

## Herval van stoornis in alcoholgebruik: wat kan een langetermijnfollow-up ons leren?

M. STROBBE<sup>1,2</sup>, G. HEYLENS<sup>1</sup>, G. LEMMENS<sup>1</sup>, K. AUDENAERT<sup>1</sup>

### Samenvatting

Er blijkt een subpopulatie in de algemene bevolking te bestaan met een sterk verhoogd risico op herval in een „stoornis in alcoholgebruik” bij personen in remissie van deze stoornis. De hervalcijfers en risicofactoren voor herval werden geïnventariseerd op basis van prospectieve longitudinale studies. Er zijn aanwijzingen in de literatuur om te focussen op personen met een individueel risicoprofiel. Ten behoeve van de behandelaar van patiënten in remissie van een stoornis in alcoholgebruik worden eveneens praktische handvaten aangereikt. Ter illustratie wordt een mindmap toegevoegd met een overzicht van risicofactoren voor herval in een stoornis in alcoholgebruik en mogelijke screeningsmethoden en interventies ter hervalpreventie.

### Inleiding

„Stoornis in alcoholgebruik” is wereldwijd een belangrijk volksgezondheidsprobleem (1). Dit komt voornamelijk door het persisterende verloop ervan, de grote frequentie van herval en de hoge persoonlijke en sociale kosten die ermee gepaard gaan (2, 3).

Het verloop van alcoholisme is uitgebreid onderzocht bij klinische studiegroepen (met vaker een ernstige stoornis in alcoholgebruik), maar studies bij de brede bevolking zijn beperkt (4, 5). Er is veel variatie in de resultaten van prospectieve studies in klinische studiegroepen van patiënten in remissie van alcoholafhankelijkheid. Dit komt omdat de onderzoeken verschillende definities en follow-upintervallen gebruiken. Ook bestaat er een grote variatie in de behandelingen die deze patiënten ondergaan hebben. De studies tonen echter unaniem aan dat hervalcijfers hoog kunnen zijn, tot 70-80% (6).

Het lijkt om verschillende redenen klinisch relevant hervalcijfers en risicofactoren voor herval te

onderzoeken in de algemene bevolking. Ten eerste gaat de meerderheid van de personen die ooit hebben voldaan aan de criteria voor een stoornis in alcoholgebruik op een moment in hun leven niet op zoek naar een behandeling en herstellen deze personen van hun alcoholafhankelijkheid zonder enige behandeling (7). Ten tweede gaan we ervan uit dat – ondanks de mogelijkheid van een laag hervalcijfer – de absolute hervalcijfers eerder hoog zullen zijn. Dat maakt het interessant om zicht te krijgen op deze veeleer kleine kwetsbare groep voor herval in een stoornis in alcoholgebruik in de algemene bevolking. Zo kunnen tertiaire preventiestrategieën kosteneffectief ingezet worden.

In dit overzicht worden hervalcijfers en risicofactoren onderzocht van personen in de algemene bevolking in remissie van een stoornis in alcoholgebruik. Op deze manier kan meer inzicht verkregen worden in deze kwetsbare groep om zo gericht en kosteneffectief tertiaire preventiestrategieën in te zetten. Er wordt gefocust op prospectieve longitudinale studies aangezien een stoornis in alcoholgebruik een dynamisch natuurlijk verloop kent met matige diagnostische stabiliteit (6). Deze studies zijn dan ook het best geschikt om het complexe, chronische en vaak fluctuerende verloop van problematisch drinkgedrag weer te geven. Bovendien sluiten deze studies vertekende herinneringen of interpretaties van gebeurtenissen achteraf uit, in tegenstelling tot retrospectieve

<sup>1</sup> Universitaire Dienst Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent.

<sup>2</sup> Correspondentieadres: dr. M. Strobbe, Universitaire Dienst Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Gent, 1K12F, De Pintelaan 185, 9000 Gent, e-mailadres: [Maneke.Strobbe@ugent.be](mailto:Maneke.Strobbe@ugent.be)

studies. Bij prospectieve studies wordt ook rekening gehouden met overlijden als mogelijk voorkomend in het beloop. Hierdoor wordt een mogelijke onderschatting in ernst vermeden (8).

(Huis)artsen coördineren vaak de zorg voor patiënten met een stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis. Daarom verkeren zij in een geschikte positie om screening en hervалpreventie te integreren in hun klinische praktijk (9).

### Enkele belangrijke begrippen

*Stoornis in alcoholgebruik:* In de DSM-5 worden de DSM-IV-diagnosen „misbruik” en „afhankelijkheid” samengevoegd tot één nieuwe DSM-5 diagnose: „stoornis in alcoholgebruik” (tabel 1). In de DSM-5 worden drie ernstniveaus van de stoornis in het gebruik van middelen onderscheiden: beperkt ( $\geq 2$  criteria in het laatste jaar); matig (4-5 criteria in het laatste jaar); ernstig ( $\geq 6$  criteria in het laatste jaar). In de DSM-5 worden in plaats van vier nog maar twee vormen van remissie onderscheiden: vroege remissie (indien gedurende 3-12 maanden, behalve craving, geen symptomen meer aanwezig zijn) en

langdurige remissie (indien gedurende meer dan 12 maanden, behalve craving, geen symptomen meer aanwezig zijn geweest) (10, 11). De meeste literatuur opgenomen in dit overzicht dateert van voor de introductie van de DSM-5.

- *Asymptomatische risicodrinkers:* Mannen drinken 14 + eenheden/week of 5 + eenheden op een bepaalde dag. Vrouwen drinken 7 + eenheden/week of 4 + eenheden op een bepaalde dag. Ze ervaren geen symptomen van alcoholmisbruik noch -afhankelijkheid (12).
- *Laagrisicodrinkers* drinken alcohol zonder symptomen van alcoholmisbruik noch afhankelijkheid en voldoen niet aan de criteria voor risicodrinken zoals hierboven beschreven (12).
- *Abstinenten* drinken geen alcohol (12).
- *Primaire preventiestrategie:* voorkomt gezondheidsproblemen of ziekten.
- *Secundaire preventiestrategie:* omvat het opsporen van beginnende gezondheidsproblemen of ziekten zodat tijdig maatregelen genomen kunnen worden die de kans op herstel aanzienlijk verhogen.
- *Tertiaire preventiestrategie:* het tegengaan van de verslechtering van gezondheidsproblemen of hervал van een ziekte.

TABEL 1

#### DSM-5-criteria „Stoornis in alcoholgebruik”

Een stoornis in alcoholgebruik is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
  - Behoeft aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
  - Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
  - Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van alcohol.
  - Alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

## Methodologie

Er werd een systematische literatuurstudie verricht met behulp van *Pubmed*. Artikelen die niet beschikbaar zijn via deze elektronische databank werden geraadpleegd via *Web of Science*. Daarbij werden de volgende zoektermen gecombineerd: „alcohol use disorder”, „relapse”, „recurrence”, „dependence”, „abuse” en „prospective longitudinal study”. Enkel prospectieve longitudinale studies gepubliceerd tussen 2003 en 2016 (via de functie „publication dates”), waarvan de follow-upduur minstens twee jaar bedroeg, werden geselecteerd.

Vanuit de referenties die de artikelen aanboden, werden andere artikelen geselecteerd. Ook gerelateerde artikelen (die voor elk artikel worden aangeboden in *Pubmed*) werden gescand via de functie „similar articles”.

Centraal bij de selectie van studies stonden telkens de klinisch relevante vragen die hiervoor in de inleiding werden beschreven en de selectiecriteria zoals eerder beschreven. In een eerste fase werd geselecteerd op basis van de titel, daarna werden de abstracts doorgenomen. Als laatste stap gingen we op zoek in de „citation index” van de geselecteerde artikelen met als doel de bevindingen kritisch te benaderen.

De primaire doelstelling van deze literatuurstudie is relevante informatie over hervalcijfers en risicofactoren weer te geven op basis van bovenvermelde strategie. Op basis van de gevonden risicofactoren werd een narratief literatuuronderzoek verricht naar beschermende factoren, screening naar de bevonden risicofactoren en tertiaire preventiestrategieën. In het overzicht van beschermende factoren wordt gefocust op de langdurige studies aangezien men op basis van deze studies het best inzicht krijgt in voorspellende factoren voor „volgehouden remissie” (> 5 jaar). Een follow-upduur van minimum vijf jaar lijkt noodzakelijk om te kunnen spreken van een stabiel herstel. De bijkomende informatie over screening en tertiaire preventiestrategieën heeft als doel de practicus handvaten aan te reiken, geschematiseerd aan de hand van een mindmap. Resultaten worden besproken bij „Aanbevelingen voor de praktijk”.

## Resultaten

### Hervalcijfers

Slechts een minderheid van de personen met een stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis kent een herval. Dit wordt geïllustreerd in de volgende

twee grootschalige (retrospectieve-) prospectieve studies bij personen in de algemene populatie.

Een eerste studie is de *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) (13). Het is een grootschalige (N = 43.093), prospectieve, longitudinale en gerandomiseerde studie bij volwassenen in de algemene bevolking in de Verenigde Staten. De studie onderzoekt allerlei aspecten van alcoholgebruik gaande van bepaling van de leeftijd van de eerste alcoholconsumptie tot het opsporen van comorbiditeit. Het gemiddelde interval tussen de twee interviews is 36,6 maanden. Uit deze studie blijkt dat 3,41% van de onderzoekspersonen in remissie van alcoholafhankelijkheid (AUDADIS-IV) hervalt in alcoholafhankelijkheid na drie jaar (5, 14).

De NEMESIS-2 studie is een tweede grootschalig (N = 6.646) en longitudinaal onderzoek onder de algemene bevolking (18-64 jaar). De belangrijkste doelstellingen van NEMESIS-2 waren actuele gegevens te verkrijgen over de prevalentie, de incidentie, het beloop en de gevolgen van psychische aandoeningen. Het interval tussen de twee studies is drie jaar (15).

Een beperking in bovenstaande studies is de korte follow-upperiode. Het lijkt daarom belangrijk ook gegevens van gemengde retrospectieve-prospectieve studies te vermelden gezien de langere follow-uptermijn van deze studies (16).

Een gemengde retrospectieve-prospectieve studie gebaseerd op de gegevens van de NEMESIS-2 studie toont een cumulatief 2 jaar hervalcijfer voor een stoornis in alcoholgebruik (DSM-5) van 2,9%; 5,6% is hervallen na vijf jaar, 9,1% na tien jaar en 12% na twintig jaar. Daarna blijft remissie zo goed als stabiel met een totaal cumulatief hervalcijfer van 12,8% na 22 jaar (16).

Een andere gemengde retrospectieve-prospectieve studie selecteerde 506 personen die minimum twaalf maanden in remissie waren van een stoornis in alcoholgebruik (DSM-5) uit de NESARC-studie. De tijd sinds remissie werd retrospectief bepaald en varieert van 1 tot 48 jaar. De belangrijkste doelstellingen waren het in kaart brengen van drinkpatronen en symptomen van een stoornis in alcoholgebruik bij de start van de studie en na drie jaar.

Onafhankelijk van de duur van remissie hervalt slechts 5,1% van de individuen na drie jaar follow-up. We zien dat het risico op herval na drie jaar follow-up omgekeerd evenredig is met de duur van remissie, met name 9% kans op herval van alcoholafhankelijkheid bij hen die gedurende minder dan vijf jaar in remissie zijn, 6,5% bij hen die minder dan tien jaar in

remissie zijn en 5,2% bij hen die minder dan vijftien jaar in remissie zijn. De kans daalt tot 1,7% bij hen die minstens twintig jaar in remissie zijn.

Belangrijk hierbij is dat uit deze studie blijkt dat er subgroepen zijn die een hogere kans maken op herval. Het betreft de groep „asymptomatische risicodrinkers” (♂: 14+/w of 5+/d ♀: 7+/w of 4+/d) met een risico op herval van 10,2% en de groep „laagrisicodrinkers” met een hervalcijfer van 4%, wat beduidend hoger is dan het hervalcijfer van 2,9% bij zij die abstinente zijn (12). Deze hervalcijfers die omgekeerd evenredig zijn met remissieduur en de interactie tussen remissieduur en mate van abstinentie worden geïllustreerd in een staafdiagram (fig. 1).

Verschillende grootschalige epidemiologische studies bevestigen dat reductie in risicovol drinken zinvol kan zijn in het kader van hervalpreventie in een stoornis van alcoholgebruik. Er wordt gesuggereerd dat zowel asymptotische risicodrinkers als laagrisicodrinkers remissie kunnen bereiken. Toch blijft abstinentie de meest stabiele vorm van remissie (16-20)

Zeer opvallend zijn de extreem hoge cijfers van herval (voor alcoholafhankelijkheid 11,7%) bij abstenenten tussen de leeftijd van 18 en 24 jaar (12).

### Risicofactoren en beschermende factoren voor herval van stoornis in alcoholgebruik

Op basis van een literatuurstudie wordt een eigen overzicht gecreëerd van significante risicofactoren

voor herval van een stoornis in alcoholgebruik. Ten eerste is er de *ernst van de stoornis in alcoholgebruik* in de voorgeschiedenis (21, 22). Die blijkt een onafhankelijke voorspeller voor herval van alcoholafhankelijkheid. (6). Dit wordt eveneens geïllustreerd door de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study -2* (NEMESIS-2). Er is geen significant verschil in hervalrisico tussen patiënten met een milde of matige stoornis in alcoholgebruik. De kleinere groep met ernstige stoornis in alcoholgebruik (14,4%) loopt een hoger risico op herval. Ook blijkt het risico op herval in het bijzonder hoog wanneer er sprake is van matige (15-28/22-42 eenheden wekelijks voor vrouwen/mannen) of grote ( $\geq 29/43$  eenheden wekelijks voor vrouwen/mannen) hoeveelheden alcoholinname in de voorgeschiedenis (16).

De mate van *controle in huidig drinkgedrag na een stoornis in alcoholgebruik* is een tweede risicofactor. Een gebrekkige controle over het alcoholgebruik en risicovol drinkgedrag ( $\geq 8/15$  eenheden wekelijks voor vrouwen/mannen) gedurende remissie zijn voorspellende factoren voor herval. Zo toont de NESARC-studie dat herval van alcoholafhankelijkheid het hoogst is voor „asymptomatische risicodrinkers” (♂: 14+/w of 5+/d ♀: 7+/w of 4+/d) (12). Van de specifieke symptomen van een stoornis in alcoholgebruik blijkt dat „ongecontroleerd huidig drinkgedrag” (lifetime prevalentie 25,8%) de sterkste voorspeller voor herval is (16). Zeer belangrijk is dat wanneer deze twee risicofactoren gecumuleerd voorkomen, er sprake is van een driemaal hoger hervalrisico (16).

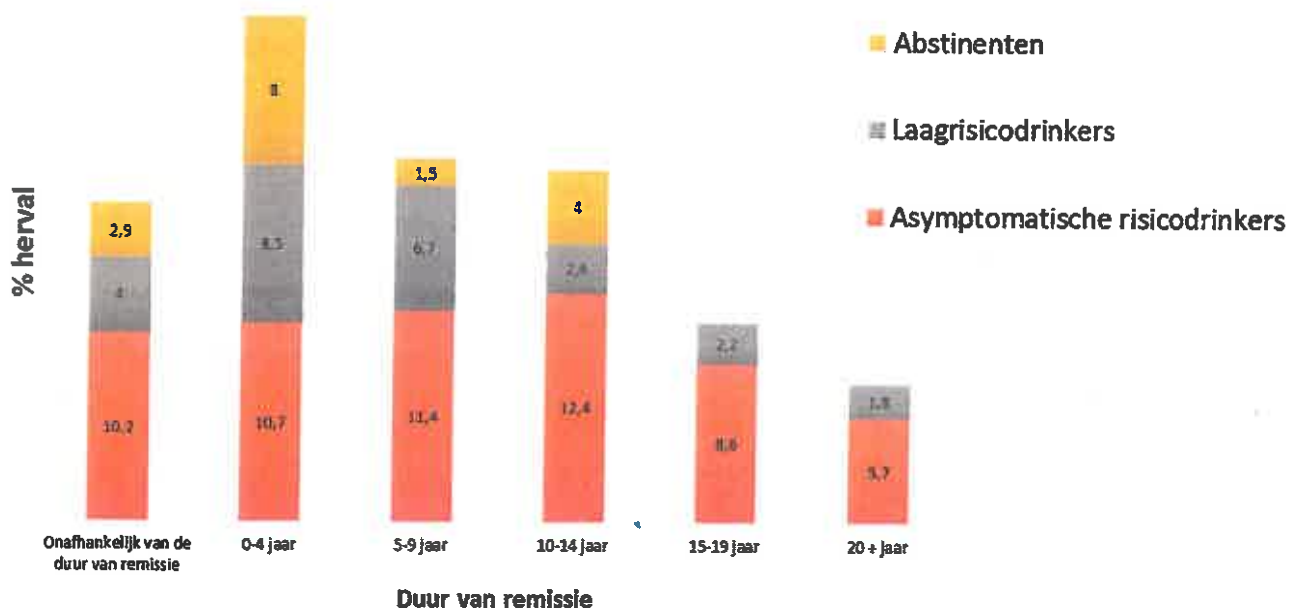


Fig. 1: Herval in stoornis in alcoholgebruik na drie jaar follow-up (12).

Als derde risicofactor blijkt dat hervall van alcoholafhankelijkheid omgekeerd geassocieerd is met de *remissieduur*. Hierbij kan opnieuw verwezen worden naar het bijgevoegde staafdiagram dat eveneens de interactie tussen remissieduur en mate van abstinentie weergeeft (fig. 1). Een korte remissieduur kan dus beschouwd worden als een derde risicofactor. Een mogelijke verklaring is dat patiënten die langer in remissie zijn, vaker kinderen hebben. Mogelijk vormen die kinderen een protectieve factor tegen hervall (12).

Een vierde risicofactor is *comorbiditeit*. Hervall van alcoholafhankelijkheid is significant hoger bij personen met een depressieve stoornis (DSM IV: majeure depressieve stoornis of dysthyme stoornis) of angststoornis (gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, paniekstoornis en agorafobie) (*Composite International Diagnostic Interview* - CIDI: voorbije jaar). Ook de ernst van depressieve symptomen (*Inventory of Depressive Symptoms* - IDS) en angstsymptomen (*Beck Anxiety Inventory* - BAI) is een onafhankelijke voorspeller voor hervall bij alcoholafhankelijkheid (23, 24). De kans op hervall van alcoholafhankelijkheid is echter niet gerelateerd aan specifieke subtypes van depressieve stoornissen of angststoornissen (6).

Een vijfde voorspellende factor voor hervall van alcoholafhankelijkheid is een recente *relatiebreuk* (scheiding of breuk van een stabiele relatie). Dit wordt aangetoond door de NESARC-studie waaruit blijkt dat het een sterkere impact heeft dan andere stressvolle levensgebeurtenissen. Factoren als ontslag, werkloosheid/werkzoekend zijn, financiële problemen, overlijden van familielid of dichte kennis of ernstige ziekte/verwonding bij familielid of dichte kennis werden eveneens onderzocht en zijn niet geassocieerd met hervall (4, 13). De auteurs beschrijven hiervoor twee mogelijke verklaringen. Ten eerste is de stress na een relatiebreuk vaak langdurend en kan de breuk pijnlijke langetermijngevolgen hebben (bv. verlies van hoederecht over kinderen, armoede). Ten tweede kan een relatiebreuk ook mogelijk verlies van sociale steun betekenen. De andere levensgebeurtenissen die werden onderzocht, lokken eerder sociale steun uit (bv. verlies van een familielid of job), terwijl een relatiebreuk vaak geassocieerd wordt met verlies van sociale steun van vrienden. Vaak behouden die slechts het contact met een van de partners. De associatie van een relatiebreuk en hervall impliceert echter geen causaliteit (5).

Een zesde risicofactor voor hervall is een eerder *jonge leeftijd* bij remissie (5). Zowel bij mannen als bij vrouwen is de kans op hervall voor een stoornis in alcoholgebruik significant lager met toegenomen leeftijd (25). Waar

ongeveer een derde van zij die niet hervallen  $\geq 50$  jaar is, is slechts 13,95% van zij die hervallen  $\geq 50$  jaar (5). Dit is niet verrassend aangezien uit niet-prospectieve longitudinale studies blijkt dat alcoholmisbruik en -afhankelijkheid in de algemene bevolking meer voorkomen bij jongere volwassenen dan bij oudere volwassenen. Bovendien lopen volgens deze studies individuen die vroeg in het leven starten met drinken (voor de leeftijd van 15 jaar) meer risico op het ontwikkelen van een ernstige stoornis in alcoholgebruik dan zij die later starten met alcoholconsumptie (26).

Recent kan *roken* toegevoegd worden als zevende risicofactor. Zowel het dagelijks als het niet dagelijks roken van sigaretten zijn significant geassocieerd met een hogere kans op hervall van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid (NESARC) (27). Deze resultaten zijn consistent met bevindingen in een recente studie bij volwassenen met alcoholafhankelijkheid en rookgedrag. Uit het onderzoek bleek dat de dagen waarop men niet rookt geassocieerd zijn met verminderde alcoholconsumptie, minder drang om te drinken en meer motivatie om abtinent te blijven van alcohol (28).

Volgens een prospectieve longitudinale cohortstudie met 29 jaar follow-up kan *familiale voorgeschiedenis* eveneens als een risicofactor gezien worden. In dit overzicht wordt dit als een achtste risicofactor beschouwd (29).

Het is opvallend dat „craving” slechts als gedeeltelijk belangrijke voorspeller voor hervall in aanmerking wordt genomen (12). Het mannelijke geslacht is eveneens een significante voorspeller voor hervall van alcoholafhankelijkheid, maar niet onafhankelijk (6).

Uiteraard zijn er ook een aantal voorspellende factoren voor „*volgehouden remissie*” ( $> 5$  jaar), zogenaamde *beschermende factoren* (3, 30).

Zoals hoger beschreven kan een onderscheid gemaakt worden tussen „risicodrinkers” (meer bepaald asymptomatische risicodrinkers en laagrisicodrinkers) en „abstinenten”. Het lijkt ons belangrijk om ook bij het bespreken van de beschermende factoren deze twee groepen te onderscheiden.

We baseren ons hierbij op een 60 jaar lange follow-up van 724 mannen in de algemene bevolking in de V.S. Een eerder *lichte ernst van alcoholafhankelijkheid en regelmatige aanwezigheid bij de anonieme alcoholisten (AA)* zijn de twee best voorspellende factoren voor volgehouden *abstinentie*. De mannen die bij aanvang van de studie voldoen aan een lichte ernst van alcoholmisbruik maken meer kans op langdurige remissie (DSM-III) onder de vorm van *gecontroleerd drinken* (risicodrinkers) (3).

De *San Diego Prospective Study* met een follow-up gedurende 30 jaar van 453 mannen in de algemene bevolking, bevestigt dat de kans op de ontwikkeling en het behoud van remissie (DSM-IV) hoger is bij individuen met een minder ernstige stoornis in alcoholgebruik. Als meest consistente beschermende factor voor volgehouden remissie wordt een *lage drinkfrequentie* na het vaststellen van een stoornis in alcoholgebruik weerhouden. Daarnaast zijn er nog twee significant voorspellende factoren. Ten eerste wanneer de *alcohol-inname weinig invloed heeft op lichamelijke/geestelijke functies* op twintigjarige leeftijd. Dit endofenotype is een van de genetische invloeden die eveneens een latere stoornis in alcoholgebruik voorspelt. Ten tweede is er het ondergaan van een *specifieke behandeling* na de vaststelling van een stoornis in alcoholgebruik. Hierbij kan het krijgen van psycho-educatie een mogelijk belangrijk beïnvloedende factor zijn. Daarnaast is het ook mogelijk dat deze personen een grotere motivatie hebben om te herstellen (1).

Een derde belangrijke lange termijn (follow-up-periode van 16 jaar) prospectieve studie met inclusie van 461 individuen toont aan dat ook persoonlijke kenmerken beschermend kunnen zijn. De drie sterkste onafhankelijke voorspellers voor remissie

worden beschreven. De eerste twee vallen onder de noemer *stress- en copingvaardigheden*. Een eerste is de vaardigheid om te weerstaan aan alcoholgebruik. Een tweede is het zelfvertrouwen om alcoholgebruik te vermijden in risicovolle situaties. Een derde wordt voorspeld door de *sociale leertheorie*. Hierbij wordt vertrouwd op algemene vaardigheden zoals positieve herwaardering en oplossingsgericht denken. Het deelnemen aan groepstherapieën zoals de AA waar men kan leren van anderen, speelt hierop in. Ook het hebben van *werk* en een *hoger inkomen* zijn beschermend. De *steun van vrienden en collega's* is een matige, maar eveneens een relatief consistente beschermende factor voor remissie (31).

**Aanbevelingen voor de praktijk**

Met een zicht op het risicoprofiel van de kleine groep met verhoogde kans op herval, kan op zoek gegaan worden naar geschikte screening- en interventie-instrumenten. Ter illustratie werden deze factoren ook in een mindmap opgenomen (fig. 2).

Tijdsefficiënte instrumenten zoals de *AUDIT* („Alcohol Use Disorder Identification Test”), de *IDS*

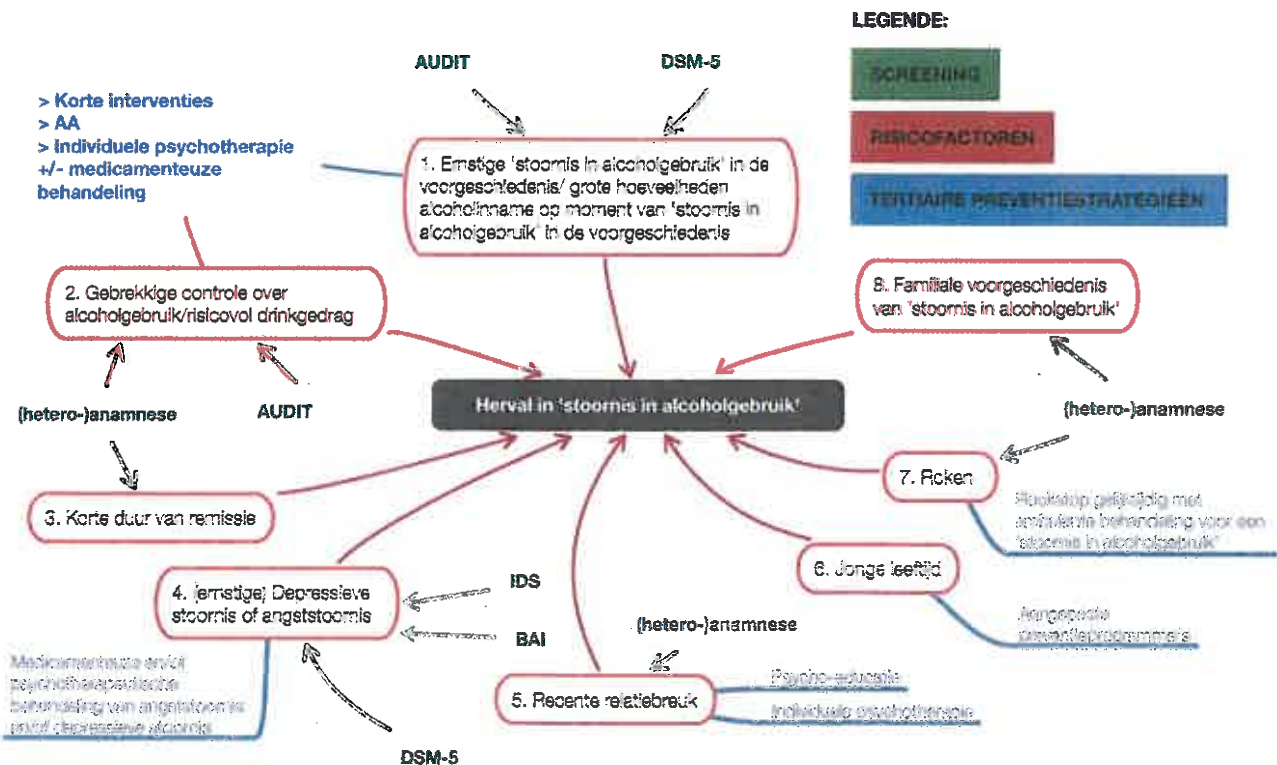


Fig. 2: Mindmap: herval van stoornis in alcoholgebruik.

(„Inventory of Depressive Symptomatology”) en *BAI* („Beck Anxiety Inventory”) zijn nuttig om respectievelijk problematisch alcoholgebruik, depressieve symptomen of angstsymptomen te screenen en de ernst in te schatten (6, 21-24). Op basis van de *DSM-5* wordt bepaald of er sprake is van een stoornis en kan de ernst van de depressieve stoornis of de stoornis in alcoholgebruik bepaald worden (11). De *AUDIT* is ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (32). Een systematisch literatuuronderzoek komt tot het besluit dat de *AUDIT* het beste screeningsinstrument is voor stoornissen in alcoholgebruik en excessief drinkgedrag in de eerstelijnsgezondheidszorg (32, 33). Het lijkt zinvol (ernstige) *depressieve stoornissen en/of angststoornissen te behandelen* wanneer ze blijven bestaan na remissie. Wanneer deze stoornissen psychotherapeutisch en/of medicamenteus behandeld worden, vermindert de kans op herval (6, 16).

De risicofactoren „huidig risicovol drinkgedrag”, „ongecontroleerd drinkgedrag”, „familiale kwetsbaarheid voor een stoornis in alcoholgebruik”, „duur van remissie”, een „recente relatiebreuk” en „rookgedrag” kan men (*hetero*)*anamnestisch* identificeren.

Het is van belang aandacht te hebben voor het aantal eenheden alcohol per week, sporadisch excessief alcoholgebruik en symptomen van een stoornis in alcoholgebruik. Een voordeel is dat dit gedrag makkelijk identificeerbaar is en een adequaat referentiepunt kan zijn voor hervalpreventie (16-19). Bij patiënten met huidig risicovol drinkgedrag of ongecontroleerd drinkgedrag is het van belang de patiënt aan te moedigen minder risicovol te drinken.

*Korte interventies in de huisartspraktijk* zijn zinvol gebleken in een reeks studies bij het verminderen van de hoeveelheid alcoholinname met een significante reductie van 10-30%. Bovendien zijn die interventies kosteneffectief. Ze bestaan uit één sessie waarbij de patiënt grondig lichamelijk en psychologisch wordt onderzocht en het risicoprofiel duidelijk wordt gecommuniceerd naar de patiënt (9). De *AUDIT* kan een hulpbron zijn voor interventie om patiënten met schadelijk drinkgedrag te helpen verminderen of stoppen met alcohol consumeren en hierdoor herval te vermijden (32). Daarna volgen er nog één of twee follow-upsessies waarin patiënten worden aangemoedigd om hun drinkgedrag aan te passen en in behandeling te gaan. De arts moet de patiënt op zijn verantwoordelijkheid wijzen met respect voor de autonomie van de patiënt. De patiënt krijgt verscheidene behandelingsopties met aandacht voor de individuele levenssfeer. Hierbij hanteert de arts een empathische

communicatiestijl waarbij hij de patiënt stimuleert om in zijn eigen mogelijkheden te geloven (9).

*Zelfhulpgroepen* zoals AA zijn effectief gebleken in het kader van hervalpreventie (34). AA combineert vier factoren die essentieel zijn bij herstel: een niet-farmacologisch substituuut voor alcohol, supervisie met onmiddellijke negatieve gevolgen bij herval, nieuwe relaties en spirituele thema's. Regelmatige aanwezigheid bij de AA is geassocieerd met sterke hervalpreventie (3, 35).

Er is eveneens evidentie voor *individuele therapieën* zoals cognitieve gedragstherapie, motivationele therapie, relatie- en gezinstherapie en interpersoonlijke therapie. Interventies met een langere duur (bv. ten minste 12 maanden) of waarbij grotere inspanningen werden geleverd om patiënten te bereiken (bv. huisbezoeken, telefonische contacten of het betrekken van partner of familie) blijken doeltreffender te zijn (34).

Bij gemotiveerde patiënten kan er beslist worden een *medicamenteuze behandeling* ter ondersteuning van terugvalpreventie te starten. Mogelijke opties zijn acamprosaat, naltrexon en het beperkter onderzochte nalmeleen. Hun effect is evenwel bescheiden en ze dienen steeds gecombineerd te worden met een of andere vorm van psychosociale interventie. Acamprosaat en naltrexon zijn vooral onderzocht in het kader van behoud van abstinentie; nalmeleen is onderzocht ter vermindering van het alcoholgebruik bij niet-abstinente personen. Bij de keuze kan de patiënt zich laten leiden door gebruiksgemak, ongewenste effecten, interacties, contra-indicaties en kostprijs. Disulfiram heeft nog slechts een zeer beperkte plaats, bv. bij zeer gemotiveerde en goed opgevolgde patiënten met volledige abstinentie als doel (36).

Ook *psycho-educatie na een relatiebreuk* kan een krachtige interventie zijn. Het kan de patiënt de gelegenheid geven om sociale steun van familie of vrienden te verkrijgen. Mogelijk is ook het verhogen van de veerkracht bv. door individuele psychotherapie, bij deze patiëntengroep een krachtige preventiestrategie (5).

*Rookstop* zowel bij sporadische rokers als bij dagelijkse rokers kan de langetermijntkomsten voor remissie van stoornissen in alcoholgebruik verbeteren (27). Een zeer recente studie bevestigt dat rookstop gelijktijdig met intensieve ambulante behandeling voor een stoornis in alcoholgebruik het hervalrisico op een stoornis in alcoholgebruik verlaagt (28). In een gerandomiseerde studie in de eerste lijn, waarbij de behandelende arts geen specifieke vooropleiding kreeg, bleken een minimale interventie via rookstopdagboek, cognitieve gedragstherapie, bupropion en nicotinevervangende therapie even werkzaam voor het bereiken

van rookstop: na één jaar bleef in de vier groepen ongeveer 30% van de patiënten rookvrij (37).

## Bespreking

Het onderzoek over hervalcijfers en risicofactoren bij herval in een stoornis in alcoholgebruik is voornamelijk gebaseerd op twee grootschalige prospectieve studies (NEMESIS-2, NESARC), enkele kleinere prospectieve studies en twee gemengd prospectief-retrospectieve studies met een langere follow-upduur.

Op basis van twee grootschalige (retrospectieve-) prospectieve studies bij personen in de algemene bevolking kan besloten worden dat slechts een minderheid van de personen in remissie van een DSM-5 stoornis in alcoholgebruik een herval kent in deze stoornis. Deze cijfers zijn veel lager dan hervalcijfers in klinische studiegroepen. Een mogelijke verklaring is dat het vaak patiënten zijn met meer ernstige stoornissen die op zoek gaan naar een behandeling. Uit ons onderzoek blijkt immers dat een meer ernstige stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis meer kans heeft op herval.

Zoals verwacht zien we dat het risico op herval omgekeerd evenredig is met de duur van remissie. Het risico stijgt substantieel bij de aanwezigheid van ten minste één van bovenbeschreven prospectieve risicofactoren.

Individen in volledige remissie van een stoornis in alcoholgebruik die abstinente blijven hebben een lagere kans op herval in vergelijking met de laagrisicodrinkers en asymptomatische risicodrinkers. Desondanks blijft de meerderheid van zelfs de asymptomatische risicodrinkers in remissie gedurende een follow-upperiode van drie jaar. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Ten eerste kunnen personen met een stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis problemen gerelateerd aan huidig alcoholgebruik verminderd rapporteren. Ten tweede kunnen zij een manier gevonden hebben die niet langer leidt tot problemen. Ten derde kunnen zij het drinken hervat hebben en nog niet op het punt gekomen zijn dat alcohol opnieuw tot problemen leidt. We onthouden dat bij abstinentie het risico op herval het kleinst is, maar geen absoluut doel hoeft te zijn bij hervalpreventie bij personen in de algemene bevolking.

Als voornaamste risicofactoren weerhouden we de ernst van de stoornis in alcoholgebruik, risicovol drinkgedrag en ongecontroleerd huidig drinkgedrag.

Drinkgedrag blijkt een sterke invloed uit te oefenen op herval in een stoornis van alcoholgebruik.

Zowel drinkgedrag gedurende de periode van een stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis als huidig drinkgedrag zijn een risicofactor voor herval. Het risico op herval is in het bijzonder hoog wanneer er sprake is van matige (15-28/22-42 eenheden wekelijks voor vrouwen/mannen) of grote ( $\geq 29/43$  eenheden wekelijks voor vrouwen/mannen) hoeveelheden alcoholinname in de voorgeschiedenis. Van de specifieke symptomen van een stoornis in alcoholgebruik blijkt dat ongecontroleerd huidig drinkgedrag (lifetime prevalentie 25,8%) de sterkste voorspeller is voor herval. Bovendien wordt als meest consistente beschermende factor voor volgehouden remissie een lage drinkfrequentie na het vaststellen van een stoornis in alcoholgebruik weerhouden.

Een zeer recente studie bevestigt dat rookstop gelijktijdig met intensieve ambulante behandeling voor een stoornis in alcoholgebruik het hervalrisico verlaagt. Een mogelijke verklaring voor deze associatie is dat zowel personen kwetsbaar voor roken als een stoornis in alcoholgebruik gevoelig zijn voor een minder goed werkend dopaminesysteem.

Aangezien zowel relatiebreuken als een stoornis in alcoholgebruik hoog prevalent zijn, is herval bij individuen met een stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis na een relatiebreuk een belangrijk gezondheidsprobleem. Een aanbeveling kan zijn dat de arts bij iedere relatiebreuk de voorgeschiedenis van alcoholgebruik bevraagt.

Een zeer kwetsbare groep voor herval in een stoornis in alcoholgebruik zijn abstinente in de leeftijdscategorie van 18-24 jaar. Extra waakzaamheid bij deze leeftijdsgroep die een gebrek aan sociale steun of persoonlijke bronnen kunnen ervaren, lijkt aan te raden.

Een eerste tekort is dat een prospectieve studie gebaseerd op slechts twee meetmomenten in de tijd weinig betrouwbaar is om zicht te krijgen op een dynamisch proces (12, 17). Eigenlijk zouden retrospectieve gegevens, ondanks beperkingen gerelateerd aan mogelijke vertekeningen in de herinnering en interpretatie van gebeurtenissen en „selectieve observatie” ons meer betrouwbaar inzicht kunnen geven in het herstelproces dan prospectieve gegevens verkregen door één enkele follow-up. Een tweede tekort is de korte duur van follow-up in de geselecteerde prospectieve studies.

Gezien deze twee tekorten leek het ons belangrijk ook gegevens van gemengde retrospectieve-prospectieve studies te vermelden met een lange follow-upduur (12, 16).

Wat buiten de doelstelling van ons onderzoek valt is de groep die symptomen vertoont van herval in een



stoornis in alcoholgebruik, maar niet voldoet aan de diagnose. Deze gegevens lijken interessant aangezien ongeveer een vierde (25,9%) van de individuen in volledige remissie van alcoholafhankelijkheid hervalt in symptomen van een stoornis in alcoholgebruik. Dit kan beschouwd worden als een derde beperking van dit overzichtsartikel.

Toekomstig onderzoek kan zich focussen op het verder in kaart brengen van risicofactoren, screening en interventies bij personen met een stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis. Zo zou men bijvoorbeeld hervalpreventie nog efficiënter kunnen maken door meer zicht te krijgen op voorspellende factoren van excessief drinken na diagnostische remissie. Preventieve interventies bij kwetsbare groepen in remissie van een stoornis in alcoholgebruik zoals individuen na een relatiebreuk of jongeren tussen de 18-24 jaar dienen eveneens verder onderzocht te worden en zijn een uitdaging voor preventieprogramma's.

Er is evidentie dat abstinentie geen absoluut doel hoeft te zijn bij hervalpreventie. Longitudinale vergelijkingen zouden in de toekomst kunnen gebeuren tussen „abstinenten” en „niet-abstinenten” in remissie van een stoornis in alcoholgebruik. Dit zou ons meer zicht kunnen geven op het individuele hervalrisicoprofiel wanneer men alcohol blijft consumeren. Aansluitend bij de doelstelling van dit overzicht zouden middelen zo meer kosteneffectief ingezet kunnen worden.

## Besluit

Op basis van de cijfers uit het gevoerde onderzoek kan bevestigd worden dat het hervalrisico bij personen in de algemene populatie met DSM-5 diagnose „stoornis in alcoholgebruik” in remissie, eerder laag is. Op basis van deze hervalcijfers en risicofactoren hebben we zicht gekregen op het individuele risicoprofiel van deze relatief kleine groep met verhoogde kans op hervat. Dit wordt geïllustreerd door een mindmap.

Belangrijke aandacht dient gegeven te worden aan de ernst van de stoornis in alcoholgebruik in de voorgeschiedenis. Daarnaast is het ook belangrijk zicht te krijgen op het drinkgedrag op het moment van de stoornis als op het huidige drinkgedrag. Zeker wanneer een ernstige stoornis in alcoholgebruik in het verleden samengaat met huidig risicovol drinkgedrag en gebrekkige controle over drinkgedrag, is er sprake van een bijzonder hoog risico op hervat. Verder is het van belang aandacht te hebben voor de aanwezigheid van een depressieve stoornis of een

angststoornis en in het bijzonder voor de ernst van deze stoornissen. Ook familiale voorgeschiedenis voor stoornissen in alcoholgebruik, een jonge leeftijd van de patiënt, roken, duur van remissie en een recente relatiebreuk verhogen het risico op hervat.

Personen die alcohol blijven consumeren na een stoornis in alcoholgebruik maken een aanzienlijke kans op volgehouden remissie. De kans op hervat is het kleinst bij personen die abstinente zijn, maar abstinentie hoeft geen absoluut doel op zich te zijn. Dit suggereert dat aandacht voor reductie in risicovol drinken naast het bekomen en behouden van abstinentie belangrijk is. Wanneer een arts een verhoogd risicoprofiel weerhoudt, kan hij overgaan tot tertiaire preventiestrategieën, liefst door middel van interventies op maat van de patiënt rekening houdende met diens risicofactoren.

## Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

### Abstract

Relapse of „alcohol use disorder” in the adult general population: what can long-term follow-up teach us?

There seems to exist within the general population a subpopulation with an augmented risk of a relapse in the „alcohol use disorder” after a remission. A list of relapse rates and risk factors concerning relapse, based on prospective longitudinal studies, is provided. In scientific literature there are indications to focus on patients with an individual risk profile. For the purpose of the treatment of patients in remission from alcohol use disorder, practical tools are also formulated. To illustrate this a mind map with a survey of risk factors concerning relapse in alcohol use disorder and possible screening methods and interventions is added.

## Literatuur

1. TRIM RS, SCHUCKIT MA, SMITH TL. Predictors of initial and sustained remission from alcohol use disorders: findings from the 30-year follow-up of the San Diego Prospective Study. *Alcohol Clin Exp Res* 2013; 37: 1424-1431.
2. PENICK EC, KNOP J, NICKEL EJ, et al. Do premorbid predictors of alcohol dependence also predict the failure to recover from alcoholism? *J Stud Alcohol Drugs* 2010; 71: 685-694.

3. VAILLANT GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 2003; 98: 1043-1051.
4. DE BRUIJN C, VAN DEN BRINK W, DE GRAAF R, et al. The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the craving withdrawal model. *Addiction* 2006; 101: 385-392.
5. PILOWSKY DJ, KEYES KM, GEIER TJ, et al. Stressful life events and relapse among formerly alcohol dependent adults. *Soc Work Ment Health* 2013; 11: 1-12.
6. BOSCHLOO L, VOGELZANGS N, VAN DEN BRINK W, et al. Predictors of the 2-year recurrence and persistence of alcohol dependence. *Addiction* 2012; 107: 1590-1598.
7. CUNNINGHAM JA, MCCAMBRIDGE J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction* 2012; 107: 6-12.
8. DAWSON DA, GOLDSTEIN RB, GRANT BF, et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction* 2005; 100: 281-292.
9. HEINZ A, WILWER M, MANN K, et al. Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best pract Res Clin Gastroenterol* 2003; 17: 695-708.
10. VAN DEN BRINK W. Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2014; 56: 206-210.
11. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Beknopt overzicht van de criteria van de DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014. 354-355.
12. DAWSON DA, GOLDSTEIN RB, GRANT BF, et al. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 2036-2045.
13. GRANT BF, GOLDSTEIN RB, CHOU SP, et al. Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Mol Psychiatry* 2009; 14: 1051-1066.
14. GRANT BF, DAWSON DA, STINSON FS, et al. The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71: 7-16.
15. DE GRAAF R, TEN HAVE M, VAN DORSSELAER S, et al. Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012; 54: 17-26.
16. TUITHOF M, TEN HAVE M, VAN DEN BRINK W, VOLLEBERGH W, DE GRAAF R. Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2014; 140: 85-91.
17. TUITHOF M, TEN HAVE M, VAN DEN BRINK W, VOLLEBERGH W, DE GRAAF R. Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: a prospective general population study. *Addiction* 2013; 108: 2091-2099.
18. THAVORNCHAROENSAP M, TEERAWATTANANON Y, YOTHASAMUT J, LERTPITAKPONG C, CHAIKLEDKAEW U. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009; 4: 1-11.
19. MILLER NS, GOLD MS. Dual diagnoses: psychiatric syndromes in alcoholism and drug addiction. *Am Fam Physician* 1991; 43: 2071-2076.
20. SUBBARAMAN MS, WITBRODT J. Differences between abstinent and non-abstinent individuals in recovery from alcohol use disorders. *Addict Behav* 2014; 39: 1730-1735.
21. SAUNDERS JB, AASLAND OG, BABOR TF, DE LA FUENTE JR, GRANT M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of people with harmful alcohol consumption - II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
22. BOSCHLOO L, VOGELZANGS N, SMIT JH. The performance of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) in detecting alcohol abuse and alcohol dependence in population of depressed or anxious persons. *J Affect Disord* 2010; 126: 441-446.
23. RUSH AJ, GULLION CM, BASCO MR, JARRETT RB, TRIVEDI MH. The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996; 26: 477-486.
24. BECK AT, EPSTEIN N, BROWN G, STEER RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
25. GRANT JD, VERGÉS A, JACKSON KM, TRULL TJ, SHER KJ, BUCHHOLZ KK. Age and ethnic differences in the onset, persistence and recurrence of alcohol use disorder. *Addiction* 2012; 107: 756-765.
26. GRANT JD, SCHERRER JF, LYNSEY MT. Adolescent alcohol use is risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med* 2006; 36: 109-118.
27. WEINBERGER AH, PLATT J, JIANG B, GOODWIN RD. Cigarette smoking and risk of alcohol use relapse among adults in recovery from alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2015; 39: 1989-1996.
28. COONEY NL, LITT MD, SEVARINO KA. Concurrent alcohol and tobacco treatment: effect on daily process measures of alcohol relapse risk. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 346-358.
29. MILNE BJ, CASPI A, HARRINGTON H, POULTON R, RUTTER M, MOFFITT TE. Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 738-747.
30. SARVET AL, HASIN D. The natural history of substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 250-257.
31. MOOS RH, MOOS BS. Treated and untreated alcohol-use disorders. *Eval Rev* 2007; 31: 564-584.
32. BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC, SAUNDERS JB, MONTEIRO MG. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. World Health Organization. Geneva, 2001. 1-40.
33. FIELLIN DA, REID MC, O'CONNOR PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1977-1989.
34. MCKAY JR, HILLER-STURMHOFEL S. Treating alcoholism as a chronic disease. Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Res Health* 2011; 33: 356-370.
35. ADAMSON SJ, SELLMAN JD, FRAMPTON CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2009; 36:75-86.
36. BCFL Geneesmiddelen bij alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, deel 2: de terugvalpreventie. *Folia Pharmacotherapeutica* 2016; 43: 28-31.
37. WITTCHEM HU, HOCH E, KLOTSCH J, MUEHLIG S. Smoking cessation in primary care- a randomized controlled trial of bupropione, nicotine replacements, CBT and a minimal intervention. *Int J Methods Psychiatr Res* 2011; 20: 28-39.