Area Under the Curve* (AUC) procedure. Voor de CAGE resulteerde dit in een cut-off score van 1 met een sensitiviteit van 0.61 en een specificiteit van 0.70.

Over het algemeen lijkt de CAGE beter in staat te zijn lifetime DSM-III-R alcoholmisbruik te onderscheiden dan recent DSM-III-R alcoholmisbruik (afkapscore 0/1 of 1/2). De CAGE blijkt iets sensitiever voor lifetime problematiek (.69-.87) dan voor recente problemen (.61-.82) en is bovendien veel specifiek voor lifetime alcoholmisbruik (.80-1.00) dan voor recent alcoholmisbruik (.64-.86) (Drake et al., 1990; Watson et al., 1995; Breakey et al., 1998; Dyson et al., 1998; Wolford et al., 1999). Ook een hogere AUC en voorspellende waarde wijzen erop dat de CAGE geschikt is voor het meten van lifetime alcoholmisbruik (Dyson et al., 1998). Voordat er definitieve uitspraken gedaan kunnen worden met betrekking tot de betrouwbaarheid van de CAGE bij afname onder psychiatrische patiënten, is echter verder onderzoek nodig.

Met behulp van de CAGE blijkt het mogelijk een onderscheid te maken tussen psychiatrische patiënten met of zonder DSM-III-R alcoholmisbruikstoornis (Wolford et al., 1999). Dit suggereert dat de CAGE over een goede divergente validiteit beschikt. Bovendien wijzen hoge correlaties met andere alcoholmisbruikschalen (met name de (S)MAST) op een goede convergente validiteit van de CAGE (Dyson et al., 1998; Wolford et al., 1999; Watson et al., 1995; Drake et al., 1990).

Conclusie

Hoewel de CAGE slechts uit vier items bestaat, lijkt de screener wat betreft zijn psychometrische kwaliteiten niet veel onder te doen voor langere vragenlijsten zoals de 24-item MAST. De zeer korte afnameduur (hoogstens 1 – 2 minuten) maakt de CAGE een aantrekkelijke screener

voor gebruik in psychiatrische settings. De CAGE is ongeveer net zo sensitief voor zeer recent alcoholmisbruik als bijvoorbeeld de MAST of de AUDIT.

3.4 cage-Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)

De CAGE-AID is een aangepaste versie van de CAGE waarmee naar druggebruik (i.p.v. alcoholgebruik) gescreend kan worden (Brown, 1992). De CAGE-AID maakt geen onderscheid naar het soort drugs. In één onderzoek zijn de betrouwbaarheid en validiteit van de CAGE-AID bij afname onder psychiatrische patiënten onderzocht (Dyson et al., 1998).

De CAGE-AID lijkt over een zeer goede interrater-betrouwbaarheid en goede interne consistentie te beschikken, terwijl de test-hertestbetrouwbaarheid ($\kappa = .62$) matig lijkt te zijn. De optimale cut-off score is 1, waarbij de sensitiviteit voor lifetime drugsmisbruik een waarde heeft van 0.86 en de specificiteit van 0.87. Bij drugsmisbruik in de afgelopen 30 dagen zijn de waarden respectievelijk 0.88 en 0.55.

De CAGE-AID blijkt ook sterk samen te hangen met andere meetinstrumenten naar drugsmisbruik, zoals de DAST, de ASI-Drugs en de *Chemical Use, Abuse and Dependence Scale* (CUAD). Omdat deze conclusies op de resultaten van slechts één studie gebaseerd zijn, is verder onderzoek met betrekking tot het gebruik van de CAGE-AID in ernstig psychiatrische populaties nodig.

3.5 Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI)

Het DALI is speciaal ontwikkeld om middelengebruik (alcohol, cannabis en cocaine) onder SMI-patiënten te meten (Rosenberg, Drake, Wolford, Mueser, Oxman, Vidaver, Carrieri en Luckoor, 1998). Met behulp van een stapsgewijze logistische regressieanalyse zijn de 15 meest onderscheidende items uit een aantal andere middelengebruikschalen geselecteerd, te weten de RDU, de TWEAK, de CAGE, de DAST, de ASI en het Life-Style Risk Assessment Interview. Deze 15 items vormen samen met 3 andere items uit het Life-Style Risk Assessment Interview (worden niet gescoord) het DALI. De vragenlijst behandelt gebruikspatronen, controleverlies, fysiologische afhankelijkheid, gevolgen van middelengebruik en subjectieve distress. Het DALI is geen self-reportvragenlijst, maar dient door een interviewer te worden afgenomen. Volgens Rosenberg et al. (1998) is het DALI, in vergelijking met de eerder genoemde andere middelengebruikschalen, het meest geschikte instrument voor screenen naar recent DSM-III-R middelengebruik in psychiatrische populaties. Met het SCID als 'gouden standaard' is de validiteit van het DALI onderzocht in een steekproef van 247 psychiatrische patiënten die klinisch behandeld werden. De sensitiviteit en de specificiteit van de alcoholscreen bedroegen respectievelijk .85 en .80, terwijl de sensitiviteit en de specificiteit van de gecombineerde cannabis/cocainescreen respectievelijk .80 en 1.00 bedroegen. Voordat het DALI in de praktijk gebruikt kan worden, is verder validatieonderzoek echter noodzakelijk.

3.6 Drug Abuse Screening Test DAST

De DAST bestaat uit 28 items waarmee wordt gemeten in welke mate een persoon de afgelopen 12 maanden drugsgerelateerde problemen heeft ervaren (Skinner, 1982). De DAST maakt geen onderscheid naar het soort drugs. De totaalscore van de DAST kan variëren tussen 0 tot 28. Een score van 5 (of 6) of hoger wijst op drugsmisbruik. Uit onderzoek onder drugsverslaafden blijkt dat de DAST over zowel een goede interne consistentie als een goede discriminante en concurrente validiteit beschikt (Zie Cocco & Carey, 1998). Er zijn twee verkorte versies (resp. 20 items en 10 items) van de DAST in gebruik, de zogenaamde DAST-20 en DAST-10. Voor de verkorte versies van de DAST zijn de afkapscores voor drugsmisbruik achtereenvolgens 4/5 en 2/3.

Voor zover bekend, zijn in zes onderzoeken de psychometrische eigenschappen van de DAST bij gebruik in psychiatrische populaties onderzocht. Staley & El-Guebaly (1990) namen de DAST af bij 250 psychiatrische patiënten. Het onderzoek van Breakey et al. (1998), van Wolford et al. (1999) en van Stasiewicz et al. (1997) staan uitgebreid beschreven bij de CAGE. Onder de proefpersonen (resp. 97 en 162) in de overige twee onderzoeken kwamen de volgende stoornissen voor: schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis, major depressie, psychotische stoornis (Cocco & Carey, 1998; Maisto, Carey, Carey, Gordon & Gleason, 2000).

De DAST is tevens onderzocht bij volwassen ADHD-patiënten (McCann, Simpson, Ries, & Roy-Byrne, 2000; zie voor een uitgebreide beschrijving het gedeelte over de AUDIT).

De DAST-20 is onderzocht in een populatie met cocaineafhankelijkheid en een comorbide DSM-III-R depressieve stoornisdiagnose. DAST scores waren hoog in alle diagnostische groepen. 27% van de deelnemers had een score van 16 of hoger. Cut-off scores worden niet gerapporteerd, evenmin als sensitiviteit of specificiteit (Kush & Sowers, 1996).

Betrouwbaarheid

De DAST blijkt over een goede tot zeer goede interne consistentie te beschikken bij gebruik onder psychiatrische patiënten. Zowel voor de originele versie van de DAST als voor de 20-item versie werden Cronbach alpha's van rond de .95 gevonden (Dyson et al., 1998; Staley & El-

Guebaly, 1990; Cocco & Carey, 1998). De vragenlijst lijkt bovendien over een zeer hoge inter-raterbetrouwbaarheid te beschikken (Dyson et al., 1998). Hoewel over de test-herstet betrouwbaarheid van de volledige DAST bij psychiatrische patiënten geen gegevens bekend zijn, bleek deze voor beide verkorte versies goed tot zeer goed te zijn (Cocco & Carey, 1998). Bij screening voor lifetime middelengebruik werd bij een cut-off score van 5 in onderzoek van Dyson et al. een sensitiviteit van 0.87 en een specificiteit van 0.88 gevonden. Bij screening voor middelengebruik in de afgelopen 30 dagen was de specificiteit behoorlijk slecht, en wordt een cut-off score van 10 aanbevolen met een sensitiviteit van 0.85 en een specificiteit van 0.68.

In het onderzoek van Stasiewicz et al. (1997) had de dubbele diagnosegroep gemiddeld een hogere score op de DAST dan de groep met 'slechts' alcoholmisbruik, en gemiddeld een lagere score op de neuropsychologische vragenlijsten. Er zijn van dit onderzoek geen gegevens over sensitiviteit en specificiteit bekend.

Wolford et al. (1999) vonden bij een cut-off score van 6 een sensitiviteit van 0.72 en een specificiteit van 0.77. McCann et al. (2000) vonden een optimale cut-off score van 6 met een sensitiviteit van 91% voor lifetime gebruik en 85% voor huidig gebruik; 55% van de niet-gebruikers werd correct geclassificeerd. Ze vonden een hoge Cronbach's van .92.

Het blijkt mogelijk om op basis van de 28-item DAST een onderscheid te maken tussen personen met en zonder DSM-III-R middelengebruik (Dyson et al., 1998). Ook de verkorte versies blijken over een goede discriminante validiteit te beschikken (Cocco & Carey, 1998).

De criteriumvaliditeit van de verkorte versies van de DAST is vergelijkbaar met de criteriumvaliditeit van de volledige versie. (Maisto et al, 2000; Cocco & Carey, 1998).

De DAST blijkt tenslotte ook over een goede convergente validiteit te beschikken. Alle DAST-versies blijken sterk te correleren met ander drugsmisbruikschalen (Dyson et al., 1998; Wolford et al., 1999; Cocco & Carey, 1998).

Conclusie

Naast een zeer hoge betrouwbaarheid lijkt de DAST over het algemeen ook over een goede validiteit te beschikken. Dit geldt zowel voor de originele versie als voor de twee verkorte versies van de DAST.

3.7 MacAndrew Alcoholism Scale (MAC)

De MAC heeft een andere opzet dan de eerder besproken self-report middelengebruiksvragenlijsten. De 49 items van de MAC zijn op empirische wijze verkregen uit de itempool van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). De items werden geselecteerd op basis van hun vermogen een onderscheid te maken tussen alcoholistische en neurotische psychiatrische patiënten (standaard cut-off score 23/24). Een voordeel van een dergelijke aanpak zou kunnen zijn dat de scores op de MAC niet beïnvloed worden door het ontkennen van alcoholmisbruik. De items van de MAC vragen immers niet direct naar alcoholgebruik.

Voor zover bekend, is slechts in één onderzoek onderzocht of de MAC geschikt is voor het screenen naar middelengebruik onder personen met schizofrenie (Searles, Alterman & Purtil, 1990). In het betreffende onderzoek was sprake van een kleine, homogene steekproef van 70 schizofrene mannelijke veteranen. De resultaten waren niet veelbelovend. Zo bleek het niet mogelijk om op basis van de MAC een onderscheid te maken tussen schizofrene patiënten met of zonder DSM-III alcoholverslaving. De MAC bleek bovendien over een lage sensitiviteit en specificiteit te beschikken. Slechts 56% van het totaal aantal ondervraagden werd met behulp van de MAC juist gediagnosticeerd. Hieruit kan voorzichtig geconcludeerd worden, dat de MAC niet geschikt is voor gebruik in psychiatrische populaties.

3.8 Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

De MAST is een veelgebruikte 24-itemvragenlijst die mogelijke symptomen en gevolgen van alcoholmisbruik meet (Selzer, 1971). Een score van 5 of hoger wijst op lifetime alcoholisme. Er bestaan twee verkorte versies van de MAST, te weten de 10-item Brief mast (B-MAST) en de 13-item Short mast (S-MAST). Naar de B-MAST is geen onderzoek gedaan met dubbele diagnose patiënten. De MAST blijkt in niet-psychiatrische populaties over een hoge betrouwbaarheid en validiteit te beschikken (Zung, 1979).

In acht onderzoeken is de bruikbaarheid van de MAST bij schizofrene patiënten onderzocht (Drake et al., 1990; zie het gedeelte over de ADS; McHugo, Paskus & Drake, 1993; Searles, Alterman & Purtil, 1990; zie voor een uitgebreide beschrijving de inleiding van de MAC; Toland & Moss, 1989; Watson et al., 1995; zie het gedeelte over de CAGE.). Hierbij dient opgemerkt te worden, dat de betreffende steekproeven vrij klein waren, en in drie gevallen geheel uit mannelijke veteranen bestonden (Searles et al., 1990; Toland & Moss, 1989; Watson et al., 1995). De meest voorkomende stoornissen onder deze proefpersonen waren, naast schizofrenie: schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis, PTSS en persoonlijkheidsstoornissen. In het onderzoek van Teitelbaum & Carey (2000; uitgebreide beschrijving bij de CAGE) werden 71 mensen met een ernstige psychiatrische stoornis en middelenmisbruik vergeleken met 64 mensen met middelenmisbruik zonder dubbele diagnose.

In het onderzoek van Teitelbaum & Mullen (2000) werd in een meta-analyse de criterium validiteit van de MAST in een psychiatrische setting onderzocht, met als gouden standaard een klinische diagnose en onderscheiden naar de mogelijke invloed van sekse, psychiatrische diagnose, en de base rate van alcoholgebruik. Met een literatuurstudie werden 9 relevante artikelen gevonden. Onder de 320 psychiatrische patiënten die in een onderzoek van Wolford et al. (1999) participeerden, kwamen naast schizofrenie ook schizoaffectieve stoornissen, bipolaire stoornissen en major depressie voor.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de MAST in een psychiatrische populatie is onderzocht in vijf onderzoeken. Verder zijn er aanwijzingen dat alcoholproblemen met de 13-item versie zeer betrouwbaar in kaart kunnen worden gebracht. De verkorte versie van de MAST, de S-MAST, blijkt namelijk over een hoge interne consistentie (.91) en een zeer hoge interrater betrouwbaarheid (kappa = .99) te beschikken (Dyson et al., 1998).

In het onderzoek van Dyson et al. (1998) werden bij screenen voor lifetime alcoholmisbruik goede sensitiviteit en specificiteitswaarden gevonden, namelijk 0.80 resp. 0.84 bij een cut-off score van 3. De sensitiviteit neemt weliswaar toe bij een lagere drempelwaarde, maar dit gaat onevenredig ten koste van de specificiteit. Voor alcoholmisbruik in de voorafgaande dertig dagen waren de waarden 0.82 resp. 0.80 bij een cut-off score van 4. Ook hier geldt dat een hogere sensitiviteit – uiteraard – ten koste gaat van de specificiteit, en vice versa.

Teitelbaum & Carey (2000) vonden dat patiënten met een dubbele diagnose gemiddeld hoger scoorden op zowel de CAGE als de MAST dan patiënten die aan middelenmisbruik seceden. Bij een cut-off score van 5 vonden ze een test-hertestbetrouwbaarheid van 90% voor de dubbele diagnosegroep en 91% voor de middelenmisbruik secgroep, κ 's resp. 0.72 en 0.81.

Teitelbaum & Mullen (2000) vonden een hoge sensitiviteit (87.7%) en een specificiteit van 68.1% van de MAST in een psychiatrische populatie. Verder leek de MAST beter in staat alcoholmisbruik te detecteren bij vrouwen dan bij mannen. Overigens vonden McHugo et al. (1993) het tegenovergestelde.

Watson et al. (1995) vonden dat de MAST beter in staat was DSM-III-R lifetime alcoholafhankelijkheid op te sporen dan de CAGE. Bij een cut-off score van 6/7 had de MAST voor lifetime alcoholafhankelijkheid een sensitiviteit van 0.97 en een specificiteit van 0.71. Voor alcoholaf-

hankelijkheid in het afgelopen jaar was de optimale cut-off score 26/27, met een sensitiviteit van 0.82 en een specificiteit van 0.69. Kanttekening bij al deze cijfers is dat hun steekproef uitsluitend bestond uit blanke, mannelijke veteranen. In het onderzoek van Wolford et al. (1999) werd bij een cut-off score van 8 een sensitiviteit gevonden van 0.63 en een specificiteit van 0.68.

Het grote aantal valse positieve screens is in sommige gevallen wellicht te verklaren doordat in de betreffende studies gescreend werd op recent alcoholgebruik, terwijl de MAST naar lifetime alcoholgebruik informeert. Uit onderzoek lijkt naar voren te komen dat de MAST net als veel andere instrumenten inderdaad beter in staat is lifetime alcoholisme vast te stellen dan recenter alcoholmisbruik (Watson et al., 1995; Drake et al., 1990). Zowel alcoholisten (sensitiviteit = .87-.97) als niet-alcoholisten (specificiteit = .71-.81) worden op lifetime basis vaker correct geassocieerd (afkapscore 4/5 of 6/7).

De MAST blijkt een significant onderscheid te kunnen maken tussen psychiatrische patiënten die wel of geen DSM-III(-R) diagnose voor alcoholmisbruik of afhankelijkheid hebben, wat op een goede divergente validiteit van de MAST wijst (Searles et al., 1990; Wolford et al., 1999). De MAST lijkt bovendien over een goede convergente validiteit te beschikken. Het instrument blijkt namelijk een grote samenhang te vertonen met andere alcoholmisbruikmeetinstrumenten (Wolford et al., 1990; Drake et al., 1990; Watson et al., 1995).

In het algemeen vonden Teitelbaum & Mullen (2000) over de negen bestudeerde onderzoeken dat de overallvaliditeit aanvaardbaar was en niet beïnvloed werd door het type psychiatrische diagnose. Bij een hogere prevalentie van alcoholmisbruik nam de validiteit toe.

Conclusie

In de verschillende onderzoeken naar de MAST in populaties van ernstige psychiatrische patiënten zijn cut-off waarden gehanteerd die uiteenlopen van 3 (Dyson et al., 1998) tot 26/27 (Watson et al., 1995). Dit bemoeilijkt een vergelijking, niet alleen tussen de diverse onderzoeken naar de MAST, maar ook tussen de MAST en andere screeners. Toch kan geconcludeerd worden dat de MAST erg betrouwbaar is, en over een alleszins aanvaardbare sensitiviteit en specificiteit beschikt voor gebruik in een psychiatrische populatie. Verder valt op dat de MAST beter lijkt te presteren bij het meten van recent middelengebruik dan de meeste andere screeningsinstrumenten.

Tot besluit dient opgemerkt te worden dat de generaliseerbaarheid van deze conclusies wellicht beperkt wordt, doordat de steekproeven in de besproken onderzoeken over het algemeen een kleine omvang en in een aantal gevallen een homogeen karakter hadden.

3.9 Short Michigan Alcoholism Screening Test (S-MAST)

De verkorte versie van de MAST, de S-MAST, blijkt over een hoge interne consistentie (κ = .91) en een zeer hoge interraterbetrouwbaarheid (kappa = .99) te beschikken (Dyson et al., 1998).

Ook de psychometrische eigenschappen van de S-MAST zijn onderzocht bij gebruik onder psychiatrische patiënten. Zowel in het onderzoek van Dyson et al. (1998) als in het onderzoek van Silverman et al. (1992) participeerden 100 psychiatrische patiënten.

Hoewel de S-MAST iets minder sensitief (.78-.82) is voor recent DSM-III-R alcoholmisbruik dan de originele versie bij gebruik in psychiatrische populaties, was er bij gebruik van de S-MAST veel minder sprake van valse positieve diagnoses (specificiteit = .76-.96) (Breakey et al. 1998; uitgebreid beschreven bij de CAGE; Dyson et al., 1998; Silverman et al., 1992). Zo werd in het onderzoek van Breakey et al. (1998) voor de S-MAST een sensitiviteit gevonden van 0.82 en een specificiteit van 0.96. Zowel sensitiviteit als specificiteit waren hoger voor mannen (0.82 en 1.00, resp.) dan voor vrouwen (0.80 en 0.96, resp.). Evenals de originele versie, lijkt de

verkorte versie van de MAST echter over het geheel gezien beter in staat lifetime DSM-III-R alcoholisme te detecteren dan recent DSM-III-R alcoholmisbruik (Breakey et al., 1998; Dyson et al., 1998).

Ten slotte blijken ook de optimale s-MAST afkapscores voor recent alcoholmisbruik in de verschillende onderzoeken sterk uiteen te lopen. In één onderzoek (Silverman et al., 1992) bleek de optimale cut-off score voor het screenen naar recent alcoholmisbruik bijvoorbeeld de score 1 te zijn, terwijl de optimale cut-off score in een ander onderzoek (Dyson et al., 1998) boven de standaard afkapscore 2/3 lag.

3.10 Reasons for Drug Use Screening Test (rdu)

De RDU bestaat uit 31 items en meet mogelijke redenen voor drugsgebruik (Grant, Hasin & Harford, 1988). De maximumscore op de RDU bedraagt 31. Wolford et al. (1999; zie voor een uitgebreide beschrijving van dit onderzoek het gedeelte over de CAGE) vonden bij een cut-off score van 16 een sensitiviteit van 0.73 en een specificiteit van 0.74. Wolford et al. (1999) vonden verder dat een cut-off score van 16 de meest optimale blijkt voor de identificatie van recent DSM-III-R gebruik van cannabis en/of cocaine onder ernstig psychiatrische patiënten. De validiteit van de RDU blijkt in hetzelfde onderzoek vergelijkbaar met de validiteit van de DAST. Ook in het geval van de RDU geldt echter dat verder onderzoek nodig is.

3.11 Severity of Dependence Scale (sds)

De SDS bestaat uit vijf eenvoudig af te nemen items. Alle items kunnen op een schaal van 0 tot 3 gescoord worden; de totaalscores kunnen dus liggen tussen 0 en 15. De SDS kan worden afgenomen voor zowel alcohol als drugs, maar moet dan wel voor elk middel apart worden afgenomen. Gossop, Marsden, & Stewart (2002) hebben onderzoek gedaan onder 735 mensen met verschillende niveaus van verslaving aan drugs of alcohol of beide: 462 deelnemers waren niet-afhankelijke drugsmisbruikers die echter geen enkel item over alcoholafhankelijkheid onderschreven, 140 deelnemers waren laag-afhankelijke drugsmisbruikers die lager dan de mediaan (≤ 5) scoorden op de SDS-A, en 133 deelnemers waren hoog-afhankelijke drugsmisbruikers die boven de mediaan scoorden op de SDS-A. De deelnemers werden dus louter op basis van hun SDS-A scores ingedeeld in groepen. De auteurs benadrukken dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen consumptiegedrag, middelengerelateerde problemen, en de ernst van de afhankelijkheid. De hoog-afhankelijke groep was gemiddeld ouder; verder was er geen verschil op leeftijd, sekse of etniciteit tussen de groepen.

De overall alfa van de SDS was 0.94. Een multi-pele regressieanalyse met backward eliminatie van covariaten was uitgevoerd om predictors van alcoholafhankelijkheid vast te stellen. De geconsumeerde hoeveelheid extra sterk bier bleek de sterkste voorspeller te zijn, gevolgd door frequentie van drinken. Frequentie van heroïnegebruik hing significant negatief samen met alcoholmisbruik (met andere woorden: hoe meer heroïne, des te minder alcohol, en vice versa). Er is voor zo ver bekend geen onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de SDS voor patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis.

3.12 T-ACE, TWEAK EN NET

Er zijn drie korte alcoholscreeners ontwikkeld die veel overlap vertonen met de CAGE. De eerste is de T-ACE, die oorspronkelijk ontwikkeld is om onder zwangere vrouwen te screenen voor

alcoholgebruik dat de foetus zou kunnen beschadigen (Sokol, Martier, & Ager, 1989). Van de 971 deelnemende vrouwen waren 42 (4.3%) risicodrinkers. De CAGE en de MAST werden afgenomen, en het bleek dat vier vragen in staat waren op een betrouwbare manier risicodrinkers van niet-risicodrinkers te onderscheiden: de guilt feeling vraag van de CAGE is daarbij vervangen door de tolerantievraag van de MAST. De T-ACE bevat de vragen (1) How many drinks can you hold? (2) Have people annoyed you by criticizing your drinking? (3) Have you ever felt you should cut down on your drinking? (4) Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover (eye opener)? De patiënte werd als tolerant beschouwd als zij zich pas na drie of meer glazen aangeschoten voelde. De tolerantievraag kreeg 2 als score, de andere drie vragen kregen 1 als score. Somscores konden liggen tussen 0 en 5. Bij een cut-off score van 2 had deze screener in dit onderzoek onder zwangere vrouwen een sensitiviteit van 69% en een specificiteit van 23%. Merk op dat het hier geen psychiatrische patiënten betrof.

De tweede is de TWEAK, een vragenlijst die eveneens oorspronkelijk ontwikkeld is om te screenen op risicodrinken tijdens zwangerschap. De letters staan voor Tolerance, Worried, Eye-openers, Amnesia, K(C)-Cut-Down. De TWEAK bestaat uit de vragen (1) How many drinks can you hold? (2) Have close friends or relatives worried or complained about your drinking in the past year? (3) Do you sometimes take a drink in the morning when you first get up? (4) Has a friend or family member ever told you about things you said or did while you were drinking that you could not remember? (5) Do you sometimes feel the need to cut down on your drinking? De tolerantievraag kan ook gespecificeerd worden door te vragen "How many drinks does it take before you begin to feel the first effects of the alcohol?"; deze wordt gescoord voor twee punten bij drie of meer glazen. Een variant op de tolerantievraag is "How many drinks does it take before the alcohol makes you fall asleep or pass out?"; deze wordt gescoord voor twee punten bij 6 of meer glazen. De Worried vraag wordt eveneens gescoord voor twee punten, de overige drie vragen kunnen elk 1 punt bijdragen. De somscores kunnen dus liggen tussen 0 en 7 punten. Bij zwangere vrouwen werd een cut-off score van 2 gebruikt. Een voorlopige studie lijkt erop te wijzen dat een cut-off score van 3 of 4 beter geschikt is om alcoholmisbruik te detecteren (Chan, Pristach, Welte, & Russell, 1993). De TWEAK is aangepast om in algemene populaties te screenen.

De laatste is de NET, die is samengesteld uit één vraag van de MAST (Normaal: Beschouwt u zichzelf als een normale drinker?), één vraag van de CAGE (Eye-opener; Drinkt u wel eens 's ochtends zodra u wakker bent?) en één vraag van de T-ACE (Tolerantie; Hoeveel glazen kunt u hebben?). De tolerantie vraag wordt gescoord bij drie of meer glazen.

Aangezien deze screeners zijn opgebouwd uit verschillende combinaties van dezelfde 8 items, verbaast het niet dat er hoge correlatiecoëfficiënten tussen enerzijds de drie schalen en anderzijds de CAGE en de MAST gevonden zijn (Wolford et al., 1999).

Met behulp van de AUC-procedure hebben Wolford et al. (1999) voor hun populatie optimale cut-off scores vastgesteld voor deze en andere instrumenten (zie voor een uitgebreide beschrijving van dit onderzoek het gedeelte over de CAGE). De NET heeft een sensitiviteit van 0.48 en een specificiteit van 0.84 bij een cut-off score van 1. Voor de T-ACE zijn deze waarden resp. 0.47 en 0.87 bij een cut-off van 3. De TWEAK tenslotte heeft een sensitiviteit van 0.58 en een specificiteit van 0.85 bij een cut-off van 3.

In het onderzoek van Wolford et al. (1999) leek de TWEAK het meest geschikt voor gebruik onder personen met SMI in vergelijking met de CAGE, de T-ACE, de NET en de MAST. De TWEAK vertoonde de grootste AUC en de hoogste specificiteit. Ook de T-ACE en de NET presteerden beter dan de MAST en de CAGE. De drie screeners bleken echter niet zo sensitief voor recent DSM-III-R alcoholmisbruik bij de optimale cut-off scores. Niettemin lijkt het zinvol de bruikbaarheid van de TWEAK, de T-ACE en de NET in psychiatrische populaties verder te onderzoeken.

3.13 Andere screeningsbenaderingen

Index of suspicion

Van een geheel andere orde dan de hiervoor beschreven screeningsinstrumenten is een zogeheten Index of suspicion. Deze benaming verwijst naar een screeningsbenadering die zeer weinig tijd en inspanning vereist (Drake, Rosenberg, & Mueser, 1996; Health Canada, 2002) en op grond hiervan vooral bruikbaar is voor het nemen van klinische beslissingen in situaties en settings waar meer psychometrisch geraffineerde benaderingen niet geschikt of niet haalbaar zijn, zoals bij een zeer hoge caseload of in een acute crisissetting. Een index of suspicion bestaat uit een eenvoudige checklist van gedrags-, klinische en/of sociale indicatoren die, in combinatie, het vermoeden kunnen wekken dat er bij de persoon sprake is van een relevant psychoactief middelengebruik. De volgende problemen kunnen bij personen met een ernstige psychiatrische stoornis een aanwijzing vormen voor de aanwezigheid van een SUD (Health Canada, 2002):

- > instabiele huisvesting
- > moeite met geldbeheer
- > terugval in symptomatologie, kennelijk niet gerelateerd aan life-stressors
- > geringe therapietrouw
- > prostitutie, ander seksueel acting out-gedrag of seksuele deviantie
- > sociaal isolement
- > gewelddadig gedrag of dreigen met geweld
- > ernstige en aanhoudende sociale problemen
- > arbeidsproblemen
- > plotse onverklaarde stemmingswisselingen
- > suicidegedachten of -pogingen
- > gezondheidsproblemen en slechte hygiëne
- > cognitieve tekorten
- > juridische problemen
- > het verbergen van comorbide stoornissen om opname in een psychiatrische setting te voorkomen
- > zichzelf schade toebrengen bij afwezigheid van duidelijke stressors
- > een geschiedenis van verslavingsgedrag ter vervanging van eerdere verslavingen

Het stellen van enkele vragen

In het hierboven geciteerde rapport van Health Canada (2002) wordt - eveneens in de context van snelle screeningsmethoden die weinig inspanning vereisen - tevens gewezen op de toegevoegde waarde van het stellen van enkele eenvoudige vragen over psychoactief middelengebruik in de loop van het eerste contact met de cliënt in de psychiatrische setting. Zo was in een studie van Barry et al. (1995) de perceptie van de betrokkene dat anderen bezorgd waren over diens middelengebruik de beste voorspeller van een Substance Use Disorder SUD volgens de DSM-III-R criteria (sensitiviteit van 70% en specificiteit van 88%). Op grond van deze resultaten worden in het Health Canada-rapport de volgende drie vragen - met enige voorzichtigheid - aanbevolen voor screening op middelengebruik in psychiatrische settings, in situaties waar meer geraffineerde methoden niet haalbaar zijn. Een positief antwoord op één of meer van deze vragen rechtvaardigt verder onderzoek (Health Canada, 2002).

- > Heeft u ooit problemen gehad die te maken hadden met uw gebruik van alcohol of andere drugs? (ja/nee)
- > Is een familielid, vriend, arts of andere gezondheidszorgwerker ooit bezorgd geweest over

uw gebruik van alcohol of andere drugs, of heeft een van hen u ooit aangeraden uw gebruik te minderen? (ja/nee)

- > Heeft u ooit tegen iemand gezegd: "Nee, ik heb geen alcohol- of drugsprobleem", terwijl u zich tegelijkertijd afvroeg en besefte: "Misschien heb ik toch een probleem"? (ja/nee)

4. Conclusies

Aandacht voor mogelijk middelengebruik door psychiatrische patiënten is van het grootste belang. Kan verslaving in anderszins gezonde mensen al sociale, economische, lichamelijke en psychiatrische problemen veroorzaken, bij mensen met een ernstige comorbide psychiatrische stoornis kan verslaving hier bovenop nog leiden tot meer en ernstiger symptomen, verminderde therapietrouw en hieruit volgend een vergrote kans op terugval. In aanmerking genomen dat 24.6% van door het *CIDI* met middelenmisbruik gediagnosticeerde mensen in Nederland een comorbide psychiatrische stoornis heeft (NEMESIS, 2002), en andersom 47% van de personen met schizofrenie en 56% van de personen met een bipolaire stoornis tevens een lifetime-diagnose voor middelenmisbruik heeft (Carrey & Correia, 1998), dient de coincidentie van middelenmisbruik en psychiatrische stoornissen beslist meer aandacht te krijgen bij diagnose en behandeling. Een eerste stap in dit proces is het stelselmatig screenen van ernstig psychiatrische patiënten op middelenmisbruik, met een betrouwbare en valide screener.

Een screeningsinstrument dient er in de eerste plaats toe patiënten die in aanmerking komen voor een gedetailleerde assessment te onderscheiden van patiënten die daar geen baat bij hebben. Het gaat hierbij derhalve om het detecteren van *relevant* psychoactief middelengebruik, dat wil zeggen middelengebruik waarvan het waarschijnlijk is dat dit van invloed is op het beloop van de psychiatrische problematiek en op de prognose van de behandeling. Om dit doel te bereiken, moeten alle psychiatrische patiënten gescreend worden. In deze literatuurstudie werd op grond van belasting voor het personeel, relevante drempelwaarden, inhoudelijke aansluiting bij de doelgroep, en (on)afhankelijkheid van *collaterals* (naasten) voor informatie over de patiënt, betoogd dat de voorkeur uitgaat naar zelfrapportage-instrumenten. Daarbij is het van belang dat een screeningsinstrument kort is, eenvoudig af te nemen, te scoren, en te interpreteren.

Aangezien op basis van de uitslag van de screener besloten wordt of een patiënt doorverwezen wordt voor een uitgebreide assessment voor middelenmisbruik, is het cruciaal dat een screeningsinstrument goed in staat is om personen bij wie daadwerkelijk sprake is van de stoornis (hier: middelenmisbruik) te detecteren, dat wil zeggen, erg sensitief is. Specificiteit kan echter evenmin verwaarloosd worden, omdat bij een (te) lage specificiteit te veel mensen onterecht geen vervolg-assessment krijgen. In het algemeen geldt dat de proporties vals-positieven en vals-negatieven alléén uit hun aard niet informatief zijn over de grootte van die groepen. Er is een cruciale samenhang met prevalentie: hoe hoger de prevalentie, des te kleiner het aantal vals-positieven zal zijn (*ceteris paribus*). Aan de andere kant wordt bij een schrikbarende toename van de prevalentie de noodzaak van screenen minder, zoals toegelicht in de inleiding. Geconcludeerd kan worden dat (a) voor screenen het primaat ligt bij sensitiviteit, (b) bij toenemende prevalentie de noodzaak voor screenen afneemt, en (c) bij een toenemende prevalentie de specificiteit van een screener veel belangrijker wordt. Immers, zowel het absolute aantal als het aandeel vals-negatieven zal schrikbarend toenemen, en het doel van screenen is juist primair zo weinig mogelijk mensen te missen bij wie daadwerkelijk sprake is van de 'stoornis'.

In het algemeen is weinig onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van screeningsinstrumenten voor middelenmisbruik in populaties van psychiatrische patiënten. Ook werd nauwelijks onderzoek gevonden naar eventuele verschillen in bruikbaarheid van middelencreeners tussen verschillende diagnostische categorieën. Evenmin komen uit het weinige onderzoek naar specifiek middelengebruik onder psychiatrische patiënten verschillen in bruikbaarheid tussen autochtone en allochtone psychiatrische patiënten, dan wel tussen specifieke etnische groepen naar voren (Veen, Selten, Hoek, Feller, Graaf, van der, & Kahn, 2002).

In veel onderzoeken bestond onduidelijkheid over de gehanteerde 'gouden standaard', het criterium waartegen de uitslag van de screeningstest werd afgezet. Bovendien was er bij de wel vermelde gouden standaards in verreweg de meeste gevallen eveneens sprake van een zelfrapportage-instrument, zoals het *CIDI*. Eventuele effecten van meetmethoden (geheugen-bias, liegen, sociaal wenselijk antwoorden) kunnen zo niet worden nagegaan. Teitelbaum & Carey (1996) hebben in een literatuurreview over alcoholscreeners in een populatie van psychiatrische patiënten een aantal problemen met validiteitsonderzoek aangekaart. Ook zij signaleren het gebrek aan een zuivere, onafhankelijke 'gouden standaard'. Zij melden dat vergelijkingen tussen onderzoeken bemoeilijkt worden door het gebrek aan een standaardmaat om validiteit te evalueren: vals-negatieven en -positieven, en sensitiviteit en specificiteit komen natuurlijk in aanmerking als *de* maat voor validiteit, maar worden niet altijd gerapporteerd in validiteitsonderzoek. En zelfs als dat zo is, kunnen dezelfde waarden voor dergelijke maten verschillend geïnterpreteerd worden. Zij noemen het voorbeeld van Toland & Moss (1989) die de *MAST* met een sensitiviteit van 80% en een specificiteit van 40% geen effectief screeningsinstrument vonden, terwijl Gorelick et al. (1990) bij een vergelijkbare sensitiviteit van 87% en een specificiteit die zelfs lager lag, namelijk op 34%, tot de conclusie kwamen dat de *MAST* een bruikbaar screeningsinstrument is om psychiatrische patiënten die een dieper gaande assessment nodig hebben te identificeren. Zij stellen vast dat er duidelijk gemis is aan consensus over beslisregels die gehanteerd (dienen te) worden om validiteitsgegevens te interpreteren. Verder betreuren zij het dat er in de onderzoeken naar screeners in psychiatrische populaties geen non-psychiatrische vergelijkingsgroepen worden onderzocht. Daar is echter sinds de publicatie van hun artikel verandering in gekomen, zij het mondjesmaat. Als laatste probleem signaleren Teitelbaum & Carey (1996) de neiging van onderzoekers om criteriumvaliditeit op een dichotome manier op te vatten: er is sprake van aan- of afwezigheid van validiteit. Vruchtbaarder zou zijn validiteit als een schaal op te vatten, waarbij validiteit in meerdere of mindere mate aanwezig kan zijn. Aanbevelingen die zij doen betreffen vier gebieden: (a) assessment van factoren die specifiek zijn voor psychiatrische patiënten en die de accuratesse (sic) van hun zelfrapportage zouden kunnen beïnvloeden (verwardheid, korte aandachtsspanne), (b) routinematige aandacht voor procedures die de accuratesse van zelfrapportage maximaliseren (denk hierbij aan nuchterheid van de respondent, en vertrouwelijkheid van gegevens), (c) de ontwikkeling van geschiktere meetinstrumenten, en (d) de relatie versterken tussen assessment en behandeling van middelengerelateerde stoornissen.

Los van deze methodische kanttekeningen geldt voor de hier behandelde screeningsinstrumenten dat zij ten eerste veel vaker ontworpen zijn voor lifetime dan voor recent middelengebruik. In de tweede plaats bleken de screeners in het algemeen tevens betrouwbaarder en meer valide voor lifetime dan voor recent middelengebruik. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de prevalentie voor lifetime middelengebruik hoger zal zijn dan voor recent middelengebruik. De hier besproken screeners zijn met uitzondering van de *DAU* allemaal zelf-invulvragenlijsten. Overigens werd uit het besproken onderzoek lang niet altijd duidelijk of deze vragenlijsten door de patiënt zelf werden ingevuld, of werden afgenomen door de onderzoeker of hulpverlener. Verder ontlopen de instrumenten elkaar niet veel in moeilijkheidsgraad. Er is echter wel (soms aanzienlijk) verschil in lengte, en dus afnemeduur.

In de onderhavige literatuurstudie werd geen screeningsinstrument aangetroffen dat qua bruikbaarheid en psychometrische kwaliteit met kop en schouders boven de overige instrumenten uitstak. In die zin zijn deze conclusies naast *evidencebased* zeker ook *practicebased*. Een factor die beslist een belemmerende rol speelt bij dit alles, is het gemis aan psychometrisch en bruikbaarheidsonderzoek in het Nederlandse taalgebied. Er zijn zelfs nauwelijks Nederlandse vertalingen van gangbare middelencreeners, volgens de Documentatie van tests en testresearch in Nederland (Evers, van Vliet-Mulder, & Groot, 2000). De pilotstudie die

Parnassia in 2004 zal uitvoeren, hoopt deels in deze leemte te zullen kunnen voorzien.

Op grond van een optimale combinatie van de in de inleiding besproken criteria van zelfrapportage, direct scorebaarheid, en hoge sensitiviteit en specificiteit worden – met enige voorzichtigheid – de volgende screeners aanbevolen voor het detecteren van middelenmisbruik bij ernstig psychiatrische patiënten: een combinatie van de CAGE en de CAGE-AID, elk vier vragen, dan wel een combinatie van de S-MAST en de S-DAST, respectievelijk 13 en 10 vragen. Voordeel van beide combinaties is dat de screeners voor drugs op dezelfde benadering geënt zijn als die voor alcohol. Recent middelengebruik lijkt relevanter voor de behandeling dan lifetime middelengebruik; dit impliceert dat screeners die zijn ontworpen voor lifetime gebruik aangepast moeten worden om recent middelengebruik te kunnen vaststellen. Overigens is deze aanbeveling in overeenstemming met die van recente reviews van middelenscreeners, zoals Health Canada (2002) en Carey (2002).

Als het niet mogelijk is een screener af te nemen, bijvoorbeeld door een hoge caseload, wordt aangeraden ten minste de index of suspicion en/of de vragen te gebruiken die in paragraaf 3.13 beschreven staan. Maar aangezien een goede screener nauwelijks méér tijd zal kosten en, als het goed is, zal beschikken over normscores, een vaste cut-off score, en aangetoonde betrouwbaarheid en validiteit, wordt het gebruik van een screener sterk aanbevolen.

Appendix 1

Leeswijzer

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid (reliability) gaat over de vraag of een instrument (vragenlijst of test) consistent en accuraat meet. Het betreft de mate waarin verschillen in score werkelijke verschillen weerspiegelen, of voornamelijk meetfouten. Als een meetinstrument onbetrouwbaar is, is er sprake van structurele meetfouten ofwel *bias*.

Test-heretestbetrouwbaarheid Een betrouwbaar instrument moet bij herhaalde afname bij dezelfde persoon dezelfde scores opleveren. Er zullen altijd wat kleine verschillen zijn (de deelnemer is moe/uitgerust, vrolijk of niet, etc.) door a-selecte meetfouten ofwel *random error*, maar de scores van dezelfde persoon op dezelfde test mogen niet te veel verschillen.

Inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid heeft betrekking op mensen versus instrumenten. Als mensen iets moeten beoordelen (creativiteit, leiderschap, psychopathologie) zullen ze verschillen in de manier waarop ze criteria toepassen en gedrag interpreteren. Daarom is het gebruikelijk dat minimaal twee beoordelaars in een onderzoek het gedrag in kwestie scoren, en dat de mate van overeenstemming tussen de beoordelaars wordt berekend. Training en ervaring verhogen doorgaans de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid.

Validiteit

Validiteit betreft de vraag of we werkelijk meten wat we beogen te meten. Hiervoor is het een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde dat een instrument betrouwbaar is. Een instrument kan consequent en betrouwbaar iets heel anders meten dan beoogd wordt.

Face validiteit is het oordeel van experts over de vraag of een test op het eerste gezicht valide is. Dit is voornamelijk van belang in de beginfase van testontwikkeling; bij onderzoek of klinisch gebruik later is harder bewijs nodig.

Inhoudelijke validiteit (content validity) houdt in dat alle mogelijke facetten van hetgeen je wilt meten omvat worden door het instrument. Als bijvoorbeeld intelligentie inhoudt, kunnen rekenen, taalvermogen, ruimtelijke objecten manipuleren, en geheugencapaciteit, moeten al die dingen door meerdere items gemeten worden.

Convergente validiteit Als een vragenlijst over bijvoorbeeld depressie valide is, moeten de scores van een deelnemer op deze vragenlijst sterk samenhangen met scores op *andere* depressievragenlijsten. Dit ga je na met de convergente validiteit. Soms kan dit niet, als je een vragenlijst maakt over een onderwerp waar nog geen instrumenten voor bestaan. Of als je mensen niet meerdere vragenlijsten over een onderwerp kunt afnemen, bijvoorbeeld door vermoeidheid, verveling of leren.

Divergente validiteit Als een vragenlijst over bijvoorbeeld depressie valide is, moeten de scores van een deelnemer op deze vragenlijst niet erg veel samenhangen met vragenlijsten die iets anders (beogen te) meten, zoals angst. Als dat klopt, is er sprake van divergente validiteit.

Een instrument met een goede concurrent validity kan onderscheid maken tussen mensen die verschillen in hun huidige status.

Predictive validity is de adequaatheid van het instrument om mensen te onderscheiden die in de toekomst zullen verschillen.

Ecologische validiteit gaat over de link die – al dan niet – gelegd kan worden tussen de onderzoekssituatie en de praktijk van alle dag. Als blijkt dat studenten in een laboratorium na bepaalde provocaties meer en zwaardere elektrische schokken zouden uitdelen, zegt dat dan iets over hooligans na een verloren wedstrijd of niet?

Sensitiviteit gaat over hoe gevoelig een instrument is om de aanwezigheid van een fenomeen te detecteren. Hierbij is het belangrijk wat het doel is en het mogelijke bereik. Een koortsthermometer moet verschillen van 0,1° C kunnen aangeven, een oventhermometer niet. Een erg sensitief instrument zal vrijwel alle treffers rapporteren, maar heeft vaak ook een grote kans op veel vals-positieven; mensen die volgens de vragenlijst een probleem hebben, en in werkelijkheid niet. Dit kan tot nodeloos vervolgonderzoek leiden.

Specificiteit gaat over hoe goed een instrument in staat is de afwezigheid van een fenomeen te detecteren. Een instrument dat niet erg specifiek is zegt vaak ten onrechte dat mensen niet tot een categorie behoren (schizofrenen, HIV-patiënten, risicodrinkers) waar ze in werkelijkheid wel toe behoren. Met andere woorden, er zijn veel vals-negatieven. Dit kan verregaande gevolgen hebben, vanwege het *niet-aanbieden* van zorg en/of behandeling aan mensen die wel het probleem hebben. Een hoge specificiteit gaat ten koste van de sensitiviteit, en vice versa.

Verband tussen sensitiviteit, specificiteit, vals-positieven en vals-negatieven:

	WERKELIJKHEID		
		Wel	Niet
VOLGENS DE TEST	Wel	Sensitiviteit	Vals-positief
	Niet	Vals-negatief	Specificiteit

Prevalentie: hoeveel mensen lijden er aan op een bepaald moment?

Incidentie: aantal nieuwe cases in een bepaalde periode

Bijlage 5

Assessment van middelenmisbruik bij psychiatrische patiënten

Een literatuurstudie

M.C. Kerkmeer
V.M. Hendriks
Parnassia Addiction Research Centre, september 2003

1. Inleiding

In deze literatuurstudie zal de assessment van middelenmisbruik bij psychiatrische patiënten behandeld worden. Het betreft hier dus het stellen van een (werk)diagnose. Volgens protocol gebeurt dit bij die patiënten, die al positief op een screeningsinstrument gescoord hebben. Dit impliceert dat middelengebruik dan bespreekbaar is en dat instelling en behandelaren een zo niet welwillende, dan in elk geval neutrale houding jegens middelengebruik hebben. Men dient zich te realiseren dat assessment van middelenmisbruik tevens inhoudt, dat een behandeling voor middelenproblematiek, hoe sober ook, wordt verwacht door de patiënt. Het aanbieden van diagnostiek zonder adequaat vervolg wekt valse verwachtingen op, en zal het vertrouwen van de cliënt en zijn/haar omgeving schaden.

Instrumenten voor assessment moeten aan grotendeels dezelfde eisen voldoen als screeningsinstrumenten. Het instrument moet betrouwbaar en valide zijn, en onderzocht in dubbele diagnosepopulaties. Het vaststellen van deze eigenschappen heeft bij assessmentinstrumenten echter wat meer voeten in de aarde dan bij screeningsinstrumenten. Zo zal het vaststellen van deze eigenschappen lastig worden omdat dit doorgaans de gouden standaards zijn. Er is geen nog uitgebreider instrument om de resultaten tegen af te zetten. Dit is echter geen tekortkoming van het betreffende instrument, maar een gevolg van de manier waarop het gebruikt wordt.

In deze literatuurstudie worden in deel A vragenlijsten en gestructureerde interviews behandeld die beogen een (werk)diagnose van middelenmisbruik te stellen. In deel B wordt aandacht besteed aan drie alternatieve benaderingen voor diagnostiek: het bevragen van andere mensen, klinische interviews, en lichamelijke metingen.

2. Methode

Bij het zoeken naar literatuur is als criterium gehanteerd dat een artikel informatie moest geven over de bruikbaarheid en psychometrische eigenschappen van een instrument dat screende op afhankelijkheid of misbruik van alcohol- en of drugs (bij voorkeur op allebei), bij voorkeur onderzocht in een populatie van psychiatrische patiënten.

PubMed

Er is gezocht in PubMed op de termen *assessment*, *alcohol*, *dependence*, *mental*. Dit leverde 454 treffers op. Op grond van de titel werd van 169 artikelen het abstract gelezen. Hiervan werden 60 artikelen aangevraagd.

Verder was een aantal artikelen bij de literatuurstudie over screenen op middelenmisbruik (Kerkmeer, de Klerk, & Hendriks, 2003) ook relevant voor deze literatuurstudie.

3. Resultaten

A. Instrumenten

3.1 ASI Addiction Severity Index

De Addiction Severity Index (ASI) is een semi-gestructureerd interview dat in 1980 in de Verenigde Staten werd ontwikkeld om de aard en ernst van problemen in diverse met verslaving samenhangende deelgebieden globaal in kaart te brengen (McLellan et al., 1980). Deze deelgebieden betreffen het alcohol- en drugsgebruik van de persoon, diens lichamelijke gezondheid, het beroepsmatig functioneren, justitiële problemen, sociaal functioneren en psychiatrische problematiek. Sinds 1980 is het instrument in veel landen geïntroduceerd en in veel verslavingszorginstellingen en verslavingsonderzoek als standaard instrument toegepast. In Nederland werd de ASI in 1989 geïntroduceerd: ook in ons land wordt het instrument sindsdien breed gebruikt (Hendriks et al., 1989; Kokkevi en Hartgers, 1995).

Van origine worden in de ASI twee uitkomstmaten onderscheiden: de Interviewer Severity Ratings (ISRs) en de Composite Scores (CSs) (samengestelde score). Beide maten worden voor elk deelgebied apart vastgesteld. De ISR betreft een inschatting van de ernst van de problemen op het betreffende deelgebied. De interviewer maakt deze 'ernstschattingen' - die kunnen variëren van 0 tot 9 - na afloop van het interview, op grond van het aantal, de duur en de intensiteit van de problemen die de cliënt ooit en recent ervaren heeft, alsmede de door de cliënt ervaren huidige last en hulpbehoefte in elk deelgebied, aan de hand van een gestandaardiseerde procedure. De CS betreft daarentegen een gewogen optelsom van een aantal vooraf geselecteerde items (te weten de items die onderling sterke samenhang vertonen) in het betreffende deelgebied. De CSs hebben louter betrekking op de recente (afgelopen maand) problemen van de betrokkene en kunnen variëren van 0 tot 1.

In conceptueel opzicht heeft de ASI een aantal sterke punten. Het is een multidimensioneel instrument, dat in zowel onderzoek als klinische praktijk toegepast kan worden, en dat in afzonderlijke deelgebieden een veelheid van informatie alsmede een separate ernstmaat oplevert. Met weinig aanpassingen kan het instrument bovendien voor follow-up metingen gebruikt worden. Door de brede toepassing van de ASI is tevens gaandeweg een gemeenschappelijk kader ontstaan, dat de mogelijkheid biedt patiëntpopulaties binnen en buiten de zorg en tussen zorginstellingen onderling op een aantal belangrijke kenmerken te vergelijken.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ISRs bleek in onderzoek van McLellan et al. (1980; 1985) hoog tot zeer hoog, met betrouwbaarheidscoëfficiënten variërend van 0.84 (leefgebied arbeid) tot 0.95 (leefgebied drugsgebruik). Hierbij zij opgemerkt dat Hodgins en El-Guebaly (1992) bij patiënten met een psychiatrische stoornis een lagere betrouwbaarheid van de ISRs aantroffen dan bij patiënten zonder psychiatrie. Verder bleken de ISRs in het algemeen redelijk tot goed samen te hangen met de CSs en was er in diverse ASI-deelgebieden sprake van voldoende concurrente validiteit (zie o.a. McLellan et al., 1985, 1992; Alterman et al., 2000). In sommige deelgebieden was wat de CSs betreft eveneens sprake van predictieve validiteit (Bovasso et al., 2001).

Desalniettemin is er in de afgelopen decennia ook een aantal kanttekeningen bij de betrouwbaarheid en validiteit van de ASI-uitkomstmaten geplaatst. Zo bleek het in diverse studies niet

goed mogelijk de goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ISRs van de oorspronkelijke auteurs te repliceren (zie o.a. Alterman et al., 1994). Ook werden ten aanzien van de CSs in later onderzoek veelal lagere interne consistenties van de schalen gevonden (Hendriks et al., 1989; Alterman et al., 1994). Met betrekking tot de validiteit wordt nogal eens gewezen op de conceptuele onduidelijkheid van de ISRs - met name wat betreft de definiering van 'ernst' in termen van 'noodzaak van additionele behandeling'. Ook zijn er aanwijzingen dat de ISRs door de interviewer als het ware 'genormeerd' worden op grond van de kenmerken van de populatie waarmee hij/zij het meest te maken heeft. Ten aanzien van de CSs wordt opgemerkt dat deze ernstscores geen intrinsieke betekenis hebben - de items die de basis vormen voor de CSs zijn zeer uiteenlopend - en daardoor tussen ASI-deelgebieden onderling niet vergeleken kunnen worden (Hendriks et al., 1990a).

Alterman et al. (2000) hebben de betrouwbaarheid van de *clinical dimensions* van de ASI onderzocht bij niet-oplaatverslaafden: de deelnemers waren afhankelijk van alcohol (N = 544), cocaine (N = 581), polydrug (N = 803), diverse andere middelen (N = 99), alcoholafhankelijke mannen (N = 161) en cocaïneafhankelijke vrouwen (N = 129). De SCID voor DSM-III-R was de gouden standaard. Voor de gehele steekproef waren alle alfa's 0.70 of hoger. Een current alcoholdiagnose volgens het SCID correleerde 0.29 met de alcoholschaal van de ASI; een huidige cocaïne-diagnose correleerde .47 met de ASI-drugsschaal.

In onderzoek van Appleby, Dyson, Altman, & Luchins (1997) is de ASI afgenomen bij 100 psychiatrische patiënten. Van hen was 63% door hun behandelaar gediagnosticeerd met een middelstoornis. De alcohol- en drugsmodules van de SCID voor DSM-III-R werden kort voor ontslag afgenomen. De gemiddelde Intraclass Correlation Coefficient tussen de acht beoordelaars was 0.74; voor de afzonderlijke schalen was dit 0.79 voor alcohol en 0.83 voor drugs. De ISR voor alcohol correleerde 0.79 met de samengestelde score (voor alcohol); de ISR voor drugs correleerde 0.78 met de samengestelde score (voor drugs). Cronbach's alfa was 0.87 voor alcohol en 0.79 voor drugs. Informatie over criteriumvaliditeit wordt gehaald uit de correlatie met andere lijsten: de alcohol ernstschatting correleerde 0.45 met de CAGE en 0.52 met de SMAST; de samengestelde score voor alcohol correleerde hiermee met respectievelijk 0.50 en 0.59. De samengestelde score had dus een iets betere criteriumvaliditeit dan de ernstschatting voor alcohol, maar ook niet geweldig. Bij een afkapwaarde van 1 had de ernstschatting van alcohol een sensitiviteit van 84% (lifetime) en 93% (recent), voor drugs was dit respectievelijk 91% en 93%. De specificiteit voor alcohol was 76% (lifetime) en 59% (recent); voor drugs was dit respectievelijk 92% en 55%.

Bell et al. (2002) hebben de ASI afgenomen bij 220 patiënten met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis (volgens de SCID), samen met de PANNS. Zij vonden een iets hogere prevalentie van middelstomisbruik dan bij onderzoeken met vergelijkbare populaties, en vermoeden dat dit komt doordat de ASI-criteria voor middelengebruik minder stringent zijn dan de DSM-criteria voor middelstomisbruik, hetgeen hun cijfers geïnfleat zou hebben.

Conclusie

De ASI heeft in conceptueel opzicht een aantal sterke uitgangspunten, waaronder de opzet in onafhankelijke leefgebieden en de separate ernstmaten voor elk leefgebied. Mede op grond hiervan is het instrument in de afgelopen decennia verreweg het meest gebruikte instrument in de verslavingszorg geworden. Voor dubbele diagnose patiënten geldt echter dat met name de interactie tussen problemen op het gebied van het middelengebruik en de psychiatrische toestand relevant is, maar dat deze door de gescheiden opzet onvoldoende tot uiting komt.

Andere beperkingen in de opzet van het instrument voor toepassing bij dubbele diagnosepopulaties betreffen de onvoldoende signalering van - bij SMI-patiënten soms zeer relevant - subsyndroomaal gebruik van middelen en de eisen die gesteld worden aan de cognitieve vermogens van de respondent.

Daar staat echter tegenover dat met de ASI goed inzicht wordt verkregen over de ernst van gebruik van alle psychoactieve middelen inclusief polydruggebruik. Bovendien geeft de ASI aan welke specifieke hulpbehoefte er nog meer bestaat op vijf andere, voor dubbele diagnose patiënten zeer relevante, domeinen. Verder is de ASI in staat verandering te meten, wat niet alleen relevant is voor wetenschappelijk onderzoek maar ook voor behandelbeoordeling. Afname van de ASI is aanmerkelijk korter dan van gestructureerde klinische interviews volgens DSM-IV of ICD-10-criteria, zoals het CIDI of de SCID, die bovendien geen informatie verschaffen over onderwerpen als justitie, lichamelijke gezondheid, huisvesting, et cetera.

3.2 AUDADIS Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule

De AUDADIS is een volledig gestructureerd interview dat door leken of medici kan worden afgenomen. De AUDADIS was ontworpen om diagnoses van alcohol- en druggebruik te kunnen stellen en de problemen te ondervangen die daar normaliter bij komen kijken, door het stellen van diagnoses met een gedefinieerde tijdsreferentie. Naast middelengebruik worden ook stemmings-, angst-, en persoonlijkheidsstoornissen bevraagd, evenals familiegeschiedenissen van alcohol- en druggebruik, major depressie en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Volgens Hasin, Carpenter, McCloud, Smith & Grant (1997) beschikt de AUDADIS als enig gestructureerd interview over een dergelijke tijdsreferentie. Voor actuele diagnoses geldt een tijdsreferentie van de afgelopen 12 maanden, voor diagnoses in het verleden geldt een tijdsreferentie van voorafgaand aan de laatste 12 maanden.

Hasin et al. (1997) hebben een test-herteststudie uitgevoerd onder 296 patiënten. Het eerste interview vond plaats binnen een paar dagen na opname, het tweede gemiddeld tien dagen later. De deelnemers waren afkomstig uit een ambulante verslavingszorginstelling en uit een klinische dubbele diagnose psychiatrische instelling. De kappa's voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid waren 0.76 voor current en 0.54 voor lifetime. De kappa's voor drugsmisbruik en -afhankelijkheid liepen uiteen van 0.46 voor legale opiaten (past) tot 0.86 voor heroïne (current).

Cottler, Brant, Blaine, Mavreas, Pull, Hasin, Compton, Rubio-Stipec, & Mager (1997) hebben de overeenstemming onderzocht van middelstomisbruikdiagnoses tussen de AUDADIS, CIDI en de SCAN. Dit onderzoek was uitgevoerd in Luxemburg, Griekenland en de VS onder respectievelijk 120, 149 en 151 deelnemers. Afname van de audadis duurde gemiddeld 60 minuten. De scan hing niet zo sterk samen met de andere twee instrumenten: de AUDADIS hing in geringe mate samen met de CIDI voor alle misbruikdiagnoses (variërend van een kappa van 0.09 voor cannabis tot 0.26 voor alcohol). De samenhang was beter voor diagnoses van afhankelijkheid (variërend van een kappa van 0.38 voor amfetamines tot 0.67 voor alcohol en voor opiaten). Het betrof hier deelnemers uit de algemene bevolking en uit een medische setting.

In een onderzoek op 8 locaties in de VS zijn verschillende secties van de AUDADIS afgenomen (Grant, Dawson, Stinson, Chou, Kay, & Pickering, 2003). Wat middelen betreft, zijn alleen alcohol en tabak onderzocht in dit onderzoek. De betrouwbaarheid voor alcoholafhankelijkheid en -misbruik was $\kappa = 0.74$ voor afgelopen jaar en 0.70 voor lifetime.

In een eerder onderzoek van deze groep is de AUDADIS afgenomen onder de algemene bevolking, inclusief de drugsmodules (Grant, Harford, Dawson, Chou, & Pickering, 1995). De κ voor alcoholafhankelijkheid of -misbruik was 0.76 voor afgelopen jaar en 0.73 voor voorafgaand aan het afgelopen jaar. Voor willekeurig welke drugsstoornis bedroegen de κ 's respectievelijk 0.79 en 0.66, voor cannabis 0.78 en 0.71, voor cocaine 0.91 en 0.68, en ten slotte voor heroïne 0.66 en 0.80 (alles volgens DSM-IV-criteria). Een andere maat voor betrouwbaarheid, de *intraclass correlation coefficient (ICC)*, had ook goede waarden voor de AUDADIS in deze populatie. De ICC liep van 0.63 (alcoholafhankelijkheid lifetime) tot 0.99 (cocaineafhankelijkheid recent).

Conclusie

Al met al lijkt de AUDADIS een betrouwbaar diagnostisch instrument. Een nadeel is dat het onvoldoende is onderzocht onder dubbele diagnose patiënten. Verder lijkt het zwaartepunt van het instrument te liggen bij alcoholproblemen en niet zo zeer bij overige middelen. Een voordeel is dat nauwkeurige informatie wordt verkregen over hoeveelheden van gebruik, maar gezien de afname duur van (gemiddeld) minimaal een uur bij 'normale' personen mag dat ook wel verwacht worden. Geconcludeerd kan worden dat de AUDADIS potentieel een goed instrument is voor het assessment van middelenmisbruik bij psychiatrische patiënten, maar dat eerst meer onderzoek, bij voorkeur in verschillende landen, noodzakelijk is voordat dit definitief kan worden gesteld.

3.3 CIDI Composite International Diagnostic Interview

Het CIDI is een gestructureerd diagnostisch interview dat na intensieve training ook door niet-psychiaters kan worden afgenomen en waarmee diagnoses conform zowel de DSM-IV als de ICD-10 gesteld kunnen worden. De voorloper was het *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* (Cooper & Singh, 2000). Er is erg veel onderzoek met het CIDI gedaan dat logischerwijs niet allemaal hier besproken gaat worden. De doelgroep bestaat uit volwassenen, inclusief psychiatrische patiënten. Er zijn maximaal 376 items binnen in totaal 14 diagnostische categorieën (bron: www.who.int/msa/cidi/). Het instrument heeft een excellente interbeoordelaarsvaliditeit, een goede test-hertestbetrouwbaarheid, en een goede validiteit (Andrews & Peters, 1998). Er is een lifetime en 12 maanden versie van.

In onderzoek uit 1998 is de CIDI gebruikt bij het nationale comorbiditeitssurvey in de VS (Kessler, Wittchen, Abelson, McGonagle, Schwarz, Kendler, Knäuper, & Zhao, 1998). Aandacht werd besteed aan begrip van de vragen, van de instructie, motivatie bij deelnemers om accuraat te antwoorden, en de obstakels voor deelnemers om accuraat te antwoorden. Naar aanleiding daarvan zijn enige aanpassingen in het CIDI voorgesteld*.

In onderzoek van Cottler et al. (1997), geïntroduceerd in paragraaf 3.2, is de CIDI (midden-deel) afgenomen samen met de AUDADIS en de SCAN. De CIDI hing redelijk samen met de andere twee maten; samenhang met de AUDADIS was beter dan met de scan. Afname duurde gemiddeld 41 minuten. Het betrof hier voorzover bekend geen patiënten met een psychiatrische diagnose.

Conclusie

Het CIDI is internationaal grondig onderzocht en intensief gebruikt bij uiteenlopende groepen mensen. Het leidt tot zowel een DSM- als een ICD- diagnose. Nadeel is dat de afname veel vergt van zowel onderzoeker/behandelaar als de geïnterviewde en dat het te hoge eisen zou kunnen stellen aan mensen met cognitieve beperkingen.

3.4 dis Diagnostic Interview Schedule

De DIS is begin jaren 1980 ontwikkeld op basis van DSM-III-criteria ten behoeve van het Epidemiological Catchment Area programma in de VS. Het is een volledig gestructureerd interview dat ook door niet-clinici kan worden afgenomen. In totaal zijn er 526 items; de afname van de alcoholmodule van 30 items duurt 10 à 20 minuten (NIAAA, 2000; Washington University, 2003; Mapi Research Institute, 2003).

Barry, Fleming, Greenley, Widlak, Kropp, & McKee (1995) hebben de DIS afgenomen onder 253 mensen die leden aan een SMI. Van deze mensen leed 39.5% aan alcoholmisbruik in het verleden, 18.5% aan alcoholafhankelijkheid in het verleden, en 15% voldeed aan de criteria voor drugsmisbruik of -afhankelijkheid in het verleden. In totaal 89 mensen (35%) voldeden aan de criteria voor alcohol- of drugsmisbruik of -afhankelijkheid in het afgelopen jaar.

In een Canadees onderzoek is de gecomputeriseerde versie van de DIS, de C-DIS (Blouin et al., 1988) afgenomen onder 173 psychiatrische patiënten. Als standaard werd de SCID voor DSM-II-R (Spitzer et al., 1992) gebruikt. Afname van de (gehele, dus ook andere As-I stoornissen) C-DIS duurde gemiddeld 1 à 2 uur, maar voor diverse deelnemers met een gecompliceerde geschiedenis van middelenmisbruik duurde het aanzienlijk langer en werd de C-DIS verspreid over twee sessies afgenomen. De kappa voor middelenmisbruik was gemiddeld 0.54 en liep uiteen van 0.26 voor hallucinogenen tot 0.81 voor opiaten. Gegevens over sensitiviteit en specificiteit zijn berekend over 80 deelnemers. De sensitiviteit liep uiteen van 20% voor hallucinogenen tot 97.1% voor alcohol; de specificiteit liep van 70% voor alcohol tot 98.5% voor opiaten.

Conclusie

De DIS is ontwikkeld op basis van DSM-III-criteria en leidt dus tot een classificatie van de geïnterviewde volgens systematische criteria. De kappa is niet zo goed, de sensitiviteit is matig tot uitstekend, en de specificiteit is goed tot uitstekend. Er is niet zo veel onderzoek gedaan in dubbele diagnosepopulaties, en inmiddels zijn er twee 'opvolgers' van de DIS: de CIDI en de SCID. Daarom wordt het gebruik van de DIS in deze populatie niet speciaal aangeraden of afgeraden.

3.5 MAP Maudsley Addiction Profile

De MAP is een kort gestructureerd interview om problemen bij intake te bepalen van drugsgebruikers en probleemdrinkers en is ontwikkeld als uitkomstmaat voor de verslavingszorg. Het is bedoeld als instrument in zowel onderzoek als behandeling en is in staat veranderingen te meten. De gemiddelde afnametijd is 12 minuten. De vragen hebben betrekking op vier gebieden: middelengebruik (22 items), injecteren en seksueel risicogedrag (5 items), lichamelijke en geestelijke gezondheid (20 items), en sociaal functioneren (relaties: 3 items; arbeid: 3 items; en crimineel gedrag: 3 items) (Marsden, Nizzoli, Corbelli, Margaron, Torres, Prada de Castro, Stewart & Gossop, 2000).

Bij de ontwikkeling is de MAP afgenomen onder drugsverslaafden en alcoholverslaafden, in ambulante en klinische behandeling, waaronder methadon (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann, Edwards, & Strang, 1998). Op grond van deze afname zijn een paar wijzigingen in de formuleringen aangebracht. Daarna is de vragenlijst twee maal afgenomen met een tussenperiode van drie dagen, om de test-hertestbetrouwbaarheid te bepalen. Dit gebeurde bij 80 ambulante en 80 klinisch behandelde drugsverslaafden, en 40 ambulante en 40 klinisch behandelde alcoholverslaafden. Deelname was vrijwillig en cliënten ontvingen geen vergoeding. Ook werd bij 64 drugsafhankelijke deelnemers een urinetest gedaan; de kappa tussen deze test en de MAP was 0.74.

* <http://www.psych.mcgill.ca/perpg/fac/knaeuper/cidi.html>

Marsden et al. (2000) hebben de MAP afgenomen bij 124 deelnemers in ambulante behandeling in Italië, Spanje en Portugal. Dit waren geen dubbele diagnosepatiënten. Er waren geen verschillen in test-hertestbetrouwbaarheid tussen de drie landen.

De interne betrouwbaarheid van de lichamelijke en psychologische schaal was 0.79, met significant hogere gemiddelden voor de alcohol- dan voor de drugsgebruikers. De interne betrouwbaarheid van de angst en depressieschaal waren respectievelijk 0.88 en 0.86. Alcoholisten scoorden gemiddeld hoger op angst dan drugsgebruikers.

Met een tussentijd van drie dagen is de test-hertestbetrouwbaarheid nagegaan. Voor lichamelijke gezondheid was deze 0.86 (drugsgebruikers) en 0.89 (alcoholisten), voor de angst-schaal was dit respectievelijk 0.88 en 0.87, en voor depressie respectievelijk 0.86 en 0.92.

Conclusie

De MAP kijkt breder dan het middelenmisbruik alleen, kan verandering meten, en heeft een korte afnameperiode. Dit maakt het tot een reële kandidaat voor assessmentinstrument. Er is echter meer onderzoek nodig, en zeker met dubbele diagnosepatiënten, voordat dit instrument zonder voorbehoud kan worden aanbevolen.

3.6 oti Opiate Treatment Index

De OTI is ontwikkeld om de bevindingen van onderzoek en de resultaten van behandeling beter met elkaar te kunnen vergelijken. Hij bestaat uit zeven modules* met in totaal 170 items. Vragen hebben betrekking op de afgelopen maand, met uitzondering van de module sociaal functioneren (Darke, Ward, Hall, Heather, & Wodak, 1991). Afname duurt 20 à 30 minuten (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/dtap-24.asp>).

De OTI is gebruikt als gouden standaard bij de validatie van de *Christo Inventory for Substance-misuse Services* (Christo, Spurrell, & Alcorn, 2000). In onderzoek naar het effect van een motiverend interview is de OTI met de SCID afgenomen onder 160 psychiatrische patiënten met een alcohol- en/of drugsstoornis. De OTI bleek prima in staat verandering in middelengebruik te detecteren (Baker et al., 2002).

In onderzoek van Darke, Ward, Zador & Swift (1991) zijn de betrouwbaarheid en validiteit van de OTI gezondheidsmodule onderzocht onder 218 opiaatgebruikers. Afname van de module duurde doorgaans tussen de 5 en 10 minuten. De interne betrouwbaarheid was $\alpha = 0.77$. Bij 50 respondenten waren twee sessies gedaan om de test-hertestbetrouwbaarheid te kunnen vaststellen, deze bedroeg $r = 0.86$ zowel wanneer de twee interviews door de zelfde interviewer waren gedaan, als wanneer deze door twee verschillende interviewers waren afgenomen. De OTI gezondheidsmodule correleerde $r = 0.57$ met de ASI lichamelijke gezondheidsmodule.

In ander onderzoek van deze groep is de volledige OTI afgenomen bij 290 opiaatgebruikers (Darke, Hall, Wodak, Heather, & Ward, 1992). Alfa's varieerden van 0.86 voor gezondheid en HIV-risicogedrag, tot 0.96 voor criminaliteit ($n=50$). De validiteit werd nagegaan door samenhang met overeenkomende ASI-schalen te berekenen; deze varieerde van 0.02 voor criminaliteit tot 0.70 voor alcohol en voor psychiatrie. Hierbij dient gezegd dat het justitiedeel van de ASI zich voornamelijk richt op veroordelingen, terwijl de OTI meer vraagt naar crimineel gedrag in de afgelopen maand.

² Demografische gegevens en behandelgeschiedenis; drugsgebruik; HIV-risicogedrag; sociaal functioneren; criminaliteit; gezondheid; psychologisch functioneren.

Conclusie

De OTI is weinig onderzocht, en voor zover bekend helemaal niet in dubbele diagnosepopulaties. De OTI bestrijkt een breed spectrum aan middelengebruik, maar ook aan allerlei bijkomende sociaal-maatschappelijke, justitiële en somatische problematiek. Nadeel is de eenzijdige focus op opiaatverslaafden, hoewel alle gangbare middelen bevroegd worden. Het instrument is eveneens ontwikkeld om behandeluitkomsten te evalueren, en niet zozeer om een diagnose te stellen of assessment uit te voeren.

3.7 SAAST Self-Administered Alcoholism Screening Test

De SAAST bestaat uit 34 ja/nee vragen en is gebaseerd op (aanpassingen van) de MAST (Selzer, 1971). Een score van 10 of hoger duidt op 'waarschijnlijk alcoholisme', een score van 8 of 9 duidt op 'mogelijk alcoholisme', en een score van 7 of lager duidt erop dat een alcoholprobleem onwaarschijnlijk is.

In onderzoek van Pristach, Smith, & Perkins (1993) is de SAAST afgenomen op de klinische psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, met een diagnose in overeenstemming met DSM-III-R-criteria door een psychiater als gouden standaard. In totaal namen 122 mannen en 114 vrouwen deel. De SAAST werd tweemaal afgenomen: vlak na opname (althans, als patiënten daartoe in staat en bereid waren) en vlak voor ontslag. Bij 195 patiënten was de SAAST vlak na opname afgenomen, en bij 173 patiënten was de SAAST tweemaal afgenomen. De test-hertestbetrouwbaarheid bedroeg 0.85, wat behoorlijk hoog is. De interne betrouwbaarheid had een Cronbach's alfa van 0.93 voor beide afnames.

Dezelfde onderzoeksgroep heeft eerder onderzoek gedaan met de SAAST bij 21 schizofrene patiënten (Smith & Pristach, 1990). Hierbij werd gevonden dat 48% een score van 10 of hoger had, hetgeen duidt op 'waarschijnlijk alcoholisme'. Op basis van geschiedenis, dossieronderzoek en informatie van belangrijke anderen kregen 13 mensen een diagnose van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid, en deze 13 mensen waren ook degenen met de hoogste scores op de SAAST. Er werd ook een klinisch interview afgenomen, maar het is niet helemaal duidelijk wat daarmee gebeurd is.

Conclusie

De SAAST is een korte vragenlijst met een duidelijke afkapwaarde, en is bovendien onderzocht bij psychiatrische patiënten. Hij kan echter alleen gebruikt worden om alcoholstoornissen mee te diagnosticeren en is daarom minder geschikt voor het in deze literatuurstudie gestelde doel.

3.8 scid Structured Clinical Interview for DSM-disorders

De SCID is een semi-gestructureerd interview om de voornaamste DSM-IV As-I-diagnoses mee te stellen. De SCID kan pas door iemand afgenomen worden na uitvoerige training. De voorloper van de SCID was de DIS (Kranzler, Kadden, Babor, Tennen & Rounsaville, 1996).

Bij 99 mensen is de SCID afgenomen, samen met de ASI, de MAST en de DAST, de BDI, State-Trait Anxiety Inventory, de Taylor Manifest Anxiety Scale en een vragenlijst voor probleemgedrag in de jeugd. Onderzocht werden de discriminante, concurrente en predictieve validiteit. Bovendien werd nagegaan of er een verschil was tussen gestructureerde interviews afgenomen door onderzoekstechnici, en klinische diagnoses door klinici. De concurrente validiteit voor alcoholstoornissen en voor drugsstoornissen was significant ($p < .001$), maar voor comorbide stoornissen was de concurrente validiteit slechter. ($p > .10$). De discriminante validiteit

was in het algemeen goed, behalve voor mensen die zowel alcohol- als drugsproblemen hadden, in welk geval de discriminante validiteit voldoende was. De predictieve validiteit tot slot was slecht voor alcoholproblemen ($p=.44$), goed voor drugsproblemen ($p<.001$) met uitzondering van marihuana, en de predictieve validiteit voor comorbide problemen was slecht (alle $p>.10$). Er waren geen relevante verschillen tussen clinici en onderzoekstechnici. Ross, Swinson, Doumani & Larkin (1995) namen de SCID tweemaal af bij 173 verslaafden met een tussenpoos van 1 tot 2 weken. De test-hertestbetrouwbaarheid voor middelenstoornissen was goed tot excellent.

In onderzoek van Brady, Casto, Lydiard, Malcolm, & Arana (1991) is de SCID gebruikt als gouden standaard bij onderzoek naar middelenmisbruik bij 100 psychiatrische patiënten (veteranen). Tevens werd op indicatie van een psychiater bij 28 mensen een urinetest gedaan. Bij 64% van de deelnemers werd huidig of verleden middelenmisbruik vastgesteld; bij 29% was sprake van middelenmisbruik in de afgelopen 30 dagen. Van de 28 urinetests waren er 12 positief voor cocaine en/of cannabis; vijf patiënten met een positieve urinetest ontkenden middelengebruik. Gemiddeld had slechts 42% van de patiënten bij wie een middelenstoornis was vastgesteld, hiervoor ooit ambulante of klinische behandeling ontvangen.

In het Biomed onderzoeksprogramma is de SCID-IV afgenomen met een aantal andere instrumenten waaronder de EuropASI. De grote omvang van de SCID leverde nogal eens problemen op (Broekaert, Haack, Kaplan, Oberg, Sallmén, Segraeus, Soyey, & Wilson, 2003). In een wat ouder onderzoek (Bryant, Rounsaville, Spitzer, & Williams, 1992) is de SCID afgenomen om de betrouwbaarheid van diagnoses bij dubbele diagnosepatiënten vast te stellen. 97 patiënten met een huidige middelenstoornis en 146 die ooit een middelenstoornis hebben gehad werden vergeleken met 356 psychiatrische patiënten zonder middelendiagnoses. De test-hertestbetrouwbaarheid werd nagegaan met een tweede interview dat ten minste 24 uur later en ten hoogste twee weken later plaatsvond. Diagnoses werden in vijf brede groepen geschaard: psychotisch, stemmings-, angst-, eetstoornissen-, en middelenaafhankelijkheid. Er werden geen verschillen gevonden tussen verleden drugsgebruikers en nooit-gebruikers voor enige huidige of lifetime diagnose, en geen significante verschillen in de betrouwbaarheid waarmee die werden vastgesteld. Voor huidige drugsgebruikers was de betrouwbaarheid wat lager, zie voor dit alles Tabel 1.

Tabel 1. Kappa's voor diagnoses onder drie groepen voor respectievelijk huidige en verleden diagnoses

	Huidige gebruikers	Verleden gebruikers	Niet-gebruikers
Psychotische stoornis	.46 - .66	.87 - .87	.85 - .87
Stemmingsstoornis	.42 - .58	.75 - .65	.72 - .70
Angststoornis	.61 - .59	.49 - .50	.68 - .65

Conclusie

De SCID heeft als voordeel dat het instrument uitgebreid onderzocht is, en dat uit de gegeven antwoorden logischerwijs één of meerdere DSM-diagnosen volgen. Nadeel is dat het instrument belastend is voor de respondent en de interviewer, en dat de betrouwbaarheid en validiteit bij verslaafden soms te wensen over laten. De SCID is al vaak gebruikt als gouden standaard bij onderzoek naar andere instrumenten. Net als bij het CIDI, is een nadeel van de SCID dat het te hoge eisen zou kunnen stellen aan mensen met cognitieve beperkingen.

3.9 SSAGA Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism

De SSAGA is een uitgebreid psychiatrisch interview om fysische, psychologische, sociale en psychiatrische manifestaties van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid en gerelateerde psychiatrische stoornissen in volwassenen vast te stellen. Het is ontworpen om afgenomen te worden door getrainde 'leek'-interviewers. Er bestaan ook een kinderversie en een versie voor adolescenten van. Alle SSAGA-diagnoses zijn gebaseerd op de DSM-III-R en tenminste één ander diagnostisch classificatiesysteem. Het instrument is deels gebaseerd op goed gevalideerde items uit andere interviews zoals het DIS, HELPER, SAM, SADS en SCID, maar er zijn ook innovaties toegevoegd, waaronder comorbiditeit.

Bucholz et al. (1994) onderzochten de test-hertestbetrouwbaarheid bij 154 deelnemers, afkomstig uit de verslavingszorg, ambulante en klinische psychiatrie, en een 'normale' groep. Er werd alleen middelenmisbruik, major depressie en ASP onderzocht in deze studies. De gemiddelde afnametijd bedroeg 125 minuten. De consistentie in de tijd was bij de meeste diagnostische categorieën was bevredigend. Voor afhankelijkheid van een specifiek middel liepen de kappa's van 0.70 (stimulantia) tot 0.90 (cocaine), en voor een lifetime middelenmisbruikdiagnose van 0.23 (stimulantia) tot 0.74 (alcohol).

In onderzoek van Hesselbrock et al. (1999) is de betrouwbaarheid van de SSAGA ten opzichte van het Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) onderzocht bij personen in de algemene bevolking en bij psychiatrische patiënten. Bij dit onderzoek werden 38 mannen en 42 vrouwen geïnterviewd, waarbij de steekproef niet random was maar zodanig dat van elke diagnostische categorie genoeg mensen in de steekproef zaten. De sensitiviteit voor middelenaafhankelijkheid varieerde van 67% (sedativa-afhankelijkheid) tot 100% (voor afhankelijkheid van stimulantia). De specificiteit varieerde van 72% (voor alcoholafhankelijkheid) tot 99% (voor afhankelijkheid van stimulantia); hierbij werd dus de SCAN als gouden standaard gebruikt. Kappa's lagen tussen 0.48 voor afhankelijkheid van sedativa en 0.85 voor afhankelijkheid van cocaine en van stimulantia.

Conclusie

De SSAGA lijkt een degelijke schaal, gebaseerd op schalen die hun waarde reeds bewezen hebben en met aanvullende eigenschappen waar de auteurs hiaten hadden vastgesteld. Nadeel is echter dat de schaal expliciet ontworpen is voor gebruik in onderzoek naar genetische aspecten van alcoholisme. Deze invalshoek is iets te beperkt voor de doelstellingen van deze literatuurstudie. Hesselbrock et al. (1999) stellen echter dat de poly-diagnostische aard van de SSAGA en de mogelijkheid dat niet-medisch geschoold personeel de SSAGA kan afnemen het een ideaal instrument maken voor een scala aan toepassingen, inclusief epidemiologie, genetisch onderzoek en familiestudies. Mocht derhalve in de toekomst blijken dat de schaal ook voor onderzoek bij dubbele diagnosepatiënten in staat is op betrouwbare en valide wijze een assessment voort te brengen voor middelenmisbruik in brede zin (Hesselbrock et al., 1999), dan lijkt de SSAGA de moeite waard.

B. Alternatieve benaderingen

3.10 Andere mensen

Inleiding

Patiënten zijn niet altijd bereid informatie te verschaffen over mogelijk stigmatiserend en strafbaar gedrag. Voor sommige interviews geldt dat mensen voor een periode van een of twee jaar een gedetailleerd overzicht moeten geven van hun gebruik van allerlei middelen, hetgeen al moeilijk is voor mensen zonder de cognitieve beperkingen die een SMI vaak met zich meebrengt. Zeker als patiënten niet aanspreekbaar (want onder invloed/ontwenning) zijn, kunnen andere mensen die de patiënt in meerdere of mindere mate kennen een bron van informatie zijn voor de behandelaar.

Casemanager

In het onderzoek van Barry et al. (1995) is het oordeel van casemanagers over het middelengebruik van hun cliënten vergeleken met de diagnose gesteld met behulp van het DIS en met het oordeel van de cliënt zelf. De overeenstemming tussen antwoorden van cliënten en van casemanagers op screeningsvragen over alcohol- en drugsgebruik liep uiteen van een kappa = 0.19 voor 'verlies van controle' tot kappa = 0.54 voor 'bezorgdheid van anderen'. De overeenstemming tussen de casemanager en DSM-III-R-criteria liep uiteen van kappa = 0.42 voor 'verlies van controle' tot 0.73 voor 'lifetime middelenmisbruik probleem'. De sensitiviteit varieerde hierbij van 0.31 voor 'verlies van controle' (met als uitschieter naar beneden marihuana gebruik met een sensitiviteit van 0.13) tot 0.86 voor 'lifetime middelenmisbruikprobleem'. De specificiteit was beter: die varieerde van 0.75 voor 'lifetime middelenmisbruikprobleem' tot 0.98 voor 'marihuana'. Hierbij zij vermeld dat de auteurs alleen gegevens over alcohol en marihuana rapporteren, omdat de andere onderzochte middelen te weinig voorkwamen in hun steekproef.

Familie

In het onderzoek van Smith & Pristach (1990), dat in paragraaf 3.9 beschreven is, is informatie van verwanten verkregen over het alcoholgebruik van cliënten. Deze informatie werd gebruikt bij het stellen van een diagnose, samen met dossierinformatie, en klinische interviews. Er staan geen gegevens over de (betrouwbaarheid van de) informatie van verwanten. Wel bleek dat 62% van de verslaafde deelnemers een verslaafde ouder, broer of zus, of beide had, tegen 25% van de niet-verslaafde deelnemers. Verder bleek dat het klinisch interview niet zo sensitief was: een accurate familiegeschiedenis van alcoholproblemen alléén zou meer patiënten met alcoholproblemen gedetecteerd hebben.

Stasiewicz, Bradizza, & Connors (1997) hebben de rapportage over alcoholgebruik door verwanten vergeleken voor 91 alcoholisten met en 93 zonder comorbide psychische stoornis. Er bleken geen opvallende verschillen in overeenstemming tussen de verwant en de cliënt tussen beide groepen. Wel was het zo dat wanneer de cliënt weinig contact had met zijn/haar verwant, dit bij de dubbele diagnosegroep tot slechtere overeenstemming leidde dan bij de 'alleen alcohol'groep.

In onderzoek van Darke et al. (1992), zie voor een uitgebreide beschrijving paragraaf 3.7, werden de (seksuele) partners van de deelnemers ook geïnterviewd. De mate van overeen-

stemming lag tussen de 76 en 100%. Kappa's lagen tussen de -0.05 (bij een lage prevalentie leidt enige afwezigheid van overeenstemming al snel tot zeer lage kappa's) en de 1.00.

Conclusie

In sommige situaties kan het aantrekkelijk lijken informatie over patiënten te verkrijgen bij mensen die hen goed kennen. Hierbij kan gedacht worden aan situaties waarin een patiënt ernstig geïntoxiceerd is, een delier heeft of niet bij bewustzijn is. Probleem is echter dat bij (langdurig) dubbele diagnosepatiënten de kans groter is dat zij vervreemd zijn van hun familie en weinig of geen goede vrienden hebben. En als naasten beschikbaar zijn, blijft het de vraag hoe accuraat hun perceptie is van het middelengebruik van hun familielid of vriend. Vaak duurt het een poos om een familielid of goede vriend naar de afdeling te krijgen, en tegen die tijd zal de patiënt al een stuk aanspreekbaarder zijn. Verder vinden veel cliënten het niet prettig als achter hun rug om met anderen over hen gesproken wordt, zeker over iets stigmatiserends als drugs- en alcoholgebruik. Dit alles in ogenschouw genomen, wordt het inschakelen van verwanten als bron van informatie over middelenmisbruik bij deze populatie niet aangeraden.

3.11 Klinische interviews

In onderzoek onder klinische psychiatrische patiënten van Albanese, Bartel, Bruno, Morgenbesser & Schatzberg (1994) bleek bij 72% van de mensen die met de SCID-P (later) gediagnosticeerd werden met alcoholmisbruik een aantekening hierover in het intake-interview te staan, en bij 61% van hen bij de ontslagdiagnose. Voor patiënten met drugsafhankelijkheid of -misbruik waren deze percentages respectievelijk 40 en 61%.

In onderzoek onder 46 mannen en 32 vrouwen (63% schizofrenie, 20% major affectieve stoornis, 17% overig) is een semi-structureerd klinisch interview afgenomen. Het gesprek bestond uit 48 vragen om alle DSM-III-R-criteria voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid aan de orde te stellen, en bevatte tevens de CAGE en de S-MAST (Breakey, Calabrese, Rosenblatt, & Crum, 1998). Het toevoegen van de screeningsvragen verhoogde de bewustheid bij klinici van alcoholmisbruik door psychiatrische patiënten.

In onderzoek van Carey, Cocco & Simons (1996) hebben twee groepen klinici een oordeel gegeven over alcoholgebruik en een over drugsgebruik aan de hand van een vijfpuntsschaal (geen, mild, gemiddeld/matig, ernstig, extreem ernstig) bij 83 mannen en 33 vrouwen die ambulant behandeld werden. Tevens werden een Timeline Followback interview afgenomen, de ASI middelen-schaal, de SCID voor DSM-III-R-diagnoses en de SCL-90 (Symptoms Checklist). De onderzoekers deden een schatting aan de hand van al deze gegevens, de reguliere behandelaars van de patiënten deden een schatting aan de hand van hun klinisch oordeel. Van 99 mensen waren volledige gegevens beschikbaar: van hen zaten 59 in de groep 'geen', 23 in de groep 'mild', en 15 in de groep 'matig'. De overeenstemming tussen de onderzoekers en de behandelaars was goed voor drugs en matig voor alcohol. Dit kwam doordat de onderzoekers beter op de hoogte waren van zeldzame en wellicht a-typische gevallen van drinken door de assessment van drinkgedrag. De auteurs merken op dat aangezien patiënten zich vrijwillig konden opgeven voor deelname aan de studie, mensen met zwaar middelenmisbruik waarschijnlijk ondervertegenwoordigd zijn.

Conclusie

In het algemeen leiden gestructureerde interviews tot betere, betrouwbaardere en meer

valide resultaten en informatie dan ongestructureerde: ongeacht de ervaring en kennis van de interviewer.

3.12 Lichamelijke metingen

Urinetests

Albanese, Bartel, Bruno, Morgenbesser & Schatzberg (1994) hebben verschillende diagnostische methoden van middelenmisbruik bij klinisch behandelde psychiatrisch patiënten vergeleken, met de SCID-P als gouden standaard. Bij 87 van de patiënten is de SCID-P afgenomen, en bij 67 was er een urinemonster beschikbaar binnen 48 uur na opname (urinemonsters van na 48 uur werden buiten beschouwing gelaten, omdat te veel stoffen dan niet meer detecteerbaar zijn). Verder was van elke patiënt een opname- en ontslagdiagnose beschikbaar, die door een psychiater (soms in opleiding) of een psycholoog was gesteld. Van de 51 patiënten met een alcoholstoornis hadden er 19 een huidige stoornis. Bij 15 van hen was een urinetest afgenomen, waarbij 6 mensen positief scoorden: een sensitiviteit van 40%. De specificiteit was 100%: alle 48 negatieve urinetests deden zich voor bij mensen zonder alcoholstoornis. Van de 13 mensen met een huidige drugsstoornis van wie ook een urinetest beschikbaar was, scoorden er zeven positief: een sensitiviteit van 54%. De specificiteit was 92%.

Hamid, Deren, Beardsley, & Tortu (1999) hebben de betrouwbaarheid van zelfrapportage en urinetests vergeleken onder 158 drugsgebruikers. Ongeveer de helft rookte crack, de helft spoot cocaine. Bij 55 deelnemers vond de urinetest plaat voor het interview, en bij 103 erna; die deelnemers wisten echter wel dat hun urine later getest zou worden. De mate van overeenstemming tussen de urinetest en zelfrapportage was 58% als de urinetest na het interview plaatsvond, en 93% als het eraan voorafging.

In het onderzoek van Darke et al. (1992), zie paragraaf 3.7, werden ook urinetests afgenomen om de validiteit van de OTI na te gaan. De overeenstemming bedroeg 89%. In 73.5% van de gevallen waar geen overeenstemming bestond, werd zelf gerapporteerd drugsgebruik niet gedetecteerd in de urine.

In een Australisch methadonprogramma werd onder 341 deelnemers eveneens de overeenstemming tussen zelfrapportage en een urinetest onderzocht (Digusto, Seres, Bibby, & Batey, 1996). Over het algemeen waren verschillen klein, tot 2%, maar er waren een paar uitzonderingen. Heroïnegebruik in de afgelopen 3 dagen werd door 77.1% van de deelnemers gerapporteerd, maar werd in slechts 59.5% van de urinemonsters gevonden. Verder werd gebruik van benzodiazepines door 27.2% van de mensen gerapporteerd, en in slechts 17.5% van de monsters aangetroffen. Onderrapportage varieerde van 0% voor barbituraten tot 6% voor methadon voor de afgelopen 28 dagen. Voor de afgelopen 3 dagen varieerde de onderrapportage van 0% voor barbituraten en dihydro/codeïne, tot 9.6% voor methadon.

In een recent onderzoek werd de betrouwbaarheid van urinetests afgezet tegen zelfrapportage op de ASI (Chermack, Roll, Reilly, Davis, Kilary, & Grabowski, 2000). Hier werd gevonden dat urinetests en groter aantal gevallen van drugsgebruik opleverden dan zelfrapportage. Met uitzondering van gerapporteerd opiaatgebruik door patiënten die nieuw in behandeling kwamen, was in het algemeen sprake van onderrapportage van heroïne- en cocaïnegebruik door cliënten, vergeleken met de urinetests.

Bloed

In een onderzoek onder 60 veteranen met en zonder schizofrenie werden laboratoriumtests voor alcoholgebruik vergeleken met een screeningsinstrument, de MAST. De tests waren *mean red cell corpuscular volume* (MCV), *plasma gamma-glutamyl transpeptidase* (GGTP) en *serum glutamic-oxaloacetic transaminase* (SGOT). De onderzoeksgroep bestond uit 20 niet-alcoholistische schizofrenen, 20 alcoholistische schizofrenen, en 20 niet-schizofrene alcoholisten. Gevonden werd dat de vragenlijst het best in staat was onderscheid te maken tussen de drie groep, gevolgd door de GGTP. Zowel de MCV als de SGOT waren slecht in staat te bepalen in welke groepen mensen thuishoorden. De alcoholistische schizofrenen scoorden meer verwant aan de niet-alcoholistische schizofrenen, dan aan de niet-schizofrene alcoholisten. Het al dan niet hebben van schizofrenie was dus van meer invloed op de uitslag dan het al dan niet hebben van alcoholisme voor deze groep. Verder was van de GGTP de sensitiviteit matig (45%) en de specificiteit excellent (100%); van de andere twee bloedtests werd hierover geen informatie gegeven in het artikel (Toland & Moss, 1989).

Conclusie

Lichamelijke metingen hebben een aantal duidelijke voor-, maar ook nadelen. Instellingen zijn niet afhankelijk van subjectieve zelfrapportage waarbij mensen – al dan niet opzettelijk – niet de waarheid (hoeven te) vertellen. Maar ook lichamelijke metingen zijn niet 100% betrouwbaar. En zeker bij psychiatrische patiënten is vaak een kleinere hoeveelheid dan de gangbare drempelwaarde al voldoende om problemen te veroorzaken; een laboratoriumtest zou dan ten onrechte concluderen dat er niets aan de hand is. Een lichamelijke meting is duur, en vaak invasief waardoor speciale toestemming nodig is. Een groot nadeel is dat voor de meeste middelen alleen gebruik uit de voorafgaande 24 tot 48 uur gedetecteerd kan worden. Tot slot kan men zich afvragen wat voor zin het heeft lichamelijke testen te doen, waarbij men kennelijk niet een zodanige vertrouwensband met de cliënt heeft dat er gewoon naar middelengebruik geïnformeerd kan worden.

Al met al wegen de nadelen van lichamelijke tests niet op tegen de te verwachten baten en het gebruik ervan bij dubbele diagnosepatiënten wordt dan ook afgeraden.

4. Conclusie

Assessment van middelenmisbruik bij psychiatrische patiënten vindt plaats wanneer iemand positief op een screeningsinstrument heeft gescoord. Bij aanvang van het assessment kan hierop teruggekomen worden, en als het goed is, is middelengebruik tegen die tijd bespreekbaar geworden voor zowel de behandelaar als de patiënt. Bij middelenassessment gaat het echter om méér dan het louter geven van een diagnose 'cannabismisbruik' of 'heroïne-afhankelijkheid': de bijkomende problematiek van patiënten in de psychiatrie met een comorbide middelenstoornis is dermate van invloed op verloop en resultaat van de behandeling dat onzes inziens zeker vastgesteld moet worden bij welke sociaal-maatschappelijke problemen de cliënt behoefte heeft aan aanvullende zorg.

De in deze literatuurstudie behandelde alternatieve benaderingen komen vooralsnog niet in aanmerking als assessmentmethode. De beschikbaarheid, grondigheid en betrouwbaarheid van andere mensen, klinische interviews en lichamelijke metingen zijn niet van dien aard dat het praktische, efficiënte manieren zijn om middelenmisbruik en aanvullende zorgbehoefte mee vast te stellen.

Bij de vragenlijsten viel een aantal zaken op. Een paar interviews (AUDADIS, OTI, SAAST EN SSAGA) richtten zich sterk op één specifiek psychoactief middel, waardoor andere middelen wat onderbelicht raakten. Het CIDI en de SCID richten zich op alle middelen en resulteren in een diagnose volgens DSM- of ICD-10-criteria. Nadeel van deze twee lijsten is echter dat de structuur en de formulering van afzonderlijke items behoorlijk ingewikkeld zijn, zeker voor dubbele diagnosepatiënten.

Een nieuwe ontwikkeling bij de diagnosticering van psychiatrische stoornissen, waartoe ook verslaving wordt gerekend, is niet zozeer te kijken naar symptomen en syndromen, maar naar beperkingen die iemand in zijn/haar dagelijks functioneren ervaart. De Wereld Gezondheids Organisatie is doende met de ICF, International Classification of Functioning, als aanvulling op de ICD. Ook een vragenlijst als de CAN, de Campbell Assessment of Needs, is een voorbeeld van een lijst die deze nieuwe invalshoek hanteert. Dit zijn beslist ontwikkelingen waar de verslavingszorg van op de hoogte dient te blijven en die een bron van waardevolle informatie over onze cliënten kunnen zijn. Tot nu toe is er echter nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd over deze meetinstrumenten, en voor zover bekend in het geheel niet met dubbele diagnosepatiënten. Daarom heeft de conclusie van deze literatuurstudie betrekking op reeds bekende en langeregebruikte instrumenten.

Op dit moment en in de nabije toekomst is de ASI ook vanwege de brede meetpretentie, de informatie die wordt verkregen over belerende domeinen van verslavingsproblematiek, en de brede toepassing in zowel de Nederlandse als de buitenlandse verslavingszorg, aanbevolen als instrument voor de assessment van middelenmisbruik. Dit ondanks de beperkingen die wel degelijk worden onderkend (met name de uitkomstmaten ISR en samengestelde scores).

Bijlage 6

**Instrumenten voor het vaststellen van motivatie tot
gedragsverandering bij ernstig psychiatrische patiënten met
comorbide psychoactief middelengebruik**

Een literatuurstudie

P. Blanken
V.M. Hendriks
Parnassia Addiction Research Centre, januari 2003

1. Inleiding

In de afgelopen decennia is in onderzoek consistent gewezen op de hoge comorbiditeit tussen verslavingsproblematiek en psychiatrische aandoeningen (Regier et al., 1990; Hendriks, 1990; Blanchard et al., 2000). Los van de causaliteit in de relatie tussen beide, is het duidelijk dat de aanwezigheid van de comorbide problematiek een negatieve invloed heeft op beloop en prognose in behandeling voor zowel de psychiatrische aandoening als de verslavingsproblematiek (Onken et al., 1997; Bellack & Gearon, 1998; Drake & Brunette, 1998).

Ten aanzien van de prognose in behandeling wordt in het algemeen verondersteld dat de motivatie voor verandering van de cliënt een belangrijke parameter is. Hierbij wordt niet alleen gewezen op het belang van intrinsieke motivatie maar ook op de gunstige - d.w.z. motiverende - invloed die zou uitgaan van externe druk om hulp te zoeken, bijvoorbeeld door middel van justitiële drangmaatregelen (Marlowe et al., 1996; Miller & Flaherty, 2000).

Het onderzoek naar de rol van motivatie werd aanzienlijk gestimuleerd door de introductie van het 'transtheoretische' *stages of change* model door Prochaska en DiClemente in 1983. Sindsdien zijn vele publicaties over motivatie verschenen die hun oorsprong vinden in dit model. Parallel aan deze ontwikkeling is men motivatie steeds meer gaan beschouwen als een veranderlijke eigenschap, die mede afhankelijk is van de hulpverleningssituatie (Kersten, 1998) en die zélf onderwerp kan zijn van interventie

In de beginjaren tachtig van de vorige eeuw introduceerde Miller onder de term *motivational interviewing* een gespreksmethodiek die specifiek gericht was op het verhogen van de motivatie tot gedragsverandering bij personen met middelenmisbruik (Miller, 1983). Motiverende gespreksvoering is sindsdien zowel binnen als buiten het verslavingsveld breed toegepast. In een review naar de uitkomsten van kortdurende interventies gebaseerd op de oorspronkelijke methodiek van Miller, concludeerden Dunn et al. (2001) dat motiverende gespreksvoering een effectieve interventie is als voorbereiding op het veranderen van verslavingsgedrag. Zij merkten daarbij op dat het effect van motiverende gespreksvoering lijkt toe te nemen, wanneer het gecombineerd wordt met een meer intensieve vervolgbehandeling. Deze conclusie wordt onderschreven door Miller (2001), die aangeeft dat er met name voor de toegevoegde waarde van motiverende gespreksvoering aan andere behandelvormen evidentie lijkt te bestaan. Wat hierbij precies de werkzame ingrediënten of mechanismen zijn, is overigens lang niet duidelijk (Longabaugh, 2001). Zo kon tot dusverre niet eenduidig worden aangetoond dat patiënten met bepaalde kenmerken meer baat zouden hebben bij motiverende gespreksvoering - als 'stand alone' therapie - dan anderen (Project Match, 1998). Wél lijkt er enige evidentie te bestaan voor de hypothese dat de toegevoegde waarde van motiverende gespreksvoering ter voorbereiding op een vervolgbehandeling toe te schrijven zou zijn aan een toegenomen motivatie tot gedragsverandering (Brown & Miller, 1993).

Hoewel de aanwezigheid van of het gebrek aan motivatie tot gedragsverandering geen dwingend criterium is bij de indicatiestelling en verwijzing (Schippers, 2000) lijken er – in het verlengde van de bevindingen van Brown en Miller (1993) – voldoende *practicebased*-argumenten te zijn voor het uitgangspunt dat vooral patiënten met geringe motivatie tot gedragsverandering baat kunnen hebben bij motiverende gespreksvoering ter voorbereiding op (vervolg-)behandeling. Om deze motivatie of bereidheid tot gedragsverandering vast te kunnen stellen, zijn goede (betrouwbare en valide) en bruikbare instrumenten nodig. Gezien de geringe deelname aan behandeling en de beperkte therapietrouw van dubbele

diagnosepatiënten, met comorbide verslavings- en psychiatrische problematiek, is het juist onder deze groep van groot belang om de motivatie of bereidheid tot gedragsverandering vast te stellen.

Voor het meten van motivatie of bereidheid tot gedragsverandering bij personen met een *Severe Mental Illness* (SMI-patiënten) geldt dat rekening gehouden moet worden met een aantal speciale aspecten, waaronder de context waarbinnen de meting plaatsvindt en de mentale status en eventuele cognitieve beperkingen van de patiënt. Over het algemeen is gebleken dat de aanwezigheid van ernstige psychiatrische problematiek niet van invloed hoeft te zijn op de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van vragenlijsten: *"an assessment can be attempted if a patient is stabilized relative to his or her baseline functioning, [and] when the patient is willing and able to carry on a coherent conversation."* (Carey et al., 2002: 1348).

2. Methode

In het literatuuronderzoek naar motivatie-vragenlijsten is de wetenschappelijk literatuur die is ondergebracht in de database van de National Library of Medicine (PubMed) geïnventariseerd. De inventarisatie richtte zich op alle relevante publicaties uit de periode van 1980 tot medio 2002. De gehanteerde zoekstrategie was opgebouwd uit een vijftal substrategieën. In de eerste twee stappen werd gezocht naar alle artikelen die informatie bevatten over meetinstrumenten en hun psychometrische eigenschappen. In de derde en vierde stap werden alle artikelen geïnventariseerd die betrekking hebben op middelengebruik. In stap vijf werd gezocht naar artikelen waarin gerapporteerd wordt over motivatie of verandering. In de afsluitende stappen werden de voorgaande resultaten gecombineerd en gematcht (zie onderstaande tabel).

komen uit of zijn terug te voeren tot het transtheoretisch veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente besproken. Het betreft een algoritme waarbij patiënten in één van de vijf stadia van verandering worden ingedeeld en drie zelfrapportage-instrumenten. Daarna worden de overige instrumenten besproken (veelal zelfrapportage-instrumenten en een enkele klinische beoordeling), die over het algemeen niet gebaseerd zijn op een theoretisch model van verandering of motivatie.

Tabel 1. Zoekstrategie en resultaten.

stap	zoekstrategie	hits
1.	assess* OR detect* OR screen* OR diagnosis OR diagnost* OR identif* OR measure* OR instrument* OR interview* OR questionnaire	3.462.168
2.	psychometric* OR reliab* OR valid* OR sensitivity OR specificity	455.063
3.	polydrug* OR substance* OR heroin OR cocaine OR alcohol OR amphetamin* OR tranquil* OR narcotic* OR opiat* OR *street drug* OR psychotropic* OR marijuana OR non-prescri*	283.850
4.	abus* OR misus* OR dependen* OR addict* OR illegal* OR illicit* OR habit* OR withdraw* OR abstinem*	400.567
5.	motivati* OR change	206.311
6.	#1 AND #2 AND #3 AND #4	5.734
7.	#5 AND #6	501

Uiteindelijk leidde deze strategie tot 465 literatuurverwijzingen. Op grond van de titels zijn 73 abstracts doorgenomen en uiteindelijk 42 artikelen aangevraagd. Op grond van *snowballing* uit de literatuurreferenties van de bestudeerde artikelen is nog een aantal aanvullende artikelen aangevraagd. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in negen motivatie-instrumenten die gericht zijn op de motivatie of bereidheid om het alcohol- en/of drugsgebruik te veranderen, dan wel de motivatie of bereidheid om in behandeling te gaan voor alcohol- en/of drugsproblematiek. Van deze instrumenten zijn er voor zover bekend slechts drie zelfrapportage-instrumenten ook toegepast onder dubbele diagnosepatiënten (met comorbide *severe mental illness* en psychoactief middelengebruik).

In het volgende hoofdstuk worden de motivatie-instrumenten die in het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen besproken. Hierbij worden allereerst de instrumenten die voort-

3. Resultaten

3.1 Prochaska, DiClemente & Norcross' five stage algorithm

In 1983 ontwikkelden Prochaska en DiClemente het zogenoemde transtheoretisch model van verandering. In dit model werden de volgende vijf stadia van verandering onderscheiden:

- > precontemplation: the individual is continuing to use the substance, is not interested in discontinuing use during the next six months, and denies or minimizes that associated problems are related to substance use
- > contemplation: the individual continues to use the substance but recognizes that continued use is a problem and expresses an interest to quit using the substance sometime during the next six months
- > preparation: the individual continues to use the substance but is now interested in making a commitment to stop using during the next 30 days and would benefit from developing an action plan
- > action: the individual is actively attempting to quit using the substance and is ready to participate in treatment
- > maintenance: the individual has been abstinent for more than 3 months but less than 5 years, and addiction is still part of his or her identified mental health treatment issues

Met de opkomst en ontwikkeling van het transtheoretisch model ontstond al snel een algoritme om personen aan de hand van een beperkt aantal vragen te categoriseren in één van de veranderingsstadia. Hiervoor werden verschillende vragen en verschillende tijdsreferenties gebruikt, hetgeen de vergelijkbaarheid van de staging algorithms onmogelijk maakt. Vragen die in het algoritme gebruikt kunnen worden, zijn:

1. Are you currently drinking/using drugs?
2. Are you seriously considering quitting in the next six months?
3. Are you planning to quit in the next few days?
4. Have you quit drinking for a period of at least 24 hours in the past year?
5. How long have you been abstinent?

Een voorbeeld van een studie waarin gebruik werd gemaakt van het algoritme is een onderzoek van Ziedonis en Trudeau (1997) dat werd uitgevoerd in een ambulante setting. In deze studie werd een vijf-vragen algoritme toegepast om het motivatiestadium van de persoon vast te kunnen stellen. De vragen hebben betrekking op de volgende aspecten:

- > of de cliënt momenteel een psychoactief middel gebruikt;
- > of de cliënt continuering van het middelengebruik als een probleem ervaart;
- > wat het behandeldoel van de cliënt is (gecontroleerd gebruik of tijdelijke of definitieve abstinentie);
- > op welke termijn de cliënt zijn/haar middelengebruik wil beëindigen (binnen 30 dagen of binnen zes maanden).

3.2 University of Rhodes Island Change Assessment Scale (URICA)

Uit een totale itempool van 165 statements is de 'stages of change questionnaire' (later ook URICA genoemd) ontwikkeld. De 32 resterende items zijn factoranalytisch ondergebracht in vier subschalen uit het model van Prochaska en DiClemente: pre-contemplation, contemplation, action en maintenance. De vier subschalen hebben een redelijk tot goede interne consistentie, blijvend in diverse studies (zie tabel 2). Overigens dient opgemerkt te worden dat de URICA gericht is op de readiness to change in geval van 'problemen', die niet nader gespecificeerd zijn.

Tabel 2. Interne consistentie coëfficiënten van de URICA in diverse studies

	McConaughy psychotherapy sample	Prochaska sample	Belding et al. methadone sample	Abellanas et al. methadone sample	Rogers et al. Severe Mental Illness sample
	[n = 155]	[n = 310]	[n = 275]	[n = 41]	[n = 163]
Precontemplation	.88	0.77	.71	0.64	0.67
Contemplation	.88	0.75	.71	0.65	0.78
Action	.89	0.87	.69	0.71	0.85
Maintenance	.88	0.76	.52	0.71	0.76

Rogers et al. (2001) hebben de psychometrische eigenschappen van de CAS of URICA onderzocht in een groep 'severe mental illness' patiënten, die voor *vocational training* in aanmerking kwamen. Hierbij was "moderate to severe substance abuse problems" overigens één van de exclusiecriteria. Zij merken ten aanzien van de motivatie voor verandering op, dat "Periodic measures of readiness may be necessary to uncover a stronger relationship between readiness for change and engagement in an intervention designed to promote change, or even actual change. In addition, readiness for change may not be a stable phenomenon, making it difficult to use as a predictor of long-term change." (Rogers et al., 2001: 109). (). "It may be that the Change Assessment Scale is a better predictor of proximal rather than distal change". (Rogers et al., 2001: 111)

Abellanas en McLellan hebben de URICA onderzocht in een sample van 41 (mannelijke) methadoncliënten, met naast heroïneafhankelijkheid ook cocaïne- en nicotineafhankelijkheid. Zijn ontwikkelden drie specifieke URICA's, gericht op verandering van nicotine-, cocaïne- en heroïneconsumptie. In bovenstaande tabel staan de Cronbach alpha's vermeld voor de heroïnevariant van de URICA.

Belding, Iguchi en Lamb (1996) hebben het stages of change algoritme en de URICA toegepast in een studie onder methadoncliënten. Zij slaagden er niet in om de oorspronkelijke factorstructuur van de URICA te repliceren. Bovendien concluderen zij op grond van de vergelijking tussen het stage of change algoritme en de URICA-scores dat "contrary to the stage of change model, the algorithm stage measure and the URICA may not measure the same. (). Classification on the basis of the URICA coincided with algorithm classification in only 31% of cases". (Belding, Iguchi & Lamb, 1996: 164). De mogelijke verklaring die de onderzoekers hiervoor geven, is gelegen in het feit dat het algoritme vooral gebaseerd is op plannen om

gedrag te veranderen, terwijl de URICA vooral de attitude ten aanzien van gedragsverandering zou registreren.

Voor zover bekend is de URICA niet onderzocht op psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid onder dubbele diagnose patiënten.

3.3 Stages Of Change And Treatment Eagerness Scale (Socrates)

De 19 item Socrates is ontwikkeld onder alcoholpatiënten (Miller & Tonnigan, 1996). Op grond van een factoranalyse is het instrument onderverdeeld in drie subschalen. De eerste schaal, Stappen Zetten (*taking steps*), bestaat uit 8 items die oorspronkelijk waren aangemerkt als items behorend tot de 'action' en de 'maintenance' fase van het veranderingsproces. De tweede schaal, Erkenning (*recognition*), bestaat uit zeven items uit de 'pre-contemplation' en de 'determination' fase. De derde en laatste schaal, Ambivalentie (*ambivalence*), bestaat uit vier 'contemplation' items. De interne consistentie van de schalen bedraagt respectievelijk .83, .85 en .60 (Cronbach's alpha). In een kleine betrouwbaarheidsstudie onder 82 alcoholcliënten werden test-hertest *intra*class correlatie-coëfficiënten gevonden van respectievelijk .91 (Stappen Zetten), .94 (Erkenning) en .82 (Ambivalentie). Bovendien worden deciel-scores gepresenteerd voor beide populaties (patiënten uit verschillende ambulante alcoholprogramma's en alcoholnazorgprogramma's) alsmede de totale onderzoeksgroep ($n = 1672$).

In een recente studie van Carey et al. (2001) is de Socrates ingezet onder 84 patiënten uit een psychiatrische dagbehandeling die tevens gediagnosticeerd waren als problematische middelengebruikers (60% alcohol, 24% cannabis, 13% cocaïne en de resterende drie patiënten opiaten en tranquillizers). De belangrijkste As I diagnoses waren schizofrenie (55%), depressie (32%) en bipolaire stoornis (13%). Evenals in de oorspronkelijke studie was de interne consistentie voor de Stappen Zetten en Erkenning subschalen hoog (resp. Cronbach's alpha's van .90 en .91) en voor de subschaal Ambivalentie laag (.60). De test-hertest *intra*class correlatie-coëfficiënten bedroegen respectievelijk .82, .90 en .79. De interne consistentie van de schalen en de test-hertestbetrouwbaarheid bleek niet samen te hangen met de aard (schizofrenie versus stemmingsstoornissen) of de ernst (*high* versus *low severity*) van de psychiatrische stoornissen. In deze studie merkten de onderzoekers op dat onder deze dubbele diagnosegroep SMI-patiënten "... it was necessary to administer all instruments orally, in interview format, in order to maximize participants' level of attention, optimize the pace of administration and clarify items for participants." (Carey et al., 2001: 81).

Zoals uit het bovenstaande blijkt zijn de psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid van de Socrates ook onderzocht onder dubbele diagnosepatiënten.

3.4 Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

Eveneens gebaseerd op het Prochaska en DiClemente-model is de "Readiness to Change Questionnaire" (RCQ) van Rollnick et al. (1992). Evenals de URICA is de RCQ in oorsprong ontwikkeld onder respondenten met problematisch alcoholgebruik. De uiteindelijke versie

van de RCQ bestaat uit 12 items, die op een 5-puntsschaal beantwoord moeten worden. Er is tevens een drugsversie beschikbaar. De RCQ is opgebouwd uit drie subschalen - pre-contemplatie, contemplatie en actie - met een bevredigende interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid (zie tabel 3; met uitzondering van de studie van Gavin).

Rollnick et al. concluderen dat "The Readiness to Change Questionnaire was shown to have good psychometric properties, with satisfactory internal consistency and test-retest reliability. The questionnaire is short and easy to administer on a self completion basis. It is therefore suitable for use in busy medical settings where opportunistic interventions with excessive drinkers is planned." (Rollnick et al., 1992: 752).

In een vervolgstudie hebben Heather, Rollnick & Bell (1993) de predictieve validiteit van de RCQ onderzocht onder een groep mannelijke, excessieve drinkers ($n = 174$). Het blijkt dat personen die in de 'action-fase' worden gecategoriseerd bij een zes-maanden follow-up minder alcohol drinken in vergelijking tot de baseline-meting. Heather et al. komen tot de conclusie dat "the results reported here provide good evidence of one form of predictive validity, the ability to predict changes in drinking behaviour over time (). Multiple regression analysis showed that a variable derived from the questionnaire (namelijk 'action stage') remained significantly related to changes in consumption at 6-month follow-up when the effects of other predictors had been taken into account. The stage of change variable continued to predict change in consumption after the effects of much simpler ways of asking about intentions to cut down drinking had been controlled for." (Heather et al., 1993: 1676).

Tabel 3. Interne consistentie coëfficiënten en test-hertestbetrouwbaarheid van de RCQ

	Rollnick et al. 1992	Defuentes-Merillas et al. 2002	Rodriguez-Martos et al. 2000	Gavin et al. 1998
excessive drinkers outside treatment [n = 141]		excessive drinkers in treatment [n = 246+51]	excessive drinkers outside treatment [n = 201]	outpatient alcohol abusers in treatment [n = 66]
pre-contemplation	0.73	0.68	0.58	.30
contemplation	0.80	0.70	0.75	.52
action	0.85	0.81	0.80	.76
internal scale consistency, Cronbach's alpha				
	Rollnick et al. 1992	Rodriguez-Martos et al. 2000		
pre-contemplation	0.82	0.81		
contemplation	0.86	0.87		
action	0.78	0.86		

Test-retest reliability

Eén van de weinige studies naar 'readiness to change' onder psychiatrische patiënten (schizofrenen) met verslavingsproblematiek (m.n. alcohol en/of cannabis) is uitgevoerd door Addington et al. (1999). Voor een klein sample ($n = 39$) werd 'readiness to change' klinisch vastgesteld aan de hand van vijf - door Prochaska et al. (1992) gesuggereerde - items (het zogenaamde stage-algoritme), alsmede middels de Socrates en de Readiness to Change Questionnaire (RCQ). Uit de resultaten bleek dat de antwoorden van de cliënten op de zelf-rapportagematen verschilden van de interviewerratings. Bij iets minder dan 50% van de cliënten was sprake van een overeenkomstige cliënt- en interviewerrating voor wat betreft de bereidheid tot verandering op het gebied van alcoholgebruik. Voor de bereidheid tot verandering op het gebied van drugsgebruik betrof dit percentage 68%. Tussen de zelfrapportage op de Socrates en die op de RCQ was sprake van weinig overeenstemming, voor zowel het alcohol- als drugsgebruik. Op grond van deze bevindingen concluderen Addington et al., dat *"In conclusion, further research is required in terms of examining and comparing scales that purportedly measure the same dimensions. This needs to occur in both psychiatric and non-psychiatric populations. It has to be determined whether there is agreement on scales of readiness to change. Second, it has then to be determined whether such agreement or lack of agreement is affected by the fact that the respondents have a psychiatric problem. Furthermore, results of the this study suggest that it may be important to assess readiness to change from two perspectives ... the perspective of the treatment team ... [and] self-report measures will give the treatment team valuable information as to which stage the individual perceives himself or herself to be."* (Addington et al., 1999: 159)

Verder merken de onderzoekers op dat de tegenvallende resultaten waarschijnlijk niet zijn toe te schrijven aan het feit dat de patiënten een dubbele diagnose hadden, omdat is aangegevoerd dat *"individuals with schizophrenia are relatively competent at completing self-report questionnaires if they are stable and not in the acute stage of the illness."* (Addington et al., 1999: 159).

Zoals uit bovenstaande blijkt zijn de psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid van de RCQ onderzocht in een kleine studie onder dubbele diagnosepatiënten.

Nederlandstalige versie van de Readiness to Change Questionnaire

De RCQ is onder meer vertaald in het Spaans (Rodriguez-Martos et al., 2000) en Nederlands (Defuentes-Merillas et al., 2002), met min of meer vergelijkbare psychometrische eigenschappen (zie bovenstaande tabel). Voor de Nederlandse situatie is de RCQ deels aangepast (negatief geformuleerde items werden omgezet in positief geformuleerde vragen). Defuentes-Merillas et al. concludeerden onder meer dat *"the most relevant use of the questionnaire is to distinguish between clients who are ready to change their drinking behaviour, and can therefore be offered skills-based and other action-oriented treatment procedures more or less immediately, from those who are not ready to change and are probably in need of further motivational counselling."* (Defuentes-Merillas et al., 2002: 98)

3.5 Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability (CMRS)

De CMRS (DeLeon & Jainchill, 1986) is een zelfinvulvragenlijst die bestaat uit 42 items, verdeeld over vier dimensies:

- > *Circumstances*, verwijzend naar externe condities die mensen ertoe bewegen om behandeling te zoeken;
- > *Motivation*, verwijzend naar innerlijke redenen die mensen ertoe bewegen om verandering na te streven;
- Readiness*, verwijzend naar de behoefte aan behandeling; en
- > *Suitability*, verwijzend naar de mate waarin de persoon de specifieke behandelvorm als geschikt voor zichzelf beschouwt.

Psychometrisch onderzoek van de CMRS is beperkt tot de opname-populatie van Phoenix House, een Amerikaanse drugsvrije therapeutische gemeenschap. De vier onderscheiden dimensies worden niet ondersteund door factoranalyse. De interne consistentie is laag (.41 tot .44) voor de *Circumstances*-schaal en redelijk tot goed voor de overige drie schalen (.62 tot .81).

De vier subschalen en de totaalscore correleren significant, zij het niet hoog, met de totale behandelduur (.11 tot .30), en de 30-dagen retentie (.11 tot .31). Patiënten met lage scores op de subschalen zijn na 30 dagen minder vaak nog in behandeling dan patiënten met hoge scores.

Voor zover bekend is de CMRS niet onderzocht op psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid onder dubbele diagnosepatiënten.

3.6 TCU Motivation for Treatment

De 'Texas Christian University' Motivation for Treatmentvragenlijst (Simpson & Joe, 1993) is een bewerking van de CMRS van DeLeon & Jainchill. Drie herziene schalen werden geconstrueerd, met als doel opeenvolgende cognitieve stadia, van het herkennen en erkennen van het probleem tot acceptatie van de noodzaak tot verandering in kaart te brengen. Deze schalen dienen volgens Simpson en Joe op een vergelijkbare wijze beschouwd te worden als de stadia van verandering in het model van Prochaska, DiClemente en Norcross (1992):

- > *Problem Recognition*, verwijzend naar overgang van precontemplation naar contemplation. 9 items, Cronbach's alpha van .87 en .90 in twee subsamples;
- > *Desire for Help*, verwijzend naar cognitieve ontwikkeling in de richting van handelen (action) 7 items, Cronbach's alpha van .72 en .79 in twee subsamples;
- > *Treatment Readiness*, verwijzend naar beslissing te committeren aan formele behandeling 8 items, Cronbach's alpha van .70 en .74 in twee subsamples.

Uit een principale componentenanalyse kwam één hogere ordefactor naar voren, hetgeen suggereert dat aan de drie domeinen één motivationeel basisconstruct ten grondslag ligt. Daarentegen bleek ook dat deze 'algemene motivatie' factor niet in voldoende mate de specifieke variantie die geassocieerd was met de drie onderscheiden schalen kon verklaren. Op grond hiervan concluderen de auteurs, dat *"Principal component analyses of the combined items from the three scales provide evidence that the scales are capturing three different aspects of motivation for treatment and appear to be in accord with levels of motivation as discussed by Prochaska and DiClemente."* (Simpson & Joe, 1993).

Tevens werd op basis van de scores op elk van de motivatieschalen gekeken naar de vroegtijdige uitval van cliënten uit behandeling. Uit de analyses bleek dat de scores op de *Drug Problem Recognitionschaal* en *Desire for Help* significant samenhangen met vroegtijdige uitval. Dit was niet het geval voor de *Treatment Readiness* schaal.

Voor zover bekend is de TCU MFT niet onderzocht op psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid onder dubbele diagnosepatiënten.

Nederlandstalige versie van de TCU Motivation for Treatment

De TCU Motivation for Treatment (MFT) schaal is vertaald in het Nederlands en valideringsonderzoek heeft plaatsgevonden in een studie met zowel patiënten met alcohol- als patiënten met drugsproblemen (DeWeert-VanOene et al., 2002). In een eerste factoranalyse - onder 132 patiënten met drugsproblemen - werden, in tegenstelling tot bij de oorspronkelijk schaal, vier in plaats van drie factoren gevonden. De subschaal Probleem Erkenning (*problem recognition*) viel uiteen in een subschaal verwijzend naar 'algemene problemen' (4 items) en een subschaal verwijzend naar 'specifieke problemen' (vijf items). De subschalen Behoeftes aan Hulp (*desire for help*; 7 items) en Behandelsbereidheid (*treatment readiness*; 8 items) bleken ook in de vertaalde versie unidimensioneel. In een tweede factoranalyse - onder 147 patiënten met alcoholproblemen - werd de vier-factorstructuur van de MFT gerepliceerd. De interne consistentie (Cronbach's alpha) van de vier subschalen varieerde van .55 tot .76 onder de drugspatiënten en van .52 tot .74 onder de alcoholpatiënten. De vier MFT-subschalen correleerden in de verwachte richting met een drietal Addiction Severity Indexmaten (*severity ratings, days experiencing problems en need for help*), zij het dat deze correlaties - een enkele uitzondering daargelaten - niet boven de .30 uitkwamen.

Op grond van deze bevindingen concludeerden de auteurs dat de MFT-schaal een bruikbaar en valide instrument is voor het vaststellen van de initiële motivatie voor behandeling van de cliënt. Wel merken de auteurs op dat voornamelijk verder onderzoek nodig is naar de predictieve validiteit van de MFT.

Voor zover bekend is de TCU-MFT niet onderzocht op psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid onder dubbele diagnosepatiënten.

3.7 Substance Abuse Treatment Scale

McHugo et al. (1995) onderzochten het 'four-stage' model van dubbele diagnosebehandeling dat eerder was ontwikkeld door Osher & Kofoed (1989) en identificeerden acht stadia in het herstelproces. Deze acht stadia werden met behulp van expliciete criteria geoperationaliseerd en verwerkt in de Substance Abuse Treatment Scale (SATS): (1) pre-engagement, (2) engagement, (3) early persuasion, (4) late persuasion, (5) early active treatment, (6) late active treatment, (7) relapse prevention, en (8) in remission or recovery.

In het onderzoek van McHugo et al. (1995) werd de Substance Abuse Treatment Scale elke zes maanden afgenomen door de casemanager van de cliënt. De betrouwbaarheid van het instrument bleek in verschillende analyses hoog te zijn. Zo bedroeg de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid 0.82-0.94 en de test-hertestbetrouwbaarheid 0.86-0.94. Ook werd een hoge mate van overeenstemming gevonden tussen de resultaten na afname door een clinicus en die door een onderzoeker (intra-class correlatie coëfficiënt 0.73).

De SATS is specifiek ontwikkeld voor toepassing onder dubbele diagnosepatiënten. Het betreft echter geen zelfrapportage-instrument, maar een klinische beoordeling.

3.8 Treatment Attitude Profile (TAP)

Neff en Zule (2000) ontwikkelden specifiek voor verslaafden die zich buiten de verslavingszorg bevonden een multidimensionele maat van motivatie voor behandeling, de Treatment Attitude Profile (TAP), en onderzochten de psychometrische eigenschappen van het instrument.

De dimensies van de TAP leunen sterk op vergelijkbare schalen in reeds bestaande instrumenten, maar werden speciaal ontwikkeld met het oog op een korte afname (5-10 minuten) en voor personen met een laag opleidingsniveau. Bovendien moest het instrument met een minimum aan training eenvoudig af te nemen zijn in een 'straat'-setting door outreachwerkers. In het instrument werden specifieke items opgenomen die verwezen naar:

- > the perceived severity of the individual's drug-user associated problems,
- > behavioral intention or perceived motivation to stop using drugs,
- > expressed need for formal treatment,
- > perceived barriers for treatment,
- > negative attitudes toward formal treatment.

Uit factor analyse van 25 van de oorspronkelijke 41 items kwamen vier factoren naar voren:

- > Need for treatment, 8 items verklaarden 30% van de variantie in de item set, met een interne consistentie van 0.84.
- > Perceived drug problem severity, 7 items verklaarden 10% van de variantie in de item set, met een interne consistentie van 0.85.
- > Behavioral intention or motivation to stop using drugs, 5 items verklaarden 6% van de variantie in de item set, met een interne consistentie van 0.77.
- > Negative attitudes toward formal treatment programs, 5 items verklaarden 6% van de variantie, met een interne consistentie van 0.64.

Op grond van de bevindingen concludeerden de auteurs dat de eerste drie TAP-schalen in voldoende mate betrouwbaar zijn en bovendien ten tijde van de drie maanden follow-up over voldoende predictieve validiteit bleken te beschikken.

Voor zover bekend is de TAP niet onderzocht op psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid onder dubbele diagnosepatiënten.

3.10 Recovery Attitude And Treatment Evaluator - Questionnaire I (RAATE-QI)

De Recovery Attitude and Treatment Evaluator - Questionnaire I (Raate-QI) (Smith, Hoffman & Nederhoed, 1995) is een 94-item zelfrapportagevragenlijst, bestaande uit vijf schalen - die overeenkomen met de vijf schalen van de RAATE-CE, die voor afname door een clinicus is bedoeld. Deze schalen zijn (1) resistance to treatment (treatment motivation and denial), (2) resistance to continuing care (long-term denial), (3) biomedical acuity, (4) psychiatric/psychological acuity, en (5) social/family environmental support. Deze schalen bleken in onderzoek over een goede interne consistentie (0.74-0.78) en een goede test-hertestbetrouwbaarheid

(0.85-0.87) te beschikken (Smith, Hoffman & Nederhoed, 1995).

Op grond van de Raate-QI werd door Najavits et al. (1997) speciaal voor onderzoeksdoeleinden een verkorte versie ontwikkeld, de Raate-R. Dit instrument bestaat uit 28 items, die in dezelfde dimensies onder te brengen zijn als die van de Raate-QI. Uit psychometrisch onderzoek naar de Raate-R kwamen de volgende bevindingen naar voren:

	aantal Items	coeff alpha	interrater kappa
> resistance to treatment	5	0.45	0.66
> resistance to continuing care	4	0.63	0.67
> biomedical problems	3	0.58	0.84
> psychological problems	5	0.62	0.84
> social and environmental status	11	0.71	0.92

In het onderzoek van Najavits werd tevens de samenhang tussen RAATE-R en de CMRS onderzocht. Voor zowel de totaalscores als de subschalen bleken de correlaties laag en niet significant. Op grond van de bevindingen concludeerden de auteurs dat de interne consistentie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de schalen in het algemeen voldoende waren, mits de interviewers een gestandaardiseerde training hadden ontvangen.

Voor zover bekend zijn het zelfrapportage-instrument RAATE-QI alsmede de klinische beoordelingsversie RAATE-R niet onderzocht op psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid onder dubbele diagnosepatiënten.

4. Samenvatting en discussie

Het literatuuronderzoek naar motivatielijsten heeft een beperkt aantal instrumenten opgeleverd (zie tabel 4. Overzicht motivatie-instrumenten). Het merendeel van de instrumenten is opgebouwd uit een aantal subschalen. Deze subschalen verwijzen geregeld naar de fasen uit het transtheoretisch model van verandering (Prochaska en DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente en Norcross, 1992). Dit veranderingsmodel heeft een grote aantrekkelijkheidswaarde omdat het als een van de weinige modellen een kader geeft waarbinnen (therapeutische) verandering plaatsvindt en de processen die daarbij een rol spelen.

De empirische ondersteuning van het model is echter beperkt en laat veel vragen onbeantwoord. Zo gaat het transtheoretisch model uit van een aantal opeenvolgende stadia waarlangs het veranderingsproces zich zou voltrekken: van pre-contemplatie, via contemplatie (soms gevolgd door preparatie) tot actie en uiteindelijk onderhoud of *maintenance* van de bewerkstelligde verandering. Het is echter de vraag in hoeverre deze stadia werkelijk van elkaar te onderscheiden zijn of dat zij slechts de verschijningsvorm zijn van een onderliggend motivatie-continuüm. Bovendien worden bij de definiering van de stadia verschillende dimensies gehanteerd (namelijk tijdsreferenties, intentie en gedrag) zonder dat dit op enige wijze gerelateerd hoeft te zijn aan de motivatie tot verandering: *"People can move through the cycle simply as a result of time rather than any altered psychological state."* (Davidson, 2002: 9).

In de onderzoeken naar het transtheoretisch model is lang niet altijd een eenduidige predictieve validiteit aangetoond van de stadia in het veranderingsmodel waarin patiënten verkeren en het korte- en lange-termijn beloop van het veranderingsproces. Op grond van een kritische bespreking van onderzoeken naar de predictieve waarde van het transtheoretisch model concludeert Davidson: *"It would seem, irrespective of the drug, that it is some sort of combination of a motivational measure and a dependence or severity of addiction measure which provides us with the best indicator of future drug use."* (Davidson, 2002: 11).

Onderzoek heeft evenmin aangetoond dat de stadia van verandering eenduidige, bruikbare aanknopingspunten leveren voor een *match* tussen patiënt en verschillende interventietypen (Project Match Research Group, 1998). In de literatuurstudie bij het protocol 'Indicatiestelling & trajecttoewijzing' (de Wildt & Schramade, 2002) komt Schippers tot een vergelijkbare conclusie. In de *evidencebased* literatuur zijn slechts zeer beperkt indicaties terug te vinden op grond waarvan patiënten met alcohol- en/of drugsproblemen naar verschillende effectieve behandelvormen verwezen zouden kunnen worden. Naast de ernst van de verslaving kunnen psychiatrische en sociale problematiek een factor spelen in de indicatiestelling. Motivatie of bereidheid tot gedragsverandering worden niet genoemd als dwingende indicatoren voor de toewijzing van patiënten aan behandeltypen (zie Schippers, 2002). Motivatie wordt vooral beschouwd als veranderlijke en beïnvloedbare patiëntkenmerken.

Kortom, het *"transtheoretical model offers a rich heuristic perspective on change, but given the lack of consistent evidence for the stages of change [cursivering toegevoegd PBI], great care must be taken in applications of the stage model. Stage matched interventions seem premature and ill advised."* (Littell & Girvin, 2002: 255).

Betrouwbaarheid - Interne consistentie en test-herstest betrouwbaarheid

De besproken motivatie-instrumenten zijn in beperkte mate onderzocht op hun psychometrische eigenschappen, waarbij de meeste aandacht is uitgegaan naar de interne consistentie van de (sub)schalen. Deze interne consistentie van de schalen is - enkele uitzonderin-

gen daargelaten - over het algemeen redelijk tot goed. Dit is echter slechts een beperkte indicatie van de betrouwbaarheid. Sommige schalen zijn opgebouwd uit items die slechts in woordkeuze verschillen en overduidelijk naar hetzelfde construct informeren (bijv.: *Nadenken over mijn drugsgebruik is tijdsverspilling* En: *Het is voor mij niet nodig na te denken over het veranderen van mijn drugsgebruik.*), waardoor de relatief hoge interne consistentie een artefact van de schaalconstructie wordt (zie Davidson, 1998 en 2002).

Voor een klein aantal motivatielijsten is de test-hertestbetrouwbaarheid gerapporteerd. Gezien de veranderlijkheid van motivatie en veranderingsstadia betreft het over het hertests binnen een kortdurende periode van enkele dagen tot een week maximaal. De gerapporteerde test-hertestbetrouwbaarheid was over het algemeen bevredigend. Zo rapporteerden Rollnick et al. (1992) en Rodriguez-Martos et al. (2000) test-hertestbetrouwbaarheidscoëfficiënten tussen .78 en .87 voor de drie subschalen van de Readiness to Change Questionnaire. Voor de Socrates worden test-hertestcoëfficiënten gevonden van .79 tot .96 (Miller & Tonigan, 1996 en Carey et al. 2001)

Validiteit - vragenlijstconstructie

De wijze waarop een aantal motivatie- of veranderingsvragenlijsten is geconstrueerd, is aan kritiek onderhevig. Littell en Girvin (2002) noemen de volgende punten ten aanzien van de URICA, die ook in meerdere of mindere mate op andere instrumenten van toepassing zijn:

- > veelal worden alle items in dezelfde richting gescoord, hetgeen de kans op response tendentie vergroot;
- > veel items zijn opgebouwd uit meer dan één statement (bijv.: Soms tot vaak denk ik dat ik minder drugs zou moeten gebruiken. Of: Het is waarschijnlijk dat ik veel problemen zal ondervinden als ik doorga met mijn drugsgebruik);
- > regelmatig bevatten items een ontkenning, hetgeen bij ontkenning van het item statement tot een moeilijk interpreteerbare 'dubbele ontkenning' leidt (bijv.: *Ik vind niet dat ik teveel drugs gebruik*);
- > soms zijn items slecht of moeilijk geformuleerd (bijv.: Ik leer liever omgaan met de gevolgen van drugs gebruiken dan dat ik het probeer te veranderen);
- > sommige items bevatten voor de dagelijkse spreektaal ongebruikelijke termen (bijv. *Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken over minder drugs gebruiken*).

Validiteit - Predictieve validiteit

In verschillende studies is enige ondersteuning gevonden voor de predictieve validiteit van de verschillende instrumenten (zie ook tabel 4). Patiënten met hogere scores op één of meer van de motivatie subschalen hebben een grotere kans om na enige tijd (varierend van 30 dagen tot soms zes maanden) nog steeds in behandeling te zijn dan patiënten met een geringere motivatie. De studies zijn echter niet eenduidig in de mate waarin motivatie korte- en langtermijn therapietrouw zou bepalen. Er is ook beperkte ondersteuning voor de predictieve validiteit van met name de actieschaal waar het feitelijke gedragsverandering betreft. Belding et al. (1997) merken ten aanzien van dit laatste aspect op, dat *"Such results, however, are also consistent with common sense and may be summarized simply as follows: Those who say they plan to change their behavior within a given time period are more likely to do so, than those who say they do not plan to change."* (Belding et al., 1997).

Belangrijkste knelpunten

In een overzichtartikel waarin een groot aantal motivatie-instrumenten wordt besproken, vatten Carey et al. (1999) de belangrijkste knelpunten rondom het transtheoretisch model van verandering en de beschikbare instrumenten samen in acht knelpunten.

1. Volgens het stages of change model bevinden personen zich in één van de stadia van het model. Uit de verschillende studies met de verschillende instrumenten, blijkt dat er niet een eenduidige wijze is waarop individuen daadwerkelijk in slechts één stadium ondergebracht kunnen worden: *"None of the methods for assigning substance abusers to stages has emerged as preferable based on the psychometric evidence."* (Carey et al., 1999: 262).
2. Scores op de subschalen van een motivatie-instrument zouden hoger moeten correleren naar mate de subschalen dichter bij elkaar liggen. In verschillende studies wordt, deels instrument-afhankelijk, uiteenlopende samenhang tussen de subschalen gerapporteerd. De Readiness to Change Questionnaire en de TCU Motivation for Treatment lijken hierbij iets beter te presteren dan de Socrates. De conclusie van Carey et al. (1999: 262) is desalniettemin dat *"evidence is mixed for a successive stage model."*
3. De stabiliteit van de stadia waarin personen worden gecategoriseerd is afhankelijk van het interval waarnaar wordt gekeken. Voor zover deze stabiliteit is onderzocht, lijkt de test-hertestbetrouwbaarheid afdoende te zijn.
4. Indeling van personen in stadia van verandering zou een predictieve waarde moeten hebben ten aanzien van het al dan niet optreden van gedragsverandering, zonder dat een interventie plaatsvindt. Uit een aantal studies (vooral onder rokers) blijkt dat met name de 'action-fase' enige voorspellende waarde heeft ten aanzien van gedragsverandering. De Readiness to Change Questionnaire lijkt ook onder alcoholgebruikers predictieve validiteit te hebben.
5. De veranderingsstadia zouden gerelateerd moeten zijn aan de ontvankelijkheid om aan behandeling deel te nemen alsmede aan de behandelduur. Voor de meeste motivatie-instrumenten is inderdaad gevonden dat scores op de relevante subschalen een voorspellende waarde hebben met betrekking tot het deelnemen aan behandeling en de behandelduur.
6. De stadia van verandering(sbereidheid) zouden moeten correleren of divergeren met relevante constructen. Over het algemeen werd in studies gevonden dat *"stage of change does covary with relevant cognition and behavior, although the nature of these correlations has varied widely across studies."* (Carey et al., 1999: 263).
7. Idealiter zou het stadium van motivatie of veranderingsbereidheid aanknopingspunten moeten bieden voor het type interventie dat het meest geschikt is. Het transtheoretisch model doet daar echter geen directe voorspellingen over en er is geen onderzoek waarovertuigende evidentie is gevonden voor een patient-treatment matching aan de hand van motivationeel stadium.
8. Het stadium van verandering waarin personen verkeren, is onafhankelijk van deelname aan behandeling. Dit impliceert dat onderscheid moet worden gemaakt tussen readiness to change aan de ene kant en readiness for treatment aan de andere kant. *"Both theory and practical applications imply a value in separating the constructs of readiness to change and readiness for treatment, allowing a distinction between motivation for change and attitudes about a particular treatment option."* (Carey et al., 1999: 262).

Ook Carroll en Rounsaville (2002) komen in een bespreking van bestaande motivatievragenlijsten tot de conclusie dat *“it should be noted that psychometric support for some of these instruments, and in particular for their predictive validity among samples of drug users, has been mixed and their utility among treatment-seeking samples of drug users remains uncertain.”* (Carroll & Rounsaville, 2002: 1334).

Motivatie-instrumenten en dubbele diagnosepatiënten

Drie van de in deze literatuurstudie geïnventariseerde motivatie- en veranderingsinstrumenten zijn ook toegepast onder patiënten met een dubbele diagnose. Het betrof de SOCRATES (Addington et al., 1999; Carey et al., 2001), de RCO (Addington et al., 1999) en de SATS (McHugo et al., 1995). De SATS is een instrument waarbij een getrainde clinicus een inschatting maakt van het veranderingsstadium waarin de patiënt verkeert. De andere twee toegepaste instrumenten zijn in principe zelfrapportage-instrumenten.

In hun studie onder schizofrene dubbele diagnosepatiënten hebben Carey et al. (2001) - op grond van een pilot - er uiteindelijk voor gekozen de SOCRATES mondeling in een interview-situatie af te nemen. Addington et al. (1999) zijn daarentegen van mening dat schizofreniepatiënten over het algemeen goed in staat zijn om zelfrapportage-vragenlijsten te beantwoorden zolang zij niet in een acute fase van het ziektebeeld verkeren.

5. Conclusie

Op grond van de uitgevoerde literatuurstudie is er geen empirische evidentie ten faveure van één sterk psychometrisch instrument dat motivatie of veranderingsbereidheid meet. De toepassing van dergelijke instrumenten onder dubbele diagnosepatiënten is beperkt, maar lijkt in ieder geval aan te geven dat de gebruikte instrumenten ook onder deze doelgroep ingezet kunnen worden. De keuze voor een motivatie-instrument onder dubbele diagnosepatiënten in Nederland wordt derhalve vooral gemaakt op grond van *practicebased* overwegingen. Hierbij dient nogmaals te worden gememoreerd dat motivatie geen dwingende beslis criterium is bij de indicatiestelling en toewijzing van patiënten (Schippers, 2000). Er bestaat slechts aanwijzing dat motivatie beïnvloedbaar is middels motiverende gespreksvoering en dat langs deze weg een toename in motivatie kan bijdragen aan de effectiviteit van andere, vervolgbehandelingen (Brown & Miller, 1993).

Er zijn in Nederland drie gevaldeerde motivatie-instrumenten: de URICA, de TCU Motivation for Treatment (MFT; deWeert-vanOene et al., 2002) en de Readiness to Change Questionnaire (RCQ; DeFuentes-Merillas et al., 2002). De MFT is onderzocht onder een gemengde groep patiënten met drugs- en alcoholproblematiek. Naast 'probleem-erkenning' meet de MFT de 'behoefte aan hulp' en 'behandel-bereidheid'. De factorstructuur van de 24 items kwam niet overeen met de oorspronkelijke schaalindeling. De interne consistentie van de uiteindelijk vier subschalen was laag (in de .50) tot redelijk (in de .70). De RCQ is onderzocht onder alcoholpatiënten, waarbij een vergelijkbare drie-factorstructuur werd gevonden als in het oorspronkelijke onderzoek van Rollnick et al. (1992). De interne consistentie van de factoren was redelijk tot goed: pre-contemplatie .68; contemplatie .70 en actie .81.

Gezien de beoogde toepassing van de motivatielijst, als screener bij dubbele diagnosepatiënten om vast te stellen in hoeverre patiënten bereid of gemotiveerd zijn hun alcohol- of drugsgebruik te veranderen, in combinatie met de psychometrische eigenschappen van de Nederlandstalige motivatie-instrumenten, lijkt de Readiness to Change Questionnaire het meest geeignende instrument om nader te onderzoeken in deze specifieke doelgroep. Dit laat overigens onverlet dat veel van hiervoor genoemde knelpunten en problemen in vragenlijst-constructie ook voor de RCO van toepassing zijn.

Ten slotte, bij toepassing van de 12 item RCO onder dubbele diagnosepatiënten dient onderscheid te worden gemaakt tussen gebruik van alcohol en het gebruik van (illegale) drugs. Bovendien, zo blijkt uit de literatuur, dient aandacht te worden geschonken aan de motivatie om gebruik van middelen te verminderen *versus* de motivatie om gebruik van middelen te stoppen.

Tabel 4. Overzicht motivatie-instrumenten

vragenlijst	populatie	SMI-patiënten	aantal items & subschalen	interne consistentie	self-report interview	predictieve validiteit
University of Rhode Island Change Assessment-Alcohol [URICA] (McConnuaghy et al. 1983; DiClemente & Hughes 1990; Belding et al. 1996, 1997; Rogers et al. 2001; Abellanas & McLellan 1993)	psychotherapie; SMI; druggebruikers;	ja, maar niet dubbele diagnose-patiënten	- precontemplation (8 items) - contemplation (8 items) - action (8 items) - maintenance (8 items)	.64 - .88 .65 - .88 .71 - .89 .71 - .88	self-report	Belding et al (1997) vonden geen significante samenhang tussen de subschalen en behandelduur en alleen voor de contemplatie-score was er samenhang met 'posttest drug-free urine specimens'. Rogers et al melden korte termijn predictieve validiteit voor de contemplatie- en actie-subschaal.
Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale [Socrates] (Miller & Tonigan 1996; Carey et al. 2001; Addington et al. 1999)	alcoholpatiënten; drugsgebruikers met SMI	ja	- taking steps (8 items) - recognition (7 items) - ambivalence (4 items)	.83 - .90 .85 - .91 .60 - .60	self-report maar: interview onder dubbele diagnosepatiënten	geen informatie m.b.t. predictieve validiteit gevonden.
Readiness to Change Questionnaire [RCQ] (Rollnick et al. 1992; Heather et al. 1993; Gavin et al. 1998; Rodriguez-Martos et al. 2000; DeFuentes-Merillas et al. 2002; Addington et al. 1999).	alcoholgebruikers; drugsgebruikers met SMI	ja	- precontemplation (4 items) - contemplation (4 items) - action (4 items)	.30 - .73 .52 - .80 .76 - .85	self-report	Heather et al. (1993) vinden een sterkere afname in alcoholconsumptie na acht weken en zes maanden onder actie-fase cliënten dan onder (pre-)contemplatie cliënten.
Circumstances, motivation, readiness, and suitability [CMRS] (DeLeon et al. 1986, 1994)	drugsgebruikers (in therapeutische gemeenschap)	onbekend	- circumstances (11 items) - motivation (17 items) - readiness (8 items) - suitability (16 items)	.41 - .44 .70 - .77 .62 - .69 .85 - .87	self-report	er is een correlatie ($\leq .30$) tussen vooral 'readiness' en 'suitability' items en korte (30 dagen) en lange (90 en 150 dagen) retentie.
TCU Motivation for Treatment [MFT] (Simpson & Joe, 1993; De Weert-Van Oene et al. 2002)	drugsgebruikers; alcoholgebruikers	onbekend	- drug use problems (9 items) - desire for help (7 items) - readiness for treatment (8 items)	.88 .77 .72	self-report	hogere score op 'drug problems' en 'desire for help' gekoppeld aan hogere 60-dagen retentie. andere cliënt-variabelen hebben sterkere voorspellende waarde van vroegtijdige uitval.
Substance Abuse Treatment Scale [SATS] (McHugo et al. 1995)	dual disorder patients	ja	'substance abuse treatment stages': (1) pre-engagement, (2) engagement, (3) early persuasion, (4) late persuasion, (5) early active treatment, (6) late active treatment, (7) relapse prevention, (8) in remission or recovery	n.v.t.	klinische beoordeling	niet-gerapporteerd

vragenlijst	populatie	SMI-patiënten	aantal items & subschalen	interne consistentie	self-report interview	predictieve validiteit
Recovery, Attitude And Treatment Evaluator Questionnaire I [RAATE-QI] (Smith et al., 1995)	alcohol- en drugsgebruikers	onbekend	- resistance to treatment (23 items) - resistance to continuing care (19 items) - biomedical acuity (11 items) - psychiatric / psychological acuity (11 items) - social / family environmental status (30 items)	.75 .77 .63 .77 .76	self-report [ook een versie met klinische beoordeling beschikbaar]	niet gerapporteerd
Treatment Attitude Profile [TAP] (Neff & Zule 2000)	drugsgebruikers buiten behandeling	onbekend	- need for treatment (8 items) - perceived drug problem severity (7 items) - behavioral intention or motivation to stop using drugs (5 items) - negative attitudes toward formal treatment programs (5 items)	.84 .85 .77 .64	self-report	drugsgebruikers die zich na drie maanden hadden aangemeld voor behandeling bleken achteraf een hogere aanvangsscore te hebben op de eerste drie TAP-schalen.
Problem Awareness & Readiness for Treatment (Saloum et al. 1998)	drugsgebruikers met SMI	ja	twee schalen van de 'Alcohol Use Inventory': - problem awareness - readiness for treatment	<i>onbekend</i>	self-report	niet gerapporteerd

Bijlage 7

Screening en assessment van psychopathologie bij verslaafde patiënten

Een literatuurstudie

M.C. Kerkmeer
V.M. Hendriks

Parnassia Addiction Research Center, augustus 2003

1. Inleiding

Binnen de verslavingszorg is de laatste jaren meer en meer aandacht ontstaan voor comorbiditeit: het voorkomen van psychiatrische stoornissen naast de verslaving. In Nederland zijn gegevens over prevalentie van psychiatrie en middelenmisbruik*, en comorbiditeit van beide in de algemene populatie verzameld door NEMESIS (Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh, & Spijker, 2002). Gebleken is dat van de mensen bij wie met behulp van het Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Robins, Wing, & Wittchen, 1988) middelenmisbruik is gediagnosticeerd, 24.6% een comorbide stoornis heeft. Van de mensen met middelenmisbruik heeft 14.9% een stemmingsstoornis en 18.9% een angststoornis. Omgekeerd heeft 16.7% van de mensen met een stemmingsstoornis een comorbide diagnose van middelenmisbruik, en 13.0% van de mensen met een angststoornis. Over de comorbiditeit van schizofrenie en andere psychotische stoornissen met middelenmisbruik in Nederland is beperkte informatie beschikbaar: in een onderzoek naar de eerste incidentie van psychosen onder 1790 mensen in Den Haag bleek 22% van de mensen die zich aanmeldden bij de psychiatrie in het jaar voorafgaand aan de studie minstens een maal per maand drugs gebruikt te hebben (Veen, Selten, Hoek, Feller, Graaf, van der, & Kahn, 2002).

De prognose voor dubbele diagnosepatiënten is slechter dan voor patiënten met één enkele stoornis. Comorbiditeit van psychiatrie en verslaving leidt tot meer en grotere problemen op het gebied van gezondheid, huisvesting, criminaliteit, gezondheid, en sociale relaties en familie (Kerkmeester, de Klerk, & Hendriks, 2003). Daarom is het noodzakelijk in het behandelaanbod in te spelen op de bijzondere behoeften van deze groep cliënten. Voordat een organisatie echter een behandeling toegespitst op dubbele problematiek kan aanbieden, zal men moeten weten welke patiënten hiervoor in aanmerking komen. Daartoe zal men moeten nagaan welke cliënten in de verslavingszorg eveneens lijden aan psychiatrische stoornissen. In deze literatuurstudie worden drie procedures behandeld die toegepast kunnen worden: index of suspicion (zie paragraaf 3.1), screenen, en assessment.

Screenen

Er is een aantal algemene vereisten voor screeningsinstrumenten. De aard van de situatie vraagt om een instrument dat een snelle uitslag oplevert en bij voorkeur een korte afname-duur heeft. Sommige instrumenten die in de literatuur vermeld worden, zijn erg geschikt voor wetenschappelijk onderzoek, maar nemen een uur of langer in beslag. Dat is in de praktijk veel te lang: het gaat om het detecteren en vaststellen van psychiatrische problemen die relevant zijn voor de behandeling van het middelenmisbruik. Daarbij ligt de nadruk op de ernstiger psychiatrische aandoeningen: Severe Mental Illness (SMI). Verder moet een screener een relevante drempelwaarde hebben. Sensitiviteit is belangrijker dan specificiteit: functie van een screener is een breed net uit te werpen om zo veel mogelijk casussen met mogelijke psychopathologie te identificeren voor verdere evaluatie (Teitelbaum & Mullen, 2000). Zimmerman en Mattia (1999b) merken hierover op:

“A clinically useful multidimensional instrument should be brief enough to be completed by patients in a timely manner before their intake evaluation, yet comprehensive enough to

cover the most common disorders for which patients seek treatment. It should also be long enough so that it is psychometrically sound. Finally, its scoring and organization should be simple enough so that a clinician or office worker can rapidly review and score the inventory and obtain clinically useful information.” (p. 677).

Samengevat zijn algemene eisen aan een screener, parallel aan screenen op middelenmisbruik, dat het instrument cognitief niet te belastend is voor deze doelgroep, kort is, ook voor niet-psychiaters gemakkelijk af te nemen en te scoren is, onderzocht bij verslaafden, en bij gelijke geschiktheid heeft een instrument in het publieke domein de voorkeur. Uiteraard dient een instrument te beschikken over een goede betrouwbaarheid (met name test-hertest en interbeoordelaars) en validiteit: zie voor een uitgebreidere toelichting op deze begrippen de eerder verschenen literatuurstudie over screenen op middelenmisbruik bij psychiatrische patiënten (Kerkmeester, de Klerk, & Hendriks, 2003).

Bij screenen voor psychopathologie zijn er twee stromingen te onderscheiden. Bij de ene benadering wordt in een relatief korte lijst nagegaan of er sprake is van psychisch ongemak in algemene zin, en zal bij een nadere assessment moeten worden geconstateerd of het gaat om een depressie, psychotische stoornis, of wat voor andere stoornis dan ook. Bij de tweede benadering wordt gericht op bepaalde aandoeningen gescreend. Een volledige diagnose zal in het korte tijdsbestek niet tot stand kunnen komen, maar in elk geval wordt duidelijk in welke hoek gezocht moet worden. Nadeel is dat gezien de vele mogelijke stoornissen het instrument al snel vrij lang zal worden. Wat verder van belang is, is het onderscheid tussen primaire en additionele diagnoses. De diagnose van de primaire stoornis waarvoor hulp gezocht wordt is meestal wel adequaat, maar de herkenning van comorbide stoornissen die niet de voornaamste reden van aanmelding bij de hulpverlening zijn, kan problematisch zijn (Zimmerman & Sheeran, 2003). In deze literatuurstudie wordt getracht screeners over een zo breed mogelijk spectrum aan psychopathologie te behandelen; een overzicht van veel gebruikte vragenlijsten voor afzonderlijke diagnostische categorieën staat in de appendix.

De gouden standaards waarmee de sensitiviteit en specificiteit van screeners wordt nagegaan zijn vrijwel altijd ICD-10 en DSM-IV, met als kanttekening dat met name in het veld van chronische ziekten en rehabilitatie een ontwikkeling gaande is waarin de nadruk ligt op *abilities* en *disabilities*, en *needs assessment*. Dit is voor de verslavingszorg een geheel nieuwe conceptuele benadering van screening, assessment, diagnostiek en indicatiestelling die vooralsnog buiten het bestek van deze literatuurstudie valt.

Assessment

Assessment van psychiatrische aandoeningen wordt meestal gedaan middels een gestructureerd klinische interview, of door een (ongestructureerd) gesprek met een psychiater of klinisch psycholoog. Gestructureerde klinische interviews hebben een aantal voor- en nadelen. Voordelen zijn dat zij ten opzichte van open klinische interviews nauw verbonden zijn met diagnostische criteria, klinische symptomen worden onderscheiden van symptomen die het gevolg zijn van alledaagse moeilijkheden of lichamelijke oorzaken, en dat de volgorde van de vragen van tevoren is vastgesteld en zo efficiënt mogelijk is. Gestructureerde interviews hebben een grote voorspellende waarde en een hoge betrouwbaarheid. Nadelen zijn echter dat de drempel tussen pathologie en normaliteit behoorlijk arbitrair is, gestructureerde interviews erg lang zijn, vaak moeilijk af te nemen zijn (zeker als patiënten moeite hebben zich te concentreren) en een lange training vergen, vaak zo'n vijf dagen (Lecrubier et al., 1997).

* Middelenmisbruik moet in deze publicatie niet opgevat worden in de technische, DSM-IV zin, maar in algemene zin, dus inclusief afhankelijkheid.

Persoonlijkheidsstoornissen

Naast DSM-IV AsI pathologie komen persoonlijkheidsstoornissen - met name antisociale persoonlijkheidsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis - veelvuldig voor bij verslaafden (zie o.a. Nadeau et al., 1999). De aanwezigheid van additionele AsII pathologie is een complicerende factor die van belang voor de prognose in behandeling (Nace et al., 1983; Verheul et al., 1998). Het vaststellen van AsII pathologie bij verslaafden is echter problematisch gebleken (zie o.a. Perry, 1992; Zimmerman, 1994). Het gaat hierbij zowel om conceptuele problemen als om beperkingen van de validiteit en betrouwbaarheid.

Tegen deze achtergrond wordt in een overzichtsrapport van Health Canada (2002) geadviseerd persoonlijkheidsdiagnostiek bij verslaafden uitsluitend te laten verrichten door een gekwalificeerde clinicus, aan de hand van een gestructureerd interview. Interviewschema's die hiervoor in aanmerking komen, zijn het Structured Interview for Disorders of Personality (SIDP; Pfohl et al., 1983), het Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First et al., 1996) en het International Personality Disorder Examination van de Wereld Gezondheids Organisatie (IDPE; Loranger, 1995).

Uit een quick scan van de literatuur blijkt dat korte instrumenten die beogen te screenen op het gehele spectrum van de AsI persoonlijkheidsstoornissen eigenlijk niet voorhanden zijn. Wel zijn er enkele generieke AsII zelfinvulvragenlijsten, maar deze vereisen nog steeds een aanzienlijke afnameduur. De meest gebruikte vragenlijsten op dit gebied zijn de Personality Diagnostic Questionnaire, bestaande uit 100 items (PDQ-R; Hyler et al., 1987; 1992), de Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI; Millon, 1983) en in Nederland de Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid (VKP), een 174-item lijst die afgeleid werd van de IDPE (Duijsens, 1996). Een alom erkend probleem met deze zelfinvullijsten is dat zij een hoog aantal vals-positieve diagnoses opleveren (zie o.a. Health Canada, 2002).

Op grond van de geringe beschikbaarheid van bruikbare screeningsinstrumenten voor het gehele spectrum van As-II is besloten de onderhavige literatuurstudie te beperken tot AsI psychopathologie, en zoals al eerder genoemd tot instrumenten die het brede spectrum aan AsI stoornissen beogen te meten.

2. Methode

Bij het zoeken naar literatuur zijn als criteria gehanteerd dat een artikel informatie moest geven over de bruikbaarheid en psychometrische eigenschappen van een instrument dat screende op een breed scala aan (AsI) psychopathologie, bij voorkeur onderzocht in een populatie van verslaafden. Hetzelfde gold voor de artikelen over assessment instrumenten.

Algemeen

Om mee te beginnen is er gezocht in de literatuur database PubMed op *instrument psychiatr** met als limits vanaf 1993, human, en als publicatietype review of clinical trial. Dit resulteerde in 138 treffers. Hiervan zijn op grond van de titel en in tweede instantie abstracts uiteindelijk vier artikelen relevant geacht. Vervolgens werd met dezelfde limits gezocht met de MeSH termen *psychiatry*, *addiction* en *screening*, hetgeen resulteerde in 33 treffers, waarvan twee artikelen bruikbaar leken. Daarna is gezocht op *psychiatr* screener*, hetgeen resulteerde in 36 treffers waarvan geen werd aangevraagd omdat geen van de treffers voldeed aan de hierboven gestelde eisen. Tot slot werd voor het laatste deel van deze studie gezocht op *psychiatry assessment*; van de negen treffers werden twee nieuwe bruikbare artikelen opgevraagd.

"Snowball" zoeken

Naar aanleiding van een inmiddels gevonden instrument werd gezocht op *The Mini International Neuropsychiatric Interview*, met als resultaat 41 treffers waarvan er zeven op grond van relevantie werden aangevraagd. Naar aanleiding van een treffer werd gezocht op *Assessment of Dual Diagnosis*, maar daar werd alleen de oorspronkelijke referentie in gevonden. Het gaat hier om een heel recente lijst waar nog geen onderzoek met verslaafden over is gepubliceerd. Vervolgens werd gezocht op PDSQ, hetgeen vier treffers opleverde die alle werden aangevraagd. Naar aanleiding van een andere treffer werd gezocht op *Semi-Structured Assessment Genetics Alcoholism*, wat geen nieuwe bruikbare artikelen opleverde.

PsychInfo

Vervolgens is gezocht in PsychInfo vanaf 1985 tot heden. In Tabel 1 staan de aantallen treffers per zoekterm. Deze artikelen waren grotendeels ook al in PubMed gevonden.

Tabel 1. Aantallen treffers per zoekterm in PsychInfo.

Zoekterm	# treffers
Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire	5
*Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire"	5
K6	3
K10	3
(K6 and K10)	3
Mini-International Neuropsychiatric Interview	43
SSAGA	4
Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism	20

Vervolgens is gezocht in PubMed om artikelen over de assessments te vinden. Met als limits vanaf 1993, humane studies, volwassenen, en clinical trial / review, werden voor het Structured Clinical Interview DSM (SCID) 10 abstracts van de 110 geselecteerd, waarvan uiteindelijk één artikel relevant bleek. Met dezelfde limits werden voor het CIDI 19 treffers gevonden. Van 7 werden de abstracts geselecteerd, en uiteindelijk werd één artikel bruikbaar geacht.

Over de tests zal de volgende informatie (indien beschikbaar) worden gerapporteerd: De ontwikkeling, meetpretentie, doelgroep, en betrouwbaarheid en validiteit. Het is natuurlijk zeer belangrijk dat het instrument geschikt is voor dubbele diagnosepatiënten. Verder of de test bij zowel mannen als vrouwen is onderzocht, en in welke etnische groepen. De tijdsreferentie (lifetime of recent) is van belang, evenals de afnameduur. Tot slot wordt gerapporteerd (indien mogelijk) of de test door een (professionele) interviewer moet worden afgenomen of dat het een zelfinvulvragenlijst is, en of een vragenlijst tot het publieke domein behoort. Waar geen of summiere informatie beschikbaar is over de toepasbaarheid van een instrument in een dubbele diagnosepopulatie, is tevens literatuur betrokken over bredere populaties.

3. Resultaten

3.1 Index of suspicion

In eerdere literatuurstudies werd reeds melding gemaakt van een zogenoemde *Index of suspicion* (Kerkmeier, de Klerk, & Hendriks, 2003), hetgeen verwijst naar een screeningsbenadering die zeer weinig tijd en inspanning vereist (Drake, Rosenberg, & Mueser, 1996; Health Canada, 2002) en op grond hiervan vooral bruikbaar is voor het nemen van klinische beslissingen in situaties en settings waar meer psychometrisch geraffineerde benaderingen niet geschikt of niet haalbaar zijn, zoals bij een zeer hoge caseload of in een acute crisissetting. Een index of suspicion bestaat uit een eenvoudige checklist van gedrags-, klinische en/of sociale indicatoren die, in combinatie, een aanwijzing opleveren dat er bij de persoon vermoedelijk sprake is van relevante psychiatrische problematiek en dat verdere diagnostiek geïndiceerd is. De volgende problemen kunnen bij personen met verslavingsproblematiek een aanwijzing vormen voor de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (Health Canada, 2002):

Algemene indruk, alertheid, affect, angst

- algemene indruk: het vóórkomen van de persoon, hygiëne, kleding
- alertheid: bewustzijnsniveau, mate van alertheid
- affect: opgetogen of depressief: houding, gezichtsuitdrukking, spraak
- angst: is de persoon nerveus, fobisch of zeer angstig?

Gedrag

- motoriek: frequentie (hyperactief, hypoactief, abrupt, constant?)
- samenhang: coherent en doelgericht?
- doelbewust: bizar, stereotiep, gevaarlijk, of impulsief?
- spraak: snelheid, doelgericht, coherentie, inhoud

Cognitie

- oriëntatie: persoon, plaats, tijd en omstandigheid
- denkvermogen: geheugen en eenvoudige taken
- redeneren: inzicht, beoordelingsvermogen, probleem oplossing
- coherentie: incoherente ideeën, wanen, of hallucinaties?

3.1.2 Het stellen van enkele vragen

In hetzelfde rapport van Health Canada (2002) wordt - eveneens in de context van snelle screeningsmethoden die weinig inspanning vereisen - tevens gewezen op de toegevoegde waarde van het stellen van enkele eenvoudige vragen over psychiatrische problematiek. Health Canada stelt - met enige voorzichtigheid - de volgende drie screeningsvragen voor in situaties waar meer geraffineerde methoden niet haalbaar zijn. Een positief antwoord op één of meer van deze vragen rechtvaardigt verder onderzoek (Health Canada, 2002).

- > Heeft een psychiater, psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige ooit bij u een psychiatrische diagnose gesteld? (ja/nee)
- > Bent u ooit opgenomen geweest voor psychiatrische problemen? (ja/nee)
- > Heeft u zichzelf ooit letsel toegebracht, of dat overwogen, zonder dat u onder directe invloed van alcohol of drugs was? (ja/nee)

Conclusie

Indien in een behandelcentrum nauwelijks tijd is voor een screening, laat staan een assessment, van psychiatrische klachten bij patiënten met middelenmisbruik, moet ernaar gestreefd worden althans een indruk te vormen van mogelijke comorbiditeit bij de patiënt. Een index of suspensie lijkt daarvoor het aangewezen middel. Het is kort, brengt weinig kosten met zich mee, en zal in elk geval de aandacht van de staf voor comorbide problematiek vergroten.

3.2 ASI Addiction Severity Index

3.2.1 Inleiding

De Addiction Severity Index (ASI) is een semi-gestructureerd interview dat in 1980 in de Verenigde Staten werd ontwikkeld om de aard en ernst van problemen in diverse met verslaving samenhangende deelgebieden globaal in kaart te brengen (McLellan et al., 1980). Deze deelgebieden betreffen het alcohol- en drugsgebruik van de persoon, diens lichamelijke gezondheid, het beroepsmatig functioneren, justitiële problemen, sociaal functioneren en psychiatrische problematiek. Sinds 1980 is het instrument in veel landen geïntroduceerd en in veel verslavingszorginstellingen en verslavingsonderzoek als standaardinstrument toegepast. In Nederland werd de ASI in 1989 geïntroduceerd; ook in ons land wordt het instrument sindsdien breed gebruikt (Hendriks et al., 1989; Kokkevi en Hartgers, 1995).

Van origine worden in de ASI twee uitkomstmaten onderscheiden: de Interviewer Severity Ratings (ISRs) en de Composite Scores (CSs). Beide maten worden voor elk deelgebied apart vastgesteld. De ISR betreft een inschatting van de ernst van de problemen op het betreffende deelgebied. De interviewer maakt deze 'ernstschattingen' - die kunnen variëren van 0 tot 9 - na afloop van het interview, op grond van het aantal, de duur en de intensiteit van de problemen die de cliënt ooit en recent ervaren heeft, alsmede de door de cliënt ervaren huidige last en hulpbehoefte in elk deelgebied, aan de hand van een gestandaardiseerde procedure. De CS betreft daarentegen een gewogen optelsom van een aantal vooraf geselecteerde items (te weten de items die onderling sterke samenhang vertonen) in het betreffende deelgebied. De CSs hebben louter betrekking op de recente (afgelopen maand) problemen van de betrokkene en kunnen variëren van 0 tot 1.

Alvorens de bruikbaarheid van met name de ASI- psychiatrischaal voor screening en assessment bij dubbele diagnosepatiënten te bespreken - immers de focus van de onderhavige literatuurstudie - wordt nader ingegaan op de psychometrische kenmerken van de ISRs en CSs in het algemeen.

3.2.2 Psychometrische kenmerken ASI-uitkomstmaten

In conceptueel opzicht heeft de ASI een aantal sterke punten. Het is een multidimensioneel instrument, dat in zowel onderzoek als klinische praktijk toegepast kan worden, en dat in afzonderlijke deelgebieden een veelheid van informatie alsmede een separate ernstmaat oplevert. Met weinig aanpassingen kan het instrument bovendien voor follow-up metingen gebruikt worden. Door de brede toepassing van de ASI is tevens gaandeweg een gemeenschappelijk kader ontstaan, dat de mogelijkheid biedt patiëntpopulaties binnen en buiten de zorg en tussen zorginstellingen onderling op een aantal belangrijke kenmerken te vergelijken.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ISRs bleek in onderzoek van McLellan et al.

(1980; 1985) hoog tot zeer hoog, met betrouwbaarheidscoëfficiënten variërend van 0.84 (leefgebied arbeid) tot 0.95 (leefgebied drugsgebruik). Hierbij zij opgemerkt dat Hodgins en El-Guebal (1992) bij patiënten met een psychiatrische stoornis een lagere betrouwbaarheid van de ISRs aantreffen dan bij patiënten zonder psychiatrie. Verder bleken de ISRs in het algemeen redelijk tot goed samen te hangen met de CSs en was er in diverse ASI-deelgebieden sprake van voldoende concurrente validiteit (zie o.a. McLellan et al., 1985, 1992; Alterman et al., 2000). In sommige deelgebieden was wat betreft de CSs eveneens sprake van predictieve validiteit (Bovasso et al., 2001).

Desalniettemin is er in de afgelopen decennia ook een aantal kanttekeningen bij de betrouwbaarheid en validiteit van de ASI-uitkomstmaten geplaatst. Zo bleek het in diverse studies niet goed mogelijk de goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ISRs van de oorspronkelijke auteurs te repliceren (zie o.a. Alterman et al., 1994). Ook werden ten aanzien van de CSs in later onderzoek veelal lagere interne consistenties van de schalen gevonden (Hendriks et al., 1989; Alterman et al., 1994). Met betrekking tot de validiteit wordt nogal eens gewezen op de conceptuele onduidelijkheid van de ISRs - met name wat betreft de definitie van 'ernst' in termen van 'noodzaak van additionele behandeling'. Ook zijn er aanwijzingen dat de ISRs door de interviewer als het ware 'genormeerd' worden op grond van de kenmerken van de populatie waarmee hij het meest te maken heeft. Ten aanzien van de CSs wordt opgemerkt dat deze ernstscores geen intrinsieke betekenis hebben - de items die de basis vormen voor de CSs zijn zeer uiteenlopend - en daardoor tussen ASI-deelgebieden onderling niet vergeleken kunnen worden (Hendriks et al., 1990a).

De beschreven beperkingen van de twee uitkomstmaten zijn voor verschillende auteurs reden geweest om op grond van de ASI-items alternatieve uitkomstmaten - onder andere de zogenoemde Clinical Index en de Evaluation Index (Alterman et al., 2001) - te ontwikkelen. Deze indices, die d.m.v. factoranalyse tot stand zijn gekomen - hebben echter elk eveneens hun beperkingen.

In het navolgende wordt ingegaan op de bruikbaarheid van de ASI-psychiatrischaal voor screening en assessment bij dubbele diagnosepatiënten. Ten aanzien van dit onderwerp werden in de literatuur zes relevante publicaties aangetroffen. Het gaat hierbij om vijf empirische studies naar de psychometrische eigenschappen van de ASI en één beschouwende studie. Vanwege de hoge prevalentie van comorbide psychiatrie onder daklozen, werden in het onderhavige literatuuronderzoek tevens studies betrokken waarin de bruikbaarheid van de ASI werd onderzocht onder dakloze alcohol- en drugsgebruikers. Het gaat hierbij om vier studies.

3.2.3 Bruikbaarheid van de ASI-psychiatrischaal in dubbele diagnosepopulaties

Een overzicht van de te behandelen studies staat in tabel 2. In een eerste onafhankelijke validatiestudie van de ASI onderzochten Kosten, Rounsaville & Kleber (1983) bij 204 opiaatverslaafden ondermeer de bruikbaarheid van de ASI-psychiatrischaal voor het detecteren van depressie (Research Diagnostic Criteria (RDC); Spitzer et al., 1978). Bij een afkapscore van 4 of hoger bedroeg de sensitiviteit van de ASI-psychiatrie ISR 89% en de specificiteit 67%. Voor het signaleren van meer algemene psychopathologie ('any RDC-disorder') was de sensitiviteit en specificiteit van deze ASI-schaal (≥ 4) respectievelijk 63% en 83%. Op grond van deze gegevens concluderen de auteurs dat de ASI vergelijkbare screeningskwaliteiten heeft als de Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1971) en de Global Assessment Scale (GAS; Endicott et al., 1976). In een follow-up studie van hetzelfde cohort (Rounsaville et al., 1986)

bleek de ISR van de ASI-psiachtrieschaal bovendien een sterkere voorspeller van langetermijnbehandelresultaat op het gebied van het sociaal-maatschappelijke en psychosociale functioneren van de patiënt dan de RDC-diagnose.

In Nederland onderzocht Hendriks (1990b) de bruikbaarheid van de ASI-psiachtrieschaal voor het detecteren van DSM-III depressie en angststoornissen bij 147 polydrugsgebruikers in behandeling. Voor depressie bedroeg de sensitiviteit en specificiteit bij een afkapscore van ≥ 5 op de ISR respectievelijk 81% en 55%. Voor angststoornissen was dit respectievelijk 78% en 54%. Deze waarden bleken in dit onderzoek vergelijkbaar met die van de BDI en de SCL-90 (Hendriks, 1990b).

Enkele jaren later onderzochten Goossens et al. (1997), eveneens in een Nederlandse populatie polydrugsgebruikers, de screeningskwaliteiten van zowel de ISRs als de CSs van de ASI-psiachtrieschaal voor het detecteren van DSM-III-R stoornissen (n=327). De sensitiviteit en specificiteit van de ISR voor het vaststellen van affectieve stoornissen bleken vergelijkbaar met die welke door Hendriks (1990) werden beschreven. Voor angststoornissen werden lagere waarden gevonden (respectievelijk 79% en 37%). Schizofrenie (87% en 47%) werd met de ISR redelijk gedetecteerd en antisociale persoonlijkheidsstoornis (73% en 38%) slecht. De sensitiviteit en specificiteit van de CSs bleek in dit onderzoek vergelijkbaar met die van de ISRs (Goossens et al., 1997).

Tabel 2. Overzicht van betrouwbaarheidsstudies naar de ASI bij verslaafden en daklozen.

Onderzoeksgroep	N	Cut-off (ISR)	Sensitiviteit	Specificiteit	Test-hertest	Interbeoordelaar	alpha
Kosten et al. (1983): - depressie - angst	204 204	4 4	.89 .63	.67 .83			
Hendriks (1990b): - depressie - angst	147 147	5 5	.81 .78	.55 .54			
Goossens et al: - affectief - angst - schizofrenie - ASP*	327	4 3 4 3	.77 .79 .87 .73	.51 .37 .47 .38			
Franken & Hendriks (2001)	1	.913	.241				
Carey et al. (1997)	97				0.86 (CS) 0.39 (ISR)	0.98 (CS) 0.69 (ISR)	0.64 (CS)
Zanis et al. (1997)	62				0.03 (ISR)	0.73 (ISR) 0.93 (CS)	0.77
Argeriou et al. (1994)	773	R (CS, Global Depression Index) = 0.44					
Drake et al. (1995)	189				0.71 (CS)		
Joyner et al. (1996)	23				Min: 0.23 Max: 0.80		
Zanis et al. (1994)	98				0.87 (CS) 0.78 (ISR)		0.89 (CS)

* Antisociale Persoonlijkheidsstoornis

In een Nederlands onderzoek van recenter datum onderzochten Franken en Hendriks de psychometrische eigenschappen van de ASI-psiachtrieschaal in een populatie polydrugsverslaafden die opgenomen waren in een klinisch detoxificatiecentrum (Franken en Hendriks, 2001). Met als criterium DSM-III-R angst en stemmingsstoornissen (classificatie volgens het CIDI) bedroeg bij een cut-off waarde op de ISR van 1 of hoger de sensitiviteit 91.3% en de specificiteit 24.1%. In dezelfde studie werd de bruikbaarheid van de SCL-90 als screeningsinstrument onderzocht en werd voor dit instrument een aanzienlijk hogere specificiteit gevonden (zie paragraaf 3.5 in deze literatuurstudie). De auteurs concludeerden op grond van deze gegevens dat de ISR van de ASI-psiachtrieschaal voor screeningsdoeleinden slechts beperkt bruikbaar is.

Carey et al. (1997) onderzochten in een onderzoeksgroep van 97 patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis - waarvan 53% schizofrenen - de psychometrische eigenschappen van ondermeer de ASI-psiachtrieschaal. Evenals eerder gerapporteerd door Hodgins en El-Guebaly (1992) bleek de interne consistentie van de meeste ASI-schalen bij dubbele diagnose patiënten lager dan die bij alcohol- en drugsgebruikers zonder additionele psychiatrie. Voor de CSs van de psiachtrieschaal werd nog wel een acceptabele homogeniteit ($\alpha = 0.64$) gevonden. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de CSs op de psiachtrieschaal bleek hoog (ICC = 0.98), maar was voor de ISRs op deze schaal aanzienlijk lager (ICC = 0.69). De test-hertestbetrouwbaarheid van de CSs in de psiachtrieschaal bleek eveneens voldoende hoog (Pearson coëfficiënt 0.86), maar was wederom voor de ISRs aanzienlijk lager (Pearson coëfficiënt 0.39). Uit verschillende analyses kwam ten slotte de concurrente validiteit van zowel de CSs als de ISRs van de psiachtrieschaal als beperkt naar voren. Zo was er op geen van beide maten sprake van significante samenhang met de GAF-score van de DSM-III-R (volgens de SCID) en was de correlatie met de SCL-90-R totaalscore matig ($r = 0.41-0.53$). Al met al suggereren de gegevens dat met name de ISRs bij dubbele diagnosepatiënten met grote voorzichtigheid moeten worden gebruikt en dat de validiteit van zowel de ISRs als de CSs in deze populatie beperkt is.

In een vergelijkbare groep SMI-patiënten (n=62) onderzochten Zanis et al. (1997) een aantal psychometrische eigenschappen van de ASI. Voor CSs van de psiachtrieschaal vonden zij een voldoende hoge interne consistentie van 0.77. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman-Brown) van deze schaal bedroeg 0.73 voor de ISRs en 0.93 voor de CSs. Daartegenover werd een zeer lage test-hertestbetrouwbaarheid, met een interval van 3-5 dagen, voor de psychiatrie-ISR gevonden ($r=0.03$). Ook hier geldt dus dat er vraagtekens gesteld moeten worden bij de betrouwbaarheid van de ISRs bij SMI-patiënten.

In een sterke inhoudelijke analyse van de (on)mogelijkheden van toepassing van de ASI bij SMI-patiënten beschrijven Corse et al. (1995) een veelheid van relevante aspecten. Ten aanzien van de psiachtrieschaal merken zij op dat de schaal in deze specifieke populatie wél geschikt lijkt voor screening, maar zeker geen gedetailleerd beeld van de aanwezige psychopathologie oplevert. In hun ervaring was er in de psiachtrieschaal nogal eens sprake van een plafond-effect: de meerderheid van de SMI-patiënten had hier (bijna) maximale ISRs en CSs. Een beperking is volgens hen ook dat psychotrope medicatie in de alcohol- en drugssectie wordt geregistreerd, maar in de psiachtrieschaal nauwelijks aan bod komt. Door de - doelbewuste - onafhankelijkheid van de ASI-leeftgebieden wordt verder nauwelijks of geen informatie verkregen over de interactie tussen psychiatrische symptomatologie en het middelengebruik. Ten aanzien van het middelengebruik merken Corse et al. op dat ook subsyndroomaal gebruik van middelen - in ASI-terminen minder dan drie dagen per week - bij SMI-patiënten relevant kan zijn, maar niet door het instrument gesignaleerd wordt. Ten aanzien van het

algemene interviewformaat van de ASI wordt opgemerkt, dat het instrument - met een afnameduur van ongeveer een uur en een veelheid van complexe vragen - hoge eisen stelt aan de cognitieve vermogens van de patiënt. Bij veel SMI-patiënten zijn deze echter beperkt (geheugen, concentratie, motivatie deelname interview, gebrekkig tijdsbesef, ontkenning, onvermogen tot reflectie et cetera). Tenslotte is bij SMI-patiënten van belang dat de patiënt terughoudend kan zijn in het rapporteren van zijn psychiatrische symptomen of zijn middelengebruik. Deze kunnen in nogal wat behandelcentra immers reden zijn voor overplaatsing, verwijzing, of schorsing. Overigens dient bij de beschreven beperkingen opgemerkt te worden dat deze veelal niet eigen zijn aan de ASI als zodanig, maar bij SMI-patiënten vaak ook gelden voor andere zelfrapportage-instrumenten.

3.2.4 Bruikbaarheid van de ASI-psychiatrischaal bij dakloze verslaafden

Verschillende onderzoeksgroepen (Argeriou et al., 1994; Drake, McHugo & Biesanz, 1995; Joyner et al., 1996; Zanis et al., 1994) onderzochten de betrouwbaarheid en validiteit van de ASI bij dakloze alcohol- en drugsgebruikers.

In het onderzoek van Argeriou et al. (1994) onder 773 dakloze alcohol- en drugsgebruikers was sprake van een matige samenhang ($r = 0.44$) tussen de CSs van de ASI-psychiatrischaal en de Global Depression Index (Moos et al., 1990). Pre-postveranderingsscores op - onder andere - de psychiatrischaal bleken significant samen te hangen met het al dan niet optreden van terugval in het verslavingsgedrag na negen maanden.

Drake, McHugo & Biesanz (1995) onderzochten de test-herstestbetrouwbaarheid van de ASI Composite Scores (CSs) bij 189 dakloze personen met middelenmisbruik en vonden voor de psychiatrischaal een - voldoende hoge - intra-class correlatiecoëfficiënt (ICC) van 0.71. Tussen de ICCs in de diverse onderzoeklocaties werden wel aanzienlijke verschillen gevonden. Individuele items bleken in het algemeen minder betrouwbaar beantwoord te worden. De betrouwbaarheid van individuele items was het hoogst bij items die informeerden naar feitelijke en recente aspecten (bijv. aantal dagen in de voorafgaand maand). Ook bleek de betrouwbaarheid hoger bij personen met een lagere CS op de psychiatrischaal (Drake et al., 1995). Joyner et al. (1996) onderzochten bij 23 dakloze alcohol- en drugsgebruikers de test-herstestbetrouwbaarheid (interval van zes dagen) van diverse items in de ASI-psychiatrischaal en vonden een overwegend redelijke tot goede mate van overeenstemming (kappa-waarden variërend van 0.23, 0.42, 0.55, 0.59 en 0.80).

In het onderzoek van Zanis et al. (1994) onder 98 dakloze middelengebruikers bedroeg de interne consistentie van de CSs in de ASI-psychiatrischaal 0.89. De CSs en ISRs op deze schaal hingen onderling sterk samen ($r = 0.90$). Ook de test-herstestbetrouwbaarheid (interval van 3-4 dagen) van de psychiatrischaal bleek gunstig, met correlatiecoëfficiënten van 0.87 voor de CSs en 0.78 voor de ISRs. In dit onderzoek was sprake van een matige tot redelijke correlatie met de SCL-90-R totaalscore en de BDI, voor zowel de CSs ($r = 0.53-0.66$) als de ISRs ($r = 0.59-0.62$) in de psychiatrischaal.

3.2.5 Conclusie

De ASI heeft in conceptueel opzicht een aantal sterke uitgangspunten, waaronder de opzet in onafhankelijke leefgebieden en de separate ernstmaten voor elk leefgebied. Mede op grond

hiervan is het instrument in de afgelopen decennia verreweg het meest gebruikte instrument in de verslavingszorg geworden. Wat betreft het concept worden echter ook steeds vaker vraagtekens gezet bij de inhoudelijke betekenis van de ernstmaten en deze betreffen zowel de ernstschattingen als de samengestelde scores. Voor dubbele diagnosepatiënten geldt bovendien dat met name de interactie tussen problemen op het gebied van het middelengebruik en de psychiatrische toestand relevant is, maar deze komt door de gescheiden opzet onvoldoende tot uiting. Andere beperkingen in de opzet van het instrument voor toepassing bij dubbele diagnosepopulaties betreffen de geringe aandacht voor psychotrope medicatie, de onvoldoende signalering van - bij SMI-patiënten soms zeer relevant - subsyndroomaal gebruik van middelen en de hoge eisen die gesteld worden aan de cognitieve vermogens van de respondent.

In het algemeen zijn de psychometrische eigenschappen van de ASI-psychiatrischaal bij dubbele diagnosepatiënten minder gunstig dan bij verslaafden zonder additionele psychiatrie. Dit geldt met name voor de ISRs, die een matige consistentie tussen verschillende beoordelaars en tussen opeenvolgende momenten te zien geven, alsmede een matige concurrente validiteit. Op grond hiervan wordt geadviseerd de ISRs alleen met grote voorzichtigheid te gebruiken in dubbele diagnosepopulaties. Voor het detecteren van comorbide psychiatrische stoornissen - waarbij vooral depressie en angststoornissen onderwerp van onderzoek zijn geweest - lijkt de bruikbaarheid van de ASI-psychiatrischaal vergelijkbaar met die van andere veelgebruikte instrumenten als de BDI en SCL-90. Ook bij de ASI is afdoende sensitiviteit gekoppeld aan matige specificiteit.

3.3 GHQ General Health Questionnaire

De GHQ-12 wordt door Furukawa et al (2003) de huidige de facto standaard van screenen voor geestelijke gezondheid genoemd. Hij wordt veel toegepast in algemene ziekenhuizen om te screenen op psychische klachten, en al dan niet gevolgd door een uitgebreid assessment (Gureje & Obikoya, 1990; May, 1992; Van Hemert, Den Heijer, Vorstenbosch, & Bolk, 1995). Naast de GHQ-12 bestaan ook versies met 60, 30 en 28 vragen maar die zijn minder vaak onderzocht en gebruikt. De GHQ-12 wordt ook buiten de VS veelvuldig toegepast, onder andere in Spanje (Badia, Gutierrez, Wiklund, & Alonso, 1996), Nederland (Van Hemert et al., 1995), Groot-Brittannië (May, 1992), Arabië (Daradkeh, Ghubash, & el-Rufaie, 2001), Polen (Makowska & Merez, 2000), Maleisië (Quek, Low, Razack, & Loh, 2001), en Nigeria (Ohaeri, 2001; Gureje, 2002).

Het is een zelfinvulvragenlijst en de items hebben betrekking op de afgelopen twee weken. De meetpretentie is detectie van personen met niet-psychotische psychiatrische aandoeningen, met name emotionele problematiek als angst en depressie. De vragenlijst is niet bedoeld en geschikt voor het stellen van een specifieke diagnose*. De GHQ-12 is ontworpen door Goldberg (1972) en de Nederlandstalige bewerking uit 1991 is van Koeter & Ormel (1991). In onderzoek van Koeter, Ormel, Van den Brink, Dijkstra, Schoenmacker, & Staal (1987) is de GHQ-28 afgenomen onder 198 poliklinisch behandelde psychiatrische patiënten bij intake, en na vier en tien maanden. Er bleek een duidelijk verschil in totaalscore tussen patiënten die waren hersteld en patiënten die achteruit waren gegaan; de GHQ-12 blijkt dus in staat ver-

* Bron: http://allserv.rug.ac.be/~ydesmet/nederlands/onderwijs/cursussen/psychologie/gezondhpsy/structuurfiche_GHQ.pdf van de Universiteit van Gent

anderingen in psychopathologie te meten. Een alternatieve scoringswijze (CGHQ) leidde niet tot betere resultaten.

In onderzoek van Foster, Peters & Marshall (2000) is de GHQ-12 afgenomen onder 41 mannen en 41 vrouwen in behandeling voor alcoholafhankelijkheid. Vrouwen scoorden gemiddeld hoger op de GHQ-12 dan mannen, maar bij een follow-up na 12 weken bleek er geen verschil in relapse of tijd tot relapse. Er was geen gouden standaard afgenomen voor psychiatrie.

In Tiel is de GHQ afgenomen bij psychiatrische patiënten bij intake, bij het eerste poliklinische contact, en bij ontslag. Zeventien procent van deze mensen was alcoholist, en zij verbeterden snel na opname in het psychiatrisch ziekenhuis. Deze verbetering was vergelijkbaar met die van niet-alcoholistische patiënten en bleef bestaan na ontslag (Hoes, Zeijpveld, & Ruijgrok, 1998).

De validiteit van de GHQ-12 is vergeleken met die van de GHQ-28, met de CIDI eerstelijnszorgversie als gouden standaard (Goldberg, Gater, Sartorius, Ustun, Piccinelli, Gureje, & Rutter, 1997) onder in totaal 5438 deelnemers in 15 landen. De resultaten waren goed, met een *Area Under the Curve* (AUC) van gemiddeld 0.88 (range: 0.83 – 0.95). De auteurs zien geen reden om een langere versie van de GHQ te gebruiken, noch om gecompliceerde scoringsmaten toe te passen.

In paragraaf 3.3 van de onderhavige literatuurstudie staat een onderzoek beschreven met dubbele diagnose patiënten waarbij de GHQ-12 naast de K10 en K6 gebruikt is; in § 3.5 een onderzoek met de GHQ-12 naast de SCL-90 met dubbele diagnosepatiënten.

Conclusie

De GHQ-12 lijkt voornamelijk geschikt om stemmings- en angststoornissen mee te detecteren. In het algemeen is weinig literatuur beschikbaar over de sensitiviteit en specificiteit van het instrument. Vanwege het beperkte meetbereik – hetgeen niet in overeenstemming is met de in deze literatuurstudie geformuleerde doeleinden – wordt het gebruik van de GHQ, althans voor het screenen op het gehele spectrum ASI psychopathologie in deze populatie vooralsnog niet aanbevolen.

3.4 K6 en K10

De K10 is ontwikkeld in het kader van grote nationale onderzoeken naar geestelijke gezondheid in de VS en Australië. Met psychometrische technieken als Factoranalyse en Item Response Theorie (IRT) zijn uit een itembank die items geselecteerd, die het beste onderscheid bleken te maken tussen de hoogst scorende 10% enerzijds, en de 90% met een 'lage' score anderzijds. Dit op grond van de overweging dat op vragen over een set van cognitieve, gedrags-, emotionele en psychofysiologische symptomen die een indicatie zijn voor niet-specifiek psychologisch lijden vaak aanmerkelijk hoger geantwoord wordt door mensen met de meest uiteenlopende psychologische diagnoses. Dergelijke vragen laden vaak hoog op één factor, en die factor hebben de auteurs getracht te 'tappen' met hun nieuwe vragenlijsten. Omdat de tijdsbelasting voor de respondent in dit grootschalige onderzoek minimaal diende te zijn, zijn voor de zekerheid versies gemaakt van 10 en van 6 vragen. In twee onderzoeken zijn de uiteindelijke vragen geselecteerd uit een pool van kandidaatvragen bij 1403 en 1574 deelnemers, onder wie een groot aantal van allochtone afkomst. In een derde onderzoek zijn de vragen getest met de

SCID als gouden standaard. De laatste twee onderzoeken betroffen grootschalige bevolkingsonderzoeken in Australië en de VS (Kessler et al., 2002). Bij het onderscheiden van mensen met en zonder DSM-IV-diagnose had de K6 een *Area Under the Curve* (AUC) van 0.879, en de K10 een van 0.876. Bij het discrimineren tussen ernstige gevallen en de algemene populatie waren deze AUC's zelfs 0.950 en respectievelijk 0.955. Op grond van deze bevindingen concludeerden Kessler et al. (2002): "They sensitively measure the severity of non-specific distress in the range likely to be found in clinical samples" (Kessler et al., 2002).

Kessler et al. (2003) hebben de K6 en de K10 afgenomen onder 155 mensen, samen met de CIDI, SCID Short Form, en World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS). De K6 en de K10 deden het erg goed ten opzichte van de CIDI, SCID en WHO-DAS: de *Area under the curve* (AUC) was respectievelijk 0.86 en 0.85, terwijl de AUC voor de CIDI-SF 0.76 was, aanzienlijk lager. De auteurs schrijven expliciet dat de K6-schaal het meest efficiënte screeningsinstrument voor personen met SMI's is. Het optimale cut-off punt was 12 of lager. Bij dat punt was de sensitiviteit 0.96 (dit houdt dus in dat van de 100 mensen die een aandoening hadden er 96 ook als zodanig geïdentificeerd werden, en dat vier mensen ten onrechte te horen kregen dat ze niets mankeerden; zie voor een uitgebreide toelichting op gehanteerde psychometrische begrippen Kerkmeier et al., 2003). De specificiteit was echter slechts 0.36 (hetgeen wil zeggen dat van de 100 mensen die niets mankeerden er 36 dat ook te horen kregen, terwijl bij 64 ten onrechte een diagnose werd gesteld). De K6 en de K10 hadden een uitstekende interne betrouwbaarheid met alfa's van respectievelijk 0.89 en 0.92.

In Australisch onderzoek onder 10.508 mensen zijn de K6 en de K10 afgenomen naast de GHQ-12, met de CIDI als gouden standaard. K6 en K10 werden gescoord met een ongewogen somscore. De K10 had een iets betere *Receiver Operating Curve* (ROC) dan de K6, die weer een veel betere had dan de GHQ-12. Bovendien waren de K6 en de K10 beter in staat onderscheid te maken aan zowel de onderkant als de bovenkant van het populatie-spectrum (Furukawa et al., 2003).

Conclusie

De K6 en K10 zijn op een gedegen wijze tot stand gekomen en uitgebreid onderzocht. Voordelen zijn de snelle afname en scorebaarheid. De interne betrouwbaarheid en sensitiviteit zijn erg goed, de specificiteit lijkt slechter. Aangezien de K6 en K10 nadrukkelijk bedoeld zijn om niet-specifieke psychiatrische stress te meten, volgt geen concrete DSM diagnose. Dit kan nadelig zijn. Aan de andere kant indiceert een dergelijke lijst wel dat er iets aan de hand is op het psychiatrische vlak, waar het alternatief is dat behandelaars helemaal niet weten of er iets speelt.

Al met al lijkt de K6 en K10 binnen het geheel aan instrumenten voor algemene psychopathologie superieur vanwege het bredere meetbereik, de gedegen constructie, en de geringe lengte en afnameduur. Hierbij zij opgemerkt dat de specifieke betrouwbaarheid van de K6 en K10 in dubbele diagnosepopulaties nog onvoldoende onderzocht is.

3.5 MINI Mini International Neuropsychiatric Interview

3.5.1 Inleiding

De MINI is ontwikkeld door Sheehan et al. in de tweede helft van de jaren 1990. Als gouden standaard zijn de CIDI (Sheehan et al., 1997) en de SCID (Lecrubier, Sheehan, Weiller et al., 1997) gebruikt. Er is een interviewer- en een zelfinvulversie. Voor elk van de 17 AsI stoornissen zijn een of twee screeningsvragen opgenomen. Als deze positief worden beantwoord, wordt voor die diagnostische sectie een aantal aanvullende vragen gesteld om tot een assessment te komen. Naast de standaard MINI bestaan ook een MINI-Plus, met bijvoorbeeld diagnosen van aanpassingsstoornis, ADHD, en subcategorieën psychotische stoornissen, een MINI Screen die enkel bestaat uit de screeningsvragen, en de MINI-tracking, waarbij ernst van symptomen op schalen wordt gescoord waardoor het ook mogelijk is veranderingen te meten.

De MINI wordt ook buiten de psychiatrie wijd en zijd gebruikt: in onderzoek over reuma (Bosch Romero et al., 2002), menstruele en andere gynaecologische klachten (Hsiao et al., 2002a; Hsiao et al., 2002b), oorsuizen (Marciano et al., 2003), ziekte van Parkinson (Houeto et al., 2002), astma (Nascimento et al., 2002), en kanker (Passik et al., 2001).

De MINI wordt binnen en buiten Europa gebruikt (Taiwan, Canada, Frankrijk, Italië, Hongarije, Spanje, Brazilië, Zwitserland, et cetera). In een Italiaans onderzoek (Dubini, Mannheimer, & Pancheri, 2001) is de MINI afgenomen per computer; dit leverde normale prevalentiecijfers op voor major en minor depressie (hetgeen onderzocht werd). In Frans onderzoek is de MINI telefonisch afgenomen onder 2394 mensen uit de algemene bevolking. De prevalentie van depressie was lager wanneer DSM-IV-criteria gebruikt werden dan met ICD-10-criteria (Duburcq et al., 1999).

In Spaans onderzoek werd de MINI gebruikt als gouden standaard voor psychologische malaises, depressie en angststoornissen gediagnosticeerd door klinici en via de Goldberg Anxiety and Depression Scale. De GADS resulteerde in overdiagnose (Barreto Ramon et al., 1998). In Canadees onderzoek is de Depressieschaal van de MINI gebruikt als gouden standaard bij het toetsen van een depressievragenlijst voor adolescenten en van de BDI (LeBlanc, Almudevar, Brooks, & Kutcher, 2002). Bij een Spaans onderzoek werd de MINI gebruikt om de afkapschaal voor de BDI vast te stellen (Gabarron Hortal et al., 2002).

3.5.2 Validatieonderzoek

Interbeoordelaar en test-herstestbetrouwbaarheid, en validiteit zijn door Sheehan et al. (1997) onderzocht met 308 deelnemers, van wie een derde klinisch behandeld werd, en 62 niet-psychiatrische controledoelgroepen. Sensitiviteit liep uiteen van 0.45 voor (huidige) drugsafhankelijkheid tot 0.96 voor major depressie; specificiteit liep uiteen van 0.86 voor (huidige) sociale fobie en voor gegeneraliseerde angststoornis tot 1.00 voor anorexia met de interviewer-versie van de MINI (met de SCID-P als gouden standaard). Van de niet – psychiatrische controledoelgroepen werd één door de MINI gediagnosticeerd met sociale fobie en één met enkelvoudige fobie. De afname duur werd ten opzichte van de CIDI met 50% gereduceerd voor mensen met depressie, een angststoornis, en mania, en met 70% voor mensen met een psychotische stoornis. De kappa's voor de zelfinvulversie van de MINI lagen lager dan voor de interviewer-versie. Ook de sensitiviteit en specificiteit waren wat slechter. Er was een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met kappa's van 0.79 voor manie tot 1.00 voor

major depressie, obsessief-compulsieve stoornis, (huidige) alcoholafhankelijkheid, anorexia en boulimia. Ook was er overwegend een zeer goede test-herstestbetrouwbaarheid, (met uitzondering van manie) met kappa's variërend van 0.52 voor enkelvoudige fobie, tot 1.00 voor boulimia. Overigens was de herstest met een andere interviewer uitgevoerd, hetgeen een extra bron van meetfouten is (Sheehan et al., 1997).

In het onderzoek van Lecrubier et al. (1997) werd zoals gezegd de CIDI als gouden standaard gebruikt. Er namen 346 mensen deel aan het onderzoek, van wie 296 met een psychiatrische achtergrond en 50 zonder. De Kappa's voor de niet-psychotische stoornissen lagen tussen de 0.36 voor gegeneraliseerde angststoornis en 0.82 voor alcoholafhankelijkheid. De sensitiviteit liep van 0.46 voor enkelvoudige fobie tot 0.94 voor major depressie, en de specificiteit tot slot lag tussen de 0.72 voor gegeneraliseerde angststoornis en 0.97 voor alcoholafhankelijkheid en voor paniekstoornis. Voor psychotische stoornissen (huidig/lifetime, syndroom of symptomen) lagen de kappa's tussen 0.68 en 0.82, de sensitiviteit tussen 0.87 en 0.94, en de specificiteit tussen 0.89 en 0.95.

3.5.3 Overig onderzoek

In deze paragraaf wordt ander onderzoek met de MINI besproken. Dit is niet noodzakelijkerwijs validatieonderzoek, maar geeft wel een indruk van de toepasbaarheid van de MINI voor dubbele diagnosepatiënten en de ervaringen die ermee zijn opgedaan in diverse settings. In Zwitsers onderzoek wordt dieper ingegaan op de relatie tussen middelenmisbruik en suicide. Een steekproef van 107 drugsgebruikers (in ambulante behandeling, klinische behandeling of helemaal niet onder behandeling) en een controlegroep van 121 mensen werden onderzocht. De gebruikte middelen waren heroïne (81%), cocaïne (80%), hallucinogenen (70%), XTC (73%), amfetamines (49%), poppers (50%) en oplosmiddelen (28%). De MINI werd afgenomen door een interview, de MMPI-2, Sensation Seeking Scale en Interpersonal Dependency Inventory werden door de deelnemers zelf ingevuld. Het bleek dat sensatiezoeken een significante predictor was voor suicide voor vrouwen, en dat voor mannen afhankelijkheid een significante predictor was voor suicide (Bolognini, Laget, Plancherel, Stephan, Corcos, & Halfon, 2002).

Bij onderzoek op een psychiatrische spoedhulp in een algemeen ziekenhuis in Parijs is de MINI onder 104 patiënten afgenomen, van wie 37.5% een alcoholprobleem bleek te hebben. Ook de MAST werd afgenomen, en alcoholafhankelijke patiënten werden vergeleken met niet-alcoholafhankelijke psychiatrische patiënten. Alcoholafhankelijke patiënten leden vaker aan depressie, antisociale persoonlijkheidsstoornis en cannabisafhankelijkheid dan patiënten zonder alcoholafhankelijkheid. Daarentegen leden mensen zonder alcoholafhankelijkheid vaker aan dysthymie en psychotische stoornissen (Lejoyeux et al., 2000).

In onderzoek van Bastiaens en Kendrick (2002) werd de MINI afgenomen bij patiënten op een psychiatrische spoedhulp. Doel was na te gaan of het gebruik van een gestructureerd psychiatrisch interview de identificatie van traumatische gebeurtenissen en de diagnose van PTSD significant zou verbeteren in een populatie van chronische gebruikers van niet nader gespecificeerde middelen (Bastiaens & Kendrick, 2002).

Amorim et al. (1998) hebben de MINI en de CIDI afgenomen voor psychotische en stemmingsstoornissen. De overeenstemming was in het algemeen goed. Afhankelijk van de manier waarop de CIDI werd gebruikt, was de MINI soms over-inclusief. Dat is voor een screener echter geen fundamenteel bezwaar.

In een onderzoek naar de RAFFT hebben Bastiaens, Riccardi en Sakhrani (2002) tevens de MINI en de CAGE afgenomen. De RAFFT is een screener van 5 vragen die was ontwikkeld voor middelgemiddeld gebruik bij adolescenten, maar is in dit onderzoek bij volwassenen onderzocht. Het betrof patiënten die zich aanmeldden bij de psychiatrische spoedhulp. Van de 215 deelnemers hadden 172 (=80%) middelgemiddeld gebruik of -afhankelijkheid. Ten minste een comorbide psychiatrische diagnose was aanwezig bij 51% van de middelgemiddeld gebruikers. Het vaakst, namelijk bij 34%, kwamen depressieve stoornissen voor, maar depressieve stoornissen werden significant vaker bij niet afhankelijke patiënten (namelijk 56%) gediagnosticeerd ($p < 0.01$). Gezien de onderzoekssetting is dit echter niet erg opmerkelijk (Bastiaens et al., 2002).

3.5.4 Conclusie

Ondanks de korte tijd dat de MINI beschikbaar is, is er al veel onderzoek mee gedaan binnen en buiten Europa. Uit dit literatuuroverzicht blijkt dat de MINI een aantal duidelijke voordelen heeft ten opzichte van andere screeners. Ten eerste de volledigheid: weliswaar worden persoonlijkheidsstoornissen niet gescreend, maar dat geldt voor alle andere screeners evenzeer. Dat gezegd zijnde screent de MINI voor 17 DSM- stoornissen, waarbij bovendien meteen een assessment gedaan kan worden. De MINI is uitgebreid getest in allerlei populaties, inclusief niet-psychiatrische. Evenals bij veel andere instrumenten is de bruikbaarheid van de MINI voor het detecteren van psychopathologie in verslavingspopulaties evenwel nog onvoldoende onderzocht.

De MINI is kort en eenvoudig af te nemen, te scoren en te interpreteren, behoeft relatief weinig training, en heeft goede sensitiviteit- en specificiteitswaarden. Met het recent verschijnen van de MINITracking versie bestaat ook een mogelijkheid veranderingen in symptomatologie door de tijd in kaart te brengen. Hierbij zij opgemerkt dat de MINITracking nog onvoldoende onderzocht is. Concluderend lijkt de MINI voor toepassing binnen de verslavingszorg een veelbelovend instrument.

3.6 SCL-90 Symptoms checklist en BSI Brief Symptom Inventory

3.6.1 Inleiding

De Symptoms Checklist 90 bestaat zoals de naam al aangeeft uit 90 items die beogen te meten in hoe verre mensen psychische problemen en symptomen van psychopathologie hebben (Derogatis et al., 1971). De SCL-90 wordt niet alleen gebruikt voor diagnose maar ook om verandering en uitkomst te meten. Er zijn meer dan 940 gepubliceerde onderzoeken naar de betrouwbaarheid en validiteit ervan. Het is een zelfinvulvragenlijst met vijfpuntsschalen en de afname duurt 12 tot 15 minuten. De vragen hebben betrekking op de afgelopen 7 dagen. Er zijn normgegevens bekend over niet-psychiatrische volwassenen en adolescenten, en mensen met een psychiatrische achtergrond, maar (nog) niet over verslaafden. De BSI is gebaseerd op de SCL-90. De SCL-90 maakt helaas geen deel uit van het publieke domein.

In onderzoek bleek de factorstructuur van de SCL-90 instabiel tussen studies, sociale klassen en diagnoses (Derogatis, 1971; Hoffmann & Overall, 1978). Ook bleek één factor buitenproportioneel veel variantie te verklaren, laadden veel items hoog op verscheidene factoren, en correleerden items binnen dezelfde factor relatief laag met elkaar. Verder bleken alle dimen-

sies van de SCL-90 hoog samen te hangen met de Beck Depression Inventory, en met de MMPI (op twee items na), en maken de dimensies van de SCL-90 slecht onderscheid tussen verschillende diagnostische categorieën van patiënten (Brophy, Norvell & Kiluk, 1988). Dit alles heeft onderzoekers ertoe geleid de SCL-90 eerder te beschouwen als een onbehaaglijkheidschaal of een algemene klachtenschaal dan als een instrument voor afzonderlijke dimensies van psychopathologie (Hoffmann & Overall, 1978; Brophy et al., 1988). (Bron: <http://www.mhsip.org/reportcard/sympdiss.pdf>).

Haver (1997) heeft echter een heel ander resultaat gevonden. Hij heeft de SCL-90 afgenomen bij 60 alcoholafhankelijke vrouwen na gemiddeld tien dagen detoxificatie. Hierbij werd de SCID gebruikt als gouden standaard. Twee samengestelde maten van de SCL-90, de Global Symptom Index (≥ 0.75) en de Positive Symptom Distress Index (≥ 1.1) samen bleken 100% sensitief en 92% specifiek te zijn voor diagnoses van stemmings- en angststoornissen.

In Duits onderzoek is de SCL-90 samen met de GHQ-12 afgenomen onder 408 patiënten in de eerstelijnszorg. De SCID en een impairment rating waren de gouden standaard. De AUC voor de SCL-90 was 0.75 en voor de GHQ-12 0.73. Als gekeken werd naar de DSM-diagnose depressie had de SCL-90 een AUC van 0.81, voor fobische angst was de AUC 0.86. Behalve stemmings- en angststoornissen werden geen andere diagnoses in beschouwing genomen.

Franken en Hendriks (2001) onderzochten het vermogen van de SCL-90 om DSM-III-R angst- en stemmingsstoornissen (classificatie volgens het CIDI) te detecteren in een populatie polydrugsverslaafden die opgenomen waren in een klinisch detoxificatiecentrum. Voorafgaand aan detoxificatie bedroeg de sensitiviteit van de SCL-90 bij een cut-off score van 123 of hoger 92.7% en de specificiteit 19.7%. Direct volgend op de detoxificatieperiode werd opnieuw de SCL-90 afgenomen en bedroeg de sensitiviteit en specificiteit bij een cut-off score van 24 of hoger respectievelijk 90.9% en 49.2%. In dit onderzoek bleek de SCL-90 een beter screeningsinstrument dan de psychiatrische schaal van de ASI (zie paragraaf 3.1.3). Op grond van de bevindingen concludeerden de auteurs dat de post-detox SCL-90 de beste voorspelling gaf van de aanwezigheid van angst- of stemmingsstoornissen.

In Duits onderzoek onder 20 mannen en 13 vrouwen met een DSM-IV-diagnose van alcoholafhankelijkheid, werd de SCL-90 afgenomen bij intake, bij ontslag (gemiddeld 46 dagen later), en bij een follow-up een jaar na ontslag. De gemiddelde score nam significant af tussen intake en ontslag voor de hele steekproef. Een relapse had plaats bij 69% van de vrouwen en 30% van de mannen; bij intake scoorden de patiënten die zouden relapsen hoger op interpersoonlijke vijandigheid, angst, fobische angst en GSI dan mensen die niet zouden terugvallen (Lucht, Jahn, Barnow, & Freyberger, 2002).

3.6.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

Preston & Harrison (2003) hebben de BSI afgenomen bij 69 patiënten met een eerste psychotische episode, samen met de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). De BSI was goed in staat onderscheid te maken tussen mensen met een hoge en lage score op de subschalen en de totaalscore van de PANSS.

Bij onderzoek van Piersma, Boes & Reaume (1994) bleek bij een principale componentenanalyse de meeste variantie tussen de dimensies verklaard te worden door één factor. De BSI was afgenomen bij 217 volwassen en 188 adolescenten psychiatrische klinische patiënten. De

auteurs constateren dat, zoals ook al uit onderzoek van Derogatis (1977) zelf was gebleken, de BSI (en de SCL-90) primair een unidimensioneel construct van algemene psychologische distress meten.

Benishek, Hayes, Bieschke & Stoffelmayr (1998) hebben de BSI afgenomen onder 453 verslaafden, en exploratieve en confirmatieve factoranalyses uitgevoerd. De oorspronkelijke structuur van negen schalen bleek niet te passen. Daarna zijn vijf andere modellen geprobeerd, en uiteindelijk bleek een één-factormodel het best te fitten. Dit impliceert dat wat de schaal meet, het best gekarakteriseerd wordt met globale psychologische distress.

3.6.3 Conclusie

Hoewel de SCL-90 beschikt over bijvoorbeeld een psychoticisme schaal, is er weinig onderzoek naar de bruikbaarheid van de SCL-90 of de BSI voor screening op het gehele scala aan DSM-AS1 diagnoses verricht. Onderzoek met de SCL-90 is veelal beperkt gebleven tot stemming en angst, of algemene onbehaaglijkheid. Dit beperkte onderzoek is bovendien nauwelijks uitgevoerd onder mensen met middelenmisbruik. Voor de BSI is de situatie niet veel beter, hoewel die althans onderzocht is met verslaafden. Al met al wegen de relatief lange afnameduur (SCL-90), het feit dat het instrument niet in het publieke domein zit, en het geringe onderzoek naar psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid in een populatie van verslaafden niet op tegen de mogelijke opbrengst van een instrument voor algemeen psychologisch onbehagen.

3.7 PDSQ Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire

3.7.1 Inleiding

De PDSQ is een vrij recente zelfrapportage schaal die is ontworpen om te screenen voor de meest voorkomende DSM-IV-AS1 stoornissen in een ambulante setting. Het bestaat uit 90 items die vragen naar 13 stoornissen (Zimmerman & Sheeran, 2003). Het aantal items per schaal staat vermeld in de appendix. De voorloper van de PDSQ was de SCREENER. De PDSQ zit helaas niet in het publieke domein.

Bij de ontwikkeling van de PDSQ is eerst onderzocht of de vragen begrijpelijk en goed te beantwoorden waren. Na wat aanpassingen is de PDSQ onderzocht in een grote steekproef van ambulante psychiatrische patiënten. Daarna zijn de items opnieuw aangepast en onderzocht. Aan de eerste studie waren 12 nonsens items toegevoegd die met opzet zo verwoord waren dat ze moeilijk te begrijpen waren. Als deelnemers van meer dan de helft van die items aangaven dat ze ze goed begrepen, werden ze van verdere analyse uitgesloten. A priori was besloten dat een item uitgesloten werd als 5% of meer van de respondenten het niet begreep. De afname duurde 15 à 20 minuten en de PDSQ bestond in dit stadium uit 139 items in totaal. In de PDSQ worden drie tijdsreferenties gehanteerd (de voorafgaande twee weken, 6 maanden, en lifetime), afhankelijk van de betreffende diagnose.

Zimmerman & Mattia (1999) hebben de PDSQ van 90 items afgenomen bij 500 mensen die voor hun intakegesprek kwamen. De afname duurde 10 à 15 minuten. Bij 74 van deze men-

sen werd de PDSQ binnen een week opnieuw afgenomen om de test-hertestbetrouwbaarheid na te kunnen gaan. Verder werden Cronbach's alfa's berekend voor de interne betrouwbaarheid. Er werd geen gouden standaard gebruikt, wel losse vragenlijsten per SMI en een klinische diagnose van de behandelaar. In dit onderzoek was de gemiddelde test-hertestbetrouwbaarheid 0.84; de waarden liepen uiteen van 0.72 voor gegeneraliseerde angststoornis tot 0.93 voor sociale fobie. De waarden van Cronbach's alfa liepen uiteen van 0.69 voor boulimia nervosa tot 0.89 voor major depressie; het gemiddelde lag op 0.82. Items bleken gemiddeld 0.59 met hun eigen schaal te correleren en gemiddeld 0.18 met andere schalen. Dit geeft een indicatie voor een goede item convergente en item divergente validiteit. Ook de subschalen correleerden hoog met de SMI-vragenlijsten die hetzelfde (beogen te) meten, en laag met de andere subschalen.

In onderzoek van Zimmerman & Mattia (2001a) werden 994 patiënten in ambulante behandeling onderzocht. De meest voorkomende DSM-IV-diagnoses waren major depressie, sociale fobie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis en PTSD. De gemiddelde alfa voor alle 15 subschalen was 0.85, de gemiddelde test-hertestcorrelatie was 0.81. Divergente en convergente validiteit waren goed in dit onderzoek: de gemiddelde correlaties waren respectievelijk .64 en .25. Ook waren de scores op subschalen gemiddeld hoger voor deelnemers die ook aan de stoornis leden, dan voor deelnemers die de stoornis niet hadden. Dit gold ook op itemniveau.

Zimmerman & Mattia (2001b) beschrijven de diagnostische eigenschappen en doen verslag van een validatiestudie naar de PDSQ onder 630 ambulante behandelde patiënten. Zij vonden een goede sensitiviteit bij de optimale cut-off score die gepaard ging met een matig tot goede specificiteit. De sensitiviteit liep uiteen van 0.75 voor psychose tot 0.92 voor OCD en voor PTSD. De specificiteit liep uiteen van 0.50 voor gegeneraliseerde angststoornis tot 0.89 voor boulimia. De AUC tot slot liep uiteen van 0.76 voor GAD en somatoform tot 0.92 voor boulimia.

Ook als onderscheid werd gemaakt tussen een primaire en additionele stoornis bleek de PDSQ goed te functioneren (Zimmerman & Sheeran, 2003). De PDSQ werd bij 799 patiënten afgenomen. Voor de primaire diagnose liep de sensitiviteit uiteen van 0.67 voor somatisatie tot 1.00 voor alcohol, drugs, hypochondrie en sociale fobie. De specificiteit varieerde van 0.46 voor depressie tot 0.86 voor drugs. Voor de additionele diagnose waren deze waarden respectievelijk 0.72 voor drugs tot 1.00 voor psychose; de specificiteitwaarden zijn hetzelfde (omdat evenveel mensen de stoornis niet hebben ongeacht of het een eerste of additionele diagnose betreft).

3.7.2 Conclusie

De PDSQ is op een zeer degelijke manier tot stand gekomen en biedt in tegenstelling tot veel andere in deze literatuurstudie besproken instrumenten mogelijkheid tot een concrete diagnose. De afnameduur is relatief kort, en het instrument is onderzocht in populaties van verslaafden. Weliswaar worden geen persoonlijkheidsstoornissen gescreend maar dat geldt voor alle andere hier besproken instrumenten evenzeer. Het enige nadeel is dat de PDSQ niet in het publieke domein zit, maar dat is van relatief ondergeschikt belang. Sensitiviteit en specificiteit zijn meer dan voldoende, en ook is de lijst betrouwbaar en valide gebleken. Een beperking is nog dat het enige onderzoek dat tot nu toe over de PDSQ gepubliceerd is, is gedaan door degenen die de lijst ook ontworpen hebben. Gegevens van andere onderzoekscentra zouden welkom zijn.

3.8 CIDI Composite International Diagnostic Interview

De CIDI is een gestructureerd diagnostisch interview dat na intensieve training door zowel psychiaters als niet-psychiaters kan worden afgenomen en waarmee diagnoses conform zowel de DSM-IV als de ICD-10 gesteld kunnen worden. De voorloper was het Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Cooper & Singh, 2000). Er is erg veel algemeen onderzoek met de CIDI gedaan dat logischerwijs niet allemaal hier besproken kan worden; onderzoek naar de bruikbaarheid van de CIDI bij dubbele diagnosepatiënten is echter nauwelijks gedaan. De doelgroep bestaat uit volwassenen, inclusief psychiatrische patiënten. Er zijn maximaal 376 items binnen in totaal 14 diagnostische categorieën (bron: www.who.int/msa/cidi/). Het instrument heeft een excellente interbeoordelaarsvaliditeit, een goede test-herstestbetrouwbaarheid, en een goede validiteit (Andrews & Peters, 1998). Er is een lifetime en 12 maanden versie van.

In onderzoek naar de overeenstemming tussen klinische diagnoses en diagnoses door de CIDI met betrekking tot psychotische aandoeningen, bleek de CIDI een goede diagnostische en criteriumvaliditeit te hebben, hetgeen niet het geval was bij de klinische diagnoses. Hierbij werden checklisten gebruikt voor ICD-10 en voor DSM-IV diagnoses als criterium. Evenmin was er sterke overeenstemming tussen enerzijds de CIDI en anderzijds de klinische diagnose (Cooper, Peters & Andrews, 1998).

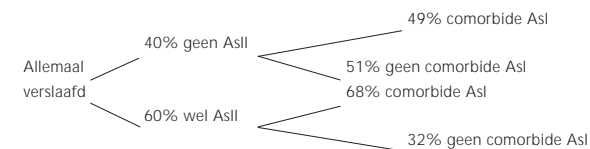
In onderzoek uit 1998 is de CIDI gebruikt bij het nationale comorbiditeitsurvey in de VS (Kessler, Wittchen, Abelson, McGonagle, Schwarz, Kendler, Knäuper, & Zhao, 1998). Aandacht werd besteed aan begrip van de vragen, van de instructie, motivatie bij deelnemers om accuraat te antwoorden, en de obstakels voor deelnemers om accuraat te antwoorden. Naar aanleiding daarvan zijn enige aanpassingen in de CIDI voorgesteld.

Callaly et al. (2001) hebben de CIDI in Australië afgenomen onder 62 mensen die net met een methadonprogramma waren begonnen. Van hen bleek 76% te voldoen aan criteria voor een psychiatrische aandoening in het voorafgaande jaar.

Bij onderzoek naar psychoticisme in het kader van de NEMESIS-studie is de CIDI afgenomen onder 7076 mensen uit de algemene bevolking, die bij rapportage van psychotische ervaringen tevens de SCID kregen afgenomen. Het bleek dat er veel meer mensen psychotische symptomen hadden (gehad), dan dat er daadwerkelijk aan een psychotische stoornis leden. Er is dus vaak sprake van overdiagnostisering. De auteurs wijzen ook op het risico van stigmatisatie en het 'recht om niet te weten' (Hanssen, Bijl, Vollebergh, & Van Os, 2003).

Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou & Kostogianni (1998) hebben de CIDI met de SCL-90-R, de EuropASI en de SCID-II (persoonlijkheidsstoornissen) afgenomen onder 173 drugsverlaafden die reeds 4 tot 6 weken in behandeling waren. Voor bijna 90% van de deelnemers was heroïne het primaire probleemmiddel. Zo'n 60% van de cliënten had een persoonlijkheidsstoornis. Bij 49% van de deelnemers zonder persoonlijkheidsstoornis was sprake van een comorbide ASI (niet-middelengerelateerde) stoornis; bij 68% van de deelnemers met persoonlijkheidsstoornis was sprake van een comorbide ASI stoornis. Zie schema 1 voor een verduidelijking van deze gegevens. Er waren geen significante verschillen tussen mensen met en zonder persoonlijkheidsstoornis op leeftijd, sekse en opleiding.

Schema 1.



3.8.1 Conclusie

De CIDI is internationaal grondig onderzocht en intensief gebruikt bij uiteenlopende groepen mensen. Het leidt tot zowel een DSM- als een ICD-diagnose. Nadeel is dat de afname veel vergt van zowel onderzoeker/behandelaar als de geïnterviewde en dat het te hoge eisen zou kunnen stellen aan mensen met cognitieve beperkingen.

3.9 SCID Structured Clinical Interview for DSM-disorders

De SCID is een semi-gestructureerd interview om de voornaamste DSM-IV Axis-I diagnoses mee te stellen. Er is ook een SCID-II voor persoonlijkheidsstoornissen, maar die wordt hier buiten beschouwing gelaten (zie inleiding). De SCID kan pas door iemand afgenomen worden na uitvoerige training. De voorloper van de SCID was de DIS (Kranzler, Kadden, Babor, Tennen & Rounsaville, 1996).

Steiner et al. (1995) hebben de overeenstemming tussen diagnoses gebaseerd op de SCID en klinische diagnoses onderzocht onder 100 patiënten die zich aanmeldden. De SCID interviews werden afgenomen door vier getrainde klinische professionals. De klinische interviews werden gehouden door psychiaters, en waren de primaire bron om diagnoses te stellen in die organisatie. De gemiddelde Kappa bedroeg slechts 0.25. De Kappa's voor schizofrenie (0.55) en bipolaire stoornis (0.47) waren redelijk, voor dysthymie (0.22), major depressie (0.34) en obsessief-compulsieve stoornis (0.38) duiden op een lage overeenstemming, en zoals de auteurs zelf zeggen duiden de Kappa's voor paniekstoornis (0), schizoaffectieve stoornis (0.04) en *adjustment disorder* (0.10) op niet meer dan toeval en willekeur.

In onderzoek van Kranzler et al. (1996) is de SCID afgenomen bij 100 alcohol en/of drugsverlaafden, samen met de ASI, de Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), de Drug Abuse Screening Test (DAST), de Beck Depression Inventory (BDI), de State-Trait Anxiety Inventory, de Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS), en een niet met name genoemde lijst voor kindergedragsstoornissen van 26 items. Deze lijsten werden gebruikt om de convergente en divergente validiteit van de SCID vast te stellen. De aanwezigheid van schizofrenie of ernstige cognitieve beperkingen was een exclusiecriteria. De validiteit van huidige en lifetime diagnoses was matig voor antisociale persoonlijkheidsstoornis en major depressie, en slecht voor

angststoornissen. Voor stemmings- en angststoornissen werden de psychiatrische schaal van de ASI en Beck's Depression Inventory (BDI) gebruikt als vergelijkingsmaat. Ross, Swinson, Doumani & Larkin (1995) namen de SCID tweemaal af bij 173 verslaafden met een tussenpoos van 1 tot 2 weken. De test-hertestbetrouwbaarheid voor middelenstoornissen was weliswaar goed tot excellent, maar voor comorbide psychiatrische stoornissen was deze aanmerkelijk slechter: kappa's liepen uiteen van 0.31 voor paniekstoornis tot 0.83 voor antisociale persoonlijkheidsstoornis. De auteurs merken op dat dit mogelijk toe te schrijven is aan deelnemers wier symptomatologie niet ernstig is en die net over of onder de drempelwaarde kunnen zitten.

Bryant et al. (1992) hebben de diagnostische betrouwbaarheid van de SCID onderzocht onder mensen met een huidige middelenmisbruikdiagnose (N=97), lifetime maar niet huidige middelenmisbruik (N=146), en personen zonder middelenmisbruikdiagnose (N=356). De interviews werden afgenomen door getrainde klinici: het tweede interview vond minimaal 24 uur en maximaal twee weken later plaats. De test-hertestbetrouwbaarheid voor zowel huidige als lifetimedialagnoses is voor elk van de drie groepen nagegaan. Voor huidige diagnose liepen de kappa's voor de eerste groep uiteen van .23 (paniekstoornis) tot .61 voor angststoornissen in het algemeen; voor de tweede groep van .49 voor angst tot .87 voor psychotische stoornissen, en voor de laatste groep van .66 (voor paniekstoornis) tot .92 (voor boulimia nervosa). Wat de lifetime-diagnose betreft liepen de kappa's uiteen van .47 (voor major depressie) tot .73 (eetstoornissen) voor de eerste groep, van .50 (angststoornissen) tot .87 (psychotische stoornissen) voor de lifetime middelenmisbruikers, en .56 (paniekstoornis) tot .93 (eetstoornissen) voor de mensen die nooit middelen misbruikt hadden.

De auteurs rapporteren verder dat een significant lagere betrouwbaarheid werd gevonden voor huidige gebruikers ten opzichte van nooit-gebruikers voor huidige psychotische stoornissen, huidige stemmingsstoornissen en voor de specifieke diagnose van huidige major depressie. Twee derde van de fouten werd gemaakt bij de intake, en een derde bij de hertest. Shaner et al. (1998) deden onderzoek naar de bronnen en frequentie van diagnostische onzekerheid onder 165 cocaine-afhankelijke mannen met chronische psychosen. Een assessment werd gedaan met de SCID-R voor ASI stoornissen, en waar mogelijk werd gebruik gemaakt van dossiers, interviews met familieleden, vrienden en andere bekenden van de patiënt. Voor slechts 30 mensen kon een definitieve diagnose gesteld worden. Mogelijke bronnen van onzekerheid waren: ontoereikende perioden van abstinentie, een slecht geheugen, onsamenhangend spreken, en onzekerheid of een psychotisch symptoom wel of niet organisch is. Na anderhalf jaar werden de mensen voor wie niet met zekerheid een diagnose kon worden gesteld (135 van de 165), opnieuw geassesseerd middels interviews, gesprekken met naasten en onderzoek naar medische dossiers. Dit leidde tot 12 nieuwe definitieve diagnoses, dus een totaal van 42 definitieve diagnoses. Met andere woorden: zelfs nadat twee keer een volledige SCID was afgenomen, kon bij driekwart van de deelnemers nog altijd geen definitieve diagnose gesteld worden. Hierbij zij opgemerkt dat het wel erg lastig is om voor mensen met cocaine-afhankelijkheid en (of) chronische psychosen een definitieve diagnose te stellen. De vraag blijft echter ook op welke wijze de diagnose 'chronische psychose' dan wél gesteld is en hoe betrouwbaar dat geweest is.

3.9.1 Conclusie

De SCID heeft als voordeel dat het instrument uitgebreid onderzocht is, ook bij verslaafden, en dat uit de gegeven antwoorden logischerwijs één of meerdere DSM-diagnosen volgen. Nadeel is dat het instrument belastend is voor de respondent en de interviewer, en dat de

betrouwbaarheid en validiteit bij verslaafden soms te wensen over laten. Het is overigens waarschijnlijk dat dit ook voor andere assessmentinstrumenten geldt, maar dat het bij de SCID beter is onderzocht. De SCID is al vaak gebruikt als gouden standaard bij onderzoek naar andere instrumenten. Net als bij de CIDI is een nadeel van de SCID dat het te hoge eisen zou kunnen stellen aan mensen met cognitieve beperkingen.

3.10 SSAGA Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism

De SSAGA is een uitgebreid psychiatrisch interview om fysische, psychologische, sociale en psychiatrische manifestaties van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid en gerelateerde psychiatrische stoornissen bij volwassenen vast te stellen. Het is ontworpen om afgenomen te worden door getrainde 'leek'-interviewers, met andere woorden, de SSAGA kan ook door niet-psychiaters worden afgenomen. Er bestaan ook een kinderversie en een versie voor adolescenten van. Alle SSAGA-diagnoses zijn gebaseerd op de DSM-III-R en tenminste één ander diagnostisch classificatiesysteem. Het instrument is deels gebaseerd op goed gevalideerde items uit andere interviews zoals het DIS, HELPER, SAM, SADS en SCID, maar er zijn ook innovaties toegevoegd:

- > *comorbiditeit*: om symptomen van alcoholafhankelijkheid te onderscheiden van affectieve en antisociale symptomen;
- > *fenotypering*: subgroepen van alcoholisme;
- > *diagnoses*: middelenmisbruik (in brede zin), major depressie, dysthymie, manie, somatisatie, ASP, anorexia, boulimia, paniek, agorafobie, sociale fobie, en tot slot obsessief-compulsieve stoornis;
- > *screeningssecties* voor tabaksgebruik, psychose, suïcidaal gedrag, somatisatie, waarbij er snel geskript kan worden.

Bucholz et al. (1994) onderzochten de test-hertestbetrouwbaarheid bij 154 deelnemers, afkomstig uit de verslavingszorg, ambulante en klinische psychiatrie, en een 'normale' groep. Er werd alleen middelenmisbruik, major depressie en ASP onderzocht in deze studies. De gemiddelde afnametijd bedroeg 125 minuten. In tabel 3 staan gegevens over de test-hertestbetrouwbaarheid van de SSAGA voor vier diagnostische categorieën weergegeven. De consistentie in de tijd was bij de meeste diagnostische categorieën bevredigend.

Tabel 3. Test-hertestbetrouwbaarheid van de SSAGA

	Kappa	Kappa interval	Y*	Y interval
<i>SPECIFIEKE MIDDEL AFHANKELIJKHEID</i>				
diagnose		.70 - .90		.62 - .84
Lifetime middelenmisbruik diagnose	.23 - .74		.72 - .90	
ASP	.70	.54 - .87 (95%)	.79	
Major depressie lifetime	.65	.52 - .79 (95%)	.67	

*Yule's Y zou beter zijn als toetsingsgrootheid bij lage base rates, en homogene populaties, dan kappa.

In onderzoek van Hesselbrock et al. (1999) is de betrouwbaarheid van de SSAGA ten opzichte van het Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) onderzocht bij personen in de algemene bevolking en bij psychiatrische patiënten. De SCAN, ontwikkeld door de

Wereld Gezondheid Organisatie, is een diagnostisch instrument bedoeld om psychiatrische stoornissen in allerlei culturen en talen vast te stellen, waarbij de meeste items op een 3 of 4-puntsschaal gescoord worden. Het gaat hierbij om de intensiteit en frequentie van het symptoom, voor zowel lifetime als huidige klachten. De schaal is gevoelig voor culturele verschillen. Een klinisch oordeel blijft echter nodig om ernst van de symptomen te bepalen. Bij dit onderzoek werden 38 mannen en 42 vrouwen geïnterviewd, waarbij de steekproef niet random was maar zodanig dat van elke diagnostische categorie genoeg mensen in de steekproef zaten. De psychometrische gegevens staan in tabel 4.

Voor de convergente validiteit van de SSAGA is onderzoek gedaan waarbij de SCAN als gouden standaard werd gebruikt. De SSAGA en SCAN werden afgenomen in afwisselende volgorde met een interval van een week (zie tabel 4).

Tabel 4. Sensitiviteit, specificiteit en betrouwbaarheid van de SSAGA met de SCAN als gouden standaard

	Sensitiviteit	Specificiteit	Kappa	betrouwbaarheids interval (95%)
Middelenafhankelijkheid	66.7 - 100%	71.9 - 98.7%		
Major depressie	88.2	82.5	.70	.44 - .80
Paniekstoornis	77.8	92.9	.62	.36 - .88
Sociale fobie	50	97.4	.47	.03 - .88
ASP	81.8	94.2	.71	.49 - .93

In onderzoek naar de bijdrage van familiale factoren, zoals een diagnose bij een van de ouders van alcoholisme of ASP, is de SSAGA afgenomen bij 463 kinderen (de kinderversie van de SSAGA) en hun biologische ouders. Kinderen van wie één van beide ouders een diagnose van alcoholisme had, liepen meer risico op ADHD, gedragsstoornissen, en overangstigheid. Kinderen van wie een ouder leed aan alcoholisme en ASP, liepen meer kans op Oppositioneel Opstandige Gedragsstoornis (Kuperman, Schlosser, Lidral, & Reich, 1999).

3.10.1 Conclusie

De SSAGA lijkt een degelijke schaal, gebaseerd op schalen die hun waarde reeds bewezen hebben en met aanvullende eigenschappen waar de auteurs hiaten hadden vastgesteld. Nadeel is echter dat de schaal expliciet ontworpen is voor gebruik in onderzoek naar genetische aspecten van alcoholisme. Deze invalshoek is iets te beperkt voor de doelstellingen van deze literatuurstudie. Hesselbrock et al. (1999) stellen echter dat de poly-diagnostische aard van de SSAGA en de mogelijkheid dat niet-medisch geschoold personeel de SSAGA kan afnemen het een ideaal instrument maken voor een scala aan toepassingen, inclusief epidemiologie, genetisch onderzoek en familiestudies. Mocht derhalve in de toekomst blijken dat de schaal ook voor onderzoek bij dubbele diagnosepatiënten en bij mensen met probleemmidelen anders dan alcohol in staat is op betrouwbare en valide wijze te screenen voor psychopathologie (Hesselbrock et al., 1999), dan lijkt de SSAGA de moeite waard.

4. Conclusie

Aandacht voor mogelijke psychiatrische stoornissen bij mensen met middelenmisbruik is van het grootste belang. Kan een psychiatrische aandoening in anderszins gezonde mensen al sociale, economische en lichamelijke problemen veroorzaken, bij mensen met een verslaving kan een comorbide psychiatrische stoornis leiden tot meer en ernstiger symptomen, verminderde therapietrouw en hieruit volgend een vergrote kans op terugval. In aanmerking genomen dat 24.6% van door de CIM met middelenmisbruik gediagnosticeerde mensen in Nederland een comorbide psychiatrische stoornis heeft (Graaf et al., 2002), en andersom 47% van de personen met schizofrenie en 56% van de personen met een bipolaire stoornis tevens een lifetime-diagnose voor middelenmisbruik heeft (Carey & Correia, 1998), dient de coincidentie van middelenmisbruik en psychiatrische stoornissen beslist meer aandacht te krijgen bij diagnose en behandeling. Een eerste stap in dit proces is het stelselmatig screenen van verslaafde patiënten op psychiatrie, met een betrouwbare en valide screener.

Een screeningsinstrument dient er in de eerste plaats toe patiënten die in aanmerking komen voor een gedetailleerde assessment te onderscheiden van patiënten die daar geen baat bij hebben. Het gaat hierbij derhalve om het detecteren van *relevante* psychiatrie, dat wil zeggen psychopathologie waarvan het waarschijnlijk is dat dit van invloed is op het beloop van de verslavingsproblematiek en op de prognose van de behandeling. Om dit doel te bereiken, moeten alle cliënten gescreend worden. Daarbij is het van belang dat een screeningsinstrument kort, eenvoudig af te nemen, te scoren, en te interpreteren is.

Aangezien op basis van de uitslag van de screener besloten wordt of een patiënt doorverwezen wordt voor een uitgebreide assessment voor een (DSM-)diagnose, is het cruciaal dat een screeningsinstrument goed in staat is om personen bij wie daadwerkelijk sprake is van de stoornis te detecteren, dat wil zeggen, erg sensitief is. Specificiteit kan echter evenmin verwaarloosd worden, omdat bij een (te) lage specificiteit te veel mensen onterecht een vervolg-assessment krijgen. Geconcludeerd kan worden dat (a) voor screenen het primaat ligt bij sensitiviteit, (b) bij toenemende prevalentie de noodzaak voor screenen afneemt, en (c) bij een toenemende prevalentie de specificiteit van een screener veel belangrijker wordt.

Een ander belangrijk punt is of überhaupt gescreend zou moeten worden op alle mogelijke stoornissen, of dat een index die aangeeft "er is een probleem" zonder verder enige indicatie te geven over de aard van dat probleem, net zo goed zou kunnen functioneren in instellingen voor verslavingszorg. Onzes inziens heeft het enkel constateren dat iemand een psychiatrisch probleem heeft, zonder enige houvast over de aard, omvang of ernst te leveren, minder zin, omdat dan bij iedereen die de drempelwaarde overschrijdt een volledige assessment gedaan zal moeten worden. Praktischer is het te screenen niet alleen op aan-, maar ook op afwezigheid van stoornissen, zodat bij een assessment alleen die domeinen hoeven worden onderzocht waarvan al bekend is dat er een bovengemiddelde kans bestaat op de aanwezigheid van een probleem, in plaats van de hele DSM te moeten doorlopen.

In deze literatuurstudie is opgevallen dat er zeer weinig korte instrumenten zijn die op alle relevante psychiatrische categorieën screenen. De meeste beperken zich tot stemmings- en angststoornissen, die, hoewel zeer belangrijk en belastend voor een patiënt, geen recht doen aan het bredere spectrum aan ernstige psychiatrische aandoeningen (denk aan psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen) die dikwijls worden aangetroffen in deze populatie. Verder zijn er veel instrumenten die beogen te screenen op specifieke stoornissen. Deze blijven, zoals eerder vermeld, evenwel buiten het bestek van deze literatuurstudie.

Bij screenen zijn er duidelijk verschillen in bruikbaarheid tussen de verschillende hier onderzochte instrumenten. De ASI-psychiatrieschaal heeft bij dubbele diagnosepatiënten niet zulke goede psychometrische eigenschappen. De inhoudelijke betekenis van beide uitkomstmaten (ernstschattingen en samengestelde scores) wordt bovendien steeds vaker in twijfel getrokken. De GHQ-12 lijkt, net als de SCL-90, voornamelijk geschikt om angst- en stemmingsstoornissen mee te detecteren. Voor de SCL-90 geldt te meer dat dit gezien de omvang (90 items) onvoldoende is om in aanmerking te komen voor het screenen op psychopathologie bij verslaafden.

De K6/K10, MINI en PDSQ hebben alle duidelijke voordelen. De K6/K10 is op gedegen wijze tot stand gekomen, uitgebreid onderzocht, en snel af te nemen en te scoren. Hoewel er geen concrete DSM-diagnose volgt, lijkt de K6/K10 ook in staat SMI-patiënten op te sporen die aan andere stoornissen dan angst- en/of stemmingsstoornissen lijden. De PDSQ van 90 items over de meest voorkomende As-I stoornissen is eveneens op gedegen wijze tot stand gekomen en onderzocht, ook bij verslaafden. Afnamduur gemiddeld 10 à 15 minuten, en de test-her-testbetrouwbaarheid en sensitiviteit waren uitstekend; de specificiteit was aanvaardbaar tot behoorlijk goed. De PDSQ leidt tot een concrete diagnose.

De MINI bevindt zich als het ware op het raakvlak van screenen en assessment. Voor 17 DSM As-I diagnoses worden een of twee screeningsvragen gesteld, waarmee bepaald wordt of de rest van de vragen over de betreffende stoornis ook gesteld moeten worden. Dit leidt dan tot een diagnose, met een beduidend kortere afname dan wanneer een assessment voor alle diagnostische categorieën zou zijn uitgevoerd. De MINI is binnen en buiten de VS uitgebreid onderzocht.

Wat assessment betreft, ontlopen de SCID en de CIDI elkaar niet in grondigheid, reputatie, betrouwbaarheid en validiteit, volledigheid, afnameduur en belasting voor patiënt en interviewer. De SSAGA is nog te nieuw en nog niet genoeg onderzocht om er nu al een oordeel over te kunnen geven. Al met al worden de MINI, PDSQ, en K6/K10 aanbevolen als screener/assessment instrumenten bij dubbele diagnosepatiënten.

Bijlage 8

Evidence based behandeling voor dubbele diagnosepatiënten

Een literatuurstudie

M.C. Kerkmeer
V.M. Hendriks

Parnassia Addiction Research Centre, januari 2003

1. Inleiding

Ernstige psychiatrische stoornissen (*Severe Mental Illness; SMI*) en misbruik van psychoactieve middelen (*Substance Use Disorder; SUD*) komen veelvuldig in combinatie voor. Zo bleek uit de bekende Epidemiological Catchment Area (ECA) studie die in de beginjaren tachtig in de Verenigde Staten werd uitgevoerd (Regier et al., 1990), dat bij ongeveer de helft van zowel schizofrene personen als personen met een bipolaire stoornis ooit sprake was geweest van middelemisbruik. Hierbij kwamen vooral alcohol-, cannabis- en cocainegebruik veel voor (Mueser, Yarnold, Rosenberg, Swett, Milles & Hill, 2000). De (schaarse) Nederlandse gegevens zijn hiermee in overeenstemming (Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh, & Spijker, 2002; Veen, Sellen, Hoek, Feller, Graaf, van der, & Kahn, 2002).

Wat de etiologie van dubbele diagnoseproblematiek betreft is er lange tijd van uitgegaan dat het middelengebruik een vorm van zelfmedicatie is van de psychiatrische symptomen of ervaren bijwerkingen van de gebruikte medicatie (Khantzian, 1985). Uit observaties komt echter eerder een beeld naar voren, dat personen met een dubbele diagnose om vergelijkbare redenen middelen gebruiken als personen zonder bijkomende psychiatrie: om eenzaamheid en verveling te verdrijven, bij interpersoonlijke conflicten, tegen sociale angst, als gevolg van sociale druk en tegen slapeloosheid (Noordsy et al., 1991; Mueser et al., 1998; Drake & Mueser, 2000). In recente inzichten wordt vooral uitgegaan van een sensitiviteitsmodel, dat stelt dat SMI-personen door biologische kwetsbaarheid gevoeliger dan anderen zijn voor de effecten van psychoactieve middelen, waardoor ook geringe hoeveelheden alcohol of drugs aanzienlijke negatieve gevolgen kunnen hebben (zie o.a. Mueser et al., 1998).

Ten aanzien van beloop en prognose in behandeling komt uit de literatuur consistent naar voren dat comorbide psychiatrie en middelemisbruik geassocieerd is met aanzienlijke negatieve consequenties, waaronder een grote kans op herhaalde hospitalisatie (Linszen et al., 1994; Osher et al., 1994), geringe therapietrouw (Owen et al., 1996; Bellack & Gearon, 1998), dakloosheid (Lehman et al. 1995; Wolf et al., 2002), detentie (Bartels et al., 1993) en in het algemeen een ongunstige prognose in behandeling (Bartels et al., 1995) (zie o.a. Siegfried, 1998). Desalniettemin vindt signalering van dubbele diagnoseproblematiek door middel van screening en diagnostiek in zowel de psychiatrie als de verslavingszorg nog onvoldoende plaats (zie o.a. Carey & Correia, 1998). Hierbij speelt ongetwijfeld een rol, dat ernstige psychiatrische problemen veelal een contra-indicatie vormen voor behandeling in de verslavingszorg en vice versa, overigens een observatie waar reeds decennia geleden op gewezen werd.

Met betrekking tot de behandeling van personen met dubbele diagnoseproblematiek geldt al jaren dat de van oudsher gescheiden zorgsystemen van de psychiatrie en verslavingszorg voor grote problemen zorgen. Zo signaleerden Ridgely en collega's reeds in 1990 dat een dergelijke scheiding er toe leidt dat patiënten niet goed weten waar zij voor hulp terecht kunnen en daardoor onevenredig veel gebruik gaan maken van residentiële en spoedeisende hulp voorzieningen (Ridgely et al., 1990; zie ook: Siegfried, 1998). Verschillen in 'bedrijfscultuur', opleiding en training, administratieve procedures (waaronder registratiesystemen), klinische en ideologische benaderingen en financieringsstromen lijken daarbij de traditionele scheiding in stand te houden (zie o.a. Drake et al., 1996).

Een belangrijk zorginhoudelijk gevolg van de gescheiden zorgsystemen is dat in de behandeling van dubbele diagnosepatiënten van oudsher - in het meest gunstige geval - is uitgegaan van een opeenvolgend dan wel parallel hulpaanbod. In de eerste benadering werd (en wordt!) de patiënt geadviseerd eerst behandeling voor het ene probleem te volgen en af te

ronden, alvorens bij het andere zorgsysteem aan te kloppen voor de resterende component. In de parallelle benadering is sprake van gescheiden behandeling in een van de twee zorgsystemen, met in voorkomende gevallen verwijzing naar het andere zorgsysteem voor evaluatie en behandeling van de desbetreffende (verslavings- of psychiatrische) problematiek (zie o.a. Drake & Mueser, 2000). In de praktijk hebben beide benaderingen voor dubbele diagnosepatiënten echter vooral geleid tot onvolledige en dus inadequate behandeling, heen en weer verwijzen van patiënten naar verschillende loketten en uiteindelijk veelal uitsluiting van deelname van deze groep patiënten aan beide zorgsystemen (zie o.a. Hendriks, 1991).

Tegen de achtergrond van de beperkingen van beide benaderingen werd in de Verenigde Staten rond de beginjaren negentig van de vorige eeuw geëxperimenteerd met diverse modellen van geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnosepatiënten (zie o.a. Minkoff, 1989; Osher & Kofoed, 1989; Lehman & Dixon, 1995). Centrale elementen in een geïntegreerde behandeling zijn de focus op de patiënt, de continuïteit en consistentie van zorg, coördinatie van zorginspanningen en goede communicatie tussen de betrokken hulpverleners (zie o.a. Health Canada, 2002), bij voorkeur binnen één multidisciplinair team en binnen dezelfde behandelsetting (Drake & Mueser, 2000). Terwijl in de VS geïntegreerde behandeling in toenemende mate wordt aangeboden, is in Nederland nog weinig sprake van integratie.

Eerder is in een literatuuronderzoek ingegaan op geschikte instrumenten voor het detecteren van relevant psychoactief middelengebruik bij SMI-patiënten (Kerkmeester, De Klerk en Hendriks, 2003). In de onderhavige literatuurstudie wordt ingegaan op de evidentie voor effectiviteit van uiteenlopende - psychosociale en medicamenteuze - behandelingen van dubbele diagnosepatiënten. Hierbij zal niet alleen aandacht worden besteed aan bevindingen uit empirisch onderzoek maar tevens aan 'common sense'-overwegingen, bijvoorbeeld ten aanzien van de organisatie van de zorg, en - waar evidentie voor een bepaalde benadering ontbreekt - aan expertoordelen die in publicaties beschreven worden.

In het literatuuronderzoek worden de volgende categorieën SMI-stoornissen behandeld:

- > schizofrenie
- > bipolaire stoornis
- > depressie
- > angststoornissen
- > antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis

Waar mogelijk worden bevindingen gepresenteerd die betrekking hebben op specifieke combinaties van psychiatrische stoornis en psychoactief middel.

Wat ADHD (Aandachtstekort-Hyperactiviteitstoornis) betreft, in 2003 is een rapport verschenen onder auspiciën van het Trimbos-instituut over ADHD en verslaving. Er is een screener ontwikkeld op basis van de diagnostische criteria van de APA (Buitelaar & Kooij). Verder is een protocol opgesteld voor de behandeling van ADHD bij verslaving in de intramurale verslavingszorg. Aandacht wordt besteed aan medicatie, coaching, en lotgenotencontact. Voor informatie over ADHD en comorbide middelemisbruik wordt derhalve verwezen naar deze studie (Glind, Eland, & Duin, 2003).

2. Methode

Eerst is een literatuursearch met behulp van Pubmed uitgevoerd. In de MeSH browser werd gezocht op de term dual diagnosis; als publicatievorm werden randomized clinical trial, review, en clinical trial aangewezen. Verder werden relevante verwijzingen in gevonden artikelen, waaronder het eerder geciteerde Health Canada rapport (2002), opgevraagd. Binnen de verzameling MeSH dual diagnosis artikelen werden 137 reviews en 81 clinical trials (waaronder alle randomized clinical trials) aangetroffen. Vanwege enige overlap tussen deze twee categorieën kwam het totale aantal op 217 MeSH artikelen. Op grond van de titel werden 94 artikelen geëxcludeerd. Van de resterende 123 artikelen werd de abstract gelezen. Op grond van de abstract werden vervolgens 30 artikelen alsnog geëxcludeerd, zodat in totaal 95 artikelen resteerden. Via referenties werden nog 21 extra artikelen gevonden.

Vervolgens werden specifieke categorieën SMI's gecombineerd met middelen om eventueel gemiste artikelen te vinden. De zoektermen zijn te vinden in Tabel 1. Limits waren vanaf 1993, publicatietype clinical trial, en humane studies.

Tabel 1. Resultaten tweede zoekstrategie met per categorie het aantal gevonden artikelen

	Cannabis OR marijuana OR marihuana	Cocaine	Heroin OR opiat*	alcohol
Schizophrenia	2	11	1	69
Bipolar disorder	2	5	1	27
Depressi*	6	49	53	521
Anxiety disorder	2	8	3	134
Personality disorder	2	14	7	43

De meeste van deze artikelen waren ook al via de Mesh strategie gevonden. Er waren echter in totaal 65 nieuwe, bruikbare artikelen via deze methode.

In tabel 2 staat een overzicht van de aantallen studies per type artikel en per SMI die in de lopende tekst van deze literatuurstudie voorkomen.

Tabel 2. Aantallen studies per type artikel en soort SMI opgenomen in deze literatuurstudie

	rct- reviews	rct's	niet gerandomiseerde/ gecontroleerde studies	beschouwingen	Totaal
SMI algemeen	1	1	3	4	9
Schizofrenie		1	3	6	10
Bipolaire stoornis	2	2	5	5	14
Depressie	0	21	5	4	30
Angststoornissen	1	3	5	8	17
Persoonlijkheidsstoornissen	0	13	4	2	19
Totaal	4	41	25	29	99

3. Resultaten

De resultaten worden nu in drie delen gepresenteerd. Deel I is een algemeen deel, waarin reviews en onderzoeken worden besproken die meer in algemene zin ingaan op de effectiviteit van behandelinterventies voor patiënten met gecombineerd middelengebruik en ernstige psychiatrische aandoeningen (dat wil zeggen zonder deze te specificeren), en belangrijke andere algemene thema's. In het tweede deel wordt de combinatie van een specifieke psychiatrische stoornis met een specifiek middel en waar mogelijk een specifieke behandelinterventie beschreven. De onderzoeken worden, indien van toepassing, gerangschikt onder drie categorieën: reviews over rct's (gerandomiseerde gecontroleerde studies), rct's, en overige (quasi-experimentele) onderzoeken. Ook belangwekkende (niet-empirische) beschouwingen zullen indien relevant betrokken worden.

Waar van toepassing zullen ook bekende beste behandelingen voor het psychiatrie deel kort besproken worden. Niet al die behandelingen zijn onderzocht in gecontroleerde en gerandomiseerde studies voor de dubbele diagnosepopulatie, maar dat wil niet zeggen dat ze daardoor per definitie niet geschikt kunnen zijn voor deze groep.

In het laatste deel komen speciale populaties aan bod, te weten daklozen en vrouwen. Relevante omstandigheden voor de behandeling van deze cliënten en onderzoek naar effectiviteit van behandelinterventies worden gepresenteerd.

Deel I: Effectiviteit dubbele diagnosebehandelingen in het algemeen

A To integrate or not to integrate

In de inleiding werd reeds gewezen op de gescheiden organisatie van de verslavingszorg en de psychiatrie en de 'tussen wal en schip' problemen die hiervan het gevolg zijn voor de patiënt. Op grond hiervan hebben veel auteurs, met name in de Verenigde Staten, gepleit voor een geïntegreerd behandelaanbod voor dubbele diagnosepatiënten. Integratie zou niet alleen moeten plaatsvinden op het niveau van het behandelprogramma, maar ook op het niveau van het zorgsysteem. In het Health Canada rapport (2002) wordt een aantal vergelijkbare elementen in beide zorgsystemen samengevat die voor een dergelijk integratie van systemen pleiten:

- > de acceptatie van een breed biopsychosociaal behandelmodel voor zowel verslavings- als psychiatrische problemen en de noodzaak van continuïteit van zorg;
- > het toegenomen belang van zelfhulporganisaties in beide zorgsystemen;
- > de toename van medicamenteuze interventies binnen de verslavingszorg en de inzichten uit genetisch onderzoek op beide gebieden;
- > de mate waarin beide zorgsystemen verbindingen hebben met het justitiële systeem;
- > de aanzienlijke rol van stigmatisering in beide gebieden en de invloed hiervan op o.a. het zoeken van hulp en de uitkomst van behandeling;
- > de mogelijke toepassing van gezamenlijke, dan wel convergerende, uitkomstindicatoren;
- > het toegenomen besef dat er veel overlap bestaat tussen beide populaties, alsmede de roep om meer continuïteit van zorg binnen en tussen beide zorgsystemen vanuit de patiëntorganisaties (Health Canada, 2002, : 70-71).

Samengevat kan gesteld worden dat er in het kader van hulp aan dubbele diagnosepatiënten een heldere rationale lijkt te bestaan voor (toenemende) integratie van zorg op zowel het programma- als zorgsysteemniveau. Publicaties die hierop wijzen, zijn dan ook talrijk (zie o.a. Drake et al., 1996, 1998; Drake & Mueser, 2000). Zo gaan Drake en Mueser in de laatste publicatie uitgebreid in op de kenmerken die succesvolle behandelingen van dubbele diagnosepatiënten gemeen zouden hebben. Succesvolle behandelingen zijn volgens hen geïntegreerd en (1) zijn veelal ontwikkeld binnen een ambulante psychiatrische setting - omdat toevoeging van componenten uit de verslavingszorg aan het reeds aanwezige hulp- en begeleidingsaanbod vanuit de ambulante psychiatrie op minder moeilijkheden stuit dan toevoeging van dit uitgebreide aanbod aan de verslavingszorg, (2) behandelen psychoactief middelengebruik niet geïsoleerd, maar zijn zich bij alle behandelaspecten terdege bewust van het comorbide middelengebruik, (3) zijn zich bewust van de moeilijkheden die dubbele diagnosepatiënten hebben met het in contact komen en blijven met de hulpverlening, o.a. door het aanbieden van outreachende zorg, (4) beseffen dat stabiel herstel veelal jaren vergt en zich eerder voltrekt in het leven van alledag dan in een residentiële behandelsetting, en (5) onderkennen dat de motivatie tot het volgen van een op abstinente gerichte behandeling bij het merendeel van de dubbele diagnose patiënten gering is en incorporeren daarom motivatieverhogende interventies in hun behandelaanbod (Drake & Mueser, 2000, : 107-108).

Zweben (2000) behandelt klinische en beleidsissues over dubbele diagnosepatiënten. System design issues zijn de scheiding van financieringsstromen en het verzet van sommige professionele opleidingsinstellingen om te veranderen. Geïntegreerde behandeling is bijzonder bruikbaar voor de vele patiënten met ernstige problemen op meer dan een gebied schrijft hij letterlijk. Deze benadering plaatst de opgave van consistentie en continuïteit van de

behandeling op de staf, niet de op de cliënten. Filosofische verschillen (kunnen) zijn strategieën voor betrokkenheid en (gebrek aan) motivatie, harm reduction versus abstinente, belang van 'benefits' management, et cetera (Zweben, 2000).

In schril contrast met de talrijke publicaties die wijzen op de noodzaak van geïntegreerde zorg voor dubbele diagnose patiënten staat echter het aantal empirische studies waarin het effect van een geïntegreerd behandelaanbod onderzocht is. In het Health Canada rapport (2002) wordt verwezen naar twee studies, beide uitgevoerd in de Verenigde Staten, waarin het effect van integratie op het systeemniveau werd onderzocht (Shore & Cohen, 1990; Coccozza, 2000). Met uitzondering van een gunstig effect op de huisvestingssituatie in het laatste onderzoek kon in geen van beide studies een significant effect van integratie op de klinische uitkomsten van patiënten worden vastgesteld (zie Health Canada, 2002).

In 2000 publiceerde de Cochrane groep een review van rct's naar de effectiviteit van behandelprogramma's voor dubbele diagnosepatiënten (Ley et al., 2000). In deze review werden slechts zes studies gevonden, allen verricht in de Verenigde Staten, die voldeden aan de (voldoende brede) selectiecriteria (Bond et al., 1991a, 1991b; Burnam et al., 1995; Drake et al., 1998; Hellerstein et al., 1995; Lehman et al., 1993). Daarbij zij opgemerkt dat vier van de zes studies betrekking hadden op kleine onderzoeksgroepen.

In de rct van Bond et al. (1991a) werd de effectiviteit van standaard psychiatrische behandeling aangevuld met een groepsgericht behandelaanbod gericht op het middelenmisbruik vergeleken met uitsluitend de standaard psychiatrische behandeling. Op geen van de uitkomstparameters (waaronder psychoactief middelengebruik, kwaliteit van leven, aantal dagen hospitalisatie gedurende de follow-up-periode) werden significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen aangetroffen (Ley et al., 2000).

In de tweede rct van Bond et al. (1991b) werd gebruik gemaakt van dezelfde controleconditie (standaard psychiatrie), maar bestond de experimentele conditie uit een aanvullend aanbod van *Assertive Community Treatment* (ACT), een vorm van intensieve casemanagement waarin de nadruk ligt op outreachende zorg, praktische begeleiding en doorlopende coördinatie van het hulpaanbod (zie Appendix). In deze trial werden op dezelfde uitkomstindicatoren als hierboven genoemd evenmin significante verschillen tussen de groepen gevonden (Ley et al., 2000).

De rct van Burnam et al. (1995) bestond uit een gerandomiseerde vergelijking van een geïntegreerde (psychiatrie en verslavingszorg) residentiële behandeling, een geïntegreerde ambulante behandeling, en standaard psychiatrische behandeling ("treatment as usual"), gericht op dakloze dubbele diagnosepatiënten. Op geen van de uitkomstmaten (psychiatrische toestand, alcohol- en drugsgebruik, dakloosheid) was sprake van significante verschillen tussen de groepen. Wel was de behandelretentie in het residentiële programma significant hoger dan in de niet-residentiële programma's (Ley et al., 2000).

In de rct van Drake et al. (1998a) werd bij SMI-patiënten de effectiviteit van ACT vergeleken met die van casemanagement, beiden aangeboden in het kader van geïntegreerde zorg. Ook in deze studie werden geen verschillen in effectiviteit op de uitkomstparameters (retentie in behandeling, stabiliteit huisvestingssituatie, psychiatrische toestand, psychoactief middelengebruik, kwaliteit van leven, aantal dagen hospitalisatie) gevonden (Ley et al., 2000). In het verlengde van deze studie onderzochten Clark et al. (1998) in dezelfde steekproef de kosten-effectiviteit van beide interventies en vonden ook op deze uitkomstparameter geen verschil. De rct van Hellerstein et al. (1995) betrof een vergelijking van een geïntegreerd versus een niet-geïntegreerd zorgaanbod, beiden ambulant en met een vergelijkbare hoeveelheid

psychiatrische en verslavingszorg. Op geen van de uitkomstindicatoren (behandelretentie, psychiatrische toestand, psychoactief middelengebruik) werden significante verschillen geobserveerd (Ley et al., 2000).

Lehman et al. (1993), tot slot, vergeleken de effectiviteit van standaard psychiatrische zorg met die van intensieve casemanagement plus een specifieke verslavingszorgmodule naast het standaard aanbod van psychiatrische zorg. Tussen beide zorgtypen was geen verschil in effectiviteit (psychiatrische toestand, alcohol- en drugsgebruik, kwaliteit van leven, aantal dagen hospitalisatie gedurende de follow-up-periode) (Ley et al., 2000).

Op grond van de bovengenoemde review concluderen Ley et al. (2000) dat er in de huidige literatuur (1) geen evidentie is dat toevoeging van verslavingszorginterventies aan de standaard psychiatrische zorg bij dubbele diagnosepatiënten leidt tot gunstiger behandelresultaten dan uitsluitend standaard psychiatrische zorg, en (2) dat er evenmin evidentie is voor verschillen in effectiviteit tussen een geïntegreerd versus niet-geïntegreerd behandelaanbod, dan wel tussen diverse vormen van geïntegreerde zorg, te weten: residentiële versus ambulante behandeling, en zorg volgens het ACT-model versus standaard casemanagement. In de woorden van Ley et al. (2000): *“The current momentum for integrated programmes is not based on good evidence”* (p. 1). Met betrekking tot de implicaties van deze bevindingen concluderen Ley et al. (2000) dat dubbele diagnosepatiënten zich bewust moeten zijn van het ontbreken van empirische evidentie ten gunste (maar evenzeer ten nadele) van geïntegreerde behandeling (p. 12). Een tweede implicatie zou volgens Ley et al. moeten zijn dat klinici die naast het standaard aanbod van psychiatrische zorg ook middelengerelateerde zorg aan SMI-patiënten willen aanbieden, dit uitsluitend zouden moeten doen binnen het onderzoekskader van een gerandomiseerde trial (p. 13). Een implicatie voor beleidsmakers, tot slot, is dat zij zich volgens Ley en collega's dienen te realiseren dat het extra geld dat aan geïntegreerde behandeling wordt besteed tot op heden niet heeft geleid tot betere behandelresultaten (p. 13).

Bij deze conclusies en implicaties dient met nadruk gewezen te worden op de schaarste aan gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van geïntegreerde behandelingen en op de methodologische beperkingen van het verrichte onderzoek (met name de veelal kleine onderzoeksgroepen en variatie in gehanteerde uitkomstmaten). De huidige bevindingen kunnen zowel betekenen dat er tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde behandeling daadwerkelijk geen verschil in effectiviteit is, als dat er simpelweg onvoldoende robuust onderzoek verricht is om hierover een uitspraak te doen.

Onzes inziens is op grond van de huidige kennis over het al dan niet aanbieden van geïntegreerde zorg het voorzichtige advies gerechtvaardigd, dat - in afwachting van bevindingen uit verder onderzoek - coordinatie en afstemming van psychiatrische en verslavingszorg bij dubbele diagnosepatiënten dringend gewenst is. Beide componenten zijn immers bij de patiënt aanwezig en behoeven aandacht. Zonder afstemming is het niet ondenkbaar dat er 'gaten' in het zorgaanbod ontstaan of behandelplannen zelfs conflicteren. Met Ley et al. (2000) zijn wij het eens, dat initiatieven tot verdergaande integratie van de psychiatrische en verslavingscomponenten in het zorgaanbod zouden moeten plaatsvinden in de context van gerandomiseerd effectonderzoek.

2 Overige belangwekkende thema's voor dubbele diagnose behandeling

In het eerder geciteerde rapport van Health Canada (2002) wordt een aantal belangrijke algemene elementen met effectieve behandeling van dubbele diagnosepatiënten samengevat (p. 45):

- > Verslavingsproblemen en psychiatrische problemen zijn veelal chronisch van aard en vereisen vaak zowel direct ingrijpen als langetermijnmonitoring en begeleiding. Psychiatrische symptomen kunnen weliswaar onafhankelijk van het middelengebruik bestaan, maar worden desondanks vaak verergerd door het middelengebruik. Andersom geldt, dat de psychiatrische symptomen ook een rechtstreeks gevolg kunnen zijn van chronisch, excessief gebruik van psychoactieve stoffen (bijvoorbeeld chronische depressie). Eén van de doelen van doorlopende monitoring en begeleiding is dan ook om meer duidelijkheid te krijgen omtrent de wijze waarop het middelengebruik en de psychiatrische problemen onderling samenhangen.
- > Bepaalde interventies voor specifieke combinaties van type middelengebruik en psychiatrie kunnen beter opeenvolgend worden uitgevoerd, terwijl bij andere interventies een gelijktijdige aanpak geïndiceerd lijkt. Los van de vragen rondom integratie (zie Deel 1A) zijn een consistente benadering, goede communicatie en afstemming van de aanpak van de betrokken behandelaars en begeleiders essentieel voor een effectieve behandeling.
- > In aanvulling op de interventies betreffende de psychiatrische en verslavingscomponent is het van groot belang bij dubbele diagnosepatiënten expliciet aandacht te besteden aan basisbehoeften rondom huisvesting, voeding, sociale steun en andere relevante psychosociale factoren. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met de soms aanwezige verwardheid en de soms gebrekkige cognitieve vaardigheden in deelgroepen dubbele diagnosepatiënten. In dit verband is het ook van belang te wijzen op de - deels door gebrekkige hygiëne en zelfverwaarlozing - veelal hoge somatische comorbiditeit onder dubbele diagnose patiënten. Hierbij valt met name te denken aan de vaak hoge incidentie van HIV, hepatitis, tuberculose en seksueel overdraagbare ziekten (zie o.a. Goldsmith, 1999).
- > Evenals bij niet-dubbele diagnosepatiënten, is het van belang door middel van specifieke interventies aandacht te besteden aan het verhogen van de motivatie tot gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering lijkt in het algemeen vooral effectief in combinatie met meer intensieve vervolgbehandeling (zie o.a. Dunn et al., 2001; Blanken en Hendriks, 2003). Daarentegen vonden Baker et al. (2002) in een recente RCT onder dubbele diagnosepatiënten in residentiële psychiatrische zorg, dat motivationele gespreksvoering geen invloed had op de bereidheid tot deelname aan een extra verslavingszorgmodule (Baker, 2002).
- > Op grond van de wetenschappelijke literatuur zijn er geen redenen om bij de behandeling van dubbele diagnosepatiënten de voorkeur te geven aan residentiële behandeling boven intensieve ambulante begeleiding.
- > Waar mogelijk is het raadzaam deelname aan zelfhulpgroepen (zoals de AA) een plek te geven in het begeleidingstraject van dubbele diagnosepatiënten. Zo vonden Magura et al. (2003) in een niet-gecontroleerde studie, dat specifieke elementen van zelfhulp aanzienlijk bijdroegen aan verbeteringen op het vlak van middelengebruik bij dubbele diagnosepatiënten.

Hoewel niet altijd onderworpen aan (al dan niet gerandomiseerd) onderzoek - en dus niet altijd gebaseerd op 'harde evidentie' - zijn er voldoende practicebased en gezond-verstand

argumenten om in de behandeling van dubbele diagnosepatiënten aan elk van de beschreven elementen aandacht te besteden. In het onderstaande wordt ingegaan op een aantal algemene thema's die in de behandeling van groot belang zijn.

Klinische versus ambulante behandeling

Met betrekking tot de vraag of klinische behandeling te prefereren is boven ambulante behandeling is - zoals beschreven in Deel 1 van deze literatuurstudie - wél evidentie in de literatuur te vinden: ambulante begeleiding lijkt even effectief en in bepaalde opzichten zelfs te verkiezen boven klinische behandeling (zie o.a. Drake et al., 1998b; Ley et al., 2000).

Abstinentie of (ook) harm reductie

Een belangrijke vraag met betrekking tot dubbele diagnosebehandeling is tevens of de behandeling van de verslavingscomponent altijd gericht moet zijn op abstinentie, dan wel of ook gematigd of gecontroleerd gebruik als doel gesteld kan worden. Hoewel hier geen gecontroleerde studies naar verricht zijn, zijn er op dit terrein wel focus groepen en expertmeetings georganiseerd. Zo oordeelden klinici en wetenschappers die door vakgenoten als experts op het gebied van dubbele diagnosebehandeling werden beschouwd, dat abstinentie weliswaar het geprefereerde behandeldoel was, maar gaven zij tevens aan dat ook een harm reductie benadering bij dubbele diagnosepatiënten geïndiceerd kan zijn (Carey et al., 2000; zie ook: Little, 2001). Auteurs wijzen wat dit betreft vooral op het risico het contact met de patiënt te verliezen indien te snel te hoge eisen (in dit verband: abstinentie) worden gesteld, met als gevolg dat de patiënt hierdoor schade oploopt (Marlatt, 1996; Denning, 2001).

Medicamenteuze behandeling

In dit verband is het tevens relevant aandacht te besteden aan het aspect van medicamenteuze behandeling. Vaak kan bij dubbele diagnosepatiënten pas na een periode van abstinentie enige duidelijkheid verkregen worden over de onderlinge samenhang tussen het middelengebruik en de psychiatrische problematiek (zie Pechter & Miller, 1997). Op grond hiervan is het raadzaam met medicatie te wachten tot deze duidelijkheid er is - hetgeen in een behandeling waarin vooralsnog geen abstinentie wordt nagestreefd - lastig is.

Een ander belangrijk aspect bij medicamenteuze behandeling van dubbele diagnosepatiënten is dat er bij bepaalde medicatie (bijvoorbeeld anxiolytica) sprake is van een verslavingspotentieel en dus een risico op misbruik (zie o.a. Allan, 1995). De meeste onderzoeken staan vrij positief jegens het voorschrijven van medicatie aan dubbele diagnosepatiënten. Wel wordt stevast gewaarschuwd voor benzodiazepines en andere mogelijk verslavende medicijnen bij mensen met een verslaving(sverleden).

Sowers & Golden (1999) wijzen erop dat diverse factoren van invloed zullen zijn op beslissingen over medicatie voor dubbele diagnosepatiënten. Zo kunnen de cognitieve processen, motivaties, en verdedigingsmechanismen van de cliënt zijn houding jegens medicatie beïnvloeden. Sowers & Golden onderscheiden twee hoofdtypen: medicatie-zoekend en medicatie-afwijzend. Het afwijzen van medicatie kan ook voortkomen uit het stigma dat - vooral voor jonge mensen - zou verbonden zijn met psychiatrische stoornissen en de impliciete erkenning daarvan door psychotrope medicatie te nemen. Stabilisering kan tot de misvatting leiden dat de medicatie niet langer nodig is, en cliënten kunnen op eigen houtje een medicatie-vrije periode beginnen. Ook kunnen mensen totale abstinentie nastreven waarbij ze ook medische 'drugs' afwijzen. Impulsiviteit ten slotte, een trek die een rol speelt in het ontstaan van verslaving, kan ook (on)trouw aan medicatie negatief beïnvloeden, en het blijven

gebruiken van illegale drugs die interfereren met medicatie. Tegenoverdracht van behandelers en onbekendheid met verslaving (psychiaters) kunnen leiden tot het krampachtig niet voorschrijven, of juist gemakzuchtig wel voorschrijven van medicatie aan dubbele diagnosepatiënten (Sowers & Golden, 1999). Aan de combinatie van psychotherapie en medicatie zijn verwante voor- en nadelen verbonden. Voordelen zijn dat medicatie de toegang tot psychotherapie kan vergemakkelijken en de psychologische functies kan beïnvloeden die vereist zijn voor deelname aan psychotherapie (cognitie, aandacht, verbaal vermogen). Nadelen zijn dat afname van de symptomen ertoe kan leiden dat patiënten ophouden met de psychotherapie, verdedigingen kan ondermijnen, en dat medicatie gezien kan worden als falen door patiënten die psychotherapie hoog aanslaan (Weiss, Greenfield, & Najavits, 1995).

Tot slot is met betrekking tot medicatie bij dubbele diagnosepatiënten van belang dat de behandelaar alert dient te zijn op mogelijke interacties tussen de voorgeschreven medicijnen en het alcohol- en drugsgebruik (Pechter & Miller, 1997). Zo wijzen Decker & Ries (1993) erop dat drugs kunnen interfereren met de farmacokinetiek en -dynamie van psychotrope medicatie en kunnen leiden tot afname van de therapietrouw en het ontstaan van nieuwe of gewijzigde psychiatrische syndromen (Decker & Ries, 1993).

Volgorde van de behandelinterventies

Een klinisch zeer relevante vraag bij dubbele diagnosepatiënten is of een gelijktijdige aanpak van beide componenten - verslaving en psychiatrie - geïndiceerd is, dan wel of één van de twee componenten eerst behandeld dient te worden. Vanzelfsprekend vereisen levensbedreigende klachten of symptomen ogenblikkelijke aandacht. Zoals eerder betoogd, is tevens een goede afstemming en coördinatie van de twee behandelbenaderingen een *sine qua non*.

In het algemeen is er weinig onderzoek verricht naar de volgorde van behandeling bij dubbele diagnosepatiënten. Ook komt uit het schaarse onderzoek wat dit betreft geen beeld naar voren, dat voor alle combinaties van ernstige psychopathologie en verslaving geldig zou zijn. Grofweg lijkt er voor de angst- en stemmingsstoornissen meer evidentie te bestaan voor het eerst behandelen van de verslavingscomponent (zie: Health Canada, 2002). Bij schizofrenie en bipolaire stoornissen lijkt een gelijktijdige aanpak in het algemeen geïndiceerd (Health Canada, 2002). Wat betreft de persoonlijkheidsstoornissen zijn er bij borderline aanwijzingen dat een gelijktijdige aanpak de voorkeur verdient, terwijl bij antisociale persoonlijkheidsstoornis in eerste instantie vooral een verslavingsgerichte benadering gewenst lijkt (Health Canada, 2002). In de desbetreffende hoofdstukken in het onderhavige rapport wordt waar mogelijk in meer detail ingegaan op het al dan niet opeenvolgend behandelen.

Deel II: Specifieke stoornissen in combinatie met middelengebruik

2.1 Schizofrenie

Etiologie en epidemiologie

Middelenmisbruik wordt vaak niet opgemerkt bij assessments, tenzij screening voor middelen routine is (Kavanagh, McGrath, Saunders, Dore, & Clark, 2002). De middelen die het meest gebruikt worden door schizofrene patiënten zijn alcohol (40-60%), nicotine (70%), en cocaïne (15-50%) (Buckley, 1998). Een gangbaar model over middelengebruik en schizofrenie is Khantzman's zelf-medicatie model; er is echter tot nu toe geen overtuigend bewijs voor dit model en oorzaak-gevolg conclusies zijn niet mogelijk (Blanchard, Brown, Horan, & Sherwood, 2000). Een ander model redeneert andersom, namelijk dat middelengebruik schizofrenie veroorzaakt. Gewoonlijk ligt de focus hier op drugs, hoewel alcohol het meest gebruikte middel is; dit vormt een zwakte in dit model. Los van de onduidelijkheid over de oorzaak-gevolgrelatie blijkt uit een aantal onderzoeken wél dat middelengebruik vaak aan schizofrenie vooraf gaat, eenvoudigweg omdat de leeftijd waarop de bevolking gemiddeld voor het eerst bijvoorbeeld alcohol gaat drinken lager ligt dan de leeftijd waarop schizofrenie zich gemiddeld voor het eerst openbaart (Blanchard et al., 2000). In een Duits onderzoek door Hambrecht en Häfner (2000) onder 232 eerste-episode schizofreniepatiënten werd gevonden dat 13% een geschiedenis van cannabismisbruik had, twee keer zo hoog als de prevalentie in de 'normale' populatie. Er waren drie bijna even grote groepen te onderscheiden: een die al een aantal jaren cannabis had gebruikt voordat de eerste tekenen van schizofrenie zich voordeden, een groep bij wie de onset van beide stoornissen zich in de zelfde maand manifesteerde, en een groep die cannabis begon te gebruiken na de onset van de symptomen van schizofrenie (Hambrecht & Häfner, 2000). Het gebruik van cocaïne door schizofreniepatiënten kan verschillende gevolgen hebben.

Cocaine kan milde symptomen van schizofrenie verergeren, het kan zowel positieve als negatieve symptomen reduceren en wordt vaak gebruikt om gevoelens van depressie te verlichten. De klinische effecten van middelengebruik zijn directe verlichting van bijwerkingen die veroorzaakt worden door neuroleptica, de lange termijn gevolgen zijn negatieve effecten op de behandeling van schizofrenie (Kavanagh et al., 2002).

Wellicht is de beste benadering een stress-kwetsbaarheid model waarbij middelengebruik fungeert als een stressor voor de onset van schizofrenie bij individuen die daar kwetsbaar voor zijn. Het laatste gangbare model betreft genetica; familie onderzoeken leveren echter gemengde resultaten op. Momenteel zijn er geen aanwijzingen beschikbaar dat er een genetische relatie is tussen schizofrenie en alcoholisme, maar mogelijk weerspiegelt comorbiditeit van schizofrenie en middelengebruik het effect van twee afzonderlijke genetische risico's in een individu (Blanchard et al., 2000). Een model dat Blanchard et al. zelf voorstellen is het affect-regulatie model. Persoonlijkheidstrekken, stress en coping spelen een interactieve rol, waarbij gehypothetiseerd wordt dat bij schizofrenie individuele verschillen in persoonlijkheid geassocieerd zijn met blootstelling en reactiviteit aan stress, hetgeen bijdraagt tot een verhoogd risico op middelengebruik (Blanchard et al., 2000). Bellack & DiClemente (1999) bespreken het transtheoretische model voor veranderingen met vijf fasen voor verandering, die resulteren in een behandelprotocol voor schizofreniepatiënten bestaande uit sociale vaardigheden en probleem oplossend vermogen, onderricht over de redenen voor middelengebruik, motiverende gesprekken, en training voor het omgaan met risicosituaties (Bellack & DiClemente, 1999).

Best practice behandeling schizofrenie in het algemeen

Afgezien van wat de beste behandeling is van schizofrenie met comorbide middelengebruik, wordt het volgende door de American Psychiatric Association (APA) aanbevolen als beste bewezen behandeling voor schizofrenie:

- 1. Acute fase:**
antipsychotica
Psychosociale interventies die gericht zijn op het reduceren van overstimulatie en stressvolle life events, in een gestructureerde en voorspelbare omgeving. De psychiater zou informatie moeten verschaffen over de aard en het verloop van de ziekte.
- 2. Stabilisatie fase:**
De stress voor de patiënt minimaliseren en steun geven om de kans op terugval te minimaliseren. Doorgaan met dezelfde medicatie indien mogelijk.
- 3. Stabiele fase:**
Niveau van functioneren en kwaliteit van leven behouden of verbeteren.
Specifieke psychosociale behandelstrategieën bieden: basis skills, sociale vaardigheden training, cognitieve rehabilitatie, en aanvangen met arbeidsrehabilitatie.
Een gestructureerde, steunende, en niet-stressvolle strategie bieden indien geïndiceerd.

Volgorde van aanpak

Over geïntegreerde versus sequentiële/parallele behandeling en de volgorde van de aangeboden behandelmodules wordt alleen iets opgemerkt bij Health Canada (2002). Gelijktijdige aandacht aan zowel de schizofrenie als het middelengebruik wordt aangeraden (Health Canada, 2002).

In het nu volgende gedeelte zullen vijf artikelen worden besproken: een rct en twee quasi-experimentele onderzoeken naar schizofrenie en comorbide middelengebruik in het algemeen, een quasi-experimenteel onderzoek over schizofrenie en alcohol, en een over schizofrenie en cocaïne. Opvallend is dat slechts één gerandomiseerde studie naar effectiviteit van behandeling voor schizofreniepatiënten met comorbide middelengebruik werd gevonden.

2.1.1 Schizofrenie en middelengebruik in het algemeen

Gerandomiseerde studies

In een single-blind rct van Barrowclough et al. (2001) in Groot-Brittannië werden schizofreniepatiënten aselect toegewezen aan ofwel een standaardbehandeling (N=17) bestaande uit psychiatrische behandeling, casemanagement, neuroleptica, en nazorg, ofwel de standaardbehandeling geïntegreerd met motiverende gespreksvoering, individuele CBT en familier therapie (N=15). Deelnemers in de experimentele conditie hadden na een jaar significant minder psychiatrische symptomen en meer abstinente dagen dan de controlegroep. Het is echter niet goed na te gaan aan welke module dit lag.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

Ho et al. (1999) deden onderzoek naar chronisch psychotische patiënten (veteranen) tijdens de ontwikkeling van een programma van dubbele diagnosepatiënten. Naarmate het programma vorderde, kwamen er dus steeds meer behandelmodules bij. De grootste verschillen werden - logischerwijs - gevonden tussen de eerste en de laatste, vierde groep. Er zijn geen

gegevens over de psychiatrie. De auteurs merken op dat het personeel ook meer en meer ervaren werd naarmate de studie vorderde, en wellicht ook gemotiveerder; dit kan de resultaten beïnvloed hebben. Verder was er geen controlegroep en werd een relatief korte follow-up periode van zes maanden gebruikt (Ho et al., 1999).

In het artikel van Minkoff.(1999) wordt de implementatie van een geïntegreerde behandeling voor DD patiënten in Massachusetts beschreven. Bij intake had 68% van de patiënten weinig inzicht, motivatie, en therapietrouw ten aanzien van verslaving en psychiatrische behandeling. Toch bleef 56% abstinente gedurende 65 dagen, en 49% van hen was nog altijd abstinente bij de follow-up na 95 dagen. Op de 95e dag rapporteerde 46% van alle responding patiënten huidige abstinente. Er was een redelijke tot volledige therapietrouw aan medicatie. Er was een significante symptomatische verbetering in middelenmisbruik, angststoornissen, en affectieve stoornissen, meer dan in psychotische stoornissen. Overigens zijn er, hoewel Minkoff een bekende naam is in het dubbele diagnosevakgebied, geen gerandomiseerde artikelen gevonden in PubMed waar hij een van de auteurs van was.

2.1.2 Schizofrenie en cannabis

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.1.3 Schizofrenie en cocaïne

Er werden geen gerandomiseerde studies over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In een artikel van Tsuang et al. (2002) wordt een dubbelblinde pilotstudie beschreven waarin 2 patiënten haloperidol kregen en 2 olanzapine (een atypisch antipsychoticum), dat beter zou zijn dan haloperidol voor comorbide cocaïnegebruikers. De twee deelnemers op olanzapine gebruikten minder tot geen cocaïne, hadden minder craving, en minder psychiatrische symptomen dan bij aanvang. De deelnemers met haloperidol vielen allebei uit. We zijn erg benieuwd naar resultaten van grotere, gerandomiseerde studies naar olanzapine voor deze groep.

2.1.4 Schizofrenie en opiaten

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.1.5 Schizofrenie en alcohol

Er werden geen gerandomiseerde studies over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In een convenience sample uit 151 schizofreniepatiënten met comorbide middelenmisbruik

uit een lopend onderzoek waren 37 patiënten die clozapine (een atypisch antipsychoticum) ontvingen. Patiënten die alcohol misbruikten hadden een significante afname in de ernst en het aantal dagen van alcoholmisbruik met clozapine ten opzichte van de controlegroep (Drake, Xie, McHugo, & Green, 2000).

2.1.6 Conclusie

Tegen de verwachtingen in, werd bijzonder weinig onderzoek aangetroffen over de behandeling van patiënten met schizofrenie en comorbide middelenmisbruik. Er zijn verscheidene modellen in omloop, maar er is geen onderzoek gedaan om te toetsen of die modellen standhouden in de praktijk. Dit is des te opmerkelijker gezien de hoge prevalentie van middelenmisbruik onder schizofreniepatiënten. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat bij een aantal studies schizofreniepatiënten wel degelijk een (substantieel) deel van de steekproef vormden, maar dat de resultaten niet uitgesplitst konden worden per SMI en hier derhalve niet gerapporteerd konden worden.

Een programma met motiverende gespreksvoering, individuele CBT en familetherapie werkte beter in deze groep dubbele diagnosepatiënten dan de gebruikelijke behandeling, maar zoals de auteurs zelf al aangaven is niet duidelijk of dit ook is toe te schrijven aan de extra tijd en aandacht die de experimentele groep kreeg. Er zijn aanwijzingen dat atypische antipsychotica (clozapine bij alcohol, en olanzapine) bij schizofreniepatiënten met middelenmisbruik effectief zijn om een reductie in middelenmisbruik te bewerkstelligen. Tot slot is het van belang expliciet aandacht te besteden aan de beperkingen die schizofrenie vaak met zich meebrengt op het gebied van sociale vaardigheden, basisvaardigheden, huisvesting, enzovoorts.

2.2 Bipolaire stoornis

Etiologie en epidemiologie

Patiënten met een bipolaire stoornis hebben het grootste risico (odds ratio = 6.6) van alle As I stoornissen voor comorbiditeit met alcohol- of drugsmisbruik (Brady & Sonne, 1995). Risicofactoren voor middelenmisbruik bij bipolaire patiënten zijn mannelijke sekse, lage opleiding, en aanwezigheid van andere As I stoornissen. Verder komt middelenmisbruik meer voor bij manie dan bij depressie (Sherwood Brown, Suppes, Adinoff, & Rajan Thomas, 2001). Diagnostische verwarring, verhoogde kwetsbaarheid van bipolaire patiënten, een gemeenschappelijke onderliggende factor, neuronale sensitiviteit ofwel het 'triggeren' van manische of depressieve episodes door met name cocaine of alcohol zijn alle geopperd om de correlatie tussen middelenmisbruik en bipolaire stoornis te verklaren (Sonne & Brady, 1999). Een vroege onset van de bipolaire stoornis is in een aantal maar niet alle onderzoeken tevens als risicofactor naar voren gekomen (Sherwood Brown et al., 2001).

Het probleem dat psychiatrische symptomen en onthoudingsverschijnselen of andere symptomen van middelenmisbruik sterk op elkaar kunnen lijken, geldt des te meer voor bipolaire patiënten: intoxicatie door stimulantia kan een syndroom veroorzaken dat niet te onderscheiden valt van mania of hypomania, onthoudingsverschijnselen door stimulantia kan leiden tot depressieve symptomatologie (Brady & Sonne, 1995), (Sonne & Brady, 1999). Er is weinig informatie over het klinische verloop van deze comorbiditeit: wel is bekend dat een hoger percentage patiënten met gemengde of cyclische bipolaire stoornis gelijktijdig alcohol misbruikte. Voor deze patiënten duurde het eveneens langer om te herstellen dan voor patiënten met zuivere depressie of zuivere manie (Brady & Sonne, 1995), (Sonne & Brady, 1999). O'Connell vond bij de behandeling van bipolaire patiënten met lithium dat comorbide alcohol- en drugsgebruik geassocieerd was met een ongunstige prognose (O'Connell, Mayo, Flattow, Cuthbertson, & O'Brien, 1991). De gevolgen van dergelijke comorbiditeit zijn ernstig: comorbide middelenmisbruik leidt tot meer suicide, en therapieontrouw bij diverse categorieën medicatie (Sherwood Brown et al., 2001).

Bowden (1995) geeft klinische praktische richtlijnen voor drie medicijnen. Mensen met een milde en ongecompliceerde stoornis, puur manische symptomatologie, eerdere respons op lithium, en infrequente episodes zullen waarschijnlijk goed reageren op lithium. Valproaat werkt voor een breder spectrum van patiënten, inclusief hen met rapid cycling, mixed mania en middelenmisbruik. Carbamazepine ten slotte kan toegepast worden bij patiënten die niet reageren op lithium, en is waarschijnlijk effectiever als onderdeel van een gecombineerde farmacotherapie dan als monotherapie (Bowden, 1995).

Best practice behandeling bipolaire stoornis in het algemeen

Afgezien van wat de beste behandeling is van bipolaire stoornis met comorbide middelenmisbruik, worden door de APA de volgende *evidence based* mogelijkheden gegeven voor de behandeling van bipolaire stoornis. Voor ernstig manische of mixed-episode patiënten is ofwel lithium plus een antipsychoticum ofwel valproaat plus een antipsychoticum de aangewezen behandeling. Voor minder ernstige patiënten kan monotherapie met lithium, valproaat of een antipsychoticum als olanzapine volstaan. Voor gemengde episodes kan valproaat te verkiezen zijn boven lithium. Atypische antipsychotica zijn te verkiezen boven klassieke antipsychotica vanwege hun minder ernstige bijwerkingenprofiel; de meeste evidentie bestaat voor olanzapine of risperidon. Carbamazepine of oxcarbazepine kunnen een alternatief zijn voor lithium of valproaat. Antidepressiva zouden afgebouwd en gestopt moeten wor-

den indien mogelijk. Als psychosociale benaderingen gebruikt worden, zouden ze gecombineerd moeten worden met farmacotherapie.

Depressieve episodes

De aangewezen farmacologische behandeling voor bipolaire depressie is lithium of lamotrigine. Een monotherapie van een antidepressivum wordt niet aanbevolen. Als alternatief, vooral voor ernstiger patiënten, zullen sommige klinici gelijktijdige behandeling met lithium en een antidepressivum starten. Bij patiënten in een levensbedreigende situatie (suicidaliteit, psychose) vormt ECT een redelijk alternatief, net als bij een ernstige depressie tijdens zwangerschap. Er is een grote evidentie voor de effectiviteit van psychotherapie in de behandeling van unipolaire depressie; bij een bipolaire depressie kunnen interpersoonlijke therapie en CBT nuttig zijn als toevoeging bij farmacotherapie. Hoewel psychodynamische psychotherapie niet empirisch onderzocht is bij bipolaire depressie wordt het breed gebruikt als toevoeging bij medicatie. Met rapid cycling wordt net als in de DSM-IV bedoeld op het voorkomen van vier of meer stemmingsstoornissen binnen een jaar, die voldoen aan de criteria voor een major depressie, gemengde, manische of hypomanische episode. Deze episodes worden gescheiden door een gedeeltelijke of volledige remissie van ten minste twee maanden ofwel een switch naar een episode van tegengestelde polariteit (bijv. van een major depressieve naar een manische episode). De eerste interventie voor patiënten met gemengde cycli is medische condities te identificeren en behandelen die kunnen bijdragen aan de cycli, zoals hypothyroidisme of midde-engebruik. Bepaalde medicatie, vooral antidepressiva, kunnen ook bijdragen aan cycling en zouden indien mogelijk afgebouwd moeten worden. De eerste behandeling voor patiënten met een gemengde cyclus zou lithium of valproaat moeten bevatten; een alternatieve behandeling is lamotrigine. Voor veel patiënten zijn combinaties van medicijnen noodzakelijk.

Volgorde van aanpak

Over geïntegreerde versus sequentiële/parallele behandeling en de volgorde van de aangeboden behandelmodules wordt alleen iets opgemerkt bij Health Canada (2002). Een volledig geïntegreerde behandeling waarbij gelijktijdig aandacht wordt besteed aan zowel de bipolaire stoornis als het middelenmisbruik wordt met klem aanbevolen (*Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders.*, 2002).

In het nu volgende gedeelte zullen zeven artikelen worden besproken: een dossieronderzoek, twee rct's met medicatie, en vier niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies.

2.2.1 Bipolaire stoornis en middelenmisbruik in het algemeen

Gerandomiseerde studies

Valproaat, een anti-epilepticum, verminderde depressie na 4 weken en na 12 weken bij bipolaire patiënten met middelenafhankelijkheid (Brady, Sonne, Anton, & Ballenger, 1995). Dit onderzoek werd echter uitgevoerd met slechts 9 patiënten; dit is erg weinig om conclusies op te kunnen baseren.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In een dossieronderzoek van bipolaire patiënten werd gevonden dat 34% middelen gebruikten, met name alcohol (82%), cocaine (30%) en cannabis (29%). Deze patiënten herstelden minder vaak dan mensen zonder comorbide middelenmisbruik. Bipolaire patiënten met middelenmisbruik herstelden vaker met valproaat of carbamazepine (anti-epilepticum met anti-convulsieve, psychotrope, licht anticholinerge werking) dan bipolaire patiënten met midde-

lenmisbruik die enkel lithium kregen (Goldberg, Garno, Leon, Kocsis, & Portera, 1999). In een beschouwende review komt naar voren dat valproaat en carbamazepine effectieve stemmingsstabilisatoren zijn bij bipolaire stoornis, en een nuttige behandeling van alcohol onthoudingsverschijnselen. (Brady & Sonne, 1995). Zie ook Nunes et al. (1990) en Sonne & Brady (1999) voor een overzicht van studies naar de effectiviteit van behandeling voor bipolaire stoornis en comorbide middelenmisbruik.

2.2.2 Bipolaire stoornis en cannabis

Gerandomiseerde studies

In een dubbelblind onderzoek van Geller et al. (1998) werden 25 adolescenten a-select toegevoegd aan lithium of een placebo. De onset van de bipolaire stoornis was gemiddeld op 9.6 jaar, de onset van het middelenmisbruik op een leeftijd van 15.3 jaar. De meest frequente middelen die misbruikt werden, waren alcohol en cannabis. Bij intent-to-treatanalyse bleek een significant verschil tussen lithium en placebo op psychopathologie en urineanalyses (Geller, Cooper, Sun, & al., 1998).

2.2.3 Bipolaire stoornis en cocaïne

Er werden geen gerandomiseerde studies over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In een niet gecontroleerd onderzoek onder 13 mannen en 17 vrouwen met bipolaire stoornis en comorbide cocaïnemisbruik die lamotragine, een anti-epilepticum, kregen voorgeschreven, bleken depressieve en manische symptomen en craving significant te zijn afgenomen (E. S. Brown, Nejtek, Perantie, Orsulak, & Bobadilla, 2003). Geld dat werd besteed aan cocaïne en urinetests leverden geen significant verschil op. Lamotragine werd goed verdragen.

In een ander onderzoek is quetiapine (een antipsychoticum met benzodiazepine-achtige structuur) voorgeschreven. Er was een significante verbetering op depressieve en manische symptomen en craving; geld dat werd besteed aan cocaïne en urinetests leverden geen significant verschil op. Quetiapine werd goed verdragen (E. S. Brown, Nejtek, Perantie, & Bobadilla, 2002).

In een wat ouder open trial-onderzoek zonder controlegroep onder 10 cocaïnegebruikers met bipolaire stoornis bleek lithium niet werkzaam (Nunes, McGrath, Wager, & Quitkin, 1990).

2.2.4 Bipolaire stoornis en opiaten

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.2.5 Bipolaire stoornis en alcohol

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.2.6 Conclusie

Er is weinig bekend over effectieve behandeling. De beschikbare medicatie is lithium, valproaat, carbamazepine, en antipsychotica: ongeveer twee derde van de bipolaire patiënten blijkt langdurig antipsychotica voorgeschreven te krijgen, maar dit zou juist tot meer middelengebruik kunnen leiden vanwege de dempende werking in de hersenen (Sherwood Brown et al., 2001). Lithium wordt beschouwd als de standaardbehandeling voor bipolaire stoornissen, hoewel comorbiditeit van een middenstoornis recent in verscheidene onderzoeken is aangewezen als predictor voor een slechte respons op lithium. In een aantal studies bleek lithium voor bipolaire patiënten met middelenmisbruik slecht te werken (Bowden, 1995), (O'Connell et al., 1991), in een studie werden gunstige resultaten gevonden voor bipolaire patiënten met comorbide middelenmisbruik (Geller et al., 1998), maar die resultaten konden niet gerepliceerd worden (Sonne & Brady, 1999). In een beschouwende review bleken valproaat en carbamazepine effectieve stemmingsstabilisatoren bij bipolaire stoornis, en een nuttige behandeling van alcohol onthoudingsverschijnselen (Brady & Sonne, 1995).

De medicijnen lithium, valproaat, carbamazepine, lamotragine en quetiapine lijken bruikbaar voor bipolaire patiënten met comorbide middelenmisbruik. Lithium is veelal de eerste keus behandeling bij bipolaire patiënten, maar bij de specifieke groep dubbele diagnosepatiënten zijn er twijfels aan de respons op lithium. In het algemeen geldt dat de bevindingen eerst gerepliceerd zullen moeten worden voordat ze aanbevolen kunnen worden als evidence basedbehandeling. Tot slot wordt psychotherapie als aanvulling op medicatie aanbevolen bij bipolaire patiënten zonder comorbide middelenmisbruik; het is echter goed denkbaar dat dit ook bij dubbele diagnosepatiënten werkzaam kan zijn.

2.3 Depressie

Etiologie en epidemiologie

Comorbiditeit van depressie met middelenmisbruik komt veelvuldig voor. Gegevens uit de *national comorbidity study* in de VS lieten zien dat enerzijds 23% van de mensen met middelenmisbruik een depressie had, en dat anderzijds 18% van de mensen met een depressie aan comorbide middelenmisbruik leed (Kelly, McKellar, & Moos, 2003). Gegevens uit de *Epidemiologic Catchment Area* lieten zien dat onder personen met alcoholstoornis lifetime prevalentie van affectieve stoornis 13.4% is, twee keer zoveel als in de algemene populatie. Andersom was het lifetime risico voor alcoholstoornissen twee keer zo hoog voor mensen met een affectieve stoornis, namelijk 22%. In een 10-jaar follow-up studie bleken patiënten die nooit alcoholafhankelijk waren geweest, of in remissie van alcoholafhankelijkheid, twee keer zo veel kans hadden te herstellen van depressie als mensen met een actieve alcoholafhankelijkheid (McGrath, Nunes, & Quitkin, 2000). Behandelweerstand kan optreden ten aanzien van de middelenstoornis, de depressie, of allebei (Nunes, Delyannides, Donovan, & McGrath, 1996). Onderricht wordt geadviseerd over de mogelijke bijdrage van een regelmatig gebruikspatroon aan depressie, en een periode van abstinentie om na te gaan of dit de stemming zal verbeteren. Gekeken moet worden naar de invloed en/of wenselijkheid van benzodiazepines, andere voorgeschreven medicijnen, en nicotine en cafeïne (Nunes et al., 1996).

Best practice behandeling depressie in het algemeen

Afgezien van wat de beste behandeling is van depressie met comorbide middelenmisbruik, worden door de APA vier evidence based behandelingsmogelijkheden gegeven voor depressie:

1. *antidepressiva*
Als aanvang primaire behandelingsmodaliteit voor een milde major depressieve disorder. Antidepressiva behoren voorgeschreven te worden voor middelzware tot ernstige major depressieve disorder tenzij een ECT gepland is. Een combinatie van antipsychotica en antidepressiva of ECT zou gebruikt moeten worden bij psychotische depressie.
2. *psychotherapie*
Een specifieke, effectieve psychotherapie als enige behandeling kan overwogen worden voor patiënten met een milde tot middelzware major depressieve disorder. Patientenvoorkeur voor een bepaalde psychotherapeutische benadering is een belangrijke factor die bij de beslissing betrokken moet worden. Klinische gronden voor therapeutische interventies zijn onder meer de aanwezigheid van aanzienlijke psychosociale stressoren, intrapsychisch conflict, interpersoonlijke moeilijkheden, of een comorbide As II stoornis.
3. *antidepressiva plus psychotherapie*
Deze combinatie kan een goede keuze zijn voor patiënten met psychosociale issues, interpersoonlijke problemen, of een comorbide As II stoornis samen met een middelmatige tot ernstige major depressieve disorder. Ook patiënten die in het verleden geen goede respons hadden op een adequate enkelvoudige behandeling of met een ontoereikende behandeltrouw kunnen van de gecombineerde behandeling profiteren.
4. *elektro convulsieve therapie (ECT)*
ECT zou overwogen moeten worden voor patiënten met een major depressieve disorder met een grote ernst van symptomen en functiebeperkingen of bij aanwezigheid van psychotische symptomen of catatonie. ECT kan ook de voorkeursbehandeling zijn voor urgente patiënten, zoals patiënten die suïcidaal zijn of voedsel weigeren en ondervoed (dreigen te) raken.

Volgorde van aanpak

Volgens Health Canada (2002) zijn er diverse goede redenen om eerst het middelenmisbruik te behandelen en daarna de depressie. Stemmingsstoornissen zijn vaak het gevolg van chronisch middelenmisbruik en kunnen aanzienlijk verbeteren na afname van het gebruik. Verder leidt middelenmisbruik tot problemen in verscheidene leefgebieden, die verlicht zullen worden na afname van het gebruik (Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders., 2002).

In het nu volgende deel worden 28 onderzoeken besproken. Er is veel onderzoek gedaan in deze groep met antidepressiva en andere medicijnen, en in mindere mate naar psychotherapieën. De meeste studies, namelijk 15, gaan over depressie en comorbide alcoholmisbruik. In tabel 3 staat een overzicht van alle rct's over depressie en comorbide middelenmisbruik die in deze literatuurstudie gevonden zijn.

2.3.1 *Depressie en middelenmisbruik in het algemeen*

Er werden geen gerandomiseerde studies over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

Kelly et al. (2003) hebben een quasi-experimenteel onderzoek gedaan naar behandelings succes van depressieve mannelijke veteranen met een comorbide middelenstoornis in een 12-Steps zelfhulpgroep, in vergelijking met mannelijke veteranen met een middelenstoornis zonder comorbide psychiatrische aandoening. Zij vonden dat depressieve mensen na 12 maanden significant minder betrokken waren bij de 12-Steps familie. Na 24 maanden was dit verschil echter verdwenen. Een andere bevinding was dat depressieve patiënten even goede middelenmisbruikuitkomsten hadden als de niet-depressieve patiënten. Hierbij moet opgemerkt worden dat de depressieve groep veel intensiever gebruik maakte van psychiatrische hulp. Op de ernst van depressie had de 12-Steps interventie geen invloed. Patiënten bleven in ernstige mate last houden van depressie (Kelly et al., 2003).

2.3.2 *Depressie en cannabis*

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.3.3 *Depressie en cocaïne*

Gerandomiseerde studies

Carroll et al. (1995) hebben een rct gedaan onder 109 cocaïneafhankelijke cliënten van wie er 37 minstens mild-depressief waren, en 72 geen depressieve symptomen vertoonden. Zij deden onderzoek naar desipramine, omdat dat ten eerste hunkering naar en gebruik van cocaïne zou kunnen verminderen bij cocaïnegebruikers in het algemeen, en ten tweede zou desipramine depressie kunnen behandelen (in de subpopulatie van cocaïnegebruikers die wellicht proberen depressieve symptomen te behandelen). Een aantal deelnemers kreeg desipramine en een aantal kreeg een placebo. Verder werden twee soorten terugvalpreventie onderzocht: CBT en clinical management. In totaal waren er aldus vier groepen:

Tabel 3. RCT's over depressie en comorbide middelenmisbruik

Referentie	Behandeling/ onderwerp	Middel	N	Uitkomst depressie	Uitkomst middel	Overige inf
{Carroll, 1995 #5}	Desipramine vs. placebo CBT vs. clinical management	cocaine	109	+ +	— +	
{Schmitz, 2001 #34}	Fluoxetine vs. placebo	cocaine	34 en 34	—	—	
{Nunes, 1995 #158}	Imipramine vs. placebo	cocaine	113	—	—	
{McKay, 2002 #22}	Individuele RP vs. standaard 12-Step	cocaine	132	—	—	
{Rohsenow, 2000 #149}	Coping skills vs. meditatie/relaxatie	cocaine	108	—	—	
{Maude-Griffin, 1998 #156}	CBT vs. 12-Step	crack-cocaine	128	?	+	
{Nunes, 1998 #28}	Imipramine vs. placebo	methadon	38	+	±	
{Petraakis, 1998 #157}	Fluoxetine vs. placebo	methadon	44	—	—	depr nam in beide groepen af, cocaine überhaupt niet
{Cornelius, 1997 #8}	Fluoxetine vs. placebo	alcohol	25 en 26	±	+	
{Cornelius, 1995 #132}	Fluoxetine vs. placebo	alcohol	21	—	+	
{Cornelius, 2000 #129}	Fluoxetine vs. placebo	alcohol		+	+	1-jaar follow-up
{Kranzler, 1995 #134}	Fluoxetine vs. placebo	alcohol	101	+	+	In controle ook sign minder alcohol
{Janiri, 1996 #153}	Fluoxetine vs. placebo	alcohol	—	+		
{Roy-Byrne, 2000 #130}	Nefazodone vs. placebo	alcohol	64	+	—	beide psycho-educatie
{Mason, 1996 #133}	Desipramine vs. placebo	alcohol	28 depr, 43 niet	+	+	
{McGrath, 1996 #154}	Imipramine vs. placebo	alcohol	69	±	—	
{Brown, 1997 #155}	CBT vs. relaxatie	alcohol	19 en 16	?	+	beide standaard er alcoholbehandeling

Toelichting

- + de experimentele behandeling was significant beter dan de controleconditie
- de experimentele behandeling was niet significant beter dan de controleconditie.
Dit kan dus ook inhouden dat in beide groepen significante verbeteringen optraden t.o.v. vóór de behandeling, maar dat de experimentele behandeling niet superieur was. Dit staat dan wel in de toelichting.
- ± matig positieve uitkomst voor de experimentele behandeling
- ? er staat geen informatie over deze uitkomstmaat in het artikel.

	Placebo	Desipramine
Casemanagement	N=27	N=25
CBT	N=29	N=28

Desipramine bleek effectief in het verminderen van depressieve symptomen. Wat cocaïne betreft, leverde desipramine geen significante verbetering op ten opzichte van een placebo, noch voor de gehele steekproef, noch voor de depressieve subgroep. Verder leek symptoom-specifieke behandeling te leiden tot verbetering onder depressieve cocaïnegebruikers, die namelijk meer verbetering van hun depressieve symptomen vertoonden wanneer ze met desipramine behandeld werden en betere cocaïne-uitkomsten wanneer ze behandeld werden met CBT (Carroll, Nich, & Rounsaville, 1995).

Schmitz et al. (2001) deden in een rct onderzoek naar de effectiviteit van fluoxetine (Prozac) (N=34) versus een placebo (N=34), en vonden geen verschil in effectiviteit, noch voor depressie (die in beide groepen significant afnam), noch voor cocaïnegebruik. In een onderzoek van (Nunes et al., 1995) werden 113 patiënten aselect toegewezen aan imipramine of een placebo, en werd evenmin een effect gevonden (Schmitz et al., 2001).

McKay et al. (2002) deden een onderzoek onder 132 mannelijke cocaïne-verslaafde veteranen met (50) en zonder (82) lifetime depressie. Individuele terugvalpreventie werd met een standaard 12-step groepsbehandeling vergeleken. Patiënten met een depressie hadden ernstiger alcoholproblemen voor en na behandeling dan niet-depressieve patiënten. Patiënten met depressie hadden betere within-treatment cocaïnegebruik uitkomsten dan niet-depressieve patiënten. De hypothese dat depressieve patiënten meer baat zouden hebben bij terugvalpreventie dan bij de standaard 12-step focus groep werd niet ondersteund in dit onderzoek. De slotconclusie was dat depressieve patiënten relatief veel baat hebben bij continue care of aftercare, maar dat zij een duidelijke toename in alcohol en in zekere mate cocaïnegebruik ervaren als de behandeling eenmaal is afgelopen (McKay et al., 2002).

In een onderzoek onder veteranen werden 108 deelnemers bovenop de middelenbehandeling toegewezen aan ofwel copingvaardigheden, of een controleconditie die bestond uit meditatie-relaxatie. In de 12-maanden follow-up bleken patiënten in de copingconditie significant minder cocaïne te gebruiken dan patiënten uit de controleconditie. Dit verschil verdween echter na zes maanden (Rohsenow, Monti, Martin, Michalec, & Abrams, 2000). Een derde studie over psychotherapieën vergeleek CBT met 12-step facilitatie, waar 128 deelnemers die crack-cocaïne gebruikten a-select aan werden toegewezen voor een duur van 12 weken. CBT werkte significant beter (Maude-Griffin et al., 1998).

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In een niet gerandomiseerd onderzoek naar desipramine versus een placebo, en terugvalpreventie versus clinical management voor de behandeling van cocaïneafhankelijkheid, werden secundaire analyses gedaan met gegevens over depressie. Het bleek dat depressieve deelnemers een grotere afname van cocaïnegebruik hadden dan niet-depressieve deelnemers, en dat zij een betere respons hadden op terugvalpreventie dan op clinical management (Carroll et al., 1994). Venlafaxine (Efexor, een serotonine-noradrenaline heropnameremmer) is een onderzocht in een populatie van cocaïnegebruikers met een depressie (McDowell, Levin, Seracini, & Nunes, 2000). Aan deze open-label trial namen slechts 13 mensen deel, van wie ieder in de voorafgaande 8 tot 12 weken al hadden deelgenomen aan onderzoek met desipramine of de dopaminereceptor-agonist pergolide, of terugvalpreventie. Na 2, 6, en 12 weken was er een significante afname van depressie en cocaïnegebruik.

2.3.4 *Depressie en opiaten*

Gerandomiseerde studies

Nunes et al. (1998) hebben een single-blind rct gedaan onder nieuwe of bestaande methadonpatiënten met een depressieve stoornis. Van de 74 mensen die begonnen met imipramine (Tofranil, een klassiek tricyclisch antidepressivum) en de 63 mensen die begonnen met een placebo maakten 38 patiënten alle twaalf weken van de trial af. Patiënten in de imipramine-groep scoorden significant lager op depressie en op zelfgerapporteerd drugsgebruik dan mensen in de placebogroep (Nunes et al., 1998).

In een onderzoek van Petrakis et al. (1998) kregen 44 methadonpatiënten met een comorbide depressie random fluoxetine of een placebo voor een duur van 12 weken. Zowel het heroïnegebruik als depressie nam ongeacht de conditie significant af. Cocaïnegebruik nam niet af (Petrakis et al., 1998).

2.3.5 *Depressie en alcohol*

Gerandomiseerde studies

Fluoxetine

Cornelius et al. (1997) hebben in een serie onderzoeken fluoxetine (Prozac) voor depressieve patiënten met een alcoholverslaving onderzocht (Cornelius, Salloum, Ehler, Jarrett, Cornelius, Perel et al., 1997). In een voorlopige rapportage (Cornelius et al., 1995) bleken van de 21 patiënten die aselect waren toegewezen aan fluoxetine of een placebo, de mensen in de fluoxetinegroep significant minder dronken, maar niet significant minder depressief waren; de auteurs menen dat dat aan de kleine steekproefgrootte kan liggen. Patiënten in een grotere, dubbel blind placebo clinical trial hadden veel zelfmoordgedachten en -pogingen voor de opname. De experimentele groep (n=25) scoorde significant lager op de *Hamilton Rating Scale for Depression* dan de controlegroep (n=26), maar niet op de Beck Depression Inventory. De experimentele groep dronk in totaal significant minder dan de controlegroep, dit gold voor zowel de frequentie als de kwantiteit. De algehele abstinentie was echter laag, respectievelijk 7 en 4 personen; dit verschil was niet significant. Fluoxetine is dus effectief in het verminderen van alcoholgebruik, en mogelijk effectief in het verminderen van depressie in deze populatie. Volgens McGrath et al. (2000) wijst deze studie erop dat fluoxetine een *treatment of choice* kan zijn voor deze groep als de veiligheid gewaarborgd kan worden.

Een follow-up studie na één jaar (Cornelius et al., 2000) liet zien dat mensen uit de fluoxetine groep nog altijd significant minder depressief waren en minder alcohol dronken dan mensen uit de placebogroep. In een ander onderzoek met deze steekproef (Cornelius, Salloum, Ehler, Jarrett, Cornelius, Black et al., 1997) bleek dat behalve het alcoholgebruik ook het roken in de fluoxetinegroep significant afnam ten opzichte van de placebogroep, evenals marihuana-gebruik (Cornelius et al., 1999). Cocaïnegebruik heeft een slechte invloed op uitkomsten voor zowel depressie als alcoholgebruik (Cornelius et al., 1998). Al deze resultaten worden nog eens op een rijtje gezet in Cornelius, Salloum, Lynch, Clark, & Mann (2001).

In een andere rct werden 101 mensen die afhankelijk waren van alcohol aselect toegewezen aan een behandeling van 12 weken met fluoxetine of een placebo; beide groepen kregen terugvalpreventie therapie. Er was significant minder alcoholconsumptie in beide groepen gedurende de behandeling dan ervoor; dit effect bleef ook na afloop van de behandeling bestaan. Major depressie nam significant meer af met fluoxetine dan met het placebo (Kranzler et al., 1995).

Een onderzoek in Italië onder mensen in alcoholbehandeling wees uit dat patiënten met fluoxetine significant vaker abtinent bleven dan patiënten met een placebo; fluoxetine had echter geen invloed op depressie of op subjectieve craving (Janiri et al., 1996).

Andere medicijnen

In een onderzoek onder 64 patiënten met een major depressie en comorbide alcoholmisbruik werden mensen aselect toegewezen aan nefazodone, een niet-tricyclisch antidepressivum uit de fenylpiperazinegroep dat de heropname van serotonine remt of een placebo, beide in aanvulling op standaard psycho-educatie over alcohol. Meer mensen in de experimentele groep maakten de behandeling af en ervoeren een significante afname in depressieve symptomen. Op alcoholgebruik had nefazodone geen invloed ten opzichte van het placebo (Roy-Byrne et al., 2000).

Mensen die afhankelijk waren van alcohol en al (n=28) dan niet (n=43) depressief waren, werden aselect toegewezen aan een behandeling van zes maanden met desipramine (een tricyclisch antidepressivum), of met een placebo. De depressieve patiënten in de desipraminegroep verbeterden significant ten opzichte van de placebogroep. Abstinentie duurde langer voor de desipraminegroep dan voor de placebogroep (Mason, Kocsis, Ritvo, & Cutler, 1996). McGrath et al. (1996) hebben 69 depressieve patiënten met alcoholmisbruik in ambulante behandeling a-select toegewezen aan imipramine of een placebo, gedurende 12 weken. Er was geen effect op alcoholgebruik, en er trad een lichte verbetering van de stemming op bij de imipraminegroep.

Andere behandelingen

Brown et al. (1997) wezen alcoholisten met een depressie a-select toe aan CBT voor depressie (n=19) of een relaxatie training (n=16); beide groepen ontvingen standaard alcoholbehandeling. Deelnemers uit de CBT-groep hadden op de follow-up significant betere uitkomsten voor totale abstinentie, percentage dagen abtinent, en aantal glazen per dag (R. A. Brown, Evans, Miller, Burgess, & Mueller, 1997).

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

Foster, Marshall & Peters (2000) hebben in een Engels onderzoek onder 64 mensen de behandeluitkomsten vergeleken van korte (7 dagen of minder) met lange (8 tot 21 dagen) klinische alcoholbehandeling. Toewijzing was niet aselect. Geen van de behandelcondities was superieur. Bij 14 ambulante behandelde patiënten bij wie fluoxetine kennelijk niet werkte, werd door de groep van Cornelius cum suis een open-label trial met naltrexon gedaan, hetgeen leidde tot een significante afname van het alcoholgebruik en de behoefte aan alcohol, maar niet tot een statistisch significante afname van depressieve symptomen (Salloum et al., 1998).

2.3.6 Conclusie

Op grond van de onderhavige literatuurstudie lijkt fluoxetine een effectieve behandeling voor de groep depressieve dubbele diagnosepatiënten. Het effect lijkt groter voor het reduceren van alcohol dan voor het reduceren van depressie. Ook andere antidepressiva als nefazodone, imipramine en desipramine lijken effectief in deze groep. Wat psychosociale interventies betreft lijkt CBT beter te werken dan controlebehandelingen voor deze groep patiënten, maar er is meer onderzoek nodig voordat daar definitieve uitspraken over gedaan kunnen worden.

Op grond van literatuur stellen Nunes, Delyannides, Donovan, & McGrath (1996) dat depres-

sie in recent abtinentie of actief (matig) gebruikende patiënten goed te behandelen is met antidepressiva. Bij alcoholisme bevelen ze antidepressiva aan. Bij opiaatafhankelijken geven imipramine in rct's, en fluoxetine en sertraline in ongecontroleerde trials goede resultaten voor depressie maar niet voor opiaatafhankelijkheid. (Nunes et al., 1996).

Nunes et al. (1996) merken op dat het belangrijk is bij de behandeling van middelenmisbruik bij depressieven, en van depressie bij verslaafden onderscheid te maken tussen primaire en middelgeïnduceerde depressie, onder andere door na te gaan of de depressie aan het middelenmisbruik voorafging, aanwezig is gebleven tijdens abstinentie periodes in het verleden, chronische symptomen heeft, en of er een familiegeschiedenis van depressie is.

2.4 Angst

Etiologie en epidemiologie

Comorbiditeit van angststoornissen met middelenmisbruik is gebruikelijk (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001). Schattingen lopen uiteen van 20% bij fobische patiënten, waarbij een binge patroon van alcohol eerder regel dan uitzondering is (Allan, 1995), tot 40% van patiënten met een sociale fobie. Andere comorbiditeit bij sociale fobie is 57% voor andere angststoornissen en 41% voor affectieve stoornissen (Lepine & Pelissolo, 1996). Bij onderzoek onder opiaat-afhankelijke cliënten in opiaatbehandeling, bleek 29% te voldoen aan diagnostische criteria voor posttraumatische stressstoornis (PTSD) Westley Clark, Masson, KL, Hall, & Sees, (2001).

Jacobsen et al. (2001) melden dat twee gangbare modellen zijn dat angststoornissen (hier met name PTSD) voortvloeien uit de middelenstoornis, of juist andersom (Jacobsen et al., 2001). Hoewel volgens Allan (1995) een overvloed aan klinische en anekdotische evidentie getuigt van het feit dat alcohol door patiënten gebruikt wordt om angst te reduceren (Allan, 1995), bleek in zeker 15 gepubliceerde reviews over de alcohol en stress/angst relatie geen verband tussen alcoholgebruik en gereduceerde stress of angst. In de slechts twee beschikbare RCT's (onder sociaal fobici waarbij (een geschiedenis van) middelenmisbruik een exclusie-criterium was) is de zelfmedicatiehypothese niet ondersteund. Ook in naturalistische studies over sociale fobie werd deze hypothese niet bevestigd (Carrigan & Randall, 2003).

In de beperkte empirische literatuur is volgens Brown et al. (1994) ambigue steun voor de aanname dat PTSD een schadelijke invloed heeft op de behandeling voor middelengebruik. De auteurs hebben geen gepubliceerd onderzoek kunnen vinden naar eventuele frequenter of afwijkende comorbide psychiatrische aandoeningen bij comorbide PTSD patiënten (P. J. Brown & Wolfe, 1994) dan bij gebruikers zonder PTSD.

Problemen bij diagnose en onderzoek vormen onder meer de interpretatie van de term angst, het tijdstip van de assessment, onthoudingsverschijnselen van angst, depressie et cetera. Verder kan het voorkomen van andere psychiatrische syndromen van invloed zijn op de klinische presentatie (Allan, 1995), (P. J. Brown & Wolfe, 1994).

Best practice behandeling angststoornissen in het algemeen

De algemene richtlijnen voor de behandeling van PTSD zullen in het voorjaar van 2004 klaar zijn en op internet gepubliceerd worden. Algemene richtlijnen voor de behandeling van paniekstoornissen van de APA zijn dat de meeste behandelingen voor mensen met een paniekstoornis ambulant gegeven kunnen worden. Psychotherapie, specifiek paniekerichte CBT, en medicatie zijn beide aangetoonde effectieve behandelingen. Er is geen overtuigend bewijs dat de ene behandeling superieur is voor alle patiënten of voor bepaalde subpopulaties patiënten. De keus tussen psychotherapie en farmacotherapie hangt af van een individuele assessment van de werkzaamheid, voordelen en risico's van elke behandeling en van de persoonlijke voorkeur van de patiënt. In ieder geval behoort de patiënt volledig geïnformeerd te worden door de psychiater over de beschikbaarheid en de relatieve voor- en nadelen van CBT, antipaniekmedicatie, en andere vormen van behandeling.

Vier klassen medicatie zijn effectief gebleken: SSRI's, tricyclische antidepressiva, benzodiazepines, en MAOI's. Alle vier de klassen hebben ruwweg dezelfde werkzaamheid. Onderzoeken die de werkzaamheid hebben vergeleken van de combinatie van medicatie en CBT, versus een van beide alleen, hebben gemengde resultaten opgeleverd. Momenteel is het niet mogelijk patiënten aan te wijzen die meer van combinatie therapie zouden kunnen profiteren. De combinatie van medicatie en CBT zou met name nuttig kunnen zijn voor patiënten met ernstige agorafobie en patiënten met een incomplete respons.

Volgorde van aanpak

In het enige artikel dat expliciet aandacht besteedt aan de volgorde van behandeling (eerst SMI, hier: PTSD, of eerst middelenmisbruik) zetten Triffleman, Carroll, & Kellogg (1999) voor- en tegenargumenten op een rijtje. Voor het eerst behandelen van het trauma pleit dat het niet in een vroeg stadium behandelen van traumasymptomen kan leiden tot terugval en uitval uit de behandeling, dat de lijdensdruk eerder verlicht wordt, en dat een mogelijk motiverende factor voor het middelenmisbruik van de patiënt wordt weggenomen, waardoor abstinentie vergemakkelijkt wordt. Er is echter ook een aantal argumenten tegen deze volgorde. Zo hebben verslaafden doorgaans weinig tolerantie voor negatief affect, vereist het bespreken van trauma het kunnen omgaan met sterke negatieve gevoelens, zijn therapeutische interventies die gericht zijn op onderliggende conflicten vaak minder succesvol bij gebruikende personen, en kan het voor een patiënt die behandeling zoekt voor middelenmisbruik bedreigend zijn andere issues aan te snijden. Een deel van de PTSD symptomen kan afnemen na abstinentie, net als depressieve symptomen die met middelenmisbruik geassocieerd zijn. En tot slot kan zich een vertrouwelijke therapeutische alliantie ontwikkelen door de bespreking van het trauma uit te stellen (Triffleman, Carroll, & Kellogg, 1999).

In de behandeling die Triffleman et al. zelf voorstellen (*Substance Dependence PTSD Therapy, SDPT*) wordt wat de volgorde van aanpak betreft een middenpositie ingenomen: de eerste 12 weken wordt vooral aandacht geschonken aan de middelenbehandeling in combinatie met psycho-educatie over – en inzicht in – de PTSD component; in het tweede deel wordt naast continuering van de abstinenterichte aanpak (dan wel harm reductie indien abstinentie niet mogelijk blijkt) intensief aandacht besteed aan vermindering van de PTSD-symptomen (Triffleman et al., 1999).

Volgens Health Canada (2002) zijn er goede redenen om eerst het middelenmisbruik te behandelen en daarna de angststoornis. Angststoornissen zijn vaak het organisch gevolg van chronisch middelenmisbruik en kunnen aanzienlijk verbeteren na afname van het gebruik. De grote uitzondering die Health Canada maakt, is voor PTSD, waar een volledig geïntegreerd programma wordt aanbevolen (*Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders.*, 2002).

Over angst en comorbide middelenmisbruik zijn 8 voor deze literatuurstudie relevante studies gevonden. Deze betreffen 3 RCT's en 5 niet-gerandomiseerde/gecontroleerde studies. De angststoornissen die onderzocht zijn, zijn Posttraumatische Stressstoornis (PTSD), paniekstoornis, en (ernstige) sociale fobie. In tabel 4 staat een overzicht van de studies over angststoornissen en comorbide middelenmisbruik die in de onderhavige literatuurstudie aangetroffen zijn.

Tabel 4. Studies over angststoornissen en comorbide middelenmisbruik

Auteurs	Behandeling	SMI	Middel	Type studie	N	Uitkomst SMI	Uitkomst SU	Overige inf
Brown et al., 1996*	Klinische verslavingszorg	PTSD	alcohol en drugs	Pre-post	?	n.v.t.	Snellere terugval voor PTSD'ers	Verslaafde vrouwen met/ zonder PTSD
Ouimette et al. 1997a, 1997b, 1998*	verslavingszorg	PTSD	middelen	Pre-post	?	Slechter bij stress	Slechter voor PTSD'ers	Verslaafden met/zonder PTSD
(Bowen, 2000 #136)	CBT en Gc	paniekstoornis	alcohol	RCT	—	—	Allebei vooruitgang	
{Kranzler, 1994 #143}	bupiron	angst	alcohol	RCT	61	+	+	
{Randall, 2001 #81}	Paroxetine	Sociale angst	alcohol	RCT	6 en 9	+	—	87% man

* deze rct's staan beschreven in (Ouimette, 1998 #76)

2.4.1 Angst en middelenmisbruik in het algemeen

Er werden geen gerandomiseerde studies over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In twee onderzoeken is de comorbiditeit tussen PTSD en middelenmisbruik verkend (Saladin, Brady, Dansky, & Kilpatrick, 1995). In het eerste onderzoek werden vrouwen met PTSD zonder (n=28) en met (n=28) middelenmisbruik met elkaar vergeleken. Mensen met comorbide middelenmisbruik rapporteerden significant meer vermijding, *arousal*, en slaapproblemen. In het tweede onderzoek werden PTSD-patiënten met comorbide alcohol dan wel cocaineafhankelijkheid met elkaar vergeleken; de groep met alcoholafhankelijkheid ervoer significant meer *arousal* symptomen.

2.4.2 Angst en cannabis

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.4.3 Angst en cocaine

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.4.4 Angst en opiaten

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.4.5 Angst en alcohol

Gerandomiseerde studies

Randall et al. (2001) hebben een dubbel blinde rct gedaan met echter slechts 6 mensen in de experimentele conditie met Paroxetine (Seroxat, een SSRI), en 9 mensen in de placebo-conditie. Alle deelnemers voldeden aan DSM-IV-criteria voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid,

en voor sociale angst. De gemiddelde leeftijd waarop alcoholproblemen zich manifesteerden was 23 jaar, 10 jaar na de aanvang van de sociale angst*. De experimentele groep scoorde significant lager op sociale angst na acht weken dan de controlegroep. Er was geen significant effect op alcoholgebruik (Randall et al., 2001).

In een onderzoek waarbij CBT werd vergeleken met de standaardbehandeling voor mensen in een alcoholprogramma met een paniekstoornis, al dan niet met agorafobie, bleek er geen significant verschil tussen CBT en de standaardbehandeling voor enkel alcohol. Abstinentie, angst en stemming verbeterden in beide groepen (Bowen, D'Arcy, Keegan, & Senthilselvan, 2000).

Tijdens een 12 weken durende rct waarbij 61 angstige alcoholisten aselekt werden toegewezen aan bupiron (heeft selectief anxiolytische werking zonder sedatieve eigenschappen) of een placebo, bleek bupiron samen te hangen met een grotere therapietrouw, afgenomen angst, meer tijd tot zware alcoholconsumptie, en minder dagen waarop gedronken werd na de 6 maanden follow-up periode (Kranzler et al., 1994).

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

CBT, een twaalf-stappen programma en motiverende therapie werden onderzocht door 397 alcoholisten met sociale fobie achteraf te matchen met 397 alcoholisten zonder sociale fobie (Thevos, Roberts, Thomas, & Randall, 2000). CBT was effectiever dan het twaalf-stappenprogramma voor vrouwen met sociale fobie wat alcoholgebruik betreft. Voor vrouwen zonder sociale fobie gold het omgekeerde: het twaalf-stappenplan was effectiever dan CBT. Er waren geen statistisch significante verschillen in behandeluitkomst tussen mannen met en zonder comorbide sociale fobie.

In een niet-geblindeerde single-group studie werden negen patiënten met PTSD en alcoholafhankelijkheid 12 weken lang behandeld met sertraline (Zoloft, een specifieke serotonine heropnameremmer). PTSD-symptomen verminderden significant, evenals depressieve symptomen de mate van alcoholconsumptie (Brady, Sonne, & Roberts, 1995).

In een open studie naar de werkzaamheid van moclobemide (MAO-remmer die de concentratie van serotonine, norepinefrine en dopamine verhoogt) bij mensen met ernstige sociale fobie werden 59 patiënten 2 jaar behandeld. Moclobemide bleek effectief in het verminderen

* Dit pleit overigens tegen de zelfmedicatiehypothese

van de fobische klachten. Alcoholmisbruik was veruit de sterkste voorspeller van een slecht resultaat. Aanwezigheid van gegeneraliseerde angststoornis en dysthymie waren ook een negatieve voorspeller, maar veel minder sterk. Hoge baseline-depressie, angst, of sociale fobie waren juist positieve predictors.

2.4.6 Conclusie

De behandeling van gecombineerd middelenmisbruik en angst is moeilijker dan van elk van beide stoornissen alléén (Jacobsen et al., 2001). Er is weinig bekend over interventies (Jacobsen et al., 2001). Er zijn – magere – aanwijzingen dat PTSD patiënten een grotere kans hebben op terugval van middelengebruik, als tijdens de behandeling van hun middelenstoornis geen aandacht wordt besteed aan hun trauma (P. J. Brown & Wolfe, 1994). Remissie van PTSD hangt samen met betere middelenuitkomsten, maar remissie van middelenmisbruik houdt niet in dat de PTSD (automatisch) ook verbeterd is (Ouimette, Brown, & Najavits, 1998); een tweetal artikelen wijst op effectiviteit van gelijktijdige behandeling van het middelenmisbruik en de PTSD. Ook in het Health Canada rapport wordt gelijktijdige behandeling aanbevolen, als uitzondering binnen de categorie angststoornissen, waarbij het rapport normaliter aanraadt eerst het middelenmisbruik aan te pakken (p. 48-49). Er zijn echter grotere onderzoeken met controlecondities nodig. Tot slot dient de behandelaar bij de medicamenteuze behandeling van mensen met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik alert te zijn op het verslavende potentieel van anxiolytische medicijnen Allan,(1995).

In deze studie bleek CBT te prefereren boven andere psychosociale behandelingen, en waren paroxetine, buspiron, sertraline, en moclobemide in het algemeen effectiever dan placebo's.

2.5 Persoonlijkheidsstoornissen

Etiologie en epidemiologie

De schattingen van prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen loopt uiteen van 10 tot 15% in de algemene populatie, van 45 tot 80% bij psychiatrische patiënten, en van 35 tot 73% bij verstaafden. Verschillen in deze schattingen kunnen zijn ontstaan door steekproefkenmerken als sekse, leeftijd, behandelsetting, en probleemmiddel Verheul,(2001). Hij stelt drie mechanismen voor waarlangs de etiologie van verslaving kan leiden: een gedragsontremmingsmechanisme, dat vooral een rol zou spelen bij comorbiditeit met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en in enige mate borderline. Het tweede mechanisme is dat van de stressreductie, die een rol zou spelen bij vermijdend, afhankelijk, schizotypisch, en borderline persoonlijkheidsstoornissen. Het laatste mechanisme is dat van beloning sensitiviteit, die een rol zou spelen bij theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik Verheul,(2001).

Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr (2000) gaan dieper in op de etiologie en ontwikkeling van BPD. Samenhang is gevonden tussen traumata in de jeugd (o.a. seksueel misbruik), en impulsiviteit en affectieve instabiliteit met BPD, en met middelenmisbruik. In 17 studies naar BPD is overall een comorbiditeit gevonden van 57% met middelenmisbruik in het algemeen, van 49% met alcohol en van 38% met drugs. Vier mogelijke verklaringen voor deze relatie zijn (1) het is een kunstmatige relatie, door meetfouten (2) er is een onbekende derde variabele (3) middelenmisbruik leidt tot BPD (4) BPD leidt tot middelenmisbruik Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr,(2000)).

Best practice behandeling persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen

Volgens de APA is de aangewezen behandeling voor BPD psychotherapie, aangevuld met symptoomgerichte farmacotherapie. De componenten van psychiatrisch management bij BPD behelzen reageren op crises, de veiligheid van de patiënt monitoren, een therapeutische alliantie ontwikkelen en onderhouden, educatie geven over BPD en de behandeling ervan, de behandeling door meerdere klinici coördineren, de vooruitgang van de patiënt monitoren, en de effectiviteit van het behandelplan herevalueren. De psychiater moet zich bewust zijn van potentiële problemen met uitval uit de behandeling en grenzen. Hoewel er geen aange-toonde superieure behandeling is, wijst klinische ervaring erop dat de meeste BPD-patiënten uitgebreide psychotherapie nodig zullen hebben om blijvende verbetering in hun persoonlijkheid, interpersoonlijke problemen, en overall-functioneren te behalen en behouden. Farmacotherapie heeft vaak een belangrijke toegevoegde rol, vooral voor de afname van symptomen als affectieve instabiliteit, impulsiviteit, psychose-achtige symptomen, en zelfdestructief gedrag. De combinatie van psychotherapie en medicatie is in geen enkel onderzoek vergeleken met een van beide alleen, maar klinische ervaring duidt erop dat veel patiënten het meest van de combinatie van beide zullen profiteren. Twee psychotherapeutische benaderingen zijn werkzaam gebleken in rct's: psychoanalytische/psychodynamische therapie, en dialectische gedragstherapie. Er is geen onderzoek beschikbaar dat deze twee benaderingen met elkaar vergeleken heeft. Hoewel korte therapie voor BPD niet systematisch onderzocht is, wijzen onderzoeken over meer uitgebreide therapie erop dat substantiële vooruitgang zich niet voordoet tot ongeveer een jaar van psychotherapeutische interventie is aangeboden; veel patiënten vereisen zelfs een nog langere behandeling. Kenmerken die behulpzaam zijn voor de therapeut zijn onder meer een sterke therapeutische alliantie en het monitoren van zelfdestructieve en suicidale gedragingen. Ook het belang van supervisie en andere aspecten voor zelfbehoud van de therapeut (zoals grensoverschrijdend gedrag, consultatie van een collega, goede documentatie van de behandeling, en overdracht en tegenoverdracht) worden met

klem aangeraden. Indien medicatie geïndiceerd is, gaat de voorkeur uit naar SSRI's, MAOI, of MAOI in combinatie met lithium.

Volgorde van aanpak

Wat de volgorde van behandeling betreft, constateert Health Canada dat er tegenstrijdige onderzoeksuitkomsten zijn, en dat het meeste onderzoek betrekking heeft op slechts één van beide stoornissen. Een aantal studies impliceert dat behandeling van het middelenmisbruik leidt tot verbetering van de persoonlijkheidsproblematiek. Daar staat tegenover dat veel onderzoek laat zien dat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis een tamelijk slechte prognose is voor middelenmisbruik. Ook op grond van practicebased evidence raadt Health Canada uiteindelijk aan borderline en comorbide middelenmisbruik gelijktijdig te behandelen, en cliënten met ASP en middelenmisbruik eerst de verslavingszorg in te loodsen. De auteurs merken op dat deze werkwijze van klinici waarschijnlijk de schaarste aan empirisch ondersteunde behandelingen voor ASP zelf weerspiegelt.

Over persoonlijkheidsstoornissen en comorbide middelenmisbruik zijn 17 relevante studies gevonden. Hiervan zijn 13 rct's en 4 niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies. De

persoonlijkheidsstoornissen die in dit kader onderzocht zijn, zijn borderline en anti-sociale persoonlijkheidsstoornissen. In tabel 5 staat een overzicht van alle rct's die over deze populatie zijn aangetroffen.

2.5.1 Persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik in het algemeen

Gerandomiseerde studies

Messina et al. (1999) wezen patiënten met en zonder een antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) a-select toe aan een standaard therapeutische gemeenschap van 10 maanden klinische en 2 maanden ambulante behandeling (n=194) of een verkorte therapeutische gemeenschap met 6 maanden klinische en 6 maanden ambulante behandeling (n=218). In beide groepen was ongeveer de helft van de deelnemers gediagnosticeerd met ASP op basis van de SCID en de MCMI-II, en gegevens over middelenmisbruik en misdrijven. Deze mensen waren vaker man, jong bij aanvang van de behandeling, en lager opgeleid. In tegenstelling tot de hypothese hing een diagnose van ASP niet significant samen met afronding van de behandeling, c.q. uitval. Al met al is de conclusie van de twee onderzoeken van Messina en collega's dat in tegenstelling tot de hypothese een diagnose van ASP een succesvolle behandeling niet in de

Tabel 5. RCT's over persoonlijkheidsstoornissen en comorbide middelenmisbruik

Auteurs	stoornis	Behandeling	Middel	N	Uitkomst SMI	Uitkomst SU	Overige informatie
{Fisher, 1996 #31}	PSD*	ziektemodel vs controle CBT vs. controle Ambulant vs. klinisch	Meest polydrug	38 (19 en 19)	+ + +	+ + +	
{Longabaugh, 1994 #166}	ASP	CBT relatietherapie	alcohol	149	? ?	+ ?	
{Arndt, 1994 #141}	ASP/ niet-ASP	Desipramine placebo	cocaine	59	—	—	Mannen (Arndt) In beide studies gingen ASP'ers niet vooruit ongeacht conditie Niet-ASP'ers in Ge beter dan G _c op psychiatrie maar niet op cocaine
{Leal, 1994 #144}	ASP/ niet-ASP	Desipramine Amantadine placebo	cocaine	94	—	—	
{McKay, 2000 #140}	ASP	Groep/individueel	cocaine	127	—	—	
{Linehan, 2002 #142}	BPD	DBT Comprehensive Validation Therapie	heroïne	23	?	+	Vrouwen; ieder opiaat agonist
{van den Bosch, 2002 #97} {Verheul, 2003 #100}	BPD	DBT	Middel/niet	31 en 27	+	—	Ge kreeg veel meer therapie dan G _c
{Brooner, 1998 #147}	ASP	Contingency management vs. controle	middelen	20 en 20	?	—	
{Linehan, 1999 #51}	BPD	DBT	middelen	7 en 11	—	+	Vrouwen. Minder uitval in DBT
{Messina, 1999 #58} {Messina, 2002 #59}	ASP/ niet-ASP	Lange/korte TG	middelen	194 en 218	?	—**	ASP even goed als niet-ASP

* voornamelijk antisociaal en vermijdend; geen cluster A persoonlijkheidsstoornis.

** dit houdt dus in dat de korte TG even goed was als de lange TG.

weg hoeft te staan, en dat een therapeutische gemeenschap naar blijkt kan werken voor mensen met ASP. Dit in tegenstelling tot wat vaak in de praktijk wordt gedacht (Messina, Wish, & Nemes, 1999), (Messina, Wish, Hoffman, & Nemes, 2002).

Brooner et al. (1989) melden in een voorlopige rapportage over een intensieve gedragsgerichte behandeling met of zonder contingency management voor ASP'ers met comorbide middelenmisbruik dat ASP'ers positief kunnen reageren op drugsbehandelingen met een gedragsmatige focus, maar dat de controleconditie minder succesvol was (Brooner, Kidorf, King, & Stoller, 1998).

Linehan (1995) heeft een therapie ontworpen speciaal voor de ambulante behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD), de eerder genoemde Dialectische Gedragstherapie (DBT). De behandeling is ook gericht op middelenmisbruik, omdat dat een vaak voorkomende comorbide stoornis is bij BPD-patiënten. Er zijn hiërarchische behandeldoeleinden, van het reduceren van suicidale en andere levensbedreigende gedragingen tot het vergroten van zelfrespect en andere doeleinden van de cliënt (M. Linehan, 1995). Linehan et al. (1999) hebben een RCT gedaan met vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en comorbide middelenmisbruik. Andere comorbide stoornissen waren depressie (79% lifetime, 50% current) en PTSD (38% lifetime en current). De uiteindelijke steekproeven bestonden uit 7 deelnemers voor de experimentele conditie Dialectical Behavior Therapy (DBT), en 11 deelnemers in de controlegroep die standaardbehandeling ontving. Bij zowel de intent-to-treat als de uiteindelijk behandelde deelnemers werd een afname in middelengebruik gevonden in de DBT die significant groter was dan in de controlegroep. Bovendien was er in de DBT-groep minder uitval. De steekproeven zijn echter veel te klein om een oordeel te kunnen geven over DBT (M. M. Linehan et al., 1999).

Van den Bosch et al. (2002) hebben in een RCT onderzoek gedaan naar 58 BPD-patiënten van wie 31 met en 27 mensen zonder middelenstoornis in DBT. Uitkomstmaten in hun zeer leesbare en onderhoudende studie waren erg risicovolle gedragingen als zelfverminking, suicidale, of anderszins zelfbeschadigende impulsieve gedragingen; er stond niets over abstinentie of iets dergelijks. Dit onderzoek was de eerste clinical trial naar DBT dat niet door Linehan was gedaan, bovendien de eerste buiten de VS, en nog wel in Nederland. De resultaten waren dat DBT effectief was in het binnenhouden van patiënten in therapie (77% versus 37% na 12 maanden), dat DBT resulteerde in grotere afnamen van automutilatiegedrag en zelfbeschadigende impulsieve gedragingen dan de niet nader gespecificeerde standaardbehandeling, en tot slot dat het gunstige effect op de frequentie van automutilatiegedrag veel uitgesprokener was onder hen die hogere baseline frequenties van deze gedragingen rapporteerden, dan onder hen die lagere baseline frequenties rapporteerden. Hoewel de auteurs van tevoren geen hypothesen hadden geformuleerd over middelenmisbruik, vermelden ze dat deze problemen niet effectief werden aangepakt in elk van beide behandelingen (van den Bosch, Verheul, Schippers, & van den Brink, 2002).

Verheul et al. (2003) hebben de DBT onderzocht in een Nederlandse steekproef van vrouwelijke borderlinepatiënten. Via een aselechte toewijzing waren er 31 vrouwen in de controleconditie van hoogstens twee sessies per maand, en 27 vrouwen in de DBT-groep die wekelijks groeps- en individuele therapie ontvingen. Van de DBT-groep bleef 63% in behandeling, tegen 23% van de controleconditie; dit verschil is significant. Ook de frequentie en het verloop van suïcidaal gedrag verschilde significant tussen de twee groepen. Zelfmutilatiegedrag nam in de loop van het jaar af bij DBT, terwijl het in de controlegroep zelfs toenam. Al met al is DBT in dit onderzoek superieur gebleken, hoewel die groep veel meer therapie ontving dan de

controleconditie. Dit kan een alternatieve verklaring zijn voor het gevonden verschil (Verheul et al., 2003).

Fisher et al. (1996) hebben twee experimentele benaderingen vergeleken met een controleconditie. De eerste experimentele benadering was *disease-and-recovery*, waarbij acceptatie van het middelenmisbruik als een chronische, progressieve en uiteindelijk fatale ziekte vooropstond; SMI werd als een chronische en progressieve ziekte beschouwd. De tweede experimentele benadering was cognitief-gedrags: verantwoordelijkheid voor middelenmisbruik aanvaarden en begrip ontwikkelen voor het effect van middelengebruik op SMI stond hier voorop. De controleconditie bestond uit de gebruikelijke groepstherapie drie maal per week. 19 patiënten in ambulante en 19 in klinische behandeling werden aselekt aan een van de drie groepen toegewezen. In de klinische behandeling hadden de deelnemers uit beide experimentele groepen betere resultaten op sociale en familierelaties dan de controlegroep. In de ambulante behandeling was de cognitieve gedragsbehandeling significant effectiever dan beide andere groepen in het verminderen van alcoholgebruik, het verbeteren van sociale en familierelaties, en het verbeteren van psychologisch functioneren. In het algemeen, concluderen de auteurs, was ambulant beter dan klinisch, en waren de experimentele condities beter dan de controlegroep (Fisher & Bentley, 1996).

Beschouwingen

Ball (1998) beschrijft een geprotocolleerde behandeling voor mensen met middelenmisbruik en een persoonlijkheidsstoornis (PS): de *dual focus schema* (DFS) therapie. Een belangrijke overweging bij het doen van onderzoek en behandeling van mensen met een PS is dat deze mensen zelden hulp zoeken voor hun PS, maar dat vaak een comorbide aandoening (zoals verslaving) de aanleiding is. In plaats van voor elk van de 10 persoonlijkheidsstoornissen een verschillende benadering te gebruiken, richt de DFS zich op een klein aantal kern cognitieve schema's die tot ongunstige uitkomsten kunnen leiden: voortdurende negatieve opvattingen over zichzelf, anderen, en gebeurtenissen. Een kernconstruct van de DFS is dat de disfunctionele schema's de ervaringen en de daaropvolgende gedragingen van de cliënt vormgeven. Terugvalpreventiebehandeling wordt geïntegreerd in de DFS. De interventie richt zich op dat gebied dat de meeste problemen in het functioneren veroorzaakt (meestal middelenmisbruik), omdat dit tot een grotere verandering kan leiden doordat de gedragscyclus wordt doorbroken. De vier fasen van de behandeling zijn terugvalpreventie en schema-assessment en onderricht, schemaverandertechnieken, terugvalpreventiemodules, en tot slot schema-modus en speciale problemen modules (Ball, 1998).

2.5.2 *Persoonlijkheidsstoornissen en cannabis*

Er werden geen bruikbare artikelen over de beste behandeling voor deze groep patiënten gevonden.

2.5.3 *Persoonlijkheidsstoornissen en cocaïne*

Gerandomiseerde studies

In een onderzoek waarin continuing care behandelingen werden vergeleken voor cocaïnemisbruik, werden 127 cliënten met of zonder een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) aselekt toegewezen aan de normale groepsbehandeling of een geïndividualiseerde behandeling van 20 weken allebei McKay, Alterman, Cacciola, Mulvaney, & O'Brien, (2000). Er

waren geen verschillen tussen ASP- en niet-ASP-patiënten op retentie in continuing care, middelenmisbruikuitkomsten, sociaal functioneren uitkomsten, noch in verschillende responsen op een van beide behandelingen.

In een wat ouder onderzoek (Arndt, McLellan, Dorozynsky, Woody, & O'Brien, 1994) werden 59 mannen die methadon kregen voor een opiatenverslaving, behandeld voor hun (comorbide) cocaïnegebruik. De helft had ASP, de helft niet. Deelnemers werden aselect toegewezen aan desipramine of een placebo. Mensen met ASP boekten weinig vooruitgang, of ze nou deseipramine kregen of het placebo. Van de mensen zonder ASP, was er wel degelijk een significant verschil tussen de desipraminegroep en de placebogroep. Deze verschillen betroffen echter vooral psychiatrie en sociaal functioneren, maar niet het cocaïnegebruik.

Ongeveer dezelfde uitkomst vonden Leal, Ziedonis, & Kosten, (1994) in hun onderzoek onder 94 methadonpatiënten met (n=75) of zonder (n=19) ASP, die voor cocaïnegebruik behandeld werden met desipramine, amantadine (Antiviraal middel met tevens antiparkinsonwerking. Het exacte werkingsmechanisme is onbekend; Farmacotherapeutisch Kompas), of een placebo. ASP'ers gingen niet vooruit, ongeacht hun behandelconditie, maar niet-ASP'ers in de medicatiegroepen gingen significant vaker vooruit dan niet-ASP'ers in de placebogroepen. ASP was dus een slechte prognosefactor voor behandeluitkomst.

2.5.4 Persoonlijkheidsstoornissen en opiaten

Gerandomiseerde studies

Een steekproef van 23 vrouwen met heroïneafhankelijkheid en een borderline persoonlijkheidsstoornis werd aselect toegewezen aan dialectical behavior therapy (DBT) of Comprehensive Validation therapie met 12-Step (CVT); bovendien kregen beide groepen een opiaat-agonist. De behandeling duurde een jaar. Beide behandelingen slaagden erin heroïnegebruik te verminderen, hoewel de CVT-groep de laatste vier maanden van de behandeling significant meer heroïne gebruikte. De CVT-behandeling slaagde erin alle patiënten binnen te houden, tegen 64% in de DBT-groep. De deelnemers in de DBT-groep daarentegen waren significant accurater in hun zelfrapportage over heroïnegebruik, zoals geverifieerd met urineanalyse, dan de CVT-groep Linehan et al., (2002).

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

In een onderzoek naar behandelrespons van methadonpatiënten (Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay, & Woody, 1996) werden vier groepen onderscheiden: geen andere psychiatrische diagnoses (n=65), lifetime major depressie (n=60), zowel ASP als lifetime major depressie (n=35), en mensen met alleen ASP (n=24). Het bleek dat er geen statistisch significant verschil was tussen de verschillende groepen in therapietrouw. Wel had de ASP-groep meer barbituratengebruik, meer positieve urinescreens voor benzodiazepines, minder vorderingen op justitieel en arbeidsgebied, maar wel een grotere verbetering op het druggebied dan de andere drie groepen.

2.5.5 Persoonlijkheidsstoornissen en alcohol

Gerandomiseerde studies

Interactionele groepstherapie werd vergeleken met cognitief-gedragscopingsvaardigheden-training voor 250 alcoholmisbrukende deelnemers (66% man) met wel of geen comorbide sociopathie en/of psychopathologie. De helft werd gematched en verwezen naar een conditie

waar het grootste heil van werd verwacht, de andere helft werd aselect toegewezen. Het matchen van een cliënt aan een bepaalde behandeling leverde geen betere resultaten voor alcoholmisbruik op Kadden, Litt, Cooney, Kabela, & Getter, (2001).

Mensen in alcoholbehandeling, al (n=31) dan niet (n=118) met comorbide ASP, werden aselect toegewezen aan CBT of relatietherapie. Er was een interactie-effect gevonden tussen ASP en behandeling: ASP'ers in CBT drinken minder per *drinking day* dan zowel niet-ASP'ers in CBT als ASP'ers in relatietherapie. Verder werd gevonden dat ASP'ers slecht responderen wanneer ze veel steun voor abstinentie ontvangen na de behandeling; in tegenstelling tot niet-ASP'ers die juist beter responderen met dergelijke steun (Longabaugh et al., 1994).

2.5.6 Conclusie

Persoonlijkheidsstoornissen zijn uit hun aard chronisch en weerbarstig voor verandering of genezing. De aanwezigheid van een comorbide middelenstoornis bemoeilijkt dit alleen maar. Toch zijn er in deze studie een paar behandelingen gevonden die succes lijken te sorteren. Voor BPD zijn in binnen- en buitenland succesvolle resultaten geboekt met dialectische gedragstherapie; het succes betrof niet alleen het middelenmisbruik maar ook de BPD. Voor ASP ziet het er somberder uit. Alleen CBT is in een trial succesvol gebleken in het reduceren van middelenmisbruik, maar geen van de andere therapieën is succesvol, noch voor de ASP, noch voor het middelenmisbruik. Medicatie is evenmin succesvol gebleken voor deze groep dubbele diagnosepatiënten.

Deel III: Speciale populaties

1 Daklozen

Inleiding

De belangrijkste aanleidingen voor dakloosheid zijn schulden, relatieproblemen en een leefwijze waarin drugs centraal staan (Lempens A, 2000). Dak- en thuislozen vormen een speciale populatie binnen de psychiatrie en binnen de verslavingszorg. Mensen met een dubbele diagnose lopen een hoog risico op dakloosheid, voornamelijk omdat hun middelenmisbruik leidt tot onaangepast gedrag, verlies van sociale steun, financiële problemen, en onvermogen om stabiele huisvesting te behouden. Wanneer ze eenmaal dakloos zijn, hebben ze ernstiger problemen, vereisen ze meer hulpverlening, en hebben ze een grotere kans om dakloos te blijven dan andere subgroepen daklozen (Drake, Yovetich, Bebout, Harris, & McHugo, 1997). Ook in Nederland wordt gewezen op de veelal desastreuze combinatie van dakloosheid, psychiatrische problematiek en verslaving (Wolf, 2002). Onderzoeken onder daklozen wijzen erop dat 1 op de 5 dakloze volwassenen dubbele diagnose heeft. Behandelingsucces wordt belemmerd door urgentere behoefte aan stabiele huisvesting, voedsel en kleding (Burnam et al., 1995). Dakloosheid vertegenwoordigt een complex sociaal probleem met een verscheidenheid aan gerelateerde problemen zoals gezondheid, criminaliteit (dader en slachtoffer), alcohol- en drugsmisbruik, en psychiatrische aandoeningen (French et al., 1999). Middelenmisbruik is ook vaak genoemd als voornaamste oorzaak (of belangrijke factor) bij het ontstaan van dakloosheid. Bij benadering 70% van de deelnemers aan twee recente onderzoeken noemde alcohol- of drugsproblemen als de voornaamste reden voor hun dakloosheid in de eerste en de meest recente episodes (French, Sacks, De Leon, Staines, & McKendrick, 1999). In tabel 6 vindt u een overzicht van rct's over dubbele diagnose en dakloosheid die in deze literatuurstudie behandeld zullen worden.

Gerandomiseerde studies

Een therapeutische gemeenschap (TG) en een community residence (CR), beide aangepast voor de behandeling van zowel middelenmisbruik als DSM-III-R SMI's werden vergeleken op uitval van aselect toegewezen dakloze dubbele diagnosepatiënten in een studie van Nuttbrock et al. (1997). Van de 694 kandidaten begonnen uiteindelijk 169 in de TG en 121 in de CR: na 12 maanden waren hier nog respectievelijk 43 en 45 deelnemers van over. Tegen de verwachting in werden mensen met ernstige psychotische symptomen, depressieve symptomen en vijandigheid vaker toegelaten in de TG dan in de CR, en bleven ze daar ook langer dan in de CR, terwijl die conditie minder veeleisend is Nuttbrock, Ng-Mak, Rahav, & Rivera, (1997).

In Nuttbrock, Rahav, Rivera, Ng-Mak, & Link (1998) bleek dat deelnemers in de TG significant minder alcohol, marihuana en crack gebruikten dan deelnemers in de CR. Ook was er een duidelijke afname van psychopathologie in beide groepen.

Drake et al. (1997) hebben in een clinical trial geïntegreerde behandeling (n=158) vergeleken met treatment as usual (n=59) voor dubbele diagnosedaklozen. De GB-groep ging meer vooruit op aantal dagen in stabiele huisvesting, en aantal dagen in institutionele omgeving. Beide groepen verbeterden in alcohol- en ander middelenmisbruik. Variabelen als gender, psychiatrische diagnose en psychiatrisch verleden hadden geen invloed op de resultaten (Drake et al., 1997).

Milby et al. (2000) deden een rct onder 110 dakloze cocaïnegebruikende patiënten die een niet-psychotische psychiatrische aandoening hadden. *Behavioral day therapy* (DT) werd vergeleken met *behavioral day therapy* in combinatie met huisvesting en werktherapie die afhingen van abstinentie (DT+) (abstinent contingent housing and work therapy), met uiteindelijk respectievelijk 35 en 47 deelnemers. De DT+ had betere uitkomsten dan DT, vooral op drugs, en in wat mindere mate op huisvesting en werk (Milby et al., 2000).

In onderzoek van French, Sacks, de Leon, Staines & McKendrick (1999) werden 342 dubbele diagnosedaklozen in een clinical trial sequentieel toegewezen aan een matig intensieve TG, een laag intensieve TG, of treatment as usual. De mensen in de TG's hadden significant grotere afnames in criminele activiteiten en psychologisch disfunctioneren. Alledrie de groepen

Tabel 6. RCT's over behandeling voor psychiatrie, dakloosheid en comorbide middelenmisbruik

Auteurs	Behandeling	N	Uitkomst SMI	Uitkomst dakloosheid	Uitkomst SU	Overige inf
{Nuttbrock, 1998 #73}	TG vs. community residence	43 en 45	+		+	
{Drake, 1997 #26}	Geïntegreerde behandeling vs. TAU	158 en 59		+	—	Beide groepen verbeterden op SU
{Milby, 2000 #61}	DT+ versus DT*	47 en 35		+	+(cocaine)	
{French, 1999 #32}	Matig intensieve TG vs. TAU Laag intensieve TG vs. TAU	342	+		—	Alle groepen verbeterden op SU
{Burnam, 1995 #16}	Geïntegreerd klinisch vs. controle Ambulant vs. controle	276	—	—	—	SMI, huisvesting en SU verbeterden in alle drie de groepen.

* DT = behavioral day therapy

DT+ = behavioral day therapy met contingency huisvesting en werktherapie

waren significant verbeterd op HIV-risico en middelenmisbruik. (French et al., 1999). McGeary et al. (2000) gingen na wat de kosten waren voor de medium intensieve TG, de laag intensieve TG, en de standaardbehandeling. De kosten van TG completers waren lager dan de kosten van de standaardbehandeling, en TG spaarde kosten uit voor huisvesting en voor klinische psychiatrische zorg uit. Daarom concludeerden zij dat verbeteringen om méér mensen de TG te laten afronden, de TG een effectief mechanisme kan zijn om de kosten van andere diensten te verminderen en klinische uitkomsten te verbeteren.

Burnam, Morton, McGlynn, Petersen, Stecher, Hayes, & Vaccaro (1995) tot slot hebben een rct gedaan (zie ook deel 1 of 1) waarbij 276 dakloze dubbele diagnosecliënten aselekt werden toegewezen aan: (1) geïntegreerde klinische behandeling (2) een ambulante, gemeenschap-gebaseerdprogramma met dezelfde sociaal model benadering, of (3) een controlegroep die geen interventie kreeg, maar toegang had tot andere services. Middelenmisbruik, psychiatrie, en huisvesting verbeterden ten opzichte van de baseline, maar er was geen significant verschil tussen de drie condities. (Burnam et al., 1995).

Niet gerandomiseerde en/of gecontroleerde studies

Mierlak et al. (1998) onderzochten de eigenschappen van completers in een aangepaste therapeutische gemeenschap (TG) voor dakloze mannelijke dubbele diagnosepatiënten. Van de 189 deelnemers was 34% completer (met een verblijf van 6 maanden of langer) en 66% drop-out. Er waren slechts twee significante verschillen tussen completers en drop-outs: completers hadden minder klinische opnames van minder dan 90 dagen voor psychiatrische aanmeldingen, en hadden significant meer maanden werkervaring dan drop-outs (Mierlak et al., 1998).

Conclusie

Dakloosheid is op zichzelf al een alles overheersende, ernstige en stigmatiserende situatie. Dubbele diagnosepatiënten die ook nog eens dakloos zijn, hebben derhalve te maken met de slechtste uitgangspunten en prognose van alle cliënten in de zorg. Dit geldt des te sterker doordat hoe langer de dakloosheid duurt, des te minder veranderingsgezinnd de dakloze wordt. Wanneer iemand eenmaal 'streetwise' is in de daklozensubcultuur, raakt de weg naar de reguliere samenleving steeds verder afgesloten (Lempens A, 2000).

Toch zijn er programma's ontwikkeld en onderzocht voor deze populatie cliënten. In de onderhavige literatuurstudie is gebleken dat een therapeutische gemeenschap betere uitkomsten had op psychopathologie en middelenmisbruik dan de standaardbehandeling. Verder bleken contingency huisvesting en werktherapie betere uitkomsten op huisvesting te hebben dan de standaardbehandeling. Geïntegreerde behandeling leverde gemengde resultaten op. Hierbij zij opgemerkt dat in het merendeel van deze studies de uitval zeer hoog was, hetgeen gezien de zwaarte van de problematiek echter niet zo verwonderlijk is.

2 Vrouwen

Bellack & Gearon (1998) besteden in hun review over middelengebruik en schizofrenie ook aandacht aan de specifieke behoeftes van vrouwen, die volgens onderzoek vaak ondervertegenwoordigd zijn in dubbele diagnosebehandelingen. Zij lopen een groter risico dan mannen op HIV, groter risico om slachtoffer te worden van seksueel en fysiek geweld, en bovendien zijn de schadelijke gevolgen van middelengebruik groter. Dit heeft bovendien implicaties voor comorbiditeit met PTSD. Groepen voor de verwerking en preventie van traumata zouden

zonder mannen erbij gehouden moeten worden omdat de daders vaak man zijn: aparte vrouwengroepen stellen vrouwen in staat open en eerlijk te spreken en zich veilig te voelen. Tenslotte zijn vrouwen vaker dan mannen verantwoordelijk voor de zorg voor kinderen, hetgeen een ernstige belemmering kan vormen voor deelname aan behandeling. Daarom is het een goede zaak dat meer en meer programma's kinderopvang bieden (Bellack & Gearon, 1998). Jerrell & Ridgely (1995) benadrukken het hogere slachtofferschap van (seksueel) geweld bij vrouwen. Afhankelijkheid van een mishandelende partner of ouder leidt tot complicaties bij de behandeling (Jerrell & Ridgely, 1995). Bovendien hebben vrouwen vaker dan mannen te maken met prostitutie als complicerende factor. Tot slot zij opgemerkt dat de prevalentie van bepaalde SMI's verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo hebben vrouwen vaker depressie, angststoornissen en BPD dan mannen. Niet alleen bij het doen van onderzoek, zeker van epidemiologische aard, dient hier rekening mee gehouden te worden, maar ook bij de interpretatie van onderzoeksresultaten. Zo is vrijwel al het onderzoek naar DBT uitgevoerd met steekproeven die uitsluitend uit vrouwen bestaan. Resultaten zijn wellicht niet zonder meer van toepassing op mannen.

Literatuurlijst

A

- Abellanas L; McLellan AT (1993). "Stage of change" by drug problem in current opioid, cocaine and cigarette users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25 (4): 307-313.
- Addington J; el-Guebaly N; Duchak V; Hodgins D (1999). Using measures of readiness to change in individuals with schizophrenia. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 25 (1): 151-161.
- Agelink, M.W., Ullrich, H., Lemmer, W., Dirkes-Kersting, A., & Zeit, T. (1999) Screening for concomitant Alcohol Abuse in Schizophrenia: Clinical Significance of the Munich Alcoholism Test and Laboratory Tests. *European Addiction Research*, 5, 82-87.
- Alaja, R., Seppa, K., Sillanaukee, P., Tienari, P., Huysse, F. J., Herzog, T., et al. (1998). Physical and mental comorbidity of substance use disorders in psychiatric consultations. *European Consultation-Liaison Workgroup. Alcohol Clin Exp Res*, 22(8), 1820-1824.
- Albanese, M.J., Bartel, R.L., Bruno, R.F., Morgenbesser, M.W., & Schatzberg, A.F. (1994) Comparison of Measures Used to Determine Substance Abuse in an Inpatient Psychiatric Population. *Am J Psychiatry*, 151, 1077-1078.
- Allan, C. A. (1995). Alcohol problems and anxiety disorders—a critical review. *Alcohol Alcohol*, 30(2), 145-151.
- Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B., & Babor, T. (1997) A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (audit). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (4), 613-619.
- Allen, J.P., Maisto, S.A., & Connors, G.J. (1995) Self-report Screening Tests for Alcohol Problems in Primary Care. *Arch Intern Med*, 155, 1726-1730.
- Alterman AI; Brown LS; Zaballero A; McKay JR (1994). Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: A further look. *Drug and Alcohol Dependence*, 34: 201-209.
- Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R., & Woody, G. E. (1996). Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. *J Nerv Ment Dis*, 184(11), 695-702.
- Alterman, A. I., McDermott, P. A., Cook, T. G., Cacciola, J. S., McKay, J. R., McLellan, A. T., et al. (2000). Generalizability of the clinical dimensions of the Addiction Severity Index to nonopioid-dependent patients. *Psychol Addict Behav*, 14(3), 287-294.
- Alterman AI; Bovasso GB; Cacciola JS; McDermott PA (2001). A comparison of the predictive validity of four sets of baseline ASI summary indices. *Psychol Addict Behav*, 15(2): 159-162.
- Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., & Sheehan. (1998). DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CID. *Eur Psychiatry*, 13, 26-34.
- Andrews G. & Peters L (1998) The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 33 (2), 80-88.
- Appleyby, L., Dyson, V., Altman, E., & Luchins, D.J. (1997a) Assessing Substance Use in Multiproblem Patients: Reliability and Validity of the Addiction Severity Index in a Mental Hospital Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 159-165.
- Appleyby, L., Dyson, V., Altman, E., McGovern, M.P., & Luchins, D.J. (1996) Utility of the Chemical Use, Abuse, and Dependence Scale in Screening Patients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 47 (6), 647-649.
- Appleyby, L., Dyson, V., Luchins, D.J., & Cohen, L.S. (1997) The Impact of Substance Use Screening on a Public Psychiatric Inpatient Population. *Psychiatric Services*, 48 (10), 1311-1316.
- Argeriou, M., McCarty, D., Mulvey, K., & Daley, M. (1994) Use of the Addiction Severity Index With Homeless Substance Abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (4), 359-365.
- Arndt, I. O., McLellan, A. T., Dorozynsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1994). Desipramine treatment for cocaine dependence. Role of antisocial personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 182(3), 151-156.

B

- Badia, X., Gutierrez, F., Wiklund, I., & Alonso, J. (1996). Validity and reliability of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Qual Life Res*, 5(1), 101-108.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., & Terry, M. (2002) Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric inpatient services. *Addiction*, 97 (10), 1329-1337.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H., & Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric inpatients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 233-240.
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addict Behav.*, 23(6):, 883-891.
- Barreto Ramon, P., Corral Mata, M. E., Munoz Lopez, J., Boncompte Vilanova, M. P., Sebastian Gallego, R., & Sola Gonfaus, M. (1998). [Physician's perception of mental malaise in a basic health district]. *Aten Primaria*, 22(8), 491-496
- Barry, K.L., Fleming, M.F., Greenley, J., Widlak, P., Kropp, S., & McKee, D. (1995) Assessment of Alcohol and Other Drug Disorders in the Seriously Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (2) 313-321.
- Bartels, S.J., G.B. Teague, R.E. Drake, P.W. Bush, D.L. Noordsy; 1993; Substance abuse in schizophrenia: Service utilization en costs: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 227-232
- Bastiaens, L., Riccardi, K., & Sakhrani, D. (2002). The RAFFT as a screening tool for adult substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 28(4), 681-691.
- Bastiaens, L., & Kendrick, J. (2002). Trauma and PTSD among substance-abusing patients. *Psychiatr Serv*, 53(5), 634.
- Beck AT; Ward CH; Mendelson M (1971). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 461-471.
- Belding MA; Iguchi MY; Lamb RJ (1996). Stages of change in methadone maintenance: Assessing the convergent validity of two measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10 (3): 157-166.
- Belding MA; Iguchi MY; Lamb RJ (1997). Stages and processes of change as predictors of drug use among methadone maintenance patients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5 (1): 65-73.
- Bell, M., Greig, T., Gill, P., Whelahan, H., & Bryson, G. (2002). Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 53(1), 63-69.
- Bellack, A. S., & DiClemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 50(1), 75-80.
- Bellack, A. S., & Gearon, J. S. (1998). Substance abuse treatment for people with schizophrenia. *Addict Behav*, 23(6), 749-766.
- Benishek LA, Hayes CM, Bieschke KJ, & Stoffelmayr BE (1998) Exploratory and confirmatory factor analyses of the Brief Symptom Inventory among substance abusers. *J Subst Abuse*, 10 (2), 103-114.
- Blanchard, J. J., Brown, S. A., Horan, W. P., & Sherwood, A. R. (2000). Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clin Psychol Rev*, 20(2), 207-234.
- Blouin, A. G., Perez, E. L., & Blouin, J. H. (1988). Computerized administration of the Diagnostic Interview Schedule. *Psychiatry Res*, 23(3), 335-344.
- Bohn, M.J., Babor, T.F., & Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (audit): Validation of a Screening Instrument for Use in Medical Settings. *J. Stud. Alcohol*, 56, 423-432.
- Bolognini, M., Laget, J., Plancherel, B., Stephan, P., Corcos, M., & Halfon, O. (2002). Drug use and suicide attempts: the role of personality factors. *Subst Use Misuse*, 37(3), 337-356.

Botega, N. J., Pereira, W. A., Bio, M. R., Garcia Junior, C., & Zomignani, M. A. (1995). Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHO-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30(3), 127-131.

Bosch Romero, E., Saenz Moya, N., Valls Esteve, M., & Vinolas Valer, S. (2002). [Study of quality of life of patients with fibromyalgia: impact of a health education programme]. *Aten Primaria*, 30(1), 16-21.

Bovasso GB; Alterman AI; Cacciola JS; Cook TG (2001). Predictive validity of the Addiction Severity Index's composite scores in the assessment of 2-year outcomes in a methadone maintenance population. *Psychol Addict Behav*, 15(3): 171-176.

Bowden, C. L. (1995). Predictors of response to divalproex and lithium. *J Clin Psychiatry*, 56 Suppl 3, 25-30.

Bowen, R. C., D'Arcy, C., Keegan, D., & Senthilselvan, A. (2000). A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addict Behav*, 25(4), 593-597.

Bradley, K.A., Boyd-Wickizer, J., Powell, S.H., & Burman, M.L. (1998) Alcohol Screening Questionnaires in Women. A Critical Review. *JAMA*, 280 92), 166-171.

Brady, K., Casto, S., Bruce Lydiard, R., Malcolm, R., & Arana, G. (1991) Substance Abuse in an Inpatient Psychiatric Sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 17 (4), 389-397.

Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1995). The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 56 Suppl 3, 19-24.

Brady, K. T., Sonne, S. C., Anton, R., & Ballenger, J. C. (1995). Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *J Clin Psychiatry*, 56(3), 118-121.

Brady, K. T., Sonne, S. C., & Roberts, J. M. (1995). Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *J Clin Psychiatry*, 56(11), 502-505.

Breakley, W.R., Calabrese, L., Rosenblatt, A., & Crum, R.M. (1998) Detecting Alcohol Use Disorders in the Severely Mentally Ill. *Community Mental Health Journal*, 34 (2), 165-174.

Broekaert, E., Haack, M. J., Kaplan, C., Oberg, D., Sallmen, B., Segraeus, V., et al. (2002). The Biomed II IPTRP Project: Implementation of Diagnostic Instruments. *Eur Addict Res*, 8(4), 201-203.

Brooner, R. K., Kidorf, M., King, V. L., & Stoller, K. (1998). Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug Alcohol Depend*, 49(3), 249-260.

Brophy, C. J., Norvell, N. K., & Kiluk, D. J. (1988). An examination of the factor structure and convergent and discriminant validity of the SCL-90R in an outpatient clinic population. *J Pers Assess*, 52(2), 334-340.

Brown JM; Miller WR (1993). Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7: 211-218.

Brown, E. S., Nejtek, V. A., Perantie, D. C., & Bobadilla, L. (2002). Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar Disord*, 4(6), 406-411.

Brown, E. S., Nejtek, V. A., Perantie, D. C., Orsulak, P. J., & Bobadilla, L. (2003). Lamotrigine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence. *J Clin Psychiatry*, 64(2), 197-201.

Brown, P. J., & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug Alcohol Depend*, 35(1), 51-59.

Brown, R. A., Evans, D. M., Miller, I. W., Burgess, E. S., & Mueller, T. I. (1997). Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *J Consult Clin Psychol*, 65(5), 715-726.

Bryant, K.J., Rounsaville, B., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1992) Reliability of Dual Diagnosis. Substance Dependence and Psychiatric Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (4), 251-257.

Bucholz, K. K., Cadoret, R., Cloninger, C. R., Dinwiddie, S. H., Hesselbrock, V. M., Nurnberger, J. I., Jr., et al. (1994). A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. *J Stud Alcohol*, 55(2), 149-158.

Buckley, P. F. (1998). Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 3, 26-30.

Buitelaar, J., & Kooij, J. Zelfrapportage vragenlijst over aandachtsproblemen en hyperactiviteit.

Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Petersen, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., et al. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Addict Dis*, 14(4), 111-134.

C

Callaly T, Trauer T, Munro L, & Whelan G (2001) Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. *Aust N Z J Psychiatry*, 35 (5), 601-605.

Carey KB (2002). Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1345-1361.

Carey, K. B., Cocco, K. M., & Correia, C. J. (1997). Reliability and Validity of the Addiction Severity Index Among Outpatients With Severe Mental Illness. *Psychological Assessment*, 9(4), 422-428.

Carey, K.B., Cocco, K.M., & Simons, J.S. (1996) Concurrent Validity of Clinicians' Ratings of Substance Abuse Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric services*, 47 (8), 842-847.

Carey, K.B., & Correia, C.J. (1998) Severe mental illness and addictions: assessment considerations. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 735-748.

Carey KB; Maisto SA; Carey MP; Purnine DM (2001). Measuring Readiness-to-Change substance misuse among psychiatric outpatients: I. Reliability and validity of self-report measures. *Journal of Studies on Alcohol*, 62: 79-88.

Carey KB; Purnine DM; Maisto SA; Carey MP (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6: 245-266.

Carrigan, M. H., & Randall, C. L. (2003). Self-medication in social phobia. A review of the alcohol literature. *Addict Behav*, 28(2), 269-284.

Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1995). Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis*, 183(4), 251-259.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M., et al. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 51(3), 177-187.

Carroll KM; Rounsaville B (2002). On beyond urine: Clinically useful assessment instruments in the treatment of drug dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1329-1344.

Chan, A.W.K., Pristach, E. A., Welte, J.W., & Russell, M. (1993) Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism Clin Exp Res* 17(6), 1188-1192.

Cherpitel, C.J. (1998) Performance of Screening Instruments for Identifying Alcohol Dependence in the General Population, Compared with Clinical Populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (7), 1399-1404.

Christo, G., Spurrell, S., Alcorn, R. (2000) Validation of the Christo Inventory for Substance-misuse Services (CISS): a simple outcome evaluation tool. *Drug Alcohol Depend*, 59 (2), 189-197.

Claassen, C.A., Gilfillan, S., Orsulak, P., Carmody, T.J., Battaglia, J., & John Rush, A. (1997) Substance Use Among Patients With a Psychotic Disorder in a Psychiatric Emergency Room. *Psychiatric Services*, 48 (3), 353-358.

Cocco, K.M., & Carey, K.B. (1998) Psychometric Properties of the Drug Abuse Screening Test in Psychiatric Outpatients. *Psychological Assessment*, 10 (4), 408-414.

Conley, T.B. (2001) Construct validity of the MAST and audit with multiple offender drunk drivers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 287-295.

Cooper L, Peters L, & Andrews G (1998) Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res*, 32 (6), 361-368.

Cooper, B., & Singh, B. (2000). Population research and mental health policy. Bridging the gap. *Br J Psychiatry*, 176, 407-411.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Cornelius, M. D., Perel, J. M., Ehler, J. G., Jarrett, P. J., et al. (1995). Preliminary report: double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in depressed alcoholics. *Psychopharmacol Bull*, 31(2), 297-303.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Ehler, J. G., Jarrett, P. J., Cornelius, M. D., Black, A., et al. (1997). Double-blind fluoxetine in depressed alcoholic smokers. *Psychopharmacol Bull*, 33(1), 165-170.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Ehler, J. G., Jarrett, P. J., Cornelius, M. D., Perel, J. M., et al. (1997). Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 54(8), 700-705.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Haskett, R. F., Daley, D. C., Cornelius, M. D., Thase, M. E., et al. (2000). Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics: a 1-year follow-up study. *Addict Behav*, 25(2), 307-310.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Haskett, R. F., Ehler, J. G., Jarrett, P. J., Thase, M. E., et al. (1999). Fluoxetine versus placebo for the marijuana use of depressed alcoholics. *Addict Behav*, 24(1), 111-114.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Lynch, K., Clark, D. B., & Mann, J. J. (2001). Treating the substance-abusing suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*, 932, 78-90; discussion 91-73.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Thase, M. E., Haskett, R. F., Daley, D. C., Jones-Barlock, A., et al. (1998). Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholic cocaine abusers. *Psychopharmacol Bull*, 34(1), 117-121.

Corse, S.J., Hirschinger, N.B., & Zanis, D. (1995) The Use of the Addiction Severity Index with People with Severe Mental Illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19 (1), 9-18.

D

Daradkeh, T. K., Ghubash, R., & el-Rufaie, O. E. (2001). Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-Item General Health Questionnaire. *Psychol Rep*, 89(1), 85-94.

Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., & Wodak, A. (1991). *The Opiate Treatment Index (OTI) Manual*.: National Drug and Alcohol Research Centre.

Darke S., Hall W., Wodak A., Heather N., Ward J. Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction* (1992) 87, 733-742.

Davidson R (1998). The transtheoretical model: A critical overview. In: WR Miller & N Heather (Eds). *Treating addictive behaviors*. (2nd ed, pp 25-38). New York: Plenum.

Davidson R (2002). Cycle of change: Ideas, issues and implications. *Drugs: Education, prevention and policy*, 9 (1): 7-14.

Decker, K. P., & Ries, R. K. (1993). Differential diagnosis and psychopharmacology of dual disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 16(4), 703-718.

DeFuentes-Merillas L; DeJong CAJ; Schippers GM (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (1): 93-99.

DeLeon G; Jainchill N (1986). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18 (3): 203-208.

DeLeon G; Melnick G; Kressel D; Jainchill N (1994). Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20 (4): 495-515.

Dennis, M.L. (1998) Integrating research and clinical assessment: Measuring Client and Program Needs and Outcomes in a Changing Service Environment. Issue paper, NIDA Resource Center for Health Services Research.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickels, K. (1971). Neurotic symptom dimensions. As perceived by psychiatrists and patients of various social classes. *Arch Gen Psychiatry*, 24(5), 454-464.

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *Br J Soc Clin Psychol*, 16(4), 347-356.

DeWeert-VanOene GH; Schippers GM; DeJong CAJ; Schrijvers GJP (2002). Motivation for treatment in substance-dependence patients. *European Addiction Research*, 8: 2-9.

Dhossche, D., & Rubinstein, J. (1996) Drug Detection in a Suburban Psychiatric Emergency Room. *Annals of Clinical Psychiatry*, 8 (2), 59-69.

Digusto, E., Seres, V., Bibby, A., & Batey, R. (1996) Concordance between urinalysis results and self-reported drug use by applicants for methadone maintenance in Australia. *Addictive Behaviors*, 21 (3), 319-329.

Dixon, L. (1999) Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35, 93-100

Dixon, L., Haas, G., Weiden, P.J., Sweeney, J., & Frances, A.J. (1991) Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Correlates and Reasons for Use. *Am J Psychiatry*, 148 (2), 224-230.

Drake, R.E., Alterman, A.I., & Rosenberg, S.R. (1993) Detection of Substance Use Disorders in Severely Mentally Ill Patients. *Community Mental Health Journal*, 29 (2), 175-192.

Drake RE; Brunette MF (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders. In: M Galanter (Ed). *Recent advances in alcoholism*. Vol. 14, Consequences of alcoholism. New York: Plenum, pp. 285-299.

Drake, R.E., McHugo, G.J., & Biesanz, J.C. (1995) The Test-Retest Reliability of Standardized Instruments among Homeless Persons with Substance Use Disorders. *J. Stud. Alcohol*, 56, 161-167.

Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., et al. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry*, 68(2), 201-215.

Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*, 24(4), 589-608.

Drake, R.E., & Mueser, K.T. (2000) Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 105-118.

Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C., Teague, G.B., & Beaudett, M.S. (1990) Diagnosis of Alcohol Use Disorders in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (1), 57-67.

Drake, R.E., & Mueser, S.D., & Mueser, K.T. (1996) Assessing Substance Use Disorder in Persons with Severe Mental Illness. *New Directions for Mental Health Services*, 70, 3-16.

Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 26(2), 441-449.

Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis*, 185(5), 298-305.

Dubini, A., Mannheimer, R., & Pancheri, P. (2001). Depression in the community: results of the first Italian survey. *Int Clin Psychopharmacol*, 16(1), 49-53.

Duburcq, A., Blin, P., Charpak, Y., Blachier, C., Allicar, M. P., Bouhassira, M., et al. (1999). [Use of a structured diagnostic interview to identify depressive episodes in an epidemiologic study: a posteriori internal validation]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 47(5), 455-463

Duijsens, I., Haringsma, R., & Eurelings-Bontekoe. (1999). Handleiding Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP). Gebaseerd op DSM-IV en ICD-10. Leiderdorp: Datec.

Dunn C; Deroo L; Rivara FP (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96± 1725-1742.

Dyson, V., Appleby, L., Altman, E., Doot, M., Luchins, D.J., & Delehant, M. (1998) Efficiency and Validity of Commonly Used Substance Abuse Screening Instruments in Public Psychiatric Patients. *Journal of Addictive Diseases*, 17(2), 57-75.

E

Eland-Goossensen, A., Goor, I. van de, Garretsen, H., & Schudel, J. (1997) Screening for Psychopathology in the Clinical Practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 (6), 585-591.

Endicott J; Spitzer RL; Fliess JL, et al. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity in psychiatric disorder. *Archives of General Psychiatry*, 33: 766-771.

Evers, A.V.A.M., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000) Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen.

F

Fiellin, D.A., Carrington Reid, M., & O'Connor, P.G. (2000) Screening for Alcohol Problems in Primary Care. A Systematic Review. *Arch Intern Med*, 160, 1977-1989.

First MD; Gibbon M; Spitzer RL; Williams JBW; Benjamin L (1996). User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-I). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Fisher, M. S., Sr., & Bentley, K. J. (1996). Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatr Serv*, 47(11), 1244-1250.

Foster JH, Peters TJ, & Marshall EJ (2000) Quality of life measures and outcome in alcohol dependent men and women. *Alcohol*, 22 (1), 45-52.

Fowler, I.L., Carr, V.J., Carter, N. T., & Lewin, T.J. (1998) Patterns of Current and Lifetime Substance Use in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 443-455.

Franken IHA; Hendriks VM (2001). Screening and diagnosis of anxiety and mood disorders in substance abuse patients. *The American Journal on Addictions*, 10, 30-39.

French, M. T., Sacks, S., De Leon, G., Staines, G., & McKendrick, K. (1999). Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and costs. *Eval Health Prof*, 22(1), 60-85.

Furukawa, T. A., Kessler, R.C., Slade, T., Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 33(2), 357-362.

G

Gabarron Hortal, E., Vidal Royo, J. M., Haro Abad, J. M., Boix Soriano, I., Jover Blanca, A., & Arenas Prat, M. (2002). [Prevalence and detection of depressive disorders in primary care]. *Acta Primaria*, 29(6), 329-336; discussion 336-327.

Galletly, C. (1996). Clinical Rating Scales for Substance Abuse. *Psychiatr Serv*, 48(1), 105-106.

Gavin DR; Sobell LC; Sobell MB (1998). Evaluation of the Readiness to Change Questionnaire with problem drinkers in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10 (1): 53-58.

Geerlings P.J., W. v.d. Brink; 1995; Verslaving en psychiatrische co-morbiditeit: Handboek verslaving;

Geller, B., Cooper, T. B., Sun, K., & al., e. (1998). Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37, 171-178.

Glind, G. v. d., Eland, A., & Duin, D. v. (2003). Protocol ADHD bij verslaving.

Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press.

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, & Rutter C (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27 (1), 191-197.

Goldberg, J. F., Garno, J. L., Leon, A. C., Kocsis, J. H., & Portera, L. (1999). A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 60(11), 733-740.

Goldsmith, R. J. (1999). Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretic considerations. *Psychiatr Clin North Am*, 22(2), 331-349, ix.

Goldfinger, S.M., Schutt, R.K., Seidman, L.J., Turner, W.M., Penk, W.E., & Tolomiczenko, G.S. (1996) Self-Report and Observer Measures of Substance Abuse Among Homeless Mentally Ill Persons in the Cross-Section and Over Time. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 667-672.

Goossensen A; Van de Goor I; Garretsen H; Schudel J (1997). Screening for psychopathology in the clinical practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6): 585-591.

Gossop, M., Marsden, J., & Stewart, D. (2002) Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems. *Addiction*, 97, 169-178.

Graaf, R. de, Bijl, R. van, Smit, F., Vollebergh, W.A.M., & Spijker, J. (2002) Risk Factors for 12-Month Comorbidity of Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159 (4), 620-629.

Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P. S., & Pickering, R. P. (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview schedule (audadis): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*, 39(1), 37-44.

Gripshover, D.L., & Dacey, C.M. (1994) Discriminative Validity of the MacAndrew Scale in Settings with a High Base Rate of Substance Abuse. *J Stud. Alcohol*, 55, 303-308.

Gureje, O., & Obikoya, B. (1990). The GHQ-12 as a screening tool in a primary care setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 25(5), 276-280.

Gureje, O. (2002). Psychological disorders and symptoms in primary care. Association with disability and service use after 12 months. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(5), 220-224.

H

Hambrecht, M., & Hafner, H. (2000). Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(3), 468-475.

Hamid, R., Deren, S., Beardsley, M., & Tortu, S. (1999) Agreement between Urinalysis and Self-Reported Drug Use. *Substance Use & Misuse*, 34 (11), 1585-1592.

Hanssen MS, Bijl RV, Vollebergh W, & Van Os J (2003) Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatr Scand*, 107 (5), 369-377.

Harrison, L., & Hughes, A. (eds) (1997) *The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Survey Estimates*. NIDA Research Monograph.

Hasin, D., Carpenter, K. M., McCloud, S., Smith, M., & Grant, B. F. (1997). The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (audadis): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug Alcohol Depend*, 44(2-3), 133-141.

Haver, B. (1997). Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: the use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme. *Alcohol Alcohol*, 32(6), 725-730.

Health Canada (2002) *Best Practices. Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders*. Health Canada.

Heather N; Rollnick S; Bell A (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88: 1667-1677.

Hendriks VM (1990a). Psychiatric disorders in a Dutch addict population: Rates and correlates of DSM-III diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 158-165.

Hendriks VM (1990b). *Addiction and psychopathology: A multidimensional approach to clinical practice*. Doctoral thesis. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

Hendriks VM; Kaplan C; Van Limbeek J; Geerlings P (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6: 133-141.

Hendriks VM; Van der Meer CW; Kaplan CD; Van Limbeek J; Geerlings PJ (1990a). De Addiction Severity Index: Een multidimensionele ernstlijst voor de verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32(6): 420-436.

Hesselbrock, M., Easton, C., Bucholz, K. K., Schuckit, M., & Hesselbrock, V. (1999). A validity study of the SSAGA—a comparison with the SCAN. *Addiction*, 94(9), 1361-1370.

Ho, A. P., Tsuang, J. W., Liberman, R. P., Wang, R., Wilkins, J. N., Eckman, T. A., et al. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am J Psychiatry*, 156(11), 1765-1770.

Hodgins DC; El-Guebalay (1992). More data on the Addiction Severity Index: Reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 197-201.

Hoes MJ, Zeijpveld JH, & Ruijgrok M (1998) Improvement in alcoholics measured using the General Health Questionnaire. *Alcohol Alcohol*. 33 (4), 421-423.

Hoffmann, N. G., & Overall, P. B. (1978). Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population. *J Consult Clin Psychol*, 46(6), 1187-1191.

Houeto, J. L., Mesnage, V., Mallet, L., Pillon, B., Gargiulo, M., du Moncel, S. T., et al. (2002). Behavioural disorders, Parkinson's disease and subthalamic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 72(6), 701-707.

Hser, Y., Maglione, M., & Boyle, K. (1999) Validity of Self-Report of Drug Use Among STD patients, ER Patients, and Arrestees. *Am. J. Drug alcohol abuse*, 25 (1), 81-91.

Hsiao, M. C., Liu, C. Y., Chen, K. C., & Hsieh, T. T. (2002a). Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand*, 106(2), 150-155.

Hsiao, M. C., Liu, C. Y., Chen, K. C., & Hsieh, T. T. (2002b). Characteristics of women using a mental health clinic in a gynecologic out-patient setting. *Psychiatry Clin Neurosci*, 56(4), 459-463.

Hyler SE; Rieder R; Williams JBW (1987). *The Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQ-R)*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Hyler SE; Oldham JM; Kellman HD; Doidge N (1992). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73-77.

J

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.

Janiri, L., Gobbi, G., Mannelli, P., Pozzi, G., Serretti, A., & Tempesta, E. (1996). Effects of fluoxetine at antidepressant doses on short-term outcome of detoxified alcoholics. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(2), 109-117.

Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Gender differences in the assessment of specialized treatments for substance abuse among people with severe mental illness. *J Psychoactive Drugs*, 27(4), 347-355.

Jonge M. de; 1999; Balanceren op de grenzen van de hulpverlening; uit: Dubbel en Dwars; Stichting ambulante verslavingszorg; Groningen.

Jongerenden I, L. Hollands, B. v. Bergen; 1994; Het meten van verpleegkwaliteit in de psychiatrie; Lemma bv.; Utrecht.

Joyner, L.M., Wright, J.D., & Devine, J.A. (1996) Reliability and Validity of the Addiction Severity Index among Homeless Substance Misusers. *Substance Use & Misuse*, 31 (6), 729-751.

K

Kadden, R. M., Litt, M. D., Cooney, N. L., Kabela, E., & Getter, H. (2001). Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *J Stud Alcohol*, 62(3), 359-369.

Kamali, M., Kelly, L., Gervin, M., Browne, S., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000) The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101, 452-456.

Kan, C. C., Breteker, M.H.M., Ven, A.H. G.S. van der, & Zitman, F.G. (1998) An evaluation of DSM-III-R and ICD-10 benzodiazepine dependence criteria using Rash modeling. *Addiction*, 93 (3), 349-359.

Kavanagh, D. J., McGrath, J., Saunders, J. B., Dore, G., & Clark, D. (2002). Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs*, 62(5), 743-755.

Kelly, J. F., McKellar, J. D., & Moos, R. (2003). Major depression in patients with substance use disorders: relationship to 12-Step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction*, 98(4), 499-508.

Kerkmeer, M. C., Klerk, C. d., & Hendriks, V. M. (2003). Screeningsinstrumenten naar psychoactief middelengebruik bij ernstig psychiatrische patiënten: een literatuurstudie. 's Gravenhage: Parnassia Addiction Research Centre.

Kerkmeer, M. C., & Hendriks, V. M. (2003). Screening en assessment van psychopathologie bij verslaafde patiënten: een literatuurstudie. 's Gravenhage: Parnassia Addiction Research Centre.

Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., Abelson, J.M., McGonagle, K., Schwarz, N., Kendler, K.S., Knäuper, B., & Zhao, S. (1998). Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 33-55.

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.-L.T., Walters, E.E., & Zaslavsky, A. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 184-189.

Koeter, M. W. J., Ormel, J., Van den Brink, W., Dijkstra, W., Schoenmacker, J., & Staal, J. (1987). De waarde van de GHQ als toestandsmaat. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 667-679.

- Koeter, M.W.J., & Ormel, J. (1991) General Health Questionnaire, Nederlandse bewerking: Handleiding. Lisse: Swets, Test Services.
- Kokkevi A; Hartgers C (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependents. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav*, 23(6), 841-853.
- Kosten, T. A., Kosten, T. R., & Rounsaville, B. J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *J Subst Abuse Treat*, 6(3), 163-168.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Kleber, H. D. (1983). Concurrent validity of the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis*, 171(10), 606-610.
- Kranzler, H. R., Bursleson, J. A., Del Boca, F. K., Babor, T. F., Korner, P., Brown, J., et al. (1994). Buspirone treatment of anxious alcoholics. A placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 51(9), 720-731.
- Kranzler, H. R., Bursleson, J. A., Korner, P., Del Boca, F. K., Bohn, M. J., Brown, J., et al. (1995). Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. *Am J Psychiatry*, 152(3), 391-397.
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Tennen H, & Rounsaville BJ (1996) Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91 (6), 859-868.
- Kuperman S, Schlosser SS, Lidral J, & Reich W (1999) Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38 (6), 686-692.
- Kush, F.R., & Sowers, W. (1996) Acute Dually Diagnosed Inpatients: The Use of Self-Report Symptom Severity Instruments in Persons with Depressive Disorders and Cocaine Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14 91), 61-66.
- Kypri, K., McGee, R., Saunders, J.B., Langley, J.D., & Dean, J.I. (2002) Interpretation of items in the audit questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (5), 465-467.

L

- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S., & Knight, E. (2000) Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 321-329.
- Lazowski, L.E., Miller, F.G., Boye, M.W., & Miller, G.A. (1998) Efficacy of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3 (SASSI-3) in Identifying Substance Dependence Disorders in Clinical Settings. *Journal of personality assessment*, 71 (1), 114-128.
- Leal, J., Ziedonis, D., & Kosten, T. (1994). Antisocial personality disorder as a prognostic factor for pharmacotherapy of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*, 35(1), 31-35.
- LeBlanc, J.C., Almudevar, A., Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 12(2), 113-26.
- Leclercq, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 5, 224-231.
- Lehman, A.F., Patrick Myers, C., Dixon, L.B., & Johnson, J.L. (1996) Detection of Substance Use Disorders among Psychiatric Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (4), 228-233.
- Lejoyeux, M., Boulenguez, S., Fichelle, A., McLoughlin, M., Claudon, M., & Ades, J. (2000). Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*, 22(3), 206-212.

- Lempens A, C. B., H van de Mheen. (2000). Dakloze druggebruikers in Rotterdam: profiel, levenswijze en hulpbehoefte, . Rotterdam: IVO.
- Lepine, J. P., & Pelissolo, A. (1996). Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues. *Int Clin Psychopharmacol*, 11 Suppl 3, 35-41.
- Ley, A., Jeffery, D.P., McLaren, S., & Siegfried, N. (2000) Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Library*, 2, 1-19. Littel JH; Girvin H (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26 (2): 223-273.
- Lindqvist P, P. Allebeck; 1989; Schizophrenia an assaultive behavior, The role of alcohol and drugs; *Acta Psychiatrica*, 82, 191 - 195.
- Linehan, M. (1995). Combining Pharmacotherapy With Psychotherapy for Substance Abusers With Borderline Personality Disorder: Strategies for Enhancing Compliance. *NIDA Research Monograph*, 150, 129-.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*, 8(4), 279-292. Longabaugh R (2001). Why is motivational interviewing effective? *Addiction*, 96: 1773-1774.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P. R., & Noel, N. (1994). Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 18(4), 778-785.
- Loranger AW (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE) Manual*. White Plains, New York: Cornell Medical Center.
- Lowe, A. (1999) Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 291-295.
- Lucht M, Jahn U, Barnow S, & Freyberger HJ (2002) The Use of a Symptom Checklist (SCL-90-R) as an Easy Method to Estimate the Relapse Risk after Alcoholism Detoxification. *Eur Addict Res*, 8, 190-194.

M

- Magura, S., & Kang, S.-Y. (1996) Validity of Self-Reported Drug Use in High Risk Populations: A Meta-Analytical Review. *Substance Use & Misuse*, 31 (9), 1131-1153.
- Maisto, S.A., Carey, M.P., Carey, K.B., Gordon, C.M., & Gleason, J.R. (2000) Use of the audit and the dast-10 to Identify Alcohol and Drug Use Disorders Among Adults With a Severe and Persistent Mental Illness. *Psychological Assessment*, 12 (2), 186-192.
- Makovska, Z., & Merez, D. (2000). [The usefulness of the Health Status Questionnaire: D. Goldberg's GHQ-12 and GHQ-28 for diagnosis of mental disorders in workers]. *Med Pr*, 51(6), 589-601.
- Mapi Research Institute (August 2003). from <http://www.qolid.org/public/DIS.html>
- Marciano, E., Carrabba, L., Giannini, P., Sementina, C., Verde, P., Bruno, C., et al. (2003). Psychiatric comorbidity in a population of outpatients affected by tinnitus. *Int J Audiol*, 42(1), 4-9.
- Marlowe DB; Kirby KC; Bonieskie LM; Glass DJ; Dodds LD, et al. (1996). Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 42: 77-84.

- Marsden, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M., Prada De Castro, I., et al. (2000). New European instruments for treatment outcome research: reliability of the maudslay addiction profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *Eur Addict Res*, 6(3), 115-122.
- Mason, B. J., Kocsis, J. H., Ritvo, E. C., & Cutler, R. B. (1996). A double-blind, placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression. *Jama*, 275(10), 761-767.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J., & Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J Consult Clin Psychol*, 66(5), 832-837.
- May, S. (1992). Patient satisfaction and the detection of psychiatric morbidity in general practice. *Fam Pract*, 9(1), 76-81.
- McCann, B.S., Simpson, T.L., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2000) Reliability and Validity of Screening Instruments for Drug and Alcohol Abuse in Adults Seeking Evaluation for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Journal on Addictions*, 9, 1-9.
- McDowell, D. M., Levin, F. R., Seracini, A. M., & Nunes, E. V. (2000). Venlafaxine treatment of cocaine abusers with depressive disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 26(1), 25-31.
- McGeary, K. A., French, M. T., Sacks, S., McKendrick, K., & De Leon, G. (2000). Service use and cost by mentally ill chemical abusers: differences by retention in a therapeutic community. *J Subst Abuse*, 11(3), 265-279.
- McGrath, P. J., Nunes, E. V., & Quitkin, F. M. (2000). Current concepts in the treatment of depression in alcohol-dependent patients. *Psychiatr Clin North Am*, 23(4), 695-711, V.
- McGrath, P. J., Nunes, E. V., Stewart, J. W., Goldman, D., Agosti, V., Ocepek-Welikson, K., et al. (1996). Imipramine treatment of alcoholics with primary depression: A placebo-controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*, 53(3), 232-240.
- McGuire, P.K., Jones, P., Harvey, I., Williams, M., McGuffin, P., & Murray, R.M. (1995) Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophrenia Research*, 15, 277-281.
- McHugo GJ; Drake RE; Burton HL; Ackerson TH (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (12): 762-767.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatr Serv*, 50(6), 818-824.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Mulvaney, F. D., & O'Brien, C. P. (2000). Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care. *J Nerv Ment Dis*, 188(5), 287-296.
- McKay, J. R., Pettinati, H. M., Morrison, R., Feeley, M., Mulvaney, F. D., & Gallop, R. (2002). Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychol Addict Behav*, 16(3), 225-235.
- McLellan AT; Luborsky L; Woody GE; O'Brien CP (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168: 26-33.
- McLellan AT; Luborsky L; Cacciola J; Griffith J; McGahan P; O'Brien CP (1985). Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration, and field testing results (NIDA Treatment Research Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- McLellan AT; Kushner F; Peters F; Smith I; Corse SJ; Alterman AI (1992). The Addiction Severity Index ten years later. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9: 199-213.
- McPherson, T.L., & Hersch, R.K. (2000) Brief substance use screening instruments for primary care settings. A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 193-202.
- McConaughy, Prochaska, J.D; Velicer WF (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (3): 368-375.
- Messina, N. P., Wish, E. D., Hoffman, J. A., & Nemes, S. (2002). Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 28(2), 197-212.
- Messina, N. P., Wish, E. D., & Nemes, S. (1999). Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat*, 17(1-2), 121-128.
- Miele, G.M., Carpenter, K.M., Smith Cockerham, M., Dietz Trautman, K., Blaine, J., & Hasin, D.S. (2001) Substance Dependence Severity Scale Reliability and validity for ICD-10 substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 26, 603-612.
- Mierlak, D., Galanter, M., Spivack, N., Dermatis, H., Jurewicz, E., & De Leon, G. (1998). Modified therapeutic community treatment for homeless dually diagnosed men. Who completes treatment? *J Subst Abuse Treat*, 15(2), 117-121.
- Milby, J. B., Schumacher, J. E., McNamara, C., Wallace, D., Usdan, S., McGill, T., et al. (2000). Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons. *Drug Alcohol Depend*, 60(1), 55-67.
- Miller WR (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11: 147-172.
- Miller WR (1998). Why do people change addictive behavior? The 1996 H David Archibald Lecture. *Addiction*, 93 (2): 163-172.
- Miller WR (2001). When is it motivational interviewing? *Addiction*, 96: 1770-1771.
- Miller, N. S. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: interactions and independent status. *J Addict Dis*, 12(3), 5-16.
- Miller NS; Flaherty JA (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18: 9-16.
- Miller WR; Tonigan JS (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale (Socrates). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10 (2): 81-89.
- Millon T (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (3rd edition). Minneapolis: National Computer Services.
- Minkoff, K., Regner, J. (1999). Innovations in Integrated Dual Diagnosis Treatment in Public Managed Care: The Choate Dual Diagnosis Case Rate Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 3-12.
- Moos RH; Cronkite RC; Finney JW (1990). *Health and Daily Living Form Manual*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center, Stanford University.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1998) Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.

N

- Nace EP; Saxon JJ; Shore N (1983). A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 54-56.
- Nadeau L; Landry M; Racine S (1999). Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(6), 566-592.
- Najavits LM; Gastfriend DR; Nakayama EY; Barber JP; Blaine J; Frank A; Muenz LR; Thase M (1997). A measure of readiness for substance abuse treatment: Psychometric properties of the RAATE-R interview. *American Journal on Addictions*, 6: 74-82.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Reif, S., Gastfriend, D. R., Siqueland, L., Barber, J. P., et al. (1998). The Addiction Severity Index as a screen for trauma and posttraumatic stress disorder. *J Stud Alcohol*, 59(1), 56-62.

Nascimento, I., Nardi, A. E., Valenca, A. M., Lopes, F. L., Mezzasalma, M. A., Nascentes, R., et al. (2002). Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Res*, 110(1), 73-80.

Neff JA, Zule WA (2000). Predicting treatment-seeking behavior: Psychometric properties of a brief self-report scale. *Substance Use & Misuse*, 35 (4): 585-599.

Nes J.C. v.; 1999; Klinische behandeling van drugsverslaafden met een psychiatrische stoornis: Handboek verslaving.

Nes van H; V. Hendriks; 2003; Brede intensieve zorg voor patiënten met ernstige dubbele problematiek; Parnassia; Den Haag

NIAAA (october 2000). Diagnostic Interview Schedule (DIS-III-R) (Alcohol Module), from http://www.niaaa.nih.gov/publications/dis_iiir.htm

Noorlander E.A.; 1999; Waar zitten nu eigenlijk de knelpunten: uit: Dubbel en Dwars; Stichting ambulante verslavingszorg; Groningen.

Nunes, E. V., Deliyannides, D., Donovan, S., & McGrath, P. J. (1996). The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 19(2), 311-327.

Nunes, E. V., McGrath, P. J., Quitkin, F. M., Ocepek-Welkison, K., Stewart, J. W., Koenig, T., et al. (1995). Imipramine treatment of cocaine abuse: possible boundaries of efficacy. *Drug Alcohol Depend*, 39(3), 185-195.

Nunes, E. V., McGrath, P. J., Wager, S., & Quitkin, F. M. (1990). Lithium treatment for cocaine abusers with bipolar spectrum disorders. *Am J Psychiatry*, 147(5), 655-657.

Nunes, E. V., Quitkin, F. M., Donovan, S. J., Deliyannides, D., Ocepek-Welkison, K., Koenig, T., et al. (1998). Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. A placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 55(2), 153-160.

Nuttbrock, L. H., Ng-Mak, D. S., Rahav, M., & Rivera, J. J. (1997). Pre- and post-admission attrition of homeless, mentally ill chemical abusers referred to residential treatment programs. *Addiction*, 92(10), 1305-1315.

O

O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuthbertson, B., & O'Brien, B. E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psychiatry*, 159, 123-129.

Ohaeri, J. U. (2001). Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(2), 86-93.

Olson, M., Mechanic, D., Boyer, C. A., Hansell, S., Walkup, J., & Weiden, P. J. (1999). Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 187(12), 721-729.

Onken LS; Blaine JD; Genser S; MacNeill Horton A (1997). Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. NIDA Research Monograph 172. National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD.

Ouimette, P. C., Brown, P. J., & Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addict Behav*, 23(6), 785-795.

Ouwens M., G. Visser; 1994; Verpleegkwaliteit: mening of meetinstrument?; Tijdschrift voor verpleegkundigen; Vol. 104, nr. 10; p. 306 - 308.

P

Passik, S. D., Kirsh, K. L., Donaghy, K. B., Theobald, D. E., Lundberg, J. C., Holtsclaw, E., et al. (2001). An attempt to employ the Zung Self-Rating Depression Scale as a "lab test" to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection. *J Pain Symptom Manage*, 21(4), 273-281.

Perrone, J., Roos, F. de, Jayaraman, S., & Hollander, J.E. (2001) Drug Screening Versus History in Detection of Substance Use in ED Psychiatric Patients. *Am J Emerg Med*, 19, 49-51.

Perry JC (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1645-1653.

Peters, R.H., Greenbaum, P.E., Steinberg, M.L., Carter, C.R., Ortiz, M.M., Fry, B.C., & Valle, S.K. (2000) Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 349-358.

Petrakis, I., Carroll, K. M., Nich, C., Gordon, L., Kosten, T., & Rounsaville, B. (1998). Fluoxetine treatment of depressive disorders in methadone-maintained opioid addicts. *Drug Alcohol Depend*, 50(3), 221-226.

Pfohl B; Stangl D; Zimmerman M (1983). Structured interview for DSM-III personality disorders: SIDP (2nd edition). Manual. Iowa: University of Iowa.

Piersma HL, Boes JL, & Reaume WM (1994) Unidimensionality of the Brief Symptom Inventory in adult and adolescent inpatients. *J Pers Assess.*, 63 (2), 338-344.

Preston, N. J., & Harrison, T. J. (2003). The brief symptom inventory and the positive and negative syndrome scale: Discriminate validity between a self-reported and observational measure of psychopathology. *Compr Psychiatry*, 44(3), 220-226.

Pristach, C. A., Smith, C. M., & Perkins, C. (1993). Reliability of the Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in psychiatric inpatients. *J Addict Dis*, 12(4), 77-88.

Prochaska JO; DiClemente CC; Norcross JC (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9): 1102-1114.

Project Match Research Group (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project Match. *Journal of Mental Health*, 7 (6): 589-602.

Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.

Q

Quek, K. F., Low, W. Y., Razack, A. H., & Loh, C. S. (2001). Reliability and validity of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among urological patients: a Malaysian study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55(5), 509-513.

R

Randall, C. L., Johnson, M. R., Thevos, A. K., Sonne, S. C., Thomas, S. E., Willard, S. L., et al. (2001). Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depress Anxiety*, 14(4), 255-262.

Regier DA; Farmer ME; Rae DS et al. (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264: 2511-2518.

Robins, L.N., Wing, J., & Wittchen, H.U. (1988) The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Rodriguez-Martos A; Rubio G; Auba J; Santo-Domingo J; Torralba L; Campillo M (2000). Readiness to Change Questionnaire: Reliability study of its Spanish version. *Alcohol & Alcoholism*, 35 (3): 270-275.

Rogers ES; Martin R; Anthony W; Massaro J; Danley K; Crean T; Penk W (2001). Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37 (2): 97-112.

- Rogier, D.A., M.E. Farmer, D.S. Rae, B.Z. Locke, S.J. Keith, L.L. Judd, T.F. Goodwin; 1990: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Result from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study; *Journal of the American Medical Association*; 21, 2511-2518
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Michalec, E., & Abrams, D. B. (2000). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *J Consult Clin Psychol*, 68(3), 515-520.
- Rollnick S; Heather N; Gold R; Hall W (1992). Development of a short 'Readiness to Change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87: 743-754.
- Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Wolford, G.L., Mueser, K.T., Oxman, T.E., Vidaver, R.M., Carrieri, K.L., & Luckoor, R. (1998) Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (dali): A Substance Use Disorder Screen for People With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 232-238.
- Ross HE, Swinson R, Doumani S, & Larkin EJ (1995) Diagnosing comorbidity in substance abusers: a comparison of the test-retest reliability of two interviews. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 21 (2), 167-185.
- Rounsaville, B. J., Kosten, T. R., Weissman, M. M., & Kleber, H. D. (1986). Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. A 2.5-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 43(8), 739-745.
- Roy-Byrne, P. P., Pages, K. P., Russo, J. E., Jaffe, C., Blume, A. W., Kingsley, E., et al. (2000). Nefazodone treatment of major depression in alcohol-dependent patients: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*, 20(2), 129-136.
- Ryan RM; Plant RW; O'Malley S (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20 (3): 279-297.

S

- Sacks, S. (2000). Co-occurring mental and substance use disorders: promising approaches and research issues. *Subst Use Misuse*, 35(12-14), 2061-2093.
- Saladin, M. E., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (1995). Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations. *Addict Behav*, 20(5), 643-655.
- Salloum IM; Moss HB; Daley DC; Cornelius JR; Kirisci L; Al-Maalouf M (1998). Drug use problem awareness and treatment readiness in dual diagnosis patients. *American Journal on the Addictions*, 7: 35-42.
- Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Thase, M. E., Daley, D. C., Kirisci, L., & Spotts, C. (1998). Naltrexone utility in depressed alcoholics. *Psychopharmacol Bull*, 34(1), 111-115.
- Sanderman R, C.M.H. Hosman, M. Mulder; 1995; Het meten van determinanten van gezondheid een overzicht van beschikbare meetinstrumenten: Van Gorkum; Assen.
- Saunders, B., & Robinson, S. (2002). Co-occurring mental health and drug dependency disorders: workforce development challenges for the AOD field. *Drug and Alcohol Review*, 21, 231-237.
- Sawrie, S.M., Kabat, M.H., Dietz, C.B., & Greene, R.L. (1996) Internal Structure of the MMPI-2 Addiction Potential Scale in Alcohol and Psychiatric Inpatients. *Journal of personality assessment*, 66 (1), 177-193.
- Schiller, M. J., Shumbay, M., & Batki, S.L. (2000) Utility of Routine Drug Screening in a Psychiatric Emergency Setting. *Psychiatric services*, 51 (4), 474-478.

- Schippers GM (2000). Literatuurstudie bouwstenen voor een evidence-based indicatiestelling in de verslavingszorg. In: DeWildt WAJM & Schramade MH (2002). *Indicatiestelling en trajecttoewijzing: Handleiding*. Amsterdam: Jellinek.
- Schmitz, J. M., Averill, P., Stotts, A. L., Moeller, F. G., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. (2001). Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug Alcohol Depend*, 63(3), 207-214.
- Selzer, M.L. (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Shaner, A., Elena Khalsa, M., Roberts, L., Wilkins, J., Anglin, D., & Hsieh, S.-C. (1993) Unrecognized Cocaine Use Among Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry*, 150 (5), 758-762.
- Shaner, A., T.A. Eckman, L.J. Roberts, J.N. Wilkins, D.E. Tucker, J.W. Tsuang, J. Mintz; 1995; Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenia cocaine abusers; *New England Journal of Medicine*, 333, 777 - 783.
- Shaner, A., Roberts, L. J., Eckman, T. A., Racenstein, J. M., Tucker, D. E., Tsuang, J. W., et al. (1998). Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatr Serv*, 49(5), 684-690.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33; quiz 34-57.
- Sherwood Brown, E., Suppes, T., Adinoff, B., & Rajan Thomas, N. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord*, 65(2), 105-115.
- Silverman, D.C., O'Neill, S.F., Cleary, P.D., Barwick, C., & Joseph, R. (1992) Recognition of Alcohol Abuse in Psychiatric Outpatients and Its Effect on Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 644-646.
- Simpson DD; Joe GW (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30 (2): 357-368.
- Smith MB; Hoffman NG; Nederhoed R (1995). The development and reliability of the Recovery Attitude And Treatment Evaluator - Questionnaire I (RAATE-QI). *The International Journal of the Addictions*, 30 (2): 147-160.
- Smith, C. M., & Pristach, C. A. (1990). Utility of the Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in schizophrenic patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 14(5), 690-694.
- Sokol, R.J., Martier, S.S., & Ager, J.W. (1989) The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (2), 684-685.
- Sonne, S. C., & Brady, K. T. (1999). Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*, 22(3), 609-627, ix.
- Sowers, W., & Golden, S. (1999). Psychotropic medication management in persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Psychoactive Drugs*, 31(1), 59-70.
- Spitzer RL; Endicott J; Robbins E (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35: 773-789.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Staley, D., & El-Guebaly, N. (1990) Psychometric properties of the drug abuse screening test in a psychiatric patient population. *Addictive Behaviors*, 15, 257-264.

- Stasiewicz, P.R., Bradizza, C.M., & Connors, G.J. (1997) Subject-Collateral Reports of Drinking in Inpatient Alcoholics with Comorbid Mental Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (3), 530-536.
- Steiner, J. L., Tebes, J. K., Sledge, W. H., & Walker, M. L. (1995). A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *J Nerv Ment Dis*, 183(6), 365-369.
- Stel J. v.d.; 2001; Geïntegreerde zorg voor mensen met een psychiatrische en een verslavingsdiagnose: De Geestgronden.
- Swofford, C.D., Scheller-Gilkey, G., Miller, A.H., Woolwine, B., & Mance, R. (2000) Double Jeopardy: Schizophrenia and Substance Use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (3), 343-353.

T

- Teitelbaum, L.M., & Carey, K.B. (2000) Temporal Stability of Alcohol Screening Measures in a Psychiatric Setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (4), 401-404.
- Teitelbaum, L.M., & Mullen, B. (2000) The Validity of the MAST in Psychiatric Settings: A Meta-Analytic Integration. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 254-261.
- Thevos, A. K., Roberts, J. S., Thomas, S. E., & Randall, C. L. (2000). Cognitive behavioral therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. *Addict Behav*, 25(3), 333-345.
- Toland, A.M., & Moss, H.B. (1989) Identification of the Alcoholic Schizophrenic: Use of Clinical Laboratory Tests and the MAST. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (1), 49-53.
- Triffleman, E., Carroll, K., & Kelloff, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy. An integrated cognitive-behavioral approach. *J Subst Abuse Treat*, 17(1-2), 3-14.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev*, 20(2), 235-253.

V

- van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav*, 27(6), 911-923.
- Van Hemert, A. M., den Heijer, M., Vorstenbosch, M., & Bolk, J. H. (1995). Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General Health Questionnaire. Why do cut-off scores vary? *Psychol Med*, 25(1), 165-170.
- Veen, N., Selten, J.-P., Hoek, H.W., Feller, W., Graaf, Y. van der, & Kahn, R. (2002) Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 440-443.
- Verhagen P.; 1994; Het meten van verpleegkwaliteit in de psychiatrie: Tijdschrift voor verpleegkundigen; Vol. 104, nr. 10; p. 328.
- Verheul R; Van den Brink W; Hartgers C (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23(6), 869-882.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 182, 135-140.

W

- Warner, R., Taylor, D., Wright, J., Sloat, A., Springett, G., Arnold, S., & Weinberg, H. (1994) Substance use among the mentally ill: Prevalence, Reasons for Use, and Effects on Illness. *American J Orthopsychiatry*, 64 (1), 30-39.
- Washington University (September 10th, 2003). the Diagnostic Interview Schedule (DIS) Homepage, from <http://epi.wustl.edu/DIS/DIShome.htm>
- Watson, C.G., Detra, E., Fox, K.L., Ewing, J.W., Gearhart, L.P., & DeMotts, J.R. (1995) Comparative concurrent validities of five alcoholism measures in a psychiatric hospital. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (5), 676-684.
- Weiss, R. D., Greenfield, S., & Najavits, L. M. (1995). Integrating Psychological and Pharmacological Treatment of Dually Diagnosed Patients. NIDA Research Monograph, 150, 110-128.
- Weiss, R.D., Najavits, L.M., Greenfield, S.F., Soto, J.A., Shaw, S.R., & Wyner, D. (1998) Validity of Substance Use Self-Reports in Dually Diagnosed Outpatients. *Am J Psychiatry*, 155 (1), 127-128.
- Westley Clark, H., Masson, C., Kl, D., Hall, S. M., & Sees, K. L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *J Subst Abuse Treat*, 20, 121-127.
- Wolford, G.L., Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Mueser, K.T., Oxman, T.E., Hoffman, D., Vidaver, R.M., Luckoor, R., & Carrieri, K.L. (1999) Evaluation of Methods for Detecting Substance Use Disorder in Persons With Severe Mental Illness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (4), 313-326.
- Woodward, B., Fortgang, J., Sullivan-Trainor, M., Stojanov, H., & Mirin, S.M. (1991) Underdiagnosis of Alcohol Dependence in Psychiatric Inpatients. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 17 (4), 373-388.
- Wright, S., Gournay, K., Glorney, E., & Thornicroft, G. (2000) Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, and in-patient service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 297-304.

Z

- Zanis, D. A., McLellan, A. T., Cnaan, R. A., & Randall, M. (1994). Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample. *J Subst Abuse Treat*, 11(6), 541-548.
- Zanis, D. A., McLellan, A. T., & Corse, S. (1997). Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? *Community Ment Health J*, 33(3), 213-227.
- Ziedonis DM; Trudeau K (1997). Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: Implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (2): 229-238.
- Zimmerman M (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999a). Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry*, 40(3), 182-191.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999b). The reliability and validity of a screening Questionnaire for 13 DSM-IV Axis I disorders (the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) in psychiatric outpatients. *J Clin Psychiatry*, 60(10), 677-683.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. (2001a). The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 175-189.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. (2001b). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 58(Aug), 787-794.
- Zimmerman, M., & Sheeran, T. (2003). Screening for principal versus comorbid conditions in psychiatric outpatients with the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Psychol Assess*, 15(1), 110-114.
- Zweben, J. E. (2000). Severely and persistently mentally ill substance abusers: clinical and policy issues. *J Psychoactive Drugs*, 32(4), 383-389.

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg in opdracht van GGZ Nederland binnen het project Resultaten Scoren.

De deelnemende instellingen aan dit ontwikkelcentrum zijn: Brijder Verslavingszorg (Alkmaar), Jellinek (Amsterdam), Novadic (Sint Oedenrode) en Verslavingszorg Parnassia (Den Haag). Het Ontwikkelcentrum Kwaliteit is een van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector van de verslavingszorg een flinke slag maken in het actualiseren en verbeteren van de preventie en het zorgaanbod.

Auteurs:

Projectteam Dubbele Diagnose Parnassia:

Tineke Posthuma

Rob Vos

PARC:

Margreet Kerkmeer

Peter Blanken

Cora de Klerk

Eindredactie:

Stuurgroep Dubbele Diagnose Parnassia:

Chris van der Meer

Vincent Hendriks

Rob Vos

Ontwerp:

Taluut

Nadere informatie:

Publicatienummer: 2003-24OL

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

030 – 287 3333

© Copyright 2003, Parnassia

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.