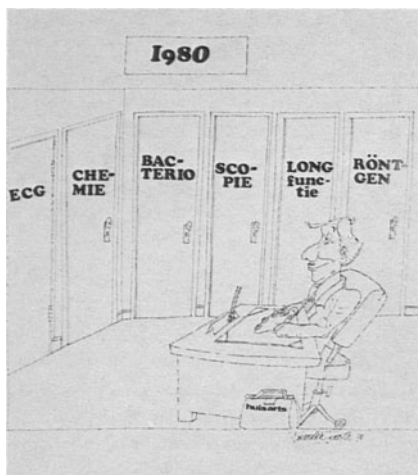


Het miskende beeld van de alcoholist

PROF. DR. W. K. VAN DIJK*



huisarts, huisgezin. Dekker en Van de Vegt Nijmegen, 1973.

Melker, R. A. de (1973) huisarts en wetenschap 16, 457-464.

Melker, R. A. de Beterschap door beter beleid. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Mertens, A. TH. L. M. De scheiding van behandeling en controle. Het Medisch Jaar 1975, 28-41. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1975.

Pel, J. Z. S. (1975) Medisch Contact 30, 988-990.

Prins, A. (1976) huisarts en wetenschap 19, 252-255.

Puijlaert, C. B. A. J. (1974) Geneeskundige Gids 12, 23-25.

Puijlaert, C. B. A. J. Röntgendiagnostiek en huisarts. Het Medisch Jaar 1977, 346-358. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1977.

Puijlaert, F. W. J. (1978) Medisch Contact 33, 1134-1138; 1176-1179.

Schipper, G. A. (1973) Medisch Contact 28, 26-28.

Stuyt, L. B. J. (1972) Het ziekenhuis 1, 7-14.

Stuyt, L. B. J. (1972) Medisch Contact 39, 1004.

Westhoff, C. H. A. (1972) huisarts en wetenschap 15, 125-126.

Naschrift

Bij het ter perse gaan van dit nummer kwamen de LISZ-cijfers van onze praktijk over 1977 ter beschikking. Het overdrachtpromillage stijgt 50 promille; het gecorrigeerde overdrachtpromillage wordt hiermee 250 promille in plaats van 200 promille. Het pseudo-verwijspromillage stijgt met omstreeks 10 promille voor oogheelkunde en 40 promille voor interne geneeskunde tot 200 promille totaal. Gecorrigeerd volgens het LISZ voor 1977 blijkt het pseudo-verwijspercentage circa 40 procent uit te maken van het totaal aantal verwijskaarten (457 promille), zoals ook Pel eertijds berekende voor zijn praktijk.

De te corrigeren verwijskaarten (tabel 6) verkregen wij door gedurende zes maanden te tellen om het aantal pseudo-verwijskaarten te weten te komen.

Alcohol is een potente vloeistof met vele werkingen op lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk gebied. Deze werkingen kunnen van positieve maar ook van negatieve aard zijn. We zullen ons hier tot de negatieve gevolgen van het alcoholgebruik beperken. Wanneer deze optreden, spreken wij van misbruik van alcohol of van dysfunctioneel drinken.

Misbruik heeft kwantitatieve (men drinkt meer dan „normaal”) en kwalitatieve (men drinkt op andere wijze en op andere plaatsen en bij andere gelegenheden dan „normaal”) aspecten. Wij laten hier die gevallen buiten beschouwing, waarbij het misbruik en het daaruit volgende negatieve gevolg incidenteel of sporadisch voorkomen: men drinkt bijvoorbeeld bij een bepaalde gelegenheid te veel, verliest zijn zelfbeheersing en er ontstaat een ruzie die men achteraf betreurt; men kijkt eens te diep in het glaasje en wordt de morgen daarop met een kater wakker; men gaat eens zijn maat te buiten en komt in aanraking met de politie. Het gaat ons hier om de gevallen waarin het misbruik meermalen of zelfs met grotere of kleinere regelmaat plaatsvindt. We kunnen dan constateren dat de mensen die dit overkomt een stoornis hebben in hun relatie tot de alcohol; zij weten niet meer zó met de alcohol om te gaan, dat de positiva overwegen en de nadelige gevolgen achterwege blijven. Men pleegt deze mensen aan te duiden met de term alcoholici.

Het gaat hier niet om een homogene groep: er vallen zeer verschillende mensen onder. Men kan dan ook naar aanleiding van verschillende criteria (leeftijd, seks, sociale klasse, ernst en aard van de uitingsvormen en van de gevolgen) verschillende subgroepen onderscheiden. Bekend is de indeling naar het criterium van de afhankelijkheid: de excessieve gebruikers die geen afhankelijkheidssyndroom vertonen en zij die dat wel doen. Sommigen noemen

beide groepen tezamen alcoholici en de tweede groep alcohol-addicten; anderen duiden de eerste groep aan als excessieve drinkers en reserveren de term alcoholici uitsluitend voor de addicten. In dit betoog zal ik onder alcoholici of alcoholisten die mensen verstaan die als regel op zulk een wijze drinken, dat zij daarvan nadelige gevolgen onder vinden op somatisch, psychisch of sociaal gebied; een ondergroep van deze alcoholisten zijn de alcohol-addicten. Ik ga hier dus uit van een ruime definitie van het begrip alcoholisme.

De miskende ziekte

Het is een eigenaardig feit dat alcoholisme veelal niet herkend wordt. Dit niet herkennen ofwel miskennen is zo kenmerkend dat men het alcoholisme „de miskende ziekte” kan noemen.

Het miskennen kan allerlei vormen aannemen. Het kan zich voordoen in de vorm van een globale sociale ontkenning: in ons volk (of in onze groep) komt geen alcoholisme voor. De achtergrond van zo'n ontkenning is veelal van ideologische aard: ons volk, (of ons politieke systeem) sluit zulk een onwenselijk verschijnsel uit. Veelal schuilt onder deze ideologie een angst voor kwetsing van het nationale of groepszelfgevoel en vrees niet volmaakt te zijn conform de ideologie.

Een andere vorm van miskenning is het bagatelliseren of minimaliseren van het verschijnsel. Men hoort dan: het komt wel voor, maar toch bij uitzondering; het zijn slechts enkele individuen die de problemen geven. Vaak spelen ook economische motiveringen of rationalisaties een rol: gezien de enorme gel-

*Psychiatrische Kliniek Academisch Ziekenhuis Groningen

delijke en sociaal-politieke belangen die bij de bereiding, handel en vooral de accijns een rol spelen, kunnen we het alcoholgebruik toch niet gaan verbieden – alsof tussen verbieden en vrijlaten of zelfs bedekt aanmoedigen geen nuances zouden liggen.

De brede massa, vele politici en helaas ook nog vele personen uit de kring van politiek en justitie miskennen het alcoholisme door te spreken van zondig, slecht, onverantwoordelijk en strafbaar gedrag. Men kan deze houding kortweg betitelen als moraliseren, waaronder ik hier versta het reduceren van een probleem tot een puur moreel probleem. Maar niet alleen door de maatschappij en verschillende van haar organen en functionarissen kan het alcoholisme miskend worden. Als regel vindt men dit ook bij het slachtoffer zelf en een tijdlang ook bij zijn naasten. Het is eer uitzondering dan regel dat iemand die door drinken in moeilijkheden is geraakt de ware aard van het probleem herkent en erkent; veeleer wordt de oorzaak van het vastlopen gezocht in de omgeving of de omstandigheden: in plaats van herkenning is er miskenning in de vorm van loochening, rationalisatie, verschuiving van het probleem en pathologisch optimisme. Bij de huisgenoten vindt men vaak een ontkenning van alcoholproblemen uit schaamte tegenover de omgeving en om zich zelf gerust te stellen. Tegelijkertijd of ook pas later wordt de moraliserende houding aangenomen: je bent slecht omdat je het drinken niet laat.

Welke vormen van miskennen van het alcoholisme vindt men nu onder medici? Men ontdekt een patiënt met een door alcohol veroorzaakte leverstoring, men wijst hem op de ernst en de oorzaak van de kwaal, maar . . . laat de patiënt dan verder zwemmen. De bewuste en onbewuste motivering is: het is een zuiper, ik heb hem gewaar-schuid, hij moet het nu verder zelf maar weten. In feite is bij deze pessimistische, moraliserende houding de aard van het alcoholisme geheel miskend.

Soms ziet men het moralisme gecombineerd met een welwillend bagatelliseren van het probleem. Het advies luidt dan: u zoudt uw drinken toch wat moeten beperken; dit in de vrome hoop dat het advies iets zal uithalen. Ook dit is een volstrekte miskenning van de aard en ernst van het probleem.

Een volgende houding is die waarbij men het alcoholisme wel herkent, doch de prognose zo ongunstig acht, dat men verzuimt de juiste therapeutische maat-

regelen te nemen. Hier is een miskenning van de prognose en de therapeutische mogelijkheden in het spel.

Tenslotte noem ik die vorm van miskenning waarbij men niet herkent dat bij bepaalde somatische of psychische stoornissen of bij sociaal probleemgedrag de alcohol een rol speelt. Het aantal gevallen waarin dit gebeurt, is onthutsend hoog. *Wilkins* (1974, 1976) schat voor Groot-Brittannië dat 80 à 90 procent van de alcoholisten die in een huisartspraktijk voorkomen niet als zodanig worden herkend.

Een voorname morbiditeitsoorzaak

Indien nu alcoholisme een zeldzame aandoening zou zijn, zou een miskenning van het beeld, hoe betreurenswaardig ook voor het betrokken individu en zijn naasten, vanuit een oogpunt van volksgezondheid van weinig belang zijn. De werkelijkheid is echter anders. Alcoholisme ressorteert in vele Westerse landen onder de voornaamste morbiditeitsoorzaken. Om een enkel voorbeeld te noemen: *Wever* en *Gips* schatten volgens de formule van *Ledermann* het aantal excessieve drinkers in Nederland op ongeveer 600.000 en het aantal alcoholisten op ongeveer 300.000. (Excessieve drinkers werden die individuen van 15 jaar en ouder genoemd, die gemiddeld dagelijks 100 ml = 80 gram of meer pure alcohol gebruiken).

Men kan op deze gegevens eventueel kritiek hebben, maar zelfs al zou het aantal de helft bedragen, dan nog is het probleem ernstig genoeg. Het blijkt ook uit een oogpunt van volksgezondheid de moeite waard dit probleem aan te pakken. Het is echter de vraag hoe men dit het beste kan doen. Een algemeen bevolkingsonderzoek (zoals bij tuberculose) lijkt, gezien de aard van de aandoening, weinig hoopgevend. Immers, de alcoholist is geneigd tot ontkennen. Men zou dus controles moeten inbouwen via politie- en justitieregisters, consultatiebureaux, etcetera. Dit is echter bijzonder tijdrovend. Hoe zou men verder de aldus ontdekte patiënt kunnen motiveren tot een behandeling, waar zelfs personen die een band met hem hebben hierin gefaald hebben?

Zinvoller lijkt in eerste instantie om de alcoholist als zodanig te herkennen en te identificeren waar men hem ontmoet in de patiënt-arts relatie. Door in te gaan op het probleem dat de patiënt aanbiedt en hem daarvan de oorzaak duidelijk te maken, kan men, gebruik makend van de patiënt-arts relatie,

trachten hem te motiveren tot behandeling. Daarbij gaat men er over het algemeen van uit, dat het nuttig is zo vroeg mogelijk in een alcoholcarrière de behandeling te beginnen. Deze laatste veronderstelling acht ik aanneemelijk al moet ik wel opmerken, dat de juistheid ervan nog niet statistisch is aangetoond (*Murray*).

Ik ga nu verder niet in op de therapie. Slechts wil ik wagen als grove vuistregel het volgende aan u voor te leggen: bij de excessieve drinker kan de huisarts, indien hij daartoe de tijd en de motivering bezit, in eerste instantie zelf trachten de therapie op gang te brengen; bij addicten is het als regel beter de patiënt te motiveren zich te laten behandelen door een gespecialiseerde instantie of persoon.

Minimaliseren van de miskenning

Gezien het thema van mijn betoog wil ik mij beperken tot het probleem: Hoe kan de arts het miskennen van alcoholisme minimaliseren?

In de eerste plaats is noodzakelijk dat de medicus zich op de hoogte stelt van de verschillende aspecten van het alcoholisme. Daarbij dient hij het alcoholisme te zien in hetzelfde medische perspectief als elke andere vorm van pathologie. Hij dient dus op de hoogte te zijn van de beelddiagnose, de etiologische diagnose, de prognose, de therapie, de epidemiologie en de preventie van alcoholstoornissen.

Gelukkig wordt in de medische curricula en nascholingscursussen tegenwoordig veel meer aandacht besteed aan het alcoholprobleem, dan vroeger het geval was. Bij het leerproces inzake het alcoholisme hoort ook het afleren van onjuiste, schadelijke stereotypieën. Als voorbeeld noem ik de gedachte dat alle alcoholisten verlopen degenerés zijn, dat zij uitsluitend zouden voorkomen in lagere sociale klassen, dat zij aan uiterlijk en gedrag op het eerste gezicht herkenbaar zouden zijn, dat het onaangename, agressieve typen zouden zijn, dat alcoholisme ongeeneeslijk zou zijn, dat alcoholisme uitsluitend thuishoort bij de psychiater, om maar te zwijgen van de stereotypie dat alcoholisten alleen maar moreel gedepraveerd, slecht, misdadig en wilszwak zouden zijn. Positief gesteld betekent het bovenstaande dat we inzien dat de medicus een belangrijke taak heeft bij de detectie en de behandeling van alcoholisten. Dit houdt onder andere in dat de medicus altijd, dat wil zeggen bij elke patiënt met wie hij in aan-

merking komt, alert moet zijn op het eventueel voorkomen van alcoholisme. Een vuistregel luidt: bij elke patiënt dient men altijd te denken aan de mogelijkheid van alcoholisme. Dit kan natuurlijk niet betekenen, dat men bij elke patiënt een uitgebreide alcohol-anamnese gaat opnemen en een daarop gericht somatisch onderzoek gaat doen. Dit zou in strijd zijn met de bedside-manners, anders gezegd, men moet het risico vermijden de patiënt-arts-relatie in gevaar te brengen. Ook voor de arts is dit een onmogelijkheid: in de eerste plaats ontbreekt het hem daartoe aan tijd, maar ook is het zo als *Wilkins* (1977) enigszins raillerend opmerkt: „We kunnen niet, zonder zelf neurotisch te worden, elke patiënt gaan verdenken”.

Risicogroepen

De bovenvermelde vuistregel dient dus gespecificeerd te worden: men dient altijd de mogelijkheid van alcoholisme te onderzoeken bij bepaalde risicogroepen. Deze risicogroepen zijn gedefinieerd door één of meer risicofactoren; van deze factoren is bekend dat zij een meer of minder sterke relatie met alcoholisme bezitten. Aan de hand van de overzichten van *Wilkins* (1974) en van *Murray* noem ik de volgende risicofactoren.

Lichamelijke ziekten. Hier dienen genoemd te worden: pancreatitis, levercirrose, gastritis, ulcus pepticum, tuberculose, cardiomyopathie, epilepsia tarda (eerste aanval na het vijftienvigste levensjaar), perifere neuropathie, ondervoeding, obesitas.

Psychische stoornissen. Eigenlijk moet men bij elk psychiatrisch syndroom rekening houden met alcoholisme. In het bijzonder noem ik echter angststoornissen, depressies en suicidepogingen.

Bepaalde beroepen. Ik noem hier werkers in de Horecasector en in de alcoholindustrie, werkers in de amusementssector, handelsreizigers, zeelieden, mijnwerkers.

Werksituatie. Frequente (bijvoorbeeld meer dan drie maal) wisseling van werk in het laatste jaar, drie of meer malen absentie van het werk in het afgelopen jaar (vooral kortdurende perioden van afwezigheid), frequente ziekmeldingen voor vage klachten.

Ongevallen. Men kan deze verdelen in

ongevallen thuis, op het werk en in het verkeer.

Criminaliteit. Deze kan verdeeld worden in alcoholspecifieke criminaliteit (bijvoorbeeld openbare dronkenschap en rijden onder invloed) en niet alcoholspecifieke criminaliteit. Ook bij een niet-alcohol-specifieke, doorsnee gevangenispopulatie vindt men een hoger percentage alcoholisten. Ik wil voor wat betreft België verwijzen naar de voortreffelijke studie van *Casselman*.

Gezinsproblemen. Niet ten onrechte wordt alcoholisme wel een gezinsziekte genoemd omdat pathologisch alcoholgebruik van één van de leden zijn weerslag heeft op alle leden. Als voorbeeld noem ik psychische klachten en stoornissen bij de kinderen (emotionele verwaarlozing, leerstoornissen, enuresis enzovoort) en verder huwelijksmoeilijkheden variërend van contactverlies via frequente ruzies tot echtscheiding. Men lette in verband hiermee op de risico-groepen: mannelijke ongehuwden boven 40 jaar, meermalen gehuwd en gescheiden.

Woonomstandigheden. Men lette op bewoners van logementen en tehuizen voor daklozen.

Alcoholisme in de familie. Dit verschijnsel werd vaak ten onrechte beschouwd als een argument voor de erfelijkheid van alcoholisme. Het is echter veelal te duiden als pseudo-erfelijkheid, die berust op een leerproces.

Onderzoek

Na het noemen van de belangrijkste risicofactoren wil ik nog kort ingaan op de wijze van onderzoek. Een complete anamnese, aangevuld met een hetero-anamnese en een grondig lichamenlijk onderzoek blijft tenslotte de toetssteen van de diagnose. Zoals hierboven reeds is aangestipt, is het echter voor de meeste nietpsychiaters onmogelijk dit programma uit te voeren: hen ontbreekt eenvoudig de tijd. Men heeft daarom naar andere methoden gezocht om de diagnose te stellen. Zulk een methode moet zijn: geldig (=valide, zij moet aantonen wat zij pretendeert aan te tonen) en betrouwbaar (zij moet bij herhaling dezelfde uitkomsten geven, of, indien toegepast door verschillende onderzoekers op hetzelfde materiaal, moet zij dezelfde uitslag geven). Verder moet zij eenvoudig zijn en de toepassing moet weinig tijd kosten.

Als één van deze methoden komt de vragenlijstmethode in aanmerking. Hierbij wordt een vragenlijst ingevuld, hetzij door de onderzochte zelf, hetzij door de onderzoeker. Aan elk van de beantwoorde items wordt een cijferwaarde toegekend. Uit de totaal score kan men dan met een bepaalde (on)zekerheidsmarge de onderzochte classificeren wat betreft zijn alcoholgebruik. Ik wil enkele voorbeelden noemen. In de eerste plaats de M A S T (Michigan Alcoholism Screening Test – *Selzer; Moore; Favazza en Pires; bijlage 1*). Ze bestaat uit vijftienvijf vragen die betrekking hebben op persoonlijke opvattingen over drinken, opvattingen van familieleden en vrienden hierover, problemen in verband met het drinken en symptomen van alcohol-addictie. Deze lijst is goed onderzocht, zij is redelijk betrouwbaar en valide. Voor België heeft *Casselman* er twee populaties mee onderzocht; hij heeft over de M A S T een gunstig oordeel.

Er bestaat ook een verkorte M A S T met tien vragen, die goed onderscheidt tussen alcoholisten en niet-alcoholisten (*Pokorny en anderen; Bailey en anderen; Selzer; bijlage 2*).

De Preoccupation with Alcohol Scale van *Mulford en Miller* is ook een goed instrument (zie ook *Blaney en Radford*). De onderzochte wordt gevraagd uit twaalf beschrijvingen van drinkgedrag diegene aan te geven die het meest overeenkomen met het eigen gedrag.

Een redelijk instrument is ook de C A G E test (*Ewing and Rouse*, geciteerd in *Murray; Mayfield en anderen*). Zij bestaat uit slechts vier vragen*:

1. Have you ever felt you ought to cut down on your drinking?
2. Have people annoyed you by criticizing your drinking?
3. Have you ever felt bad or guilty about your drinking?
4. Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover („eye-opener”)?

Tot slot wil ik nog wijzen op de onderzoeken van *Wilkins* (1974, 1977). Deze paste in huisartspraktijken een methode toe in twee stadia. Het eerste was het vaststellen van risicoverhogende factoren door middel van de

*Een positief antwoord op 2 of meer van deze vragen is indicatief voor alcoholisme. Het zou de moeite waard zijn dit eens bij ons te onderzoeken in praktijken van huisartsen en specialisten.

A A R R (Alcohol At Risk Register). Deze omvat veertien categorieën met vijftienveertig items. Hierdoor werd de „verdachte populatie” al duidelijk verkleind. In het tweede stadium werd bij elke patiënt die minstens één risicofactor had de S T A Q (Spare Time Activities Questionnaire) afgenomen. Deze omvat tweeëntwintig vragen over vier groepen verdeeld: 1. vragen over de houding ten opzichte van drinken; 2. vragen over de kwantiteit en frequentie van het drinken; 3. vragen over problemen ontstaan door het drinken; 4. vragen in verband met alcohol-addictie. Deze vragen waren gemengd met vragen die geen verband hielden met alcohol. Daarnaast zijn er tien vragen over familieleden.

Volgens Wilkins kost het beantwoorden van de gehele vragenlijst slechts zeven minuten. Daarnaast dient de onderzoeker nog twaalf sociale basisgegevens en zeven diagnostische gegevens over de onderzochte en zijn familie in te vullen, hetgeen op een ander tijdstip dan het consult kan gebeuren. Als resultaat stelt Wilkins het volgende: Als een huisarts met een praktijk van 2500 patiënten in een urbane, dichtbevolkte streek, gedurende één jaar, ongeveer één kwartier per week patiënten interviewt met het oog op alcoholisme, zal hij na dat jaar dertig alcoholisten ontdekt hebben, terwijl hij tevoren slechts drie als zodanig kende. Dit is een aantal dat wel de moeite waard is en dat des te meer, als men overweegt dat alcoholisme een ziekte is met ernstige repercussies op het gezin, zodat men dit aantal mag vermenigvuldigen met de factor 4 à 6!

Samenvatting. Alcoholisten worden in deze bijdrage omschreven als mensen die als regel zodanig drinken dat zij daarvan nadelige gevolgen ondervinden op somatisch en/of psychisch en/of sociaal gebied. Aldus gedefinieerd bestaat alcoholisme uit een groot aantal vormen (naar sekse, leeftijd, sociale klasse, aard en ernst van de uitingsvormen en gevolgen enzovoort); het is dus een verzamelnaam die op praktische gronden gebruikt wordt. Alcoholisme is een miskende ziekte. Miskening vindt plaats op allerlei niveaus en in allerlei vormen. In de patiënt-arts-relatie vindt men vaak de loochening, rationalisatie, verschuiving van het probleem en pathologisch optimisme. De medicus dient altijd te denken aan de mogelijkheid van alcoholisme. In ieder geval dient hij deze

(1979) huisarts en wetenschap 22, 200

diagnose te overwegen bij bepaalde risicogroepen. Bij een patiënt met één of meer risicofactoren dient hij gericht verder te zoeken. Dit kan door bepaalde screeningsprocedures, waarvan de vragenlijstmethode een zeer goede is. Enkele voorbeelden van vragenlijsten worden besproken: MAST, Brief-MAST en CAGE (bijlagen 1 en 2).

Summary. The misjudged features of the alcoholic. In this article, alcoholics are defined as persons who as a rule drink in such a way as to produce untoward somatic and/or psychological and/or social consequences. So defined, alcoholism has many different forms (according to sex, age, social class, nature and severity of symptoms, consequences, etc.); alcoholism is a collective term which is used for practical reasons. Alcoholism is a misjudged illness. It is misjudged in many ways and on many levels.

The patient-doctor relation is often characterized by denial, rationalization, problem shifting and pathological optimism. The physician should always bear in mind the possibility of alcoholism; in any case, he should consider this diagnosis in certain at-risk groups. He should continue his search along specific lines when dealing with patients exposed to one or several risk factors. This can be done with the aid of certain screening procedures, among which the questionnaire method is a very good one.

Some examples of questionnaires are discussed: MAST, Brief MAST (appendices 1-2) and CAGE.

Bailey, W. C., J. Horwitz, M. Brown D. H. Thompson, M. W. Ziskind and H. B. Greenberg (1973) *Hlth Serv. Rep.* 88, 486.

Barchka, R., M. A. Stewart and S. B. Guze (1968) *Amer. J. Psychiat.* 125, 681.

Blany, R. and I. S. Radford (1973) *Quart. J. Stud. Alc.* 34, 1255.

Casselmann, J. *Strafrechtbedeling en hulpverlening ten aanzien van alcoholisten.* Leuven, 1977.

Moore, R. A. (1972) *Amer. J. Psychiat.* 128, 1565.

Mulford, H. A. and D. E. Miller (1960) *Quart. J. Stud. Alc.* 21, 279.

Murray, R. M. in: G. Edward, M. M. Gross, M. Keller, J. Moser and R. Room (eds.). *Alcohol-related disabilities.* W. H. O. Offset Publication no. 32, 1977.

Pokorny, A. D., B. A. Miller and H. B. Kaplan (1972) *Amer. J. Psychiat.* 129, 342.

Selzer, M. L. (1971) *Amer. J. Psychiat.* 127, 1653.

Wever, O. R. en C. H. Gips (1977) *T. Alc. Drugs* 3, 43.

Wilkins, R. H. *The hidden alcoholic in general practice.* Elek Science, London, 1974.

Wilkins, R. H. (1976) *T. Alc. Drugs* 2, 134.

Bijlage 1

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

1. Vindt u dat u een normale drinker bent?
2. Bent u ooit 's morgens wakker geworden (na 's avonds tevoren gedronken te hebben) en dat u vaststelde dat u zich een gedeelte van de avond niet meer kon herinneren?
3. Is uw vrouw (of zijn uw ouders) ooit bezorgd geweest of klaagt zij (klagen zij) over uw drinken?
4. Kunt u zonder moeite stoppen met drinken na 1 of 2 glazen?
5. Bent u soms niet helemaal akkoord met u zelf in verband met uw drinken?
6. Denken uw vrienden en kennissen dat u een normale drinker bent?
7. Poogt u soms uw drinken te beperken tot bepaalde uren van de dag, of tot drinken op bepaalde plaatsen?
8. Kan u altijd stoppen met drinken als u dat wenst?
9. Hebt u ooit een vergadering van de AA (Anonieme Alcoholisten) bijgewoond?
10. Bent u ooit betrokken geweest bij vechten terwijl u aan het drinken was?
11. Heeft uw drinken ooit problemen verwekt tussen u en uw vrouw?
12. Is uw vrouw (of is een ander familielid) ooit aan iemand hulp gaan vragen voor uw drinken?
13. Hebt u ooit vrienden of vriendinnen verloren wegens uw drinken?

14. Hebt u ooit moeilijkheden gehad op uw werk wegens uw drinken?

15. Hebt u ooit een job (een werk) verloren wegens uw drinken?

16. Hebt u ooit uw werk (uw familie of andere verplichtingen) gedurende twee of meer dagen verwaarloosd, omdat u aan het drinken was?

17. Drinkt u soms bier (of andere alcoholische dranken) vóór de middag?

18. Heeft men ooit gezegd dat u een leveraandoening had (een levercirrhose)?

19. Hebt u ooit delirium tremens gehad? Hebt u ooit sterk beven vertoond of stemmen gehoord, of dingen gezien die er eigenlijk niet waren na veel drinken?

20. Bent u ooit bij iemand geweest om hulp te vragen voor uw drinken?

21. Bent u ooit in een hospitaal geweest wegens uw drinken?

22. Bent u ooit in een psychiatrische kliniek opgenomen waarbij drinken een deel van het probleem was?

23. Bent u ooit bij een maatschappelijk werker, een priester, een psychiater of iemand anders geweest om geholpen te worden voor persoonlijke problemen waarbij drinken een gedeelte van het probleem was?

24. Bent u ooit aangehouden geweest (zelfs slechts een paar uren) wegens (openbare) dronkenschap?

25. Bent u ooit aangehouden voor dronkenschap achter het stuur of voor rijden onder invloed van alcohol?

Scores

	ja	neen
1.	0	2
2.	2	0
3.	1	0
4.	0	2
5.	1	0
6.	0	2
7.	0	0
8.	0	2
9.	5	0
10.	1	0

	ja	neen
11.	2	0
12.	2	0
13.	2	0
14.	2	0
15.	2	0
16.	2	0
17.	1	0
18.	2	0
19.	5	0
20.	5	0

	ja	neen
21.	5	0
22.	2	0
23.	2	0
24.	2	0
25.	2	0

Sleutel

3 punten of minder: géén alcoholisme

4 punten: suggestief voor alcoholisme

5 punten of meer: alcoholisme

Bijlage 2

Brief MAST interview

Question	Circle correct answer	
1. Do you feel you are a normal drinker?	Yes (0)	No (2)
2. Do friends or relatives think you are a normal drinker?	Yes (0)	No (2)
3. Have you ever attended a meeting of Alcoholics Anonymous (AA)?	Yes (5)	No (0)
4. Have you ever lost friends or girlfriends/boyfriends because of drinking?	Yes (2)	No (0)
5. Have you ever gotten into trouble because of drinking?	Yes (2)	No (0)
6. Have you ever neglected your obligations, your family, or your work for two or more days in a row because you were drinking?	Yes (2)	No (0)
7. Have you ever had delirium tremens (DTs) severe shaking, heard voices or seen things that weren't there after heavy drinking?	Yes (2)	No (0)
8. Have you ever gone to anyone for help about your drinking?	Yes (5)	No (0)
9. Have you ever been in a hospital because of drinking?	Yes (5)	No (0)
10. Have you ever been arrested for drunk driving or driving after drinking?	Yes (2)	No (0)

Note: Figures in parentheses are scores. A patient with a score of 6 or more points is suspected to be alcoholic.

Het miskende beeld van de alcoholist was een van de voordrachten tijdens de cursus Alcoholisme van de Van Hoytema Stichting in mei 1978.