

Sneller dan gedacht gaan we het misschien nog meemaken dat het gedoogbeleid een stukje vaderlandse geschiedenis wordt. En wat dan? Dan wordt het tijd om onze les te leren uit deze geschiedenis.

**K. Schelleman-Offermans** (2012).

*Growing up getting drunk; development and prevention of adolescent alcohol use.*  
Academisch Proefschrift, Universiteit Maastricht.

Door **Tim M. Schoenmakers**

Onderzoekscoördinator IVO, Rotterdam

Alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar is in Nederland ongewenst, maar komt toch veel voor. Er worden verschillende interventies toegepast om dit gebruik te verminderen. Deze kunnen op verschillende niveaus plaatsvinden: sommige richten zich op intrapersonlijke factoren zoals attitudes of verwachtingen omtrent alcoholgebruik, andere op interpersoonlijke factoren zoals opvoeding door ouders, en weer andere op beleid en regelgeving.

Interventies op een enkel niveau zijn mogelijk minder effectief dan interventies die op verschillende niveaus gericht zijn. Wanneer je attitudes of verwachtingen probeert te veranderen, dan verander je daarmee niet direct ook de normen van de omgeving. En interventies gericht op de beschikbaarheid van alcohol bij jongeren thuis hebben minder effect wanneer alcohol buitenshuis nog steeds makkelijk beschikbaar is. Schelleman-Offermans onderzocht daarom de relatie tussen alcoholgebruik door jongeren en een aantal factoren op verschillende niveaus.

**Verkopers controleren** In haar proefschrift beschrijft zij de effectiviteit van twee community-interventies om (overmatig) alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 te verminderen. Community-interventies vinden plaats binnen een gemeenschap van mensen (zoals een stad of wijk) en gebruiken vaak onderdelen van die gemeenschap om veranderingen te bewerkstelligen. De eerste interventie was gericht op verkopers van alcohol; zij werden vaker gecontroleerd op verkoop aan minderjarigen en er werd een beleidsregel ingevoerd dat bij twee over-

trekkingen de vergunning voor alcoholverkoop werd ingenomen ('formele controle'). De tweede interventie was uitgebreider. Hierin werd tevens media-aandacht gegeven aan de controles en inname van vergunningen. Daarnaast richtte de tweede interventie zich ook op scholen en ouders (ter versterking van de 'informele controle'). Scholen werd geadviseerd geen alcohol toe te staan, en ouders werden geïnformeerd over de gezondheids-effecten van alcohol en over opvoedingsrichtlijnen inzake alcoholgebruik.

**Meer alcohol kopen na je 16<sup>e</sup>** De belangrijkste bevinding was dat de frequentie van dronkenschap bij beide interventies lager was dan in controlegemeenten waar geen interventie had plaatsgevonden. Verder bereikten de interventies het beoogd effect op houding en gedrag van alcoholverkopers (o.a. meer leeftijdschecks) en ouders (o.a. restrictiever ten opzichte van alcoholgebruik thuis).

Ondanks de afname in dronkenschappen, nam bij de eerste interventie het aantal wekelijks drinkers in de interventiegemeente onverwacht sterker toe dan in de controlegemeente. Dit was niet het geval bij de tweede interventie. Daar werd weer wel een groter aantal alcoholaankopen gevonden onder oudere adolescenten. Dit werd post-hoc verklaard door de sterke focus op niet drinken tot je 16<sup>e</sup>, wat zou kunnen hebben geleid tot een hogere aankoop daarna – als het eenmaal mag. Een dergelijke verklaring impliceert wel dat de intensiteit van een interventie – in termen van het aantal toegepaste onderdelen en de hoeveelheid blootstelling aan een interventie – nogal nauw luistert, en wellicht ingewikkeld is om goed te doseren. De intensiteit die hier toegepast is, was wellicht te stevig voor oudere adolescenten, maar weer goed genoeg voor jongere adolescenten.

Opvallend was dat de afgenomen dronkenschap in de interventies niet verklaard kon worden door het aantal alcoholaankopen of het waargenomen (on)gemak hiervan. Dit is jammer, want graag weten we waarom interventies effectief zijn zodat je bijvoorbeeld ineffectieve bestandsdelen kunt weglaten. Het feit dat geen verklaringen werden gevonden zou te maken kunnen hebben met de redelijk grove (dichotome) maten voor alcoholgebruik die in het onderzoek werden gebruikt. Door een meer informatieve, continue maat te gebruiken (zoals de hoeveelheid genuttigde alcohol per

tijdseenheid) hadden verklarende analyses wellicht meer licht kunnen schijnen op de werking van de interventies.

**Tweesporenbeleid werkt** Dit proefschrift laat zien dat een verminderde beschikbaarheid van alcohol leidt tot minder dronkenschappen bij jongeren onder de 16, en dat dit waarschijnlijk het beste bereikt wordt door een interventie die zich zowel richt op formele (beleid en verkoop) als informele (scholen en ouders) controle. Met het oog op een eventuele verhoging van de minimum verkoopleeftijd naar 18 jaar is het interessant te zien dat een dergelijke aanpak effect heeft op hoe verkopers omgaan met alcoholverkoop aan minderjarigen. Veelgehoorde kritiek op de verhoging van de minimumleeftijd is namelijk dat het niet uitvoerbaar en controleerbaar zou zijn. Het proefschrift laat zien dat bij verhoogde controle de verkopers meer op leeftijd gaan letten en dit soort beleid met een juiste aanpak dus zeker uitvoerbaar is.

Naast effecten van factoren op interpersoonlijk en beleidsniveau onderzocht Schelleman-Offermans ook de effecten van drinkmotieven, timing van de puberteit en psychosociale ontwikkeling op alcoholgebruik. Zij toonde aan dat sociale motieven om te drinken (zoals drinken voor de gezelligheid) alcoholgebruik relatief goed voorspelden. Daarnaast liet zij zien dat kinderen die vroeg rijp zijn, eerder beginnen met drinken en ook meer drinken; waarschijnlijk omdat ouders van deze kinderen minder strikte regels handhaven. Al met al dus een origineel proefschrift dat door vakgebieden te overstijgen zeer relevante informatie biedt aan beleidsmakers, interventieontwikkelaars en vakgenoten binnen de wetenschap.

**Lynn Boschloo (2012).**

*The co-occurrence of depression and anxiety with alcohol use disorders.*

Academisch Proefschrift VU, Amsterdam.

**Door Robert Schoevers**

*Hoogleraar Psychiatrie, UMC Groningen*

Vanuit de praktijk weten we dat patiënten met een alcoholproblemen zich vaker somber en futloos

voelen en dat dit het alcoholgebruik mede lijkt te onderhouden. En we weten dat patiënten met stemmingsstoornissen die terugvallen, sneller (al dan niet opnieuw) naar de fles grijpen. Wat we ook weten is dat alcoholgerelateerde problematiek voor een deel onder de radar blijft. Mensen lopen er niet mee te koop, artsen vragen er niet altijd naar en er wordt nog wel eens een leugentje om bestwil verkocht.

Maar hoe zit het nu precies met die samenhang tussen alcoholproblematiek en affectieve stoornissen? Leidt alcoholafhankelijkheid tot depressie en angst, en hoe sterk is die relatie? Zijn mensen met depressie en/of angst inderdaad vatbaarder voor een alcoholprobleem en hoe kan dat worden verklaard? Hoe zit het met de invloed op het beloop? En heel praktisch; welke methode is geschikt om alcoholproblemen op te sporen bij mensen met angst en/of depressie?

**NESDA-studie** In dit proefschrift behandelt psychologe Lynn Boschloo deze vragen in acht samenhangende artikelen van hoge kwaliteit. Ze heeft daarbij gegevens gebruikt uit de NESDA-studie, een zeer succesvolle samenwerking tussen drie universitaire centra (Amsterdam, Leiden, Groningen) en een groot aantal ggz-instellingen, waarin wordt gekeken naar allerlei aspecten van het ontstaan en beloop van deze aandoeningen in de eerste en tweede lijn.

Allereerst vindt Boschloo dat alcoholafhankelijkheid veel vaker voorkomt bij patiënten met affectieve stoornissen; van 5,5% bij mensen zonder depressie/angst, 12,4% bij angst, 16,5% bij depressie tot 20,3% bij de combinatie angst en depressie. Door het longitudinale design van de NESDA-studie kan worden aangetoond dat depressie en angst het ontstaan van alcoholafhankelijkheid voorspellen. Ook het omgekeerde is het geval, blijkt uit een klein uitstapje naar een Amerikaanse bevolkingsstudie (NESARC); hoe meer criteria van een alcoholprobleem, hoe groter de incidentie van depressie, met percentages die opklimmen van 4% (geen alcoholproblemen) tot 44% (maximale score alcoholproblemen).

Ook het beloop van depressie en angst wordt ongunstig beïnvloed door alcoholafhankelijkheid, en op hun beurt verhogen depressie en angst terugval in gebruik bij mensen die eerder in remissie waren. Het proefschrift kijkt ook naar mogelijke