

Comorbiditeit van alcoholverslaving en een angst- of stemmingsstoornis; welke zorg wordt geboden en hoe kan preventie worden vormgegeven?

Comorbiditeit van psychische stoornissen voorkomen

Drs. Marijke Dijkstra, Trimbos-instituut

Dr. Agnes van der Poel, Trimbos-instituut

Dr. Marijke Ruiters, Trimbos-instituut

Correspondentieadres:

Trimbos-instituut

t.a.v. M. Dijkstra

Postbus 725

3500 AS Utrecht

030-2959383 (direct)

030-2971111 (algemeen)

mdijkstra@trimbos.nl

Comorbiditeit van alcoholverslaving en een angst- of stemmingsstoornis; welke zorg wordt geboden en hoe kan preventie worden vormgegeven?

Samenvatting

De meest voorkomende psychische stoornissen onder de Nederlandse bevolking zijn angst-, stemmings- en middelenstoornissen. Ook comorbiditeit van deze stoornissen komt veel voor. Omdat er tijd zit tussen het ontstaan van een alcoholstoornis en een comorbide angst- of stemmingsstoornis biedt dit mogelijkheden voor preventie. Wij hebben onderzocht welke behandelingen en preventieve interventies beschikbaar zijn en wat er in de Nederlandse zorgpraktijken gedaan wordt aan preventie van een comorbide alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis. Wij voerden hiertoe een literatuur- en praktijkonderzoek uit. Het praktijkonderzoek bestond uit een online vragenlijst onder leidinggevendenden in de GGZ- en verslavingspreventie. In totaal werden 27 van de 53 vragenlijsten volledig ingevuld (39%). Resultaten: Verschillende behandelingen zijn beschikbaar voor een alcoholstoornis met een comorbide angst- of stemmingsstoornis en in Nederland zijn daarvoor richtlijnen opgesteld. Voor preventie is vroegtijdige herkenning noodzakelijk, maar in Nederlandse zorgpraktijken wordt een tweede comorbide stoornis vaak niet herkend. Een interventie om deze comorbide stoornis te voorkomen is bovendien niet aanwezig. Conclusie: De GGZ- en verslavingspreventie hebben steeds meer aandacht voor comorbiditeit maar gestandaardiseerde interventies en gestructureerde samenwerking voor preventie van comorbiditeit ontbreken. Deskundigheidsbevordering, screening op risicofactoren of met behulp van online tests en meer publieke bekendheid zijn nodig om comorbiditeit te kunnen voorkomen.

Trefwoorden: Comorbiditeit, alcoholstoornis, angststoornis, stemmingsstoornis, preventie

Kernpunten

- Comorbiditeit van een alcoholstoornis met een angst- of stemmingsstoornis komt veel voor onder de Nederlandse bevolking.
- Een eenduidige (ontstaans)relatie tussen de twee stoornissen is niet bekend maar de stoornissen ontstaan vaak na elkaar.
- Dit biedt mogelijkheden voor de inzet van geïndiceerde preventie om comorbiditeit te voorkomen.
- Een tweede stoornis wordt echter zelden herkend in Nederlandse zorgpraktijken en zowel gestandaardiseerde interventies als een gestructureerde samenwerking tussen de GGZ en verslavingszorg ontbreken voor een preventieve aanpak.

- De eerstelijnszorg kan een bepalende rol spelen bij het voorkomen van comorbiditeit.

Inleiding

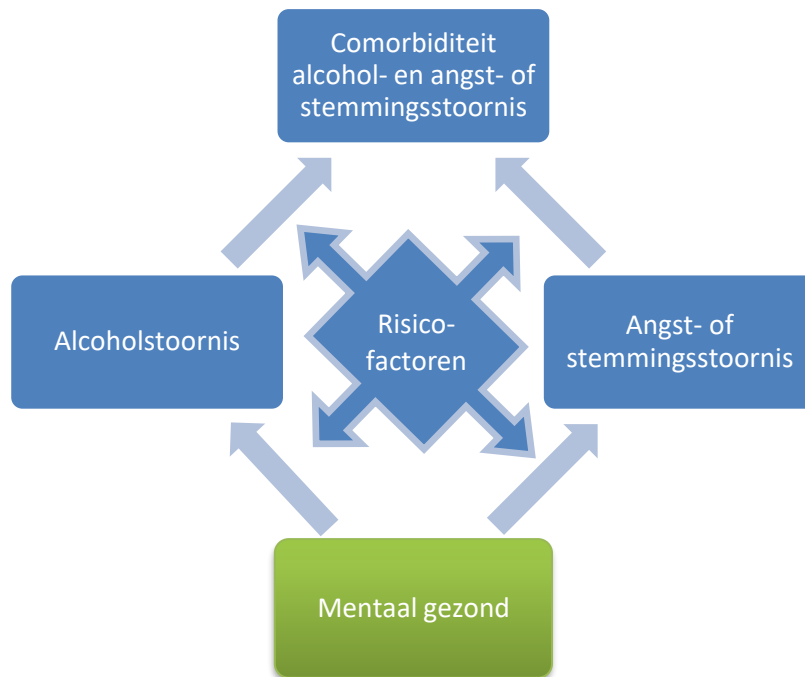
Angst- en stemmingsstoornissen zijn de twee meest voorkomende psychische stoornissen onder de Nederlandse bevolking van 18-65 jaar.(1;2) Op de derde plaats staan middelenstoornissen, waarbij alcoholmisbruik vaker voorkomt dan alcoholafhankelijkheid. Angst- en stemmingsstoornissen worden vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan bij mannen. Het omgekeerde geldt voor middelenstoornissen.(1;2) Wanneer twee of meer stoornissen gedurende een periode gelijktijdig aanwezig zijn in een individu, al dan niet tegelijk ontstaan, is er sprake van comorbiditeit. Comorbide stoornissen komen eveneens veel voor onder de algemene bevolking.(1-3) Ondanks dat comorbiditeit van een alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis minder vaak voorkomt dan comorbiditeit van angst en depressie(3) heeft 19% van de volwassenen met een alcoholstoornis in de Verenigde Staten ook een stemmingsstoornis in het afgelopen jaar en 17% ook een angststoornis.(4) In Nederland heeft 6% van de volwassenen met alcoholmisbruik en 13% van de volwassenen met alcoholafhankelijkheid in het afgelopen jaar tevens een gediagnosticeerde major depressie.(5)

In dit artikel bespreken we de preventieve activiteiten ter voorkoming van een alcoholstoornis met een comorbide angst- of stemmingsstoornis, en de aangeboden zorg voor patiënten met deze comorbide stoornissen in Nederland. Comorbiditeit is gerelateerd aan meer en ernstiger klachten, een slechtere therapietrouw en een grotere kans op terugval dan wanneer alleen een psychische stoornis is gediagnosticeerd.(1;6-10) Preventie is dus belangrijk. Om te begrijpen hoe preventie van een alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis vormgegeven kan worden is inzicht in het ontstaan van deze comorbiditeit noodzakelijk. Dit wordt schematisch weergegeven in figuur 1 en lichten we hieronder nader toe.

In de eerste plaats kan een angst- of stemmingsstoornis voorafgaan aan een alcoholstoornis. De psychische stoornis ontstaat gemiddeld 10 jaar eerder dan de alcoholstoornis(10), alhoewel het langer duurt voordat een alcoholstoornis gediagnosticeerd kan worden met behulp van de diagnostische criteria in de DSM-III-R/DSM-IV dan een psychische stoornis.(11) Het is aannemelijk dat riskant alcoholgebruik zich al eerder voordoet.

Ten tweede kan een alcoholstoornis voorafgaan aan een angst- of stemmingsstoornis.(6;12) Binnen deze tweede relatie wordt vaak het begrip 'zelfmedicatie' gebruikt: alcohol wordt met name bij angststoornissen gebruikt om klachten te reduceren.(13) Of een psychische stoornis vooraf gaat aan een alcoholstoornis of niet, is onder andere afhankelijk van geslacht en het type stoornis zoals omschreven in de DSM-III-R.(6;13-17)

Wanneer een alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis op een bepaald moment tegelijk aanwezig zijn in een individu (comorbiditeit), ontstaan beide stoornissen meestal niet tegelijkertijd, maar na elkaar.(6;13) Het lijkt er dus op dat volwassenen langdurig klachten ervaren voordat zij een tweede stoornis ontwikkelen. Dit biedt aanknopingspunten voor vroegsignalering en preventie van de tweede stoornis (geïndiceerde preventie).



Figuur 1. Relationeel model

Bij het ontstaan van een alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis spelen onderliggende risicofactoren een rol. Wetenschappelijk onderzoek heeft tot op heden niet één onderliggende factor gevonden die de comorbide relatie van de twee psychische stoornissen en een alcoholstoornis kan verklaren.(11;18;19) Meerdere risicofactoren, zoals persoonskenmerken (verminderde zelfwaarde), sociale omgevingsfactoren (geen sociale steun) en stressvolle factoren (gezinsspanningen), blijken echter een cumulatief effect te hebben. Hoe meer risicofactoren een individu ervaart, des te groter is de kans dat comorbiditeit ontstaat.(20) De veelheid aan risicofactoren geeft beperkt aanknopingspunten voor de preventie van beide stoornissen voordat (een van) beide stoornissen zich manifesteren (selectieve preventie).

Kortom, comorbiditeit van een alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis komt relatief veel voor onder de algemene bevolking, maar de ontstaansrelaties zijn complex. Onderzoek laat geen eenduidige relatie zien tussen de twee stoornissen, maar de tijd tussen het ontstaan van de eerste stoornis en de tweede stoornis biedt mogelijkheden voor het inzetten van geïndiceerde preventieve

interventies, zodat een comorbide stoornis voorkomen kan worden. Of medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg en in de verslavingszorg voldoende kennis en vaardigheden bezitten om (het risico op) het ontstaan van een tweede stoornis te herkennen en te voorkomen is echter de vraag.(6;8;13)

Op basis van bovenstaande leiden we de volgende vraagstellingen af die in dit artikel beantwoord worden:

- Welke behandelingen zijn beschikbaar voor mensen met een alcoholstoornis en een comorbide angst- of stemmingsstoornis in Nederland?
- Wat wordt er in Nederland gedaan aan de preventie van een alcoholstoornis met een comorbide angst- of stemmingsstoornis?
- Hoe zou preventie eruit kunnen zien in relatie tot de zorg die geboden wordt?

Methode

Literatuuronderzoek

In oktober 2009 en juni 2010 hebben wij in de databases PsycINFO en MEDLINE gezocht naar literatuur over het zorggebruik en de preventie van een alcoholstoornis met een comorbide angst- of stemmingsstoornis. De volgende combinaties van trefwoorden zijn gebruikt: 'depressive disorder', 'major depression', 'anxiety disorder', 'mental disorder', 'alcohol abuse', 'alcohol misuse', 'alcohol dependency', 'alcohol addiction', 'alcoholism' en 'binge drinking'. De selectiecriteria waren Nederlandstalige en Engelstalige literatuur en publicatie in de periode vanaf 2000. Daarmee werden 85 artikelen gevonden in PsycINFO en 387 artikelen in MEDLINE. Uiteindelijk bleven na screening van de abstracts, en indien nodig de full text, 14 relevante artikelen over voor ons artikel. Inclusiecriteria waren:

- Nederlandse studies of internationale meta-analyses, reviews of bevolkingsonderzoeken;
- De combinatie van een alcoholstoornis met een angst- en/of stemmingsstoornis, en
- Preventie, behandeling of zorggebruik.

Nederlandstalige literatuur is daarnaast gevonden bij GGZ Nederland (het landelijke project Resultaten Scoren) en het Trimbos-instituut (NEMESIS, een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid in Nederland, en het landelijke project Partnership Depressiepreventie).

Praktijkonderzoek

Om de preventiepraktijk in Nederland rondom de comorbiditeit van verslaving en angst of depressie beter in kaart te brengen, hebben wij in oktober 2009 naast ons literatuuronderzoek een NetQuestionnaire (NetQ) uitgezet onder alle leidinggevenden van de afdeling preventie van

instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (n = 53) en alle leidinggevenden van de afdeling preventie van de instellingen voor de verslavingszorg (VZ) (n = 16). Daarmee is een landelijke dekking bereikt. De NetQ bestond uit zes vragen over de comorbiditeit van verslaving en psychische stoornissen (angst en depressie). We hebben gevraagd of instellingen aandacht hebben voor deze comorbide relatie en zo ja, waar die aandacht uit bestaat. Ook hebben we gevraagd naar interventies gericht op de preventie van beide stoornissen, samenwerkingspartners in de preventieve aanpak en ervaren knelpunten. In totaal hebben 32 (46%) instellingen meegewerkt aan het onderzoek waarvan 27 (39%) instellingen de NetQ volledig hebben ingevuld. De resultaten zijn gebaseerd op 21 van de 53 GGZ instellingen (40%) en 6 van de 16 VZ instellingen (38%).

Resultaten

Achtereenvolgens bespreken we hier de uitkomsten van ons onderzoek per deelvraag. Allereerst gaan we in op de zorg voor mensen met comorbiditeit van een alcoholstoornis met een angst- of stemmingsstoornis in Nederland. Welke behandelingen zijn beschikbaar, hoe ziet het zorggebruik eruit en wat gebeurt er aan screening? Daarna worden beschikbare preventieve interventies besproken en de Nederlandse situatie omtrent de preventie van een alcoholstoornis met een comorbide angst- of stemmingsstoornis. Ten slotte wordt aangegeven hoe preventie eruit zou moeten zien in relatie tot de zorg die geboden wordt.

Beschikbare behandelingen

Voor de comorbiditeit van een alcoholstoornis met een angst- of stemmingsstoornis zijn verschillende behandelingen beschikbaar, zoals medicatie en cognitieve gedragstherapie. Vanuit het landelijke project Resultaten Scoren, dat opgezet is om de kwaliteit van de verslavingszorg in Nederland te verbeteren, zijn onder andere richtlijnen opgesteld voor de diagnostiek en behandeling van dubbele diagnose in het algemeen (verslaving en psychische problematiek)(21) en voor middelenafhankelijkheid en een comorbide stemmingsstoornis in het bijzonder.(22) In deze richtlijnen wordt aanbevolen om de stoornissen sequentieel te behandelen, waarbij eerst de alcoholstoornis aangepakt wordt alvorens met de behandeling van de angst- of stemmingsstoornis te starten. De gehele behandeling vindt plaats in één GGZ- of verslavingszorginstelling(21;22) en gaat uit van cognitieve gedragstherapie.(22) Daarnaast dient elke patiënt tijdens de intake aanvullend gescreend te worden op een middenstoornis in de GGZ en op een psychische stoornis in de verslavingszorg.(21;22) De effectiviteit van behandelingen voor de comorbiditeit van een alcoholstoornis met een angst- of stemmingsstoornis is echter nog niet aangetoond bij comorbide patiënten.(10;21;23;24) Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van geïntegreerde zorg voor comorbide patiënten is ook nog nauwelijks uitgevoerd.(25) Een Nederlandse Randomised

Controlled Trial (RCT) studie onderzocht een geïntegreerde behandeling van een alcoholstoornis en een fobie. Angstklachten namen significant af, maar niet de kans op een terugval in de alcoholstoornis.(26)

Zorggebruik

Hoeveel mensen met comorbiditeit van een alcoholstoornis en een comorbide angst- of stemmingsstoornis gebruik maken van bovengenoemde behandelingen is niet bekend. Nederlands bevolkingsonderzoek laat zien dat volwassenen met een comorbide stoornis in het algemeen vaker gebruik maken van de gezondheidszorg dan volwassenen met een enkelvoudige stoornis. De algemene gezondheidszorg, waaronder de huisarts, wordt het vaakst bezocht. Minder dan de helft van de volwassenen met een comorbide stoornis zoekt hulp bij de GGZ.(1) Vrouwen maken daarbij vaker gebruik van gezondheidszorg dan mannen.(1;27) Een Canadese studie laat zien dat mensen met een alcoholstoornis en een comorbide angst- of stemmingsstoornis vaker gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg dan wanneer alleen een alcoholstoornis aanwezig is. Mensen met zowel een alcoholstoornis, een angststoornis en een stemmingsstoornis maken het meeste gebruik van de GGZ(9), maar in deze studie werd geen vergelijking gemaakt met het gebruik van andere zorgvormen, zoals de eerstelijnszorg.

Signalering

Vroegtijdige herkenning van een alcoholstoornis en een angst- of stemmingsstoornis is nodig om comorbiditeit te voorkomen en het zorggebruik (en daarmee de zorgkosten) te verminderen.(10) Het is dan ook zorgwekkend dat een alcoholstoornis in Nederlandse zorgpraktijken vaak niet herkend wordt bij volwassenen met een angst- of stemmingsstoornis, en andersom.(21;22;28;29) Dit komt overeen met internationale studies.(8;27;30) Gespecialiseerde zorg wordt niet geboden (27) onder meer omdat professionals in de eerstelijnszorg onvoldoende geschoold zijn voor het stellen van de juiste diagnose.(8) De behandeling van bijvoorbeeld een alcoholstoornis blijft uit en de kans is groot dat de psychische stoornis in stand gehouden wordt.(28) Professionals in de eerste lijn kunnen op eenvoudige wijze nagaan of er sprake is van riskant alcoholgebruik. Door middel van het afnemen en bespreken van een korte screeningsvragenlijst kan een eerstelijns hulpverlener adviseren hulp te zoeken bij riskant alcoholgebruik.(31) Er zijn ook instrumenten om beginnende depressieve klachten in kaart te brengen en te bespreken.(32)

Preventieve interventies

In geen enkele studie is een interventie voor de preventie van zowel een alcoholstoornis als een angst- of stemmingsstoornis onderzocht.(8) De enige interventie die wij in de literatuur gevonden

hebben, waarmee beide stoornissen voorkomen lijken te kunnen worden, is “Preparing for the Drug Free Years” (PDFY). Deze gezinsgerichte interventie is gericht op het verminderen van middelengebruik van adolescenten en bestaat uit het aanleren van opvoedvaardigheden bij ouders met kinderen in de leeftijd van 8-14 jaar. De resultaten van het trainingsprogramma zijn veelbelovend. Kinderen met een gemiddelde leeftijd van 11 jaar gebruikten na zeven jaar significant minder alcohol dan de controlegroep, terwijl ook het aantal depressieve symptomen significant verminderde.(33) De training is beschikbaar voor alle kinderen in de leeftijd van 8-14 jaar en hun ouders (universele preventie). Maar geïndiceerde preventie zal waarschijnlijk (kosten-)effectiever zijn. Een preventieve interventie die ingezet kan worden wanneer er sprake is van een verhoogd risico op een comorbide stoornis is echter niet voorhanden. Wel kan behandeling van een alcoholstoornis voldoende zijn om een comorbide angst- of stemmingsstoornis te voorkomen wanneer er sprake is van angst- of stemmingsklachten die het directe gevolg zijn van een alcoholstoornis.(8) Dit is ook de reden om middelengebruik als eerste te behandelen volgens de genoemde Nederlandse richtlijnen.(21;22)

Preventie in Nederland

Naast de bestudering van (internationale) literatuur hebben wij een vragenlijst afgenomen onder leidinggevendenden van de GGZ- en verslavingspreventie om de situatie in de Nederlandse praktijk beter in kaart te brengen. Van de deelnemende instellingen geeft 67% (n = 18; GGZ = 13, VZ = 5) van de leidinggevendenden aan dat zij aandacht hebben voor de preventie van een middelenstoornis en een psychische stoornis. Deze aandacht is voornamelijk gericht op de preventie van een middelenstoornis bij cliënten met een angst- of stemmingsstoornis en bestaat uit samenwerking tussen de GGZ en de verslavingszorg, screening, informatie verstrekken aan cliënten, doorverwijzing en deskundigheidsbevordering van hulpverleners (zie tabel 1). Ook wordt de aanwezigheid van behandelprogramma's of modules voor dubbele diagnose genoemd. Een aantal leidinggevendenden zegt bewust te zijn van de problematiek, maar nog geen concrete activiteiten aan te bieden. Van de instellingen die aandacht hebben voor deze comorbiditeitsrelatie geeft 44% (n = 8; GGZ = 4, VZ = 4) van de leidinggevendenden aan gebruik te maken van preventieve interventies. De meest genoemde interventie is het organiseren van activiteiten voor specifieke doelgroepen, zoals psychoeducatie over alcohol voor volwassenen met een stemmingsstoornis of voorlichting geven over stemmingsstoornissen aan mantelzorgers van mensen met een alcoholstoornis. Het ontbreken van gestandaardiseerde interventies voor de preventie van beide aandoeningen tegelijkertijd en van financiering voor de preventie een middelenstoornis met een comorbide psychische stoornis worden als belangrijke knelpunten ervaren. Ook het gescheiden aanbod van de GGZ en verslavingszorg in combinatie met te weinig samenwerking zijn ervaren knelpunten volgens leidinggevendenden.

Tabel 1. Aantal instellingen dat aandacht besteedt aan de preventieve aanpak van een middelenstoornis gecombineerd met een psychische stoornis.

	Aantal instellingen (n=18)	Aantal GGZ instellingen (n=14)	Aantal VZ instellingen (n=4)
Samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg	5	4	1
Screening	5	3	2
Informatie verstrekken aan cliënten	3	3	-
Doorverwijzing	3	2	1
Deskundigheidsbevordering	2	1	1
(Motiveren voor) behandelprogramma	3	3	-
Bewustzijn problematiek, maar (nog) geen concrete activiteiten	4	3	1

Conclusie en discussie

In dit artikel hebben we de beschikbare behandelingen en preventieve activiteiten besproken ter voorkoming van comorbiditeit van een alcoholstoornis met een angst- of stemmingsstoornis. We voerden daartoe een literatuuronderzoek uit en een praktijkonderzoek onder leidinggevend van de GGZ- en verslavingspreventie in Nederland. Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat er steeds meer aandacht lijkt te komen voor de preventie van comorbiditeit van een middelenstoornis en een psychische stoornis, maar dat gestandaardiseerde interventies, gestructureerde samenwerking tussen de GGZ en verslavingszorg, en financiering voor preventie worden gemist. In Nederland zijn inmiddels wel handleidingen en protocollen beschikbaar voor de behandeling van comorbiditeit. Daarin heeft screening van de verschillende stoornissen een prominente plaats gekregen. Toch blijkt uit ons onderzoek dat professionals in de zorg een angst- of stemmingsstoornis bij mensen met een alcoholstoornis onvoldoende herkennen evenals een alcoholstoornis bij mensen met een angst- of stemmingsstoornis. Ook laat ons praktijkonderzoek zien dat slechts 28% van de ondervraagde instellingen screening op beginnende klachten toepast voor de preventie van comorbiditeit.

Screening en deskundigheidsbevordering

Wanneer professionals (standaard) screenen op een comorbide stoornis dan lijkt het erop dat de resultaten voornamelijk gebruikt worden om iemand met comorbiditeit in een behandeltraject voor beide stoornissen te plaatsen. Dit is tenminste de omschreven procedure in de beschikbare handleidingen en protocollen voor behandeling.(21;22) Mogelijk zijn de aanbevolen screeningsinstrumenten onvoldoende geschikt voor het herkennen van beginnende klachten. Korte vragenlijsten en een bijbehorend gespreksprotocol kunnen hier een bijdrage leveren.(31) Ook zouden professionals van de GGZ- en verslavingspreventie niet alleen op stoornissen moeten kunnen screenen maar ook op risicofactoren. Het *aantal* risicofactoren lijkt dan belangrijker te zijn dan *welke*

risicofactoren. Meer inzicht in (het aantal) factoren die een rol spelen bij de relatie tussen een alcoholstoornis en een comorbide angst- of stemmingsstoornis is echter nodig voordat een valide werkwijze ontwikkeld en ingezet kan worden.

Professionals zouden al wel meer gebruik kunnen maken van verschillende effectieve online tests die beschikbaar zijn in Nederland. Om een indicatie te krijgen van het alcoholgebruik kan bijvoorbeeld de online test op de website "Drinktest.nl" worden gedaan. Een online test voor depressieve klachten is bijvoorbeeld te vinden op "Mentaalvitaal.nl". Professionals in de eerste- en tweedelijnszorg zouden op de hoogte moeten zijn van de verschillende (effectieve) mogelijkheden voor online tests, maar ook van bijvoorbeeld (online) zelfhulp waar naar verwezen kan worden ter voorkoming van de ontwikkeling van een tweede stoornis. Daarbij moet aangetekend worden dat deze interventies niet bedoeld zijn als vervanging van professionele hulp.

Deskundigheidsbevordering over psychische stoornissen en comorbiditeit in de eerste- en tweedelijnszorg lijkt een belangrijke stap op weg naar betere herkenning van de comorbiditeit van een alcoholstoornis met een angst- of stemmingsstoornis.(27;30) Scholing zou onder andere aandacht kunnen besteden aan de onderlinge relaties en risicofactoren voor het ontstaan van comorbiditeit en de beschikbare (online) tests en zelfhulp als extra hulpmiddel bij signalering en vroegtijdig interveniëren. Professionals moeten daarnaast alert zijn op de verschillen tussen mannen en vrouwen. Om comorbiditeit te kunnen voorkomen zouden zij vooral meer alert moeten zijn op een mogelijke alcoholstoornis bij vrouwen met een angst- of stemmingsstoornis en een mogelijke angst- en stemmingsstoornis bij mannen met een alcoholstoornis.

Publiekscampagne

Dat een alcoholstoornis of een angst- of stemmingsstoornis onvoldoende herkend worden is niet alleen te wijten aan professionals. Mannen staan erom bekend veel minder vaak hulp te zoeken dan vrouwen.(1;27) Ook herkent mogelijk niet iedereen psychische klachten bij zichzelf of denkt men psychische klachten zelf te kunnen oplossen.(29) De risico's en gevolgen van alcoholgebruik wanneer er tevens sprake is van een psychische stoornis, worden niet door iedereen ingezien. De eigen alcoholconsumptie kan bovendien al gauw onderschat of 'normaal' gevonden worden. Publieke bekendheid geven aan psychische stoornissen lijkt dus eveneens belangrijk te zijn ter voorkoming van comorbiditeit. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat mensen die behoefte aan zorg ervaren ook vaker zorg ontvangen dan mensen zonder deze behoefte.(27) Verhaak et al. (2006) geven aan dat de algemene bevolking beter geïnformeerd moet worden over psychische stoornissen en de behandeling daarvan.(29) Wij denken dat publiekscampagnes een bijdrage kunnen leveren aan een betere herkenning van psychische klachten en drempelverlangend werken voor het inschakelen van specialistische hulpverleners.

Tot slot

Een beperking van onze studie is dat de gepresenteerde resultaten van ons praktijkonderzoek niet generaliseerbaar zijn vanwege de redelijke maar beperkte respons (39%). Ook was het aantal GGZ instellingen in ons onderzoek oververtegenwoordigd maar dat heeft voornamelijk te maken met het feit dat er in Nederland meer GGZ instellingen zijn dan instellingen voor verslavingszorg. Procentueel participeerden evenveel instellingen van de GGZ als de verslavingszorg. Uit ons onderzoek komt desondanks duidelijk naar voren dat de aandacht voor comorbiditeit van een middelenstoornis en een psychische stoornis in zowel de GGZ- als de verslavingspreventie toeneemt, maar dat gestandaardiseerde interventies en gestructureerde samenwerking tussen beide instellingen ontbreken. Wij concluderen dat preventie van een alcoholstoornis met een comorbide angst- of stemmingsstoornis tot nu toe onderbelicht is geweest in onderzoek en in de praktijk.

Abstract

The most prevalent psychiatric disorders in the Netherlands are anxiety, mood and substance use disorders. Comorbidity of those disorders is also common. Because of the time between the origin of both psychiatric disorders there are possibilities for prevention. The aim of our study was to investigate which treatments and preventive interventions are available and how health care in the Netherlands contributes to the prevention of a comorbid alcohol disorder with an anxiety or mood disorder. A literature search and an online questionnaire in mental health and addiction services were used. The response rate was 39%. Results: Several treatments are available for treatment of comorbidity of an alcohol disorder with an anxiety or mood disorder. Guidelines are developed for treatment of comorbidity in the Netherlands. Early recognition of a second disorder is necessary for prevention, but is uncommon in general and mental health services. A single preventive intervention for comorbidity has not been developed yet. Conclusion: Practitioners in mental health and addiction services pay attention to prevent comorbidity but there is a lack of a standardized intervention and collaboration between both services. A training program for professionals, a tool for screening on risk factors and a public campaign are needed to prevent comorbidity.

Keywords: Comorbidity, alcohol disorder, anxiety disorder, mood disorder, prevention

Literatuur

- (1) De Graaf R, Ten HM, Van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- (2) Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33:587-595.
- (3) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-27.
- (4) Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcohol Research & Health* 2006; 29(2):107-120.
- (5) Ravelli A, Bijl RV, Van Zessen G. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: resultaten in de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1998; 40(9):531-544.
- (6) De Graaf R, Bijl RV, Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders--findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(1):1-11.
- (7) Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the National Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine* 2000; 30:657-668.
- (8) Hall W, Degenhardt L, Teesson M. Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base. *Addictive Behaviors* 2009; 34:526-530.
- (9) McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW, Clara IP. Personality correlates of outpatient mental health service utilization. Findings from the U.S. national comorbidity survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41:357-363.

- (10) Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. An overview. *Alcohol Research & Health* 2002; 26(2):81-89.
- (11) Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(1):57-87.
- (12) Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(3):260-266.
- (13) Marquenie LA, Schadé A, Van Balkom AJLM, Comijs HC, De Graaf R, Vollebergh WA et al. Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: findings of a general population study. *European Addiction Research* 2007; 13:39-49.
- (14) Mancebo MC, Grant JE, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23(4):429-435.
- (15) Robinson J, Sareen J, Cox BJ, Bolton J. Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23(1):38-45.
- (16) Bolton JM, Robinson J, Sareen J. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Affect Disord* 2009; 115(3):367-375.
- (17) Zimmermann P, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2003; 33(7):1211-1222.
- (18) Conner KR, Piquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2009; 37(2):127-137.
- (19) Swendsen JD, Merikangas KR. The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review* 2000; 20(2):173-189.
- (20) Roberts RE, Roberts CR, Chan W. One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(4):405-415.
- (21) Posthuma T, Vos R, Van der Meer C, Hendriks V, Kerkmeier M, Blanken P et al. Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Den Haag: GGZ Nederland, project Resultaten Scoren, 2003.

- (22) Guiot MGH, Smeerdijk AM, Franklin LC, Kuiper BJH. Middelenafhankelijkheid en depressie. Diagnostiek en cognitieve gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. Handleiding en protocol voor de behandelaar. GGZ Nederland: Project Resultaten Scoren, 2009.
- (23) Osilla KC, Hepner KA, Munoz RF, Woo S, Watkins K. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2009; 37:412-420.
- (24) Van der Stel JC. Co-morbiditeit. Verslaving plus een psychische stoornis. Den Haag: ZonMw, Programma Verslaving, 2006.
- (25) Schade A, Marquenie LA, Van Balkom AJ, de BE, van DR, Van Den Brink W. Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol Alcohol* 2003; 38(3):255-262.
- (26) Schade A, Marquenie LA, Van Balkom AJ, Koeter MW, de BE, Van Den Brink W et al. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29(5):794-800.
- (27) Watkins KE, Burnam A, Kung FY, Paddock S. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services* 2001; 52(8):1062-1068.
- (28) Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van Den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT et al. The performance of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and dependence in a population of depressed or anxious persons. *J Affect Disord* 2010.
- (29) Verhaak PF, Schellevis FG, Nuijen J, Volkens AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(2):125-132.
- (30) Lubman DI, Hides L, Jorm AF, Morgan AJ. Health professionals' recognition of co-occurring alcohol and depressive disorders in youth: a survey of Australian general practitioners, psychiatrists, psychologists and mental health nurses using case vignettes. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(10):830-835.

- (31) Van der Veen C, Bransen E, Bool M. Training preventieprogramma alcohol. Vroegsignalering en kortdurende interventies. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- (32) Partnership Depressiepreventie. Documenten instrumenten voor professionals. Partnership Depressiepreventie 2007-2010. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- (33) Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, Haggerty KP, Spoth RL, Redmond C. Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence* 2007; 17(3):541-564.