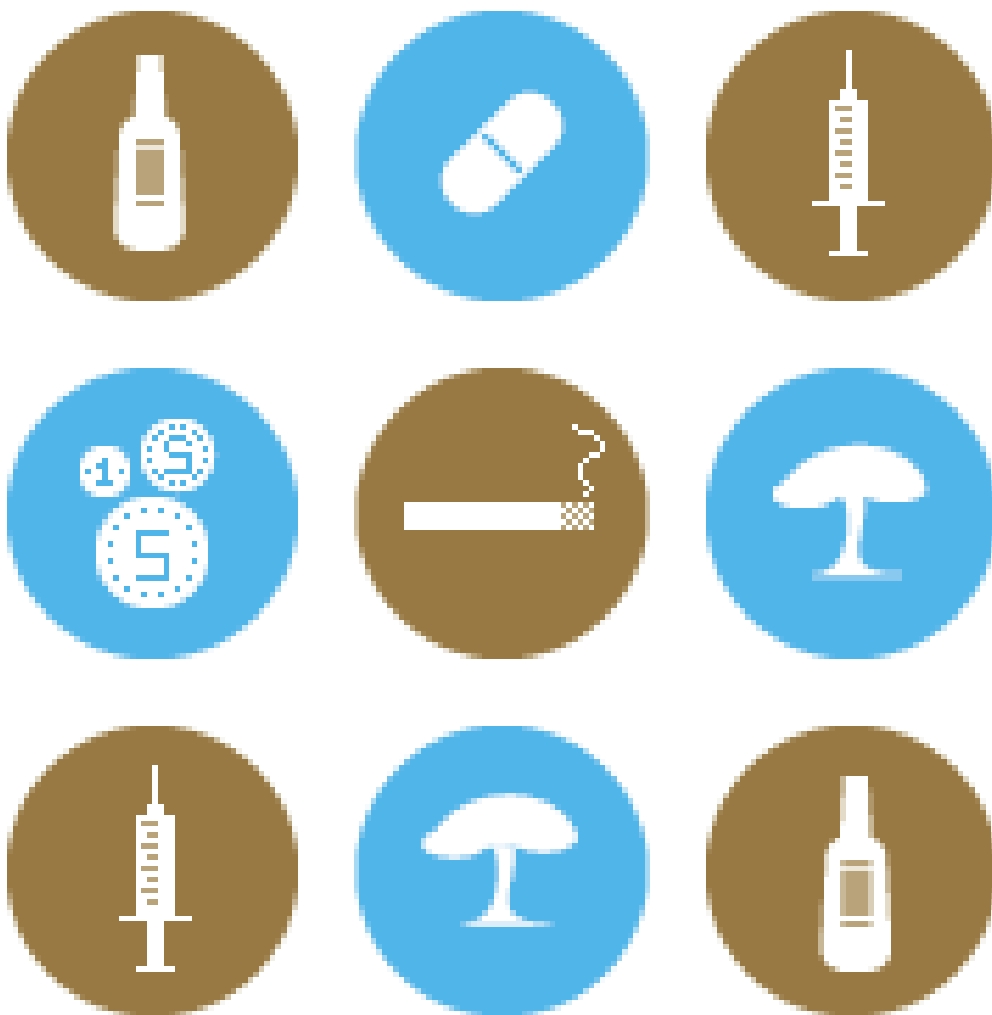


Een Dubbele Diagnose.

Een inventarisatie van de prevalentie van As I en
As II problematiek binnen de verslavingszorg



Tessa Stutterheim (0181773)



UNIVERSITEIT TWENTE.

Een Dubbele Diagnose.

Een inventarisatie van de prevalentie van As I en
As II problematiek binnen de verslavingszorg

Enschede, juni 2012

Tessa Stutterheim (0181773)

Universiteit Enschede

Eerste begeleider: dr. M. Postel

Tweede begeleider: dr. L.C.A. Christenhusz

Externe Begeleider: T. Kok

Inhoudsopgave

1	SAMENVATTING.....	3
	1.1 <i>ABSTRACT</i>	4
2	Inleiding.....	5
3	Methode.....	12
	3.1 Procedure & Participanten.....	12
	3.2 Vragenlijsten.....	12
	3.3 Data-analyse.....	14
4	Resultaten.....	16
	4.1 Cliëntkenmerken.....	16
	4.2 Verslavingsgegevens.....	17
	4.3 As I en As II problematiek.....	17
	4.4 Relatie verslavingsgegevens en As I / As II problematiek...18	
5	Conlusie & Discussie.....	21
	5.1 Belangrijkste bevindingen.....	21
	5.2 Demografische gegevens.....	21
	5.3 Verslavingsgegevens.....	22
	5.4 As I en As II problematiek.....	23
	5.5 Beperkingen.....	24
	5.5 Aanbevelingen.....	25
6	Referenties.....	28
7	Bijlagen.....	33
	Bijlage 1.....	33
	Bijlage 2.....	33

1. Samenvatting

Achtergrond: De laatste jaren wordt er steeds meer aandacht besteed comorbide As I en/of As II stoornissen bij verslavingsproblematiek. Er is bestaat echter nog geen duidelijk beeld van de prevalentie van deze zogenaamde dubbel diagnose problematiek binnen de verslavingszorg. Wat betreft de behandeling, worden cliënten vaak pas verwezen naar geïntegreerde behandelsettings, wanneer eerdere behandelingen niet aanslaan. Tijdige herkenning van comorbide As I en/of II problematiek, kan bijdragen aan zowel de toewijzing aan een passende behandeling als aan de kwaliteit van de behandeling.

Doelstelling: Het doel van dit onderzoek is om een beter beeld te krijgen van de prevalentie van As I en As II problematiek in de verslavingszorg. Daarnaast wordt er op exploratieve wijze gekeken naar mogelijke verbanden tussen verslavingsgegevens, cliëntkenmerken en As I en As II problematiek.

Methode: De benodigde informatie werd tijdens de intakeprocedure verzameld door middel van vragenlijsten en semi-gestructureerde interviews. Het verzamelen van de verslavingsgegevens en de cliëntkenmerken gebeurde aan de hand het meetinstrument: Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie MATE. Vervolgens werden de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), de MINI-plus en het gestructureerde interview voor DSM persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV) afgenomen voor de gegevens met betrekking tot de As I en As II problematiek. De data werd met hulp van het programma IBM SPSS Statistics 20 geanalyseerd.

Resultaten: Bij 60,8% van de participanten is er sprake van comorbide As I problematiek. Hiervan komen een depressie met melancholische kenmerken (20,6%), een huidige depressieve periode (19,6%) en een gegeneraliseerde angststoornis (10,8%), het meest voor. Bij 20,6% van de participanten is er sprake van comorbide As II problematiek. Zij voldoen aan de criteria voor het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. Van deze participanten valt 47,6% in cluster B, 38,1% in cluster C en 14,3% in cluster A. Er zijn geen verschillen gevonden tussen verschillende primaire probleemstoffen wat betreft de prevalentie van veel voorkomende As I en As II stoornissen. Als er echter breder wordt gekeken dan de diagnostische criteria, dan blijkt dat participanten met alcohol als primaire probleemstof gemiddeld minder depressieve klachten ervaren dan de overige participanten ($p < 0,05$), terwijl participanten met cocaïne als primaire probleemstof meer depressieve klachten rapporteren ($p < 0,05$). Daarnaast valt op dat jongere participanten en participanten met cannabis als primaire probleemstof, gemiddeld meer problemen ervaren met het volgen van een opleiding/hebben van werk ($p < 0,05$) dan de overige participanten.

Conclusie: Dubbel diagnose problematiek komt in de verslavingszorg regelmatig voor. Doordat de intakeprocedure en medewerkers in de verslavingszorg zich met name op de verslavingsproblematiek richten, wordt aanwezige As I en/of As II problematiek mogelijk als onderdeel van de verslavingsproblematiek gediagnosticeerd. Om dit te voorkomen, is het aan te bevelen om in de standaard intakeprocedure meetinstrumenten in te passen die specifiek op As I en As II problematiek zijn gericht. Wat betreft de behandeling kunnen behandelaars bij jonge cliënten standaard aanwezige studie- en/of werkproblemen behandelen.

1.1 Abstract

Background: Lately, increasing attention has been paid to psychiatric comorbidity in substance abuse disorders. However, there are still different findings on the prevalence of comorbid Axis I or Axis II disorders. In treatment, clients are only referred to integrated treatments, when previous treatments did not take off. Early recognition of comorbid Axis I or Axis II disorders, can contribute to both the allocation to an appropriate treatment as well as the quality of the treatment.

Aim: The aim of this study is to provide a comparative assessment of the prevalence of Axis I and Axis II disorders in a population of substance abusers. In addition, possible relations between addiction information, client characteristics and Axis I and Axis II disorders, were examined in an explorative manner.

Method: The required information was collected by means of questionnaires and semi-structured interviews. Data on addiction information and client characteristics were collected, using the Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE). Subsequently, the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), the MINI-plus and the structured interview for DSM personality disorders (SIDP-IV) were used to collect the data relating to the Axis I and Axis II disorders. The data was analyzed using the IBM SPSS Statistics 20 program.

Results: 60,8% of the participants meet the criteria for a comorbid Axis I disorder. 20.6% of the participants meet the criteria of a depression with melancholic features, 19.6% meet the criteria of having a current depressive episode and 10.8% of the participants meet the criteria of a generalized anxiety disorder. Furthermore, 20.6% of the participants meet the criteria for having a personality disorder. Of these participants, 47.6% has a cluster B personality disorder, 38.1% have a cluster C personality disorder and 14,3% have a cluster A personality disorder. With regard to the prevalence of common Axis I and Axis II disorders, no differences were found between different addiction information. However, looking beyond the diagnostic criteria for Axis I and Axis II disorders, it appears that participants with alcohol as their primary problem substance, reported fewer depressive symptoms than other participants ($p < 0.05$). In contrast, participants with cocaine as their primary problem substance, reported more depressive symptoms than other participants ($p < 0.05$). Furthermore, participants with cannabis as their primary problem substance, reported more problems with regard to following education / having a job ($p < 0.05$).

Conclusion: In addiction care, clients regularly suffer from comorbid Axis I or Axis II disorders. Therapists as well as the intake procedure, are focusing on the substance abuse. As a result of that, comorbid Axis I and /or Axis II disorders might be judged as being part of the substance abuse. In practice, the intake procedure should be extended with measuring instruments that focus on comorbid Axis I or Axis II disorders. In treatment of younger clients, it is recommended to focus on possible problems related to education or work.

2. Inleiding

De laatste jaren wordt er steeds meer aandacht besteed comorbide psychiatrische stoornissen bij verslavingsproblematiek. Er is bestaat echter nog geen duidelijk beeld van de prevalentie van deze zogenaamde dubbel diagnose problematiek binnen de verslavingszorg. De prognose en behandeling van deze problematiek wordt geassocieerd met ernstige problemen op diverse leefgebieden (Trimbos, 2003). Daarnaast worden cliënten vaak pas verwezen naar geïntegreerde behandelsettings, wanneer eerdere behandelingen niet aanslaan. Tijdige herkenning van comorbide As I en/of II problematiek, kan bijdragen aan zowel de toewijzing aan een passende behandeling als de kwaliteit van de behandeling. In dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan een duidelijker en specifiek beeld van comorbide As I en As II problematiek binnen de verslavingszorg.

Binnen de professionele hulpverlening wordt gebruik gemaakt van de ICD-10 criteria of de DSM-IV criteria om te bepalen of er sprake is van een verslaving. De DSM-IV wordt in Nederland het meest gebruikt. Hierin wordt niet van verslaving gesproken maar van stoornissen in het gebruik of door het gebruik van psychoactieve stoffen: stoffen die verandering in het psychisch functioneren teweegbrengen (Vandereycken, Hoogduin & Emmekamp, 2008). Daaronder vallen alcohol, drugs, geneesmiddelen en toxische stoffen (vergiften) (Kerkmeer, Blanken & de Klerk, 2003).

Vervolgens wordt er onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid. Er wordt van middelenmisbruik gesproken wanneer er over een periode van minimaal twaalf maanden herhaaldelijk gebruik van een middel wordt gemaakt, waardoor het niet meer mogelijk is aan verplichtingen op school, werk of thuis te voldoen en/of fysiek gevaarlijke situaties te voorkomen (APA, 2000). Afhankelijkheid wordt gediagnosticeerd wanneer het gebruik van het middel binnen twaalf maanden tot stoornissen of problemen leidt en er tolerantie, onthoudingsverschijnselen en hevig verlangen naar het middel optreedt. Daarnaast wordt er veel tijd gependend om aan het middel te komen, worden belangrijke sociale- werk- of recreatieve activiteiten verwaarloosd of opgegeven en wordt er doorgedaan met gebruik ondanks aanwezige kennis van de negatieve consequenties (American Psychiatric Association, 2000).

Om een beeld te schetsen van de omvang van het middelengebruik in Nederland, zijn in tabel 2.1 en 2.2 de kerncijfers wat betreft middelengebruik in de algemene Nederlandse bevolking en het aantal cliënten in de verslavingszorg in 2009, weergegeven.

Tabel 2.1

Kerncijfers middelengebruik 2009. Bron: Nationaal Prevalentie Onderzoek (van Rooij, Schoenmakers & van de Mheen, 2011)

Gebruik algemene bevolking	Cannabis	Cocaïne	Opiaten	Ecstasy	Amfetamine	Alcohol	Tabak
Percentage recente gebruikers (afgelopen jaar), 15-64 jaar.	7,0%	1,2%	0,1%	1,4%	0,4%	84%	—
Percentage actuele gebruikers (laatste maand), 15-64 jaar	4,3%	0,5%	0,1%	0,2%	0,2%	76%	25%
Aantal probleem- gebruikers	29 300 Afhankelijk 40 200 Misbruik	Onbekend	18.000	Onbekend	Onbekend	1.400.000	1.000.000

Tabel 2.2

Clënten in de verslavingszorg in 2011 (Nationale Drugs Monitor, 2012)

Aantal cliënten in de verslavingszorg	Cannabis	Cocaïne	Opiaten	Ecstasy	Amfetamine	Alcohol	Tabak
Middel als primair probleem	10.971	9.437	12.313	117	1.688	36.203	n.v.t.
Middel als secundair probleem	5.746	7.351	1.925	381	985	5.486	n.v.t.

Verslaving wordt vaak beschreven aan de hand van het biopsychosociale model. Volgens dit model zijn ziekte en gezondheid altijd het resultaat van een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren, inclusief gedrag (Vingerhoets, 2004). Belangrijke factoren in het biopsychosociale model zijn: stressoren (emotioneel belastende situaties en prikkels), coping of stresshantering (de wijze waarop een individu reageert op blootstelling aan een stressor), persoonlijkheid, gezondheidsgedrag en sociale steun (Vingerhoets, 2000). Er is sprake van een zekere aanleg om verslavingsproblemen te ontwikkelen (biologische factor). Ook het beeld dat iemand van zichzelf heeft of de beschikbare copingstijlen waarover iemand beschikt, spelen een belangrijke rol (psychologische factor). Verslaving kan in die zin worden gezien als een vorm van coping waarbij vooral de positieve korte termijneffecten aanleiding zijn tot het gebruik van het middel (van Nes, 2004). Tenslotte speelt de omgeving een belangrijke rol (sociale factor). Onderzoek heeft bijvoorbeeld uitgewezen dat het hebben van een goed sociaal netwerk de negatieve effecten van blootstelling aan stressrijke gebeurtenissen kan neutraliseren (Berkman, 1995).

Het biopsychosociale model is een beschrijvend model van alle mogelijk factoren die bij het ontstaan van verslavingsproblemen een rol hebben gespeeld. Het gaat hierbij vaak om elkaar versterkende factoren die in combinatie tot problemen leiden (van Nes, 2004).

Herhaald en frequent gebruik van psychoactieve stoffen leidt tot langdurige en mogelijk blijvende veranderingen in de hersenen. De dopaminereceptoren in het beloningssysteem van de hersenen nemen af en de verslavende stof wordt in het geheugen en de beleving van de persoon de bron van beloning. Waar in het begin het middelengebruik vooral gekoppeld wordt aan positieve ervaringen en het verminderen van stress, wordt dit door herhaald gebruik vaak een gewoonte. Dit proces heeft als gevolg dat een gebruik overgaat in een verslaving (Everitt & Robbins, 2005).

Middelengebruik en afhankelijkheid wordt in verband gebracht met gezondheidsrisico's. Zo kan alcoholgebruik leiden tot een verminderd reactievermogen, een afwezige houding en een verdoofd gevoel (Tactus, 2011b). Cannabisgebruik vermindert het reactie- en concentratievermogen, het korte termijn geheugen en het cognitief functioneren (Van Laar, 2010). Daarnaast zijn intoxicaties een belangrijk gezondheidseffect van harddrugs (Van Laar, 2010). Als bovendien meerdere middelen worden gecombineerd, kan dit leiden tot (extra) onvoorspelbare effecten (Vogel, 2010).

Drugsmisbruik gaat samen met een verhoogd risico op aandoeningen die samenhangen met de wijze van druggebruik. Zo kan, in het geval van intraveneus toedienen van drugs een besmetting met virussen of een bloedvergiftiging opgelopen worden. Ook bestaat er een verhoogd risico op het krijgen van longaandoeningen als gevolg van het roken van een rookbare vorm van cocaïne en op het ontstaan van abcessen door het gebruik van niet-steriele spuiten (Van Laar, 2010)

Naast de bovengenoemde fysieke gezondheidsrisico's, kan alcohol en/of drugs, bij herhaald en excessief gebruik, leiden tot psychiatrische problematiek (Van Laar, 2002; Schrijvers, Snoek & Van den Ende, 2010). Deze problematiek kan variëren van milde psychopathologie tot een ernstige chronische stoornis. Er is in dat geval sprake van een dubbeldiagnose. Verslavingsproblematiek kan psychiatrische stoornissen doen ontstaan of verergeren (Kerkmeer et. al., 2003) en omgekeerd ontwikkelen veel psychiatrische patiënten een verslavingsprobleem omdat zij middelen misbruiken om symptomen van hun stoornis te onderdrukken (Meeuwisen & Kroon, 2000; van Giffen, Dekker, Spijkersman, Bruggeman & Schoevers, 2007). Het is in de praktijk erg moeilijk om de relatie tussen middelengebruik en psychiatrische problematiek te ontdekken. Daarom wordt meestal gesproken van wederzijdse beïnvloeding door twee stoornissen in plaats van oorzaak en gevolg proberen te achterhalen (Kerkmeer et. al., 2003).

Voor het diagnosticeren van psychiatrische stoornissen wordt gebruikt gemaakt van de reeds eerder besproken DSM-IV. Stoornissen op As I en As II zijn in het bijzonder interessant als er wordt gekeken naar psychiatrische problematiek bij verslaafden (zie bijlage 2 voor een

beschrijving van de verschillende assen). Schattingen van de prevalentie van comorbide As I problematiek bij personen met verslavingsproblematiek variëren 30% tot 80% (Graaf, ten Have, Dorsselaer, 2010; Zilberman, Tavares, Blume & el-Guebaly, 2003; van Rooijen, 2001; Compton, Cottler, Abdallah, Phelps, Spitznagel & Horton, 2000; Maas & Jansen, 2000). Uit een onderzoek van Skinstad en Swain (2001) onder 125 verslaafde mannen, blijkt dat in het afgelopen jaar 20% een depressie had, 9,6% een gegeneraliseerde angststoornis en 6,4% een sociale fobie. Mensen met middelenmisbruik of –afhankelijkheid hebben een verhoogde kans om een stemmings- of angststoornis te hebben (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2000). Vooral drugsafhankelijkheid verhoogt deze kans aanzienlijk. Sinds de invoering van de DSM-III in 1980 met een aparte as (As II) voor persoonlijkheidsstoornissen is er steeds meer belangstelling gekomen voor het onderzoek naar comorbiditeit van as-II-stoornissen bij patiënten met verslavingsproblemen (Verheul, van den Bosch & Ball, 2009). Persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden onderverdeeld in drie verschillende clusters. Cluster A (paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) worden gekenmerkt door beperkingen in de sociale interactie met anderen in de vorm van onverschilligheid, sociale teruggetrokkenheid en/of achterdocht. Personen met deze stoornissen hebben soms vreemde zintuiglijke ervaringen en overtuigingen die voor anderen niet invoelbaar zijn. Cluster B (borderline, antisociale, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis) omvat persoonlijkheidsstoornissen die gekarakteriseerd worden door impulsiviteit in stemming en/of gedrag, egocentrisme en een neiging tot prikkelhonger. Het gemeenschappelijke kenmerk van de persoonlijkheidsstoornissen uit het C-cluster (afhankelijke, ontwijkende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) is angst. Dit kan zich uiten in sociale angst, in angst voor verlating en zelfstandigheid en faalangst en perfectionisme. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de prevalentie van minimaal 1 persoonlijkheidsstoornis bij personen met verslavingsproblematiek. Hierin zijn percentages gevonden variërend tussen 28,6% bij alcoholverslaafden en 59,5% bij drugsverslaafden (Keeman, Mazel & Zitman, 2010; Grant, Stinson, Dawson, Chou, Ruan & Pickering, 2004; Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou & Kostogianni, 1998). Dit staat tegenover 13,5% in de algemene bevolking (Keeman, Mazel & Zitman, 2010). Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen komen in de algemene populatie het meeste voor, op de voet gevolgd door cluster-B-stoornissen. Cluster-A-stoornissen zijn het minst prevalent. Uit een onderzoek onder 173 Griekse drugsverslaafden bleek er bij 48,6% sprake te zijn van een persoonlijkheidsstoornis in cluster B, bij 28,9% van een stoornis in cluster C en bij 15% van een stoornis in cluster A (Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou & Kostogianni, 1998). De twee meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden zijn de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) en de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). De

geschatte prevalentie van de ASP en BPS bij verslaafden ligt rond de 20%. Andere persoonlijkheidsstoornissen komen bij 1 tot 10 procent van de verslaafden voor (Verheul, van den Bosch & Ball, 2009). Verheul, van den Bosch en Ball (2009) spreken van comorbide relaties waarin persoonlijkheidsdimensies bijdragen aan de ontwikkeling van verslaving. Zo blijkt dat personen met een relatief hoge score op de dimensie neuroticisme eerder geneigd zijn tot middelenmisbruik (Kashdan, Vetter & Lorraine-Collins, 2005; Tarter, 1988). Een hoge score op de dimensie consciëntieusheid daarentegen, blijkt negatief gerelateerd te zijn met middelenmisbruik (Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvu & Costa, 2008; Kashdan, Vetter & Lorraine-Collins, 2005).

Kijkend naar de gevolgen van dubbel diagnose problematiek, komt bewijs naar voren voor associaties 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 privésfeer (Trimbos, 2003). Bij de behandeling van dubbeldiagnose problematiek is er vaak sprake van een langdurig behandeltraject om ook op lange termijn het functioneren te verbeteren (van Giffen et.al., 2007). Veel dubbel diagnose patiënten krijgen behandeling voor zowel de verslavingsproblematiek als de psychische problematiek, maar deze is vaak slecht gecoördineerd en worden op verschillende momenten aangeboden. Daarnaast zijn er in veel instellingen voor verslavingszorg gelimiteerde kennis en vaardigheden met betrekking tot de diagnose en behandeling van psychische problematiek die niet verslavingsgerelateerd is (Langas, Malt & Opjordsmoen 2011). Bij behandeling voor enkel de verslavingsproblematiek verbeteren dubbel diagnose patiënten bovendien vaak alleen tot een niveau van probleemernst waarop zij een nog steeds aanzienlijk risico op terugval lopen. Daarnaast blijven maladaptieve persoonlijkheidskenmerken onbehandeld en dragen deze ook bij aan een hogere kans op terugval (Verheul et.al., 2009).

Momenteel verdient daarom integrale behandeling van dubbel diagnose problematiek de voorkeur. Dat wil zeggen behandeling door één team, dat beide problemen kan overzien en kan behandelen (Galanter & Kleber, 2008). Er wordt benadrukt dat verslaving een onafhankelijk psychiatrisch ziektebeeld is dat behandeling behoeft naast de behandeling van de psychiatrische problematiek (Galanter & Kleber, 2008). In Nederland zijn verschillende dubbel diagnose klinieken (een inventarisatie uit 2006 komt uit op 20 klinieken) waar geïntegreerde behandeling van dubbel diagnose problematiek wordt aangeboden. Cliënten worden hier echter vaak pas naar verwezen wanneer eerdere behandelingen niet aanslaan (Planije, Rooijen van & Kroon, 2006). Daarnaast is er ook bij integrale behandeling veel uitval uit de behandeling en verlies van sociaal netwerk (van Giffen et.al., 2007).

Door de eerder benoemde uiteenlopende cijfers wat betreft de prevalentie van As I en As II problematiek in de verslavingszorg, is er een onduidelijk beeld van de prevalentie van dubbel diagnose problematiek binnen de verslavingszorg. Een oorzaak hiervoor zou kunnen liggen in het zogenoemde “overshadowing” (Mason & Scior, 2004). Doordat diagnostici binnen de verslavingszorg in eerste instantie naar de verslavingsproblematiek kijken, zouden symptomen die door een aanvullende stoornis veroorzaakt worden, mogelijk als onderdeel van de middelenproblematiek worden gezien. Daarnaast is nog relatief weinig wetenschappelijk onderzoek dat is opgezet met een onderzoekspopulatie van patiënten met een dubbel diagnose. Verslaving is over het algemeen een contra-indicatie voor psychiatrische research en vice versa (Galanter & Kleber, 2008).

In deze studie werden tijdens de intake periode gegevens verzameld van 102 cliënten in de verslavingszorg. Naast de standaard intakeprocedure, die zich primair richt op verslavingsproblematiek, werden er additionele vragenlijsten afgenomen die zich specifiek richten op As I en As II problematiek. Op deze manier wordt getracht een bijdrage te leveren aan het verduidelijken van de prevalentie van comorbide As I en As II problematiek in de verslavingszorg. Dit zou aanknopingspunten kunnen bieden voor het specificeren of uitbreiden van het behandelaanbod, waardoor de kans op succesvolle behandeling mogelijk wordt vergroot. Tijdige herkenning van dubbel diagnose problematiek is essentieel voor zowel de toewijzing aan een passende behandeling als de kwaliteit van de behandeling (Langas, Malt & Opjordsmoen 2011). Door de uitbreiding van de intake procedure in deze studie, is het wellicht mogelijk om uitspraken te doen over de eventueel toegevoegde waarde van de additionele vragenlijsten met betrekking tot de diagnostiek.

Verder hebben eerdere studies doorgaans comorbide As I en As II problematiek los van andere patiëntkenmerken onderzocht. Bij deze benadering bestond geen aandacht voor de mogelijke interacties met andere belangrijke kenmerken, terwijl deze zeer belangrijk zijn voor een goed begrip van het behandelproces (Verheul et.al., 2009). Om interacties met andere belangrijke kenmerken te onderzoeken, en werd er in deze studie tevens gevraagd naar overige cliëntkenmerken (zoals demografische variabelen, lichamelijke problematiek en maatschappelijke problemen).

Tenslotte zal worden onderzocht of er verschillen zijn in het voorkomen van comorbide As I en/of As II problematiek, als er per verslavend middel wordt gekeken. Hierover zijn uit eerdere onderzoeken geen gegevens bekend.

De onderzoeksvraag van deze studie luidt: ***Wat is de prevalentie van As I en As II problematiek bij patiënten in de verslavingszorg?***

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er enkele deelvragen geformuleerd:

- Wat zijn de cliëntkenmerken van de onderzoekspopulatie?
- Wat zijn de gegevens met betrekking tot de verslaving van onderzoekspopulatie?
- Welke As I problematiek komt voor in de onderzoekspopulatie?
- Welke As II problematiek komt voor in de onderzoekspopulatie?
- Is er een relatie zichtbaar tussen de verschillende gebruikte verslavingsmiddelen en de gevonden As I en/of As II problematiek?

3. Methode

3.1 Procedure & participanten

Alle patiënten die zijn aangemeld bij het behandelcentrum van Tactus Verslavingszorg (poliklinisch) in Enschede, in de periode van januari 2008 tot mei 2010, werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Tactus is een instelling voor verslavingszorg in het oosten van Nederland en biedt ambulante hulp, deeltijdbehandeling en klinische zorg. Alle patiënten kregen een schriftelijke uitnodiging, als bijlage van de uitnodiging voor standaard intake. De standaard intake gebeurt bij Tactus door middel van een screening aan de hand van het meetinstrument: Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE) (Schippers, Boekman, Buchholz, 2007). Na het afnemen van de MATE, werd aan de patiënten gevraagd of zij de uitnodiging hadden gelezen, alle informatie begrepen en of ze bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Patiënten die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek ondertekenden een informed consent formulier. Deze onderzoekspopulatie bestond uit 102 patiënten, alle deelnemers waren tussen de 23 en 64 jaar oud.

Vervolgens werd bij deze patiënten tevens de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), de MINI-plus en het gestructureerde interview voor DSM persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV) afgenomen. Tijdens het onderzoek konden patiënten fysiek en psychologisch afhankelijk zijn van drugs of alcohol, omdat tijdens de intakeprocedure nog geen sprake was van een ontwenningbehandeling. Het invullen van de vragenlijsten gebeurde echter onder begeleiding van een medewerker van Tactus Verslavingszorg, die beoordeelde of de cliënt in staat was om aan het onderzoek deel te nemen.

Aan het invullen van de vragenlijsten was geen beloning verbonden. Zowel voor, tijdens als na het invullen van de vragenlijsten was er voor de patiënten ruimte om vragen te stellen. Het invullen van de verschillende vragenlijsten duurde ongeveer twee keer 90 minuten.

3.2 Vragenlijsten

Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE).

De MATE (Schippers, Boekman, Buchholz, 2007) is een onderzoeksinstrument met als doel het op een valide en betrouwbare wijze vaststellen van cliëntkenmerken ten behoeve van indicatiestelling voor zorg en behandeling en ten behoeve van de evaluatie van de verleende zorg en behandeling. De MATE bestaat uit tien modules, met in totaal 229 items. Deels betreft het interviews en deels vragenlijsten, deze worden in vaste volgorde afgenomen. De uitslag van de MATE wordt vertaald in 20 MATE scores. Deze scores kunnen een indicatie

geven voor verdiepend onderzoek op een bepaald gebied. Kort samengevat wordt uit de MATE afzonderlijk vastgesteld: behandelgeschiedenis, verslavingsernst, sociale integratie (activiteiten en participatie) en de lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit (Jongkind, 2007).

De inter-beoordelaar betrouwbaarheid blijkt voldoende (variërend van $r=.75$ tot $r=.92$). Concurrente validiteit werd aangegeven door significante correlaties ($r > .50$) tussen de ICF-gerelateerde modules en de WHO Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) en de WHO Kwaliteit van Leven (korte versie) (WHOQOL-BREF). Hieruit werd geconcludeerd dat de MATE kan worden gebruikt om de cliëntkenmerken van patiënten in de verslavingszorg vast te leggen (Schippers, Broekman, Koeter, van den Brink, 2010).

De Nederlandstalige NEO - Five Factor Inventory (NEO-FFI)

De NEO-FFI is een vragenlijst die bij volwassenen op basis van zelfbeoordeling de vijf persoonlijkheidsdimensies van de Big Five theorie meet: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. De NEO-FFI wordt gebruikt om uitspraken te kunnen doen over de individuele persoonlijkheid in termen van de Big Five persoonlijkheidsdimensies. De vragenlijst bestaat uit uitspraken waarvan de respondent wordt gevraagd aan te geven in hoeverre de uitspraak voor hem/haar van toepassing is in vijf antwoordmogelijkheden ('helemaal eens' tot 'helemaal oneens'). De NEO-FFI telt zestig items: twaalf items voor ieder van de vijf persoonlijkheidsdimensies.

Per dimensie worden de scores van elk item bij elkaar opgeteld, waarna deze ruwe scores worden omgezet in genormeerde scores. Cronbach's alpha (α) voor de schaal Neuroticisme is gemiddeld 0,84. Voor de schaal Extraversie is α gemiddeld 0,77, voor de schaal Openheid 0,69, voor de schaal Altruïsme 0,68 en α voor de schaal Consciëntieusheid is gemiddeld 0,77 (Hoekstra, Fruyt de & Ormel, 2007). De interne consistentie varieert van redelijk tot ruim voldoende. Verder geven verschillende testen positieve indicaties met betrekking tot de begripsvaliditeit van de schalen (Hoekstra et.al., 2007).

Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI plus)

De MINI (Sheehan & Lecrubier, 1994) is een semi gestructureerd (neuro) psychiatrisch interview gebaseerd op de DSM IV dat is ontwikkeld als screeningsinstrument voor As-I psychiatrische aandoeningen (De Ruiter, Hildebrand 2006). De MINI plus is een uitgebreidere versie van de MINI.

Uit onderzoek blijken goede psychometrische eigenschappen voor onder andere de diagnostiek van angststoornissen (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, Hergueta, Baker & Dunbar, 1998). De Nederlandse versie is nog niet onderzocht op

psychometrische eigenschappen. De MINI kan gebruikt worden als aanvulling op de klinische diagnostiek. De gegevens die worden verkregen zijn onvoldoende voor een formele psychiatrische diagnose (Knapen, Van Gogh, Carpentier, Verbrugge & De Jong, 2007). De afnameduur is naar schatting 40 minuten.

De Nederlandstalige Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)

De SIDP-IV is een semigestructureerd interview waarmee persoonlijkheidsstoornissen, zoals gedefinieerd volgens de DSM-IV, vastgesteld worden. De SIDP-IV is opgedeeld in tien onderdelen waarmee het functioneren op verschillende levensgebieden in kaart wordt gebracht en de criteria van de verschillende classificaties van persoonlijkheidsstoornissen worden doorlopen (waaronder relaties en sociale contacten, zelfperceptie, activiteiten en interesses en percepties van anderen). Door het stellen van verdiepende vragen kan ook de ernst van eventuele persoonlijkheidsstoornissen in kaart gebracht worden. De respondent wordt gevraagd antwoord te geven op vragen over wat hij doet en denkt in allerlei normale en alledaagse situaties. De interviewer beoordeelt in hoeverre bepaalde eigenschappen wel of niet aanwezig zijn. Alle vragen worden door de interviewer gescoord op een schaal van 0 (niet aanwezig) tot 3 (sterk aanwezig). Aan de hand van hoe vaak een bepaalde eigenschap aanwezig is en of er sprake is van een duurzaam patroon dat stabiel is en lang bestaat, of waarvan het aanvangsmoment is terug te voeren op de adolescentie of vroege volwassenheid, kan een diagnose worden gesteld.

Wat betreft de interne consistentie scoort de SIDP-IV matig. $\alpha=.66$ bij patiënten met een opiaatafhankelijkheid, $\alpha=.67$ voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis, $\alpha=.60$ voor de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, $\alpha=.60$ voor de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, $\alpha=.73$ voor de depressieve persoonlijkheidsstoornis en $\alpha=.72$ voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is redelijk tot goed. De afnameduur bedraagt gemiddeld 90 tot 120 minuten.

3.3 Data-analyse

De data werd met hulp van het programma IBM SPSS Statistics 20 geanalyseerd. Voor de analyse van de cliëntkenmerken, verslavingsgegevens en de As I en As II problematiek, werden descriptieve tabellen en frequentietabellen gemaakt. Om op exploratieve wijze verbanden tussen cliëntkenmerken, verslavingsgegevens en As I en As II problematiek te detecteren, werden correlatieanalyses uitgevoerd waarbij een significantieniveau van $\alpha=.05$ werd gehanteerd. Om vervolgens te bepalen of er significante verschillen bestonden tussen groepen met verschillende verslavingsgegevens, werd de t-toets voor continue en de chi-kwadraat toets voor nominale en/of ordinale data gebruikt. Wanneer er sprake was van meer

dan 2 groepen, werd er gebruik gemaakt van een One-Way ANOVA analyse. Wanneer er invloed van mogelijke storende variabelen werd verwacht, is er een covariantie-analyse uitgevoerd.

4 Resultaten

4.1 Cliëntkenmerken

Tabel 4.1 bevat een overzicht van de gevonden cliëntkenmerken van de 102 participanten, verkregen met de MATE. De gemiddelde leeftijd was 40,7 jaar en 80.4% van participanten was man. De participanten hadden overwegend een Nederlandse nationaliteit. Wat betreft angst-, stress- en depressieve klachten, die werden uitgevraagd in module 10 van de MATE; de Depressie, Angst en Stress Schaal (DASS), wordt nergens een gemiddelde score boven de drempelwaarde behaald (vanaf de drempelwaarde wordt gesproken van ernstige symptomen (Lovibond & Lovibond, 1995). 37.3% van de participanten was, op het moment van dataverzameling, recent (afgelopen jaar) of actueel in psychische/psychiatrische behandeling. Lichamelijke klachten worden zelden gerapporteerd (1,01). Hiervan wordt vermoeidheid (2,07) het meest genoemd. Wat betreft problemen en zorgbehoeften, worden tevens weinig beperkingen ervaren (0,71). Lichte beperkingen in het omgaan met stress worden het meest genoemd. (2,05).

Tabel 4.1
Cliëntkenmerken van de participanten

	N (%)
<i>Geslacht, mannen</i>	82 (80,4)
<i>Nationaliteit</i>	
Nederlands	94 (92,2)
Onbekend	8 (7,8)
<i>Recent (afgelopen jaar) of actueel in psychische/psychiatrische behandeling</i>	38 (37,3)
	M (SD)
<i>Leeftijd</i>	40,7 (10,8)
<i>Stressklachten (range: 0-42; drempelwaarde: 26)</i>	14,1 (9,3)
<i>Angst klachten (range: 0-42; drempelwaarde: 15)</i>	7,4 (6,9)
<i>Depressieve klachten (range: 0-42; drempelwaarde: 21)</i>	12,5 (9,6)
<i>Lichamelijke klachten (beoordeeld op een schaal van 0-4; 0= helemaal niet, 1=zelden, 2=soms, 3=vaak, 4=voortdurend),</i>	1,01 (0,61)
Vermoeidheid	2,07 (1,28)
Gebrek aan eetlust	1,34 (1,37)
Stijfheid	1,11 (1,45)
Overige	,80 (.83)
<i>Problemen/Zorgbehoeften (beoordeeld op een schaal van 1-5; 1= geen, 2=licht, 3=matig, 4=aanzienlijk, 5=volledig)</i>	0,71 (0,39)
Omgaan met stress	2,05 (1,20)
Aangaan/onderhouden van intieme relaties	1,54 (1,18)
Recreatieve activiteiten	1,24 (1,20)
Volgen opleiding/werk	1,14 (1,29)
Economische zelfstandigheid	1,12 (1,42)
Overig	,44 (.78)

4.2 Verslavingsgegevens

Tabel 4.2 geeft de resultaten over de verslavingskenmerken van de participanten weer. De primaire probleemstof van de meeste participanten was alcohol (54,9%), gevolgd door cocaïne (17,7%) en cannabis (10,8%). Het gemiddeld aantal jaren dat de participanten deze middelen regelmatig gebruikten lag tussen de 4,9 en 17,6 jaar. .

Tabel 4.2
Verslavingsgegevens van de participanten

	Alcohol N (%)	Cocaïne N (%)	Cannabis N (%)	Overig N (%)
Primaire probleemstof	56 (54,9)	18 (17,6)	11 (10,8)	14 (13,7)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	–
Aantal jaar dat het middel regelmatig gebruikt wordt	17,6 (11,4)	4,9 (4,9)	9,8 (6,5)	
Aantal dagen gebruik per maand	16,3 (9,6)	7,5 (6,3)	22,8 (10,4)	
Aantal eenheden gebruik per dag	10,9(10,1) glazen	1,9 (1,5) gram	1,4 (0,7) gram	

4.3 As I & As II problematiek

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de meest voorkomende As I en As II problematiek die bij de participanten is vastgesteld. Bij 60,8% van de participanten is er sprake van comorbide As I problematiek. Hiervan komen een depressie met melancholische kenmerken (20,6%), een huidige depressieve periode (19,6%) en een gegeneraliseerde angststoornis (10,8%), het meest voor (overige As I problematiek werd bij een zeer laag aantal van de participanten gevonden, zie bijlage 1 voor deze cijfers).

Bij 20,6% van de participanten is er sprake van comorbide As II problematiek; zij voldoen aan de criteria voor het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. Bij het analyseren van gegevens van de SIDP-IV, bleek echter dat er te weinig As II problematiek is gerapporteerd om een onderscheid te kunnen maken per persoonlijkheidsstoornis. Daarom is gekozen om in tabel 3.6 een overzicht te geven van de persoonlijkheidsproblematiek per cluster. Van deze participanten valt 47,6% in cluster B, 38,1% in cluster C en 14,3% in cluster A. Om tevens een beeld te krijgen van de persoonlijkheidsstructuur van de participanten werd aan de hand van de NEO-FFI gekeken naar de gemiddelde scores van de participanten op verschillende persoonlijkheidsdimensies.

Tabel 4.3

Meest voorkomende As I en As II problematiek

	N	%
Aanwezige As I problematiek:	62	60,8
Depressie met melancholische kenmerken	21	20,6
Huidige depressieve episode (2 weken)	20	19,6
Gegeneraliseerde angststoornis	11	10,8
Suïcidaal risico	29	28,4
Laag	22	75,9
Matig	4	13,8
Hoog	3	10,3
Aanwezige As II problematiek:		
Persoonlijkheidsstoornissen	21	20,6
Cluster A	3	14,3
Cluster B	10	47,6
Cluster C	8	38,1
Persoonlijkheidsdimensies (range: 0-48)	M (SD)	
Neuroticisme	36.4 (8.0)	
Extraversie	38.9 (6.9)	
Openheid	36.5 (6.1)	
Altruïsme	41.6 (6.1)	
Consciëntieusheid	41.8 (6.7)	

4.4 Relatie verslavingsgegevens en As I / As II problematiek.

In tabel 4.4 staat een overzicht van de relevante correlatiecoëfficiënten van de samenhang van de cliëntkenmerken en de verslavingsgegevens. Leeftijd blijkt negatief te correleren met problemen bij het volgen van een opleiding/ het hebben van werk en met problemen met economische zelfstandigheid. Daarnaast hangt een hoger aantal gerapporteerde lichamelijke klachten samen met een hoger aantal beperkingen bij het ondernemen van recreatieve activiteiten en met een hoger aantal gebruikte eenheden per dag van de primaire probleemstof alcohol.

Tabel 4.4

Correlatiecoëfficiënten van de samenhang van de cliëntkenmerken en de verslavingsgegevens.

	Leeftijd	lich.klachten	opl. werk	ec. zelfst	recr. act.	eenheden alcohol
Leeftijd	1	n.s	-,34**	-,24*	n.s	n.s
Lichamelijke klachten		1	n.s	n.s	,30**	,27**
Opleiding/werk			1	,31**	,31**	n.s
Economische zelfstandigheid				1	n.s	n.s
Recreatieve activiteiten					1	n.s
Eenheden alcohol per dag						1

*. Correlatie is significant op het 0.05 niveau. **. Correlatie is significant op het 0.01 niveau (2-zijdig getoetst).

Tabel 4.5 bevat de relevante correlatiecoëfficiënten van de samenhang van persoonlijkheidsdimensies met de cliëntkenmerken en de verslavingsgegevens.

Participanten met een hoge score op de dimensie neuroticisme, rapporteren gemiddeld een hoger aantal depressieve klachten, angstklachten en stressklachten. Participanten met een hoge score op de dimensie extraversie, rapporteren gemiddeld een lagere mate van depressieve klachten en angstklachten. Participanten met een hoge score op de dimensie

consciëntieusheid rapporteren gemiddeld een lagere mate van angst- en stressklachten. Participanten met een hogere score op de dimensie altruïsme tenslotte, rapporteren gemiddeld een lagere mate van stress- en depressieve klachten.

Tabel 4.5

Correlatiecoëfficiënten van de samenhang van persoonlijkheidsdimensies met de cliëntkenmerken en de verslavingsgegevens

	Neuroticisme	Extraversie	Openheid	Consciëntieusheid	Altruïsme
Depressieve klachten	,59**	-,37**	n.s	n.s	-,23*
Angstklachten	,33 **	-,20**	n.s	-,27**	n.s
Stressklachten	,43**	n.s	n.s	-,27**	-,29**

*. Correlatie is significant op het 0.05 niveau. **. Correlatie is significant op het 0.01 niveau (2-zijdig getoetst).

Tabel 4.6 bevat een overzicht van de verschillen in cliëntkenmerken tussen groepen met verschillende verslavingsgegevens. Kijkend naar de leeftijd, blijkt dat participanten met als primaire probleemstof cannabis ($t=-6,1$, $p<0,005$) en cocaïne ($t=-4,3$, $p<0,005$) gemiddeld jonger zijn dan de overige participanten. Participanten met als primaire probleemstof alcohol zijn gemiddeld ouder dan de overige participanten ($t=4,7$, $p<0,005$).

Participanten met als primaire probleemstof alcohol ervaren gemiddeld minder problemen bij het volgen van een opleiding/hebben van werk, dan de overige participanten ($t=-2,6$, $p<0,05$). Deze variantie blijkt echter verklaard te worden door de gemiddelde oudere leeftijd van de participanten ($F=1,4$ $df=1;96$, $p=0,24$). De primaire probleemstof heeft hier dus geen invloed op de ervaren problemen bij het volgen van een opleiding/ hebben van werk. Participanten met als primaire probleemstof cannabis ervaren op dit gebied meer problemen dan de overige participanten ($t=3,2$, $p<0,01$). Wanneer wordt gecontroleerd voor de invloed van leeftijd, ervaren participanten met cannabis als primaire probleemstof nog steeds meer problemen met het volgen van een opleiding/ hebben van werk, dan de overige participanten. ($F=4,7$ $df=1;96$, $p<0,05$).

Verder komt naar voren dat participanten met als primaire probleemstof alcohol gemiddeld minder depressieve klachten ervaren dan de overige participanten ($t=-2,2$, $p<0,05$).

Participanten met als primaire probleemstof cocaïne, blijken meer depressieve klachten te ervaren dan de overige participanten ($t=2,2$ $p<0,05$).

Tabel 4.6

Toetsgrootheden van de verschillen in cliëntkenmerken tussen groepen met verschillende verslavingsgegevens.

	Alcohol (N=56)	Overige primaire probleemstoffen (N=46)			
	M (SD)	M (SD)	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Leeftijd	44,5	35,5	4,68	97	<0,001
Problemen met Opleiding/werk	0,9	1,5	-2,46	97	<0,05
Depressieve klachten	10,8	15,02	-2,21	97	<0,05

	Cocaïne (N=18)	Overige primaire probleemstoffen (N=81)			
	M (SD)	M (SD)	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Leeftijd	34,3	42,0	-4,30	97	<0,001
Depressieve klachten	16,9	11,7	2,21	97	<0,05

	Cannabis (N=11)	Overige primaire probleemstoffen (N=88)			
	M (SD)	M (SD)	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Leeftijd	30,2	41,9	-6,11	97	<0,001
Problemen met Opleiding werk	2,3	1,0	3,20	97	<0,01

In tabel 4.7 staat een overzicht van de gevonden verschillen wat betreft de scores op de persoonlijkheidsdimensies. In vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking, blijkt dat de participanten gemiddeld hoger scoren op de dimensie neuroticisme ($t=6,6$ $p<0,05$) en gemiddeld lager op de dimensie altruïsme ($t=-4,1$ $p<0,05$) en consciëntieusheid ($t=-5,3$ $p<0,05$). Als er vervolgens wordt gekeken naar de groepen met verschillende primaire probleemstoffen, dan blijkt dat enkel participanten met als primaire probleemstof cocaïne gemiddeld een hogere score behalen op de dimensie altruïsme dan de overige participanten ($t=2,4$ $df=101$ $p<0,05$).

Tabel 4.7

Gevonden verschillen wat betreft de scores op de persoonlijkheidsdimensies in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking

	Onderzoeks populatie (N=102) M (SD)	Algemene NL bevolking (N=2415) M (SD)	<i>T</i>	df	<i>p</i>
Neuroticisme	36,4	31,1	6,6	101	<0,001
Extraversie	38,9	40,1	-1,8	101	n.s
Openheid	36,5	35,9	1,0	101	n.s
Altruïsme	41,6	44,1	-4,1	101	<0,001
Consciëntieusheid	41,8	45,3	-5,3	101	<0,001

5 Conclusie & Discussie

5.1 Belangrijkste Bevindingen

In dit onderzoek onder participanten met verslavingsproblematiek, luidde de onderzoeksvraag: *wat is de prevalentie van As I en As II problematiek bij patiënten in de verslavingszorg?*

Bij 60,8% van de participanten is er sprake van comorbide As I problematiek en bij 20,6% van de participanten is er sprake van comorbide As II problematiek.

Er zijn geen verschillen gevonden tussen verschillende primaire probleemstoffen wat betreft de prevalentie van As I en As II stoornissen. Als er echter breder wordt gekeken dan de diagnostische criteria voor As I en As II stoornissen, dan blijkt dat participanten met alcohol als primaire probleemstof gemiddeld minder depressieve klachten ervaren dan de overige participanten. Participanten met cocaïne als primaire probleemstof daarentegen, ervaren gemiddeld meer depressieve klachten dan de overige participanten.

Daarnaast valt op dat jongere participanten en participanten met cannabis als primaire probleemstof, gemiddeld meer problemen ervaren met het volgen van een opleiding/hebben van werk dan de overige participanten. Kijkend naar de verschillende persoonlijkheidsdimensies, scoren participanten met verslavingsproblematiek gemiddeld hoger dan de algemene Nederlandse bevolking op de dimensie neuroticisme en lager op de dimensies altruïsme en consciëntieusheid.

5.2 Demografische gegevens

Kijkend naar de angst-, stress- en depressieve klachten, wordt nergens een gemiddelde score boven de drempelwaarde behaald. Dit betekent dat er niet kan worden gesproken van ernstige symptomen (Lovibond & Lovibond, 1995). Daarnaast worden zowel lichamelijke klachten als ervaren problemen en zorgbehoeften, weinig gerapporteerd. Dit is opvallend omdat middelengebruik en afhankelijkheid in verschillende onderzoeken in verband wordt gebracht met zowel lichamelijke als psychische klachten en zorgbehoeften op verschillende gebieden (Tactus, 2011; Van Laar, 2010; Vogel, 2010). De resultaten uit deze studie suggereren dat de participanten op geen van deze gebieden ernstige beperkingen ervaren, wat de vraag doet opkomen op basis waarvan zij bij een verslavingsinstelling zijn aangemeld. Mogelijk zijn in deze studie deze gegevens ondergerapporteerd als gevolg van de neiging van de participanten om sociaal wenselijk te antwoorden. Ondanks dat dit is een bron van systematische vertekening is bij elk zelfrapportage-onderzoek (Rovers & Wouters,

1996) kan de mate van sociaal wenselijk antwoorden beïnvloed worden door de gekozen antwoordmogelijkheden. Gebruik van een Likertschaal geeft namelijk meer neiging tot het geven van sociaal wenselijk antwoorden dan dichotome vragen (Schmitt, Oswald, Kim, Gillespie & Ramsay, 2003). Bij onderdelen van de MATE waarin gevraagd wordt lichamelijke klachten, zorgbehoeften en angst-, stress- en depressieve klachten wordt in tegenstelling tot bij de verslavingsgegevens, gebruik gemaakt van een Likertschaal.

Aangezien er bij de participanten duidelijk sprake is van verslavingsproblematiek en zij hiervoor ook hulp zoeken, is de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden met betrekking tot de verslavingsproblematiek wellicht minder groot dan bij de overige onderwerpen.

Verder werd er geen samenhang tussen lichamelijke klachten en leeftijd gevonden. Er werd ook geen samenhang gevonden tussen het aantal jaren actief gebruik van de verschillende primaire probleemstoffen en de ervaren lichamelijke klachten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het aantal participanten dat regelmatig lichamelijke klachten ervaart, erg klein is, waardoor hierover moeilijk betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan. Verder worden door de participanten lichte problemen ervaren met het omgaan met stress of crisissituaties. Dit wordt door van Nes (2004) tevens omschreven als een psychologische factor (coping) die een rol kan spelen bij het ontwikkelen van verslavingsproblematiek. Deze copingproblemen hangen vervolgens samen met de ervaren stressklachten van de participanten.

5.3 Verslavingsgegevens

Het feit dat er primair gebruik gemaakt wordt van alcohol komt overeen met de verwachtingen (van Rooij, Schoenmakers & van de Mheen, 2011). Alcohol is een verdovend, legaal en daardoor makkelijk te verkrijgen middel waardoor de aantrekkelijkheid toeneemt. Verder waren er meer participanten met cocaïne als primaire probleemstof, dan participanten met cannabis als primaire probleemstof. Dit komt niet overeen met de bevindingen van Nationale Drug Monitor (2011), waar cannabis vaker als primair probleem wordt gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het cannabisgebruik in de grote steden in Nederland (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht & Den Haag) hoger is dan in de minder stedelijke gebieden (Nationale Drug Monitor, 2011), waar dit onderzoek is afgenomen.

Als gekeken wordt naar het aantal gebruikte eenheden per dag van de primaire probleemstof, dan blijkt dit bij alcohol positief te correleren met vermoeidheidsklachten. Bij cocaïne blijken zowel het aantal gebruikte eenheden per dag als het aantal jaren regelmatig gebruik positief te correleren met de mate van depressieve klachten. De verschillende werking van alcohol en cocaïne op het lichaam, zou hieraan ten grondslag kunnen liggen (Cosden, 2001). Waar overmatig alcoholgebruik de gezondheidsrisico's meer van fysieke

aard zijn, is er bij cocaïnegebruik vaker sprake van rusteloosheid, prikkelbaarheid en angst (Shaaban, de Gruyter, Euwijk & Derijks, 2005).

Interessant is dat participanten met alcohol als primaire probleemstof gemiddeld minder depressieve klachten ervaren dan de overige participanten. Participanten met cocaïne als primaire probleemstof daarentegen, ervaren gemiddeld meer depressieve klachten dan de overige participanten. Uit onderzoek blijkt dat alcoholafhankelijkheid een zwakker verband kent met comorbide psychische stoornissen dan drugsafhankelijkheid (Ravelli, Bijl & van Zessen, 1998). Daarnaast beschrijft Bos (2006) dat het tegengaan van angsten en depressieve gevoelens, naast een toename van euforie en energie, een reden voor cocaïne gebruik kan zijn. Wellicht ervoeren participanten met cocaïne als primaire probleemstof voor het middelengebruik al meer depressieve klachten dan participanten met als primaire probleemstof alcohol. Tenslotte valt op dat participanten met cannabis als primaire probleemstof, gemiddeld meer problemen ervaren met het volgen van een opleiding/hebben van werk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cannabisgebruik naast het reactie- en concentratievermogen, tevens het korte termijn geheugen en het cognitief functioneren vermindert (Van Laar, 2010).

5.4 As I en As II problematiek

De gevonden prevalentie van As I problematiek komt redelijk overeen met de resultaten van onder andere Skinstad en Swain (2001), waarin 20% van participanten een depressie had en 9,6% een gegeneraliseerde angststoornis. In deze studie is er bij 19,6% sprake van een huidige depressieve periode en bij 10,8% sprake van een gegeneraliseerde angststoornis. Wat betreft de gevonden As II problematiek, voldoet 20,6% van de participanten aan de criteria voor het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. Dit percentage ligt lager dan in andere onderzoeken waar prevalenties van 28,6% (alleen alcoholverslaafden), 47,7% en 59,5% werden gevonden (Grant et.al, 2004; Kokkevi et.al., 1998). De verschillen in deze prevalenties hebben mogelijk te maken met de vraag of As-II-symptomen zijn beoordeeld als onderdeel van de verslavingsproblematiek of als As II problematiek. Het is niet eenvoudig voor patiënten en diagnostici om onderscheid te maken tussen symptomen die in verband staan met middelengebruik en stabiele persoonlijkheidskenmerken (Verheul, van den Bosch & Ball, 2009). Omdat in deze studie de diagnostische vragenlijsten en semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen door medewerkers van Tactus verslavingszorg, was er mogelijk sprake van “overshadowing” (Mason & Scior, 2004). Doordat deze medewerkers werken en vaak (gedeeltelijk) zijn opgeleid binnen de verslavingszorg, waar diagnostiek over het algemeen met name op de verslavingsproblematiek is gericht, kunnen symptomen die door een aanvullende psychische stoornis veroorzaakt worden als onderdeel van de

verslavingsproblematiek worden gezien. Dit zou het lagere percentage aan gevonden persoonlijkheidsproblematiek kunnen verklaren. Bij vergelijkbare onderzoeken waren de interviewers namelijk niet werkzaam in de verslavingszorg.

Tevens blijkt uit onderzoek dat er minder persoonlijkheidsproblematiek voorkomt onder alcohol- en cannabisverslaafden dan onder harddrugverslaafden (Grant et.al., 2004; Skodol, Oldham & Gallaher, 1999; Verheul, Brink van den & Hartgers, 1995). Dat de onderzoekspopulatie in deze studie voor 65,7% bestaat uit participanten met alcohol of cannabis als primaire probleemstof, zou tevens kunnen bijdragen aan het lagere percentage gevonden persoonlijkheidsproblematiek. In vergelijkbare onderzoeken was er namelijk sprake van een hoger percentage drugsverslaafden.

Verder valt 47,6% van de participanten met een persoonlijkheidsstoornis in cluster B, 38,1% in cluster C en 14,3% in cluster A. Deze resultaten komen redelijk overeen met de resultaten van Kokkevi et.al. (1998), waarbij er bij 48,6% sprake was van een persoonlijkheidsstoornis in cluster B, bij 28,9% in cluster C en bij 15,0% in cluster A.

Wat de persoonlijkheidsdimensies betreft, is de gemiddelde score op altruïsme bij participanten met als primaire probleemstof cocaïne opvallend. Zij behalen op deze dimensie gemiddeld hogere score dan de overige participanten. Waar de scores op de persoonlijkheidsdimensies in deze studie door verschillende onderzoeken worden ondersteund (Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu & Costa, 2008; Kashdan, Vetter & Lorraine-Collins, 2005; Walton & Brent, 2004; Tarter, 1988), is een hogere score op de dimensie altruïsme bij cocaïneverslaafden niet eerder gerapporteerd. Door het relatief kleine aantal participanten met cocaïne als primaire probleemstof in deze studie, is de verhoogde score mogelijk niet geheel betrouwbaar.

5.5 Beperkingen van de studie.

Hoewel de bevindingen van het huidige onderzoek voldoende zijn om algemene uitspraken te kunnen doen, zijn er een vrij laag aantal participanten met als primaire probleemstof cocaïne (18) en cannabis (11). Daarnaast zijn blijkt uit de Nationale Drugsmonitor dat het drugsgebruik in Nederland per regio verschilt, mogelijk verschillen de cliëntkenmerken en de prevalentie van As I en As II problematiek, tevens per regio. Een soortgelijk onderzoek onder een grotere onderzoekspopulatie en in verschillende regio's, ter bevestiging van de gevonden resultaten, zou wenselijk zijn.

Daarnaast waren er in deze studie geen onderzoeksgegevens beschikbaar met betrekking tot de burgerlijke staat en het opleidingsniveau van de participanten. In de MATE wordt hiernaar niet gevraagd, omdat er bij Tactus verslavingszorg gebruik wordt gemaakt van een apart cliënt registratiesysteem waarin deze gegevens worden opgeslagen. Deze gegevens

worden vervolgens niet automatisch met de gegevens van de MATE geïntegreerd. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat gegevens met betrekking tot burgerlijke staat en opleidingsniveau, bij verslaafden kunnen verschillen van de algemene populatie (Rethmann, 2012; Nieuwenhuis, 2010). Daarnaast zijn er ook verschillen gevonden wat betreft burgerlijke staat bij afhankelijkheid van verschillende primaire probleemstoffen (Conway, Swendsen, Rounsaville & Merikangas, 2002). Mogelijk geldt dit tevens voor het opleidingsniveau. Om dit te kunnen onderzoeken, wordt aanbevolen om deze variabelen op te nemen in de MATE. Verder bestond de onderzoekspopulatie van deze studie voor slechts 19,6% uit vrouwen. Aangezien mannen ongeveer een vier maal zo hoge life-time en jaarprevalentie hebben wat betreft middelengerelateerde stoornissen als vrouwen (Bijl, van Zessen & Ravelli, 1997), geeft dit een representatief beeld van de onderzoekspopulatie. Het aantal vrouwelijke participanten in deze studie is echter te klein om specifieke uitspraken over te kunnen doen. Aangezien er echter verschillen zijn gevonden wat betreft geslacht in het voorkomen van As I en As II problematiek bij alcohol- en drugsverslaafden (Goldstein, Dawson, Chou & Grant, 2012), zou het interessant zijn om eventuele verschillen op basis van geslacht in een grotere onderzoekspopulatie te onderzoeken.

5.6 Aanbevelingen.

Het algemene beeld van cliëntkenmerken en As I en As II problematiek binnen de verslavingszorg zou nog verder gespecificeerd kunnen worden. Hiervoor zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op variabelen die bepaalde vragen hebben opgeroepen. Bijvoorbeeld de ervaren problemen bij het volgen van een opleiding/ werk bij jongere participanten en participanten met cannabis als primaire probleemstof, het verschil in depressieve klachten bij participanten met alcohol en cocaïne als primaire probleemstof en de relatief hoge score op de persoonlijkheidsdimensie altruïsme bij participanten met als primaire probleemstof cocaïne. Het zou interessant zijn om te controleren of deze bevindingen in vervolgonderzoek worden bevestigd. Daarnaast zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het vinden van mogelijke oorzaken van deze bevindingen.

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat er in de verslavingszorg regelmatig sprake is van comorbide As I en/of As II problematiek. Hier wordt in de praktijk tijdens de diagnostiekvorming nog te weinig aandacht aan besteed. Bij Tactus verslavingszorg wordt tijdens de intake bijvoorbeeld alleen gebruik gemaakt van de MATE, die zich met name richt op de verslavingsproblematiek. Daarnaast zijn zowel diagnostici als behandelaren in de verslavingszorg zich niet altijd bewust van de prevalentie van As I en As II problematiek door het eerder benoemde “overshadowing” (Mason & Scior, 2004). Doordat zowel diagnostiek als behandeling met name op de verslavingsproblematiek is gericht, kunnen

symptomen die door een aanvullende psychische stoornis veroorzaakt worden, als onderdeel van de verslavingsproblematiek worden gezien.

Aangezien een juiste diagnose essentieel is voor een gespecialiseerde en kwalitatief hoogwaardige behandeling (Langas, Malt & Opjordsmoen 2011), zou uitbreiding van de intakeprocedure met meetinstrumenten die specifiek gericht zijn op As I en As II problematiek kunnen bijdragen aan zowel de diagnostiek als het bewustwordingsproces. Het is echter, gezien zowel de tijdsdruk waaronder gewerkt wordt als de aandachtsspanne van de cliënt, niet wenselijk de intakeprocedure aanzienlijk te verlengen. Mogelijk zou module 10 van de MATE; de Depressie, Angst en Stress Schaal (DASS) bij de intakeprocedure weggelaten kunnen worden. Op basis van de DASS is het namelijk niet mogelijk om As I stoornissen zoals depressie-, angst-, of stressstoornissen vast te stellen (Croon de, Nieuwenhuijsen, Hugenholtz & Dijk van, 2005). In plaats van de DASS zou het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI) aan de intakeprocedure toegevoegd kunnen worden. Met dit instrument is het wel mogelijk om op systematische wijze DSM-IV diagnosen op As I vast te stellen (Vliet van & Beurs de, 2007). Op deze manier wordt er in de intakeprocedure meer aandacht besteed aan mogelijk comorbide As I problematiek, wat in dit onderzoek het meest wordt gezien. Het afnemen van de MINI in plaats van de DASS zal ongeveer 10 minuten langer duren.

Met wederom het oog op de duur van de intakeprocedure lijkt het niet wenselijk om tevens aparte meetinstrumenten gericht op As II problematiek toe te voegen. Mogelijk aanwezige As II problematiek wordt in module 6 van de MATE behandeld. Dit gebeurt aan de hand van de Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS). Dit meetinstrument kan gebruikt worden in situaties waar weinig informatie voorhanden is en screent voor de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen. (Hesse, Rasmussen, Pedersen, 2008). Vanaf drempelwaarde 4 is er een indicatie voor persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten die boven deze drempelwaarde scoren, kunnen doorverwezen worden voor verdere diagnostiek specifiek gericht op persoonlijkheidsproblematiek.

Verbetering van de intakeprocedure kan tevens een rol spelen bij de toewijzing aan een passende behandeling. Een intakeprocedure waarin dubbel diagnose problematiek tijdig wordt herkend, kan doorverwijzing naar een passende behandelsetting bevorderen.

Wat betreft de inhoud van de behandeling, wordt op basis van dit onderzoek niet direct een uitbreiding van het behandelaanbod aanbevolen. Wel zijn er enkele interessante bevindingen waar binnen het huidige behandelaanbod aandacht aan geschonken zou kunnen worden. Zo blijkt dat jongere participanten gemiddeld meer problemen ervaren met betrekking tot het volgen van een opleiding of werk. Behandelaars zouden in de behandeling van jonge cliënten extra aandacht aan deze studie- en/of werkproblemen kunnen besteden. Wellicht heeft deze groep, naast behandeling voor de verslavingsproblematiek, behoefte aan aparte

begeleiding op dit gebied. Behandelaren dienen hierop alert te zijn en te weten welke mogelijkheden er voor de cliënt in kwestie zijn. Net als bij comorbide psychische stoornissen geldt hier: wordt de aanwezige problematiek op tijd herkend, dan is de behandeling het meest efficiënt!

6 Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition (DSM-IV)*. Washington: DC: APA.
- Berkman, L.F. (1995) The role of social relationships in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van, & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Bos, A. (2006). The History of Licit Cocaine in The Netherlands. *The Economist*, 154, 1-2
- Broeke ten, L.N.R. (2010) *Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking*. Verkregen van: http://essay.utwente.nl/59862/1/BSc_L_ten_Broeke.pdf
- CBS (2010). *Integrale Veiligheidsmonitor 2009: Landelijke rapportage*. Den Haag: CBS.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2000), *Signaleringsrapport Aantoonbare behoefte als doorslaggevend criterium*, Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Compton, W.M., Cottler, L.B., Abdallah, B.A., Phelps, D.L., Spitznagel, E.L. & Horton, J.C. (2000). Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates. *The American Journal on Addictions*, 9, 113–25.
- Conway, P.C., Swendsen, J.D., Rounsaville, B.J. & Merikangas, K.R. (2002). Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(3), 225-234.
- Croon de, E.M., Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N.I.R. & Dijk van, F.J.H. (2005). Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13(4), 98-103.
- Everitt, B. J. & Robbins, T.W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 481-489.
- Galanter, M. & Kleber, H.D. (2008) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Giffen van, M., Dekker, J., Spijkerman, W., Bruggeman, F. & Schoevers, R. (2007) Prevalentie en kenmerken van middelenmisbruik en -afhankelijkheid bij ambulante chronisch-psychiatrische patiënten. *Verslaving*, 3(2), 51-56.
- Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Chou, P.A. & Grant, B.F. (2012). Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: Results from wave 2 of national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), 938-950
- Graaf de R., Have ten, M. & Dorsselaer, S. (2010) *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S., Ruan W. & Pickering R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-368.
doi:10.1001/archpsyc.61.4.361.
- Hesse, M., Rasmussen, J. & Pederson, M.K. (2008). Standardised assesment of personality; A study of validity and reliability in substance abusers. *BioMed Central Psychiatry*, 8, 7
- Hoekstra H.A., Fruyt de F. & Ormel J. (2007). *NEO-PI-R en NEO-FFI persoonlijkheidsvragenlijsten: Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Jongkind, K. (2007). *Validatie van de MATE en de prevalentie van psychiatrische ziektebeelden, bij cliënten van Justact, in kaart brengen*. Verkregen van:
http://essay.utwente.nl/58893/1/scriptie_K_Jongkind.pdf
- Kashdan, T.B., Vetter, C.J. & Lorraine-Collins, R. (2005). Substance use in young adults: associations with personality and gender. *Addictive Behaviors*, 30, 259-269
- Keeman, J.N., Mazel, J.A., & Zitman, F.G. (2010). *Jaarboek huisartsgeneeskunde 2010*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Kerkmeer, M., Blanken, P., & de Klerk de, C. (2003) *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg
- Knapen L.J.M, Van Gogh M.T., Carpentier P.J., Verbrugge C.A.G., De Jong C.A.J. (2007) *Niet met methadon alleen: Een klinisch epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit en comorbide verslaving bij opiaatafhankelijke patiënten in een ambulante methadonbehandeling*. Nijmegen: NISPA
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS 1 disorders as predictors of treatment retention. *Addiction Behavior*, 23, 841–853.
- Laar van, M.W., (2010) *Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van druggebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM
- Laar van, M.W., Cruts, A.A.N., van Ooyen-Houben M.M.J., Meijer R.F., Croes E.A., Brunt T., Ketelaars A.P.M., (2011) *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2010*. Utrecht: Trimbos-Instituut
- Langas, A.M., Malt, U.F. & Opjordsmoen, S (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area--a clinical study. *BioMed Central Psychiatry*, 11:25.

- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (Second Edition)*. Sydney: Psychology Foundation
- Maas, I.A.M. & Jansen, J. (2000). *Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies*. Bilthoven: Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 85-90.
- Meeuwissen, J. & Kroon, H. (2000) *Kermerken van dubbele diagnose cliënten, resultaten van een vragenlijststudie*. Trimbos instituut Utrecht.
- Nationale Drugs Monitor (2012) *Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Van Nes, H. (2004). *Verslaafden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nieuwenhuis, D. (2010) *Een dossieronderzoek bij Tactus verslavingszorg Twente. Middelengebruik en het hebben van een verstandelijke beperking*. Enschede: Universiteit Twente.
- Planije, M., Rooijen van, S. & Kroon, H. (2006) *Inventarisatie van het zorgaanbod voor dubbele diagnose cliënten in de GGZ en verslavingszorg in Nederland*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ravelli, A., Bijl, R.V., van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolging; resultaten van de Netherlands Mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift Psychiatrie*, 45, 589-592.
- Rethmann, V. (2012) *Licht verstandelijk beperkten in de verslavingszorg: Een dossieronderzoek naar verschillen tussen LVB'ers en niet-LVB'ers*. Enschede: Universiteit Twente.
- Van Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M., Van de Mheen, D. (2011). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009*. IVO: Rotterdam.
- Rovers, B. & Wouters, M. (1996) De nazaten van Pietje Bell; Eerste resultaten van een zelfrapportage-onderzoek naar regelovertreding onder Rotterdamse kinderen. *Tijdschrift voor criminologie*, 38, 21-43.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz A. (2007). *MATE 2.0. Handleiding & Protocol (MATE 2.0. Manual & Protocol)*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., Buchholz A, Koeter M.W.J, Brink van den W. (2010). *Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Health Organization family of international classifications*. Verkregen van: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13600443.2009.02889.x/full> op 19-09-2012

- Schmitt, N., Oswald, F.L., Kim, B.H., Gillespie, M.A. & Ramsay, L.J. (2003) Impact of elaboration on socially desirable responding and the validity of biodata measures. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 979-88.
- Schrijvers, C.T.M. & Schoemaker, C.G. (2008). *Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: RIVM.
- Schrijvers, C., Snoek, A. & Ende, D. van den (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen*. Rotterdam: IVO
- Shaaban, W., de Gruyter, N.M., Euwijk, S.P. & Derijks, H.J. (2005) Cocaïne: levensbedreigend natuurproduct. *Pharmaceutisch Weekblad*, 42, 1320-1336.
- Sheehan, D.V., Lecrubier Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, C. (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. *Clinical Psychiatry*, 59 (20), 22 - 33.
- Skinstad, A.H. & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45–64.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Gallaher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 733- 738.
- Tactus (2011) *Tactus jaarboek 2011-2011*. Deventer: Tactus
- Tactus (2011a). *Alcohol: alcohol met andere middelen*. Verkregen van:
http://www.tactus.nl/faqmiddelen/index/details/content_id/B3F74CEC-8B57-4C45-8858-F77747A8C7D6
- Tactus (2011b). *Alcohol: effecten van alcohol*. Verkregen van:
http://www.tactus.nl/faqmiddelen/index/details/content_id/B3F74CEC-8B57-4C45-8858-F77747A8C7D6
- Tarter, R. E. (1988). Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 189–196
- Terracciano, A.L., Löckenhoff, C.E., Crum, R.M., Bienvenu, O.J. & Costa, P.T. Jr. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 8-22
- Trimbos (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Verkregen van:
http://www.trimbos.nl/~media/Themas/5_Implementatie/Doorbraak/Dubbele%20diagnose/Dubbele%20diagnose%20Dubbele%20hulp%20richtlijn.ashx Op 02-10-2012
- Trimbos-instituut (2009). *Factsheet GHB*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vandereycken, W., Hoogduin C.A.L., Emmekamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie. Basisbegrippen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- Verheul, R., Bosch, W. & van den Ball, S. (2009). Verslaving en persoonlijkheidspathologie. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R. & Snellen, W.M., *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 417-433). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Verheul, R., Brink van den, W. & Hartgers, C. (1995) Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research*, 1(4), 1166- 177.
- Vingerhoets A. (2004). Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief; oog voor de dynamiek. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82, 358-363.
- Vingerhoets, A.J.J.M. (2000). Patiënt en stress. Oorzaken en gevolgen. *Verpleegkunde*, 15, 214-224.
- Vliet van, I.M. & Beurs de, E. (2007) Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI): Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV- en ICD-10-stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 393–397.
- Vogel, L.T., van der Plas-Fitzpatrick, N., Teekman, F.H.W., Hoekstra, D.F.J., Soykan, D., Vlug, J., Stevens, A., Doornwaard, H., Doornberg, T., (2011) *Tactus jaarboek 2010-2011: Passie*. Deventer: Tactus.
- Walton, K.E & Roberts, B.R. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38(6), 515-535.
- Zilberman, M.L., Tavares, H., Blume, S.B. & el-Guebaly, N. (2003). Substance use disorders: Sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 5–15.

7 Bijlagen

Bijlage 1: Prevalentie van de overige As I problematiek

As I Stoornis	N (%)
Sociale fobie	8
Paniekstoornis life time	7
Agorafobie	7
Dysthymie	7
ADHD life time	6
Manische episode	5
Paniekstoornis	4
Pijnstoornis	3
Stoornis in de lichaamsbeleving	3
Psychotische stoornis	3
veroorzaakt door middelengebruik	
Enkelvoudige fobie	2
ADHD huidig	2
Gegeneraliseerde angstoornis	2
veroorzaakt door middelengebruik	
Gemengde depressieve/angst stoornis	2
Angststoornis met paniekaanvallen veroorzaakt	1
door middelengebruik	
Schizofrenie	1
Hypochondrie	1
Aanpassingsstoornis	1
Stemmingsstoornis door middelengebruik	1
Obsessief compulsieve stoornis	1

Bijlage 2: Omschrijving van het classificatiesysteem van de DSM-IV

Het classificatiesysteem van de DSM-IV kent een hiërarchisch geheel van codes die naar (psychiatrische) stoornissen verwijzen. Een diagnose volgens de DSM-IV wordt opgesteld aan de hand van vijf assen: As I bevat de klinische stoornissen (waaronder ook de ontwikkelingsstoornissen), As II bevat de persoonlijkheidsstoornissen en de aanduiding voor zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid, As III bevat de somatische aandoeningen, As IV bevat de psychosociale stressfactoren en As V omvat een algehele beoordeling van het functioneren.