

Psychiatrische comorbiditeit: theoretische en klinische dilemma's

L.J.B. VAN OUDHEUSDEN, G. MEYNEN, A.J.L.M. VAN BALKOM

ACHTERGROND De hoge prevalentie van psychiatrische comorbiditeit wordt gewoonlijk opgevat als een problematisch artefact van de DSM. Clinici blijken terughoudend te zijn in het registreren van comorbide classificaties.

DOEL Inzicht geven in de betekenis van het begrip 'psychiatrische comorbiditeit', dat nuttig kan zijn bij de omgang met het fenomeen in de klinische praktijk.

METHODE Literatuuronderzoek en theoretische analyse.

RESULTATEN De hoge prevalentie van psychiatrische comorbiditeit hangt nauw samen met de structuur van de DSM en leidt in toenemende mate tot praktische en theoretische problemen. Deze problemen hebben mede aanleiding gegeven tot de ontwikkeling van waardevolle alternatieve psychopathologische modellen. Het gebruik van termen zoals 'artificieel' leidt in de context van deze ontwikkelingen echter tot nodeloze en weinig vruchtbare polarisatie van het debat. Het debat moet zich vooral richten op de bruikbaarheid van verschillende modellen voor patiëntenzorg en onderzoek.

CONCLUSIE Psychiatrische comorbiditeit is een onontkoombaar gevolg van een op zichzelf legitieme categoriale benadering van psychiatrische stoornissen. Zolang de DSM in haar huidige vorm een belangrijk onderdeel vormt van ons diagnostisch arsenaal, is het aan te bevelen om comorbide classificaties zo volledig mogelijk te registreren, met inachtneming van een juiste interpretatie van het fenomeen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 664-671

TREFWOORDEN classificatie, comorbiditeit, DSM



Grote epidemiologische studies hebben aangetoond dat comorbiditeit tussen DSM-classificaties eerder regel dan uitzondering is (zie o.a. Kessler e.a. 1994). De prevalentie van psychiatrische comorbiditeit blijkt daarbij in de loop der jaren gestaag te zijn toegenomen (Pincus e.a. 2004). De hoge prevalentie van comorbiditeit is een bron van groeiende onvrede onder clinici en onderzoekers en ondermijnt volgens sommige auteurs in toenemende mate de geloofwaardigheid van het DSM-project (zie bijvoorbeeld Jablensky 2004).

In het eerste deel van dit artikel geven we een algemene bespreking van het fenomeen psychiatrische comorbiditeit, beschrijven we de nauwe samenhang tussen comorbiditeit en de DSM, benoemen we belangrijke problemen die voortkomen uit hoge comorbiditeitscijfers en bespreken

we drie alternatieve psychopathologische modellen die mede in reactie op deze problemen zijn ontwikkeld.

In het tweede deel van dit artikel staan we stil bij de veelgehoorde stelling dat de omvang en toename van psychiatrische comorbiditeit het *artificiële* gevolg zijn van de manier waarop de huidige DSM de psychopathologische werkelijkheid opdeelt (First 2005; Frances e.a. 1990; Maj 2005). We doen dit aan de hand van het werk van Peter Zachar, die deze stelling in meerdere artikelen kritisch onder de loep heeft genomen en zinvolle nuances aanbrengt in een debat dat de neiging heeft om snel te polariseren. We besluiten dit artikel met een advies voor de omgang met het fenomeen psychiatrische comorbiditeit in de dagelijkse praktijk.

METHODE

Omdat het fenomeen psychiatrische comorbiditeit niet alleen in de medisch-psychiatrische literatuur, maar ook binnen de psychologische literatuur uitgebreid wordt besproken, zochten we behalve in PubMed ook binnen de database PsycINFO. Zoekterm was *'psychiatric comorbidity'*. Artikelen werden op basis van abstracts op relevantie gescreend. Daar we uitsluitend geïnteresseerd waren in beschouwingen over het concept comorbiditeit, werden artikelen die specifieke comorbiditeitspatronen belichten (de meerderheid) niet in de selectie opgenomen. Relevante referenties waarnaar in de geselecteerde artikelen werd verwezen, betrokken we ook in de beschouwing.

BEGRIJSBEPALING

We zijn ons bewust van de ambiguïteit van enkele centrale termen die worden gebruikt in het debat over classificatie en diagnostiek. In de Nederlandse vertaling van de DSM-5 hanteert men de term 'classificatie' voor het proces waarbij kenmerken van een patiënt worden geïdentificeerd als passend bij de criteria van één of meerdere stoornissen, zoals vastgelegd in het classificatiesysteem. Dit proces mondt dan uit in een opsomming van alle op de patiënt van toepassing zijnde DSM-classificaties. Glas (2012) preferert de term 'identificatie' voor dit proces, en reserveert de term 'classificatie' voor de ontwikkeling van classificatiesystemen (dus niet de toepassing ervan in individuele gevallen). Hoewel voor de terminologie van Glas veel te zeggen is, hanteren wij in dit artikel toch de termen zoals gebruikt in de Nederlandse vertaling van de DSM-5.

PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT

De introductie van de term 'comorbiditeit' in het medisch discours wordt meestal toegeschreven aan de Amerikaanse arts-epidemioloog Feinstein. In 1970 omschreef hij comorbiditeit als het bij één patiënt gelijktijdig voorkomen van twee onafhankelijke ziekteprocessen of afzonderlijke klinische entiteiten die elkaars beloop kunnen beïnvloeden (Feinstein 1970). Vanaf het begin van de jaren 90 doet het begrip 'comorbiditeit' zijn intrede in de psychiatrische literatuur en de opmars van de term verloopt vanaf dat moment gestaag (Maj 2005).

Wat al snel de aandacht trekt van onderzoekers is het feit dat psychiatrische stoornissen op groepsniveau de neiging hebben om samen voor te komen. De kans dat een patiënt die voldoet aan de criteria voor één psychiatrische stoornis ook voldoet aan die voor andere psychiatrische stoornissen blijkt veel groter te zijn dan men op basis van een eenvoudige kansberekening zou verwachten.

We geven een voorbeeld. De prevalentie van angststoornissen in de algemene bevolking is ongeveer 17% (Kessler e.a. 1994). Als angststoornissen en depressieve stoornissen

AUTEURS

LUCAS J.B. VAN OUDHEUSDEN, arts in opleiding tot psychiater, GGZ inGeest, en promovendus, afd. Psychiatrie en het EMGO+ Instituut, GGZ inGeest en vumc, Amsterdam.

GERBEN MEYNEN, psychiater, GGZ inGeest, docent faculteit Wijsbegeerte, VU, Amsterdam, bijzonder hoogleraar Forensische psychiatrie, Tilburg University.

ANTON J.L.M. VAN BALKOM, psychiater en hoogleraar Evidence-based psychiatrie, afd. Psychiatrie en het EMGO+ Instituut, GGZ inGeest en vumc, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

L.J.B. van Oudheusden, GGZ inGeest, dienst onderzoek, A.J. Ernststraat 1187, 1081 HL Amsterdam.
E-mail: L.Oudheusden@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-2-2015.

onafhankelijk van elkaar bestaande entiteiten zouden zijn, dan zou daaruit volgen dat ongeveer 17% van de patiënten met een depressieve stoornis ook een angststoornis heeft. De daadwerkelijke prevalentie van deze comorbiditeit blijkt echter driemaal zo hoog te liggen (Kessler e.a. 1996). De prevalentie van comorbiditeit binnen het gehele psychiatrische domein blijkt veel hoger dan men zou verwachten als alle in de DSM gedefinieerde stoornissen daadwerkelijk onafhankelijk van elkaar bestaande fenomenen zouden zijn (Krueger & Markon 2006). Een ander gegeven dat al snel onder de aandacht komt, is het feit dat de gerapporteerde prevalentie van psychiatrische comorbiditeit over de jaren alleen maar toeneemt, en dat deze toename nauw samenhangt met de invoering van opeenvolgende edities van de DSM (Frances e.a. 1990; Pincus e.a. 2004).

PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT EN DSM

De hoogte en de stijging van de prevalentie van psychiatrische comorbiditeit houden zowel verband met de structuur van de DSM als met wijzigingen die hierin in opeenvolgende edities zijn aangebracht. We bespreken vier centrale elementen.

Ten eerste, het begrip 'comorbiditeit' kan alleen maar betekenis hebben binnen een classificatiesysteem waarin gebruik wordt gemaakt van *categorieën* (First 2005). Aragona stelt terecht dat in een systeem dat volledig zou zijn opgebouwd uit *dimensies*, de notie van comorbiditeit haar betekenis zou verliezen (Aragona 2009). We werken dit

punt later in het artikel uit en zullen dan zien dat dit gegeven een belangrijke rol speelt in actuele kritiek op de DSM.

Ten tweede, een belangrijke ontwikkeling in het classificatiesysteem die heeft bijgedragen aan de stijgende prevalentie van psychiatrische comorbiditeit betreft het beschikbaar komen van steeds meer categorieën. Meer categorieën ontstaan enerzijds door het vergroten van het dekkinggebied (de DSM wordt veelomvattender) en anderzijds door de aanhoudende tendens om categorieën bij opeenvolgende edities op te knippen in subcategorieën (First 2005; Frances e.a. 1990).

Ten derde, een belangrijke ontwikkeling is ook een verandering in visie van de makers van de DSM op de ordening van klinische gegevens, dat wil zeggen, op het classificatieproces zelf. De makers van DSM-I en DSM-II adviseerden de gebruikers om uit de beschikbare categorieën die categorie te kiezen die naar mening van de clinicus ten grondslag lag aan het klinisch beeld; bijkomende symptomen konden er los aan worden toegevoegd. Een patiënt met verschillende soorten angstklachten zou onder DSM-I één classificatie krijgen, bijvoorbeeld 'fobische reactie, zich uitend in claustrofobie, met obsessieve-compulsieve symptomen, tellen en terugkerende gedachten' (Pincus e.a. 2004).

De makers van DSM-III waren van mening dat deze procedure teveel interpretatie vereiste die de betrouwbaarheid van het systeem ondermijnde, en die daarbij vaak empirische onderbouwing miste. Zij legden de nadruk op het belang van een – binnen de grenzen van het systeem – zo volledig mogelijke beschrijving van het klinisch beeld. Het registreren van alle van toepassing zijnde classificaties werd vanaf dat moment aangemoedigd. De aangehaalde patiënt zou onder DSM-III en opeenvolgende edities dus waarschijnlijk meerdere classificaties toebedeeld krijgen (Maj 2005; Pincus e.a. 2004).

Tot slot heeft de ontwikkeling van semigestructureerde interviews systematische detectie van stoornissen vergemakkelijkt, wat zeker ook een bijdrage heeft geleverd aan hogere prevalentiecijfers (Maj 2005).

Uit het voorgaande blijkt dat de hoge en stijgende prevalentie van deze comorbiditeit geen verrassing kon zijn voor de makers van de DSM. Integendeel, deze is het logische gevolg van een ontwikkeling die door henzelf is voorzien, en sterker nog, ook actief is gestimuleerd (First 2005). Het is echter ook een ontwikkeling die tot steeds meer problemen heeft geleid, zowel in de klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek.

KLINISCHE EN THEORETISCHE DILEMMA'S

Het DSM-5 *Handbook of differential diagnosis* stelt dat de toekenning van meer dan één DSM-classificatie aan een patiënt toegestaan en vaak ook noodzakelijk is om het klinisch

beeld adequaat te beschrijven en recht te doen aan de complexiteit ervan (First 2014). In de praktijk blijkt echter dat klinici de instructies van de DSM maar matig opvolgen. In enkele studies is expliciet onderzocht hoe de registratie van comorbide classificaties door klinici in de alledaagse praktijk verschilt van registratie naar aanleiding van de afname van semigestructureerde interviews door hiertoe opgeleide onderzoeksmedewerkers. Het blijkt dan dat klinici significant minder classificaties registreren dan de onderzoekersmedewerkers (Basco e.a. 2000; Wilk e.a. 2006; Zimmerman & Mattia 1999).

Pincus e.a. (2004) hebben zich gebogen over de mogelijke achtergronden van dit verschil. Een gebrek aan tijd zou een rol kunnen spelen, evenals de overtuiging bij klinici dat eventueel aanwezige comorbide stoornissen niet relevant zijn voor behandeling, of toch al gedekt worden door de voorgenomen behandeling voor de wél geregistreerde stoornis. Maar ook stellen ze dat de DSM zelf bijdraagt aan de matige compliantie door geen instructies te geven hoe men ordening aan kan brengen in comorbide classificaties. Maximale comorbiditeit, zo stellen ze, is niet hetzelfde als optimale comorbiditeit. Overigens is het hier van belang om op te merken dat uit één van de reeds aangehaalde studies bleek dat het wel degelijk klinische meerwaarde kan hebben om zorgvuldig te registreren: toen de klinici na afloop van de studie werden geconfronteerd met de door hen gemiste classificaties, leidde dat in de helft van de gevallen alsnog tot een significante beleidswijziging (Basco e.a. 2000).

Het patiëntenperspectief is hier ook van belang. Cooper wijst erop dat psychiatrische classificaties de neiging hebben om onderdeel te worden van het narratief of de zelfbeleving van patiënten (Cooper 2012). Men kan zich voorstellen dat het ontvangen van *meerdere* psychiatrische classificaties extra impact heeft op het zelfbeeld van patiënten. Krueger en Eaton (2012) omschrijven het toekennen van meerdere categoriale classificaties aan een patiënt als '*a truly stigmatizing, disempowering situation that portrays the patient as afflicted by a multiplicity of different mental disorders*'. Vanuit deze optiek zou het feit dat de DSM veel comorbiditeit genereert in de klinische praktijk tot een ongewenste, iatrogene bijwerking kunnen leiden.

In wetenschappelijk onderzoek, gericht op specifieke psychiatrische stoornissen, wordt de aanwezigheid van comorbide stoornissen vaak als exclusie criterium gebruikt, vanuit de gedachte dat op deze manier de stoornis in 'zuivere' vorm onder de loep kan worden genomen. Daar 'zuivere' stoornissen in de praktijk vaak maar een klein aandeel van een daadwerkelijke patiëntpopulatie uitmaken, rijst de vraag in hoeverre het verrichte onderzoek resultaten oplevert die relevant zijn voor en kunnen worden toegepast in de klinische praktijk.

Deze problemen brengen Aragona (2009) ertoe om te stellen dat de hoge prevalentie van psychiatrische comorbiditeit inmiddels heeft geleid tot een *crisis* in de psychiatrische ziekteleer.

PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT ALS ARTEFACT

De architecten van de DSM zijn zich terdege bewust van de genoemde problemen. Zij geven dan ook telkens weer aan dat de stoornissen zoals opgenomen in het handboek *niet* gezien moeten worden als discrete entiteiten met scherpe afgrenzingen ten opzichte van andere stoornissen. Comorbide classificaties moeten worden gezien als descriptieve bouwstenen die communicatie met en over patiënten vergemakkelijken (First 2014). Het idee dat psychiatrische comorbiditeit er in de context van de huidige DSM op zou wijzen dat een patiënt meerdere afzonderlijke ziektes heeft, wordt in het eerder aangehaalde *DSM-5 Handbook of differential diagnosis* afgedaan als ‘naïef’ en ‘verkeerd’ (First 2014). Het overgrote deel van de huidige psychiatrische comorbiditeit is volgens de DSM-auteurs geen *echte* comorbiditeit zoals gedefinieerd door Feinstein, die immers verwees naar het samen voorkomen van *afzonderlijke* klinische fenomenen, maar het *artificiële* gevolg van de manier waarop het classificatiesysteem het psychopathologische domein opdeelt (First 2005; Frances e.a. 1990).

De DSM-auteurs hebben de opeenvolgende edities van de DSM consequent bestempeld als ‘werk in uitvoering’. Zoals reeds in de jaren zeventig verwoord door Robins en Guze (1970) zijn de hoop en verwachting daarbij lang geweest dat het door voortschrijdende inzichten, met name in de domeinen van genetica en neurobiologie, eens mogelijk zou moeten zijn om wél afzonderlijke psychiatrische ziektebeelden te omschrijven. Door opname van etiologische en pathofysiologische gegevens in het classificatiesysteem zou blijken dat we symptoomclusters die nu uit elkaar zijn gehaald toch beter bij elkaar kunnen nemen, of verder uit elkaar moeten halen, of dat we grenzen tussen clusters überhaupt op andere plaatsen moeten leggen. In dat geval zou de hoge artificiële comorbiditeit op basis van de huidige, voorlopige categorieën drastisch verminderen en plaats maken voor echte comorbiditeit op basis van echte ziektecategorieën.

In weerwil van dit optimisme wijst al het onderzoek naar de etiopathogenese van psychiatrische stoornissen van de afgelopen decennia er echter op dat op alle niveaus sprake is van complexiteit en onderlinge verbondenheid van alle facetten van deze stoornissen. Het is onwaarschijnlijk dat deze complexiteit van het psychopathologisch domein te reduceren zal zijn tot een verzameling afzonderlijke etiopathogenetische entiteiten, zoals Robins en Guze verwachtten. De roep om de ontwikkeling van alternatieve

classificatiesystemen en modellen die beter aansluiten bij deze inzichten is dan ook groot. We bespreken hieronder drie alternatieve modellen die in de loop van de tijd zijn ontwikkeld.

ALTERNATIEVEN: METASTRUCTUUR, DIMENSIES EN NETWERKEN

Een belangrijk probleem van het huidige classificatiesysteem is dat dit het psychopathologische domein opknipt in losse (en vaak comorbide) elementen maar vervolgens geen inzicht geeft in de samenhang tussen die elementen. De invloedrijke *common liability* theorie van Krueger poogt het fenomeen comorbiditeit in context te plaatsen en gaat uit van de hypothese dat stoornissen met een hoge onderlinge comorbiditeit gezien moeten worden als verschillende facetten van een gedeelde onderliggende kwetsbaarheid (Krueger & Markon 2006). Deze kwetsbaarheid komt in gradaties en is dus dimensioneel van aard. Uitgaande van deze hypothese heeft Krueger, gebruik makend van comorbiditeitsgegevens uit grote epidemiologische studies, de veel voorkomende psychiatrische stoornissen onder kunnen brengen in twee onderliggende dimensies: een ‘internaliserende’ dimensie met voornamelijk somatische, depressieve en angstsymptomen en een ‘externaliserende’ dimensie met voornamelijk impulsief, disruptief gedrag en symptomen van middelengebruik. Krueger betoogt dat deze indeling of ‘metastructuur’ wetenschappelijk onderzoek naar onderliggende gedeelde etiopathogenetische processen zou kunnen faciliteren. De DSM-5 heeft deze bevindingen meegenomen; de inhoudsopgave van de DSM is mede geherstructureerd op basis van deze onderzoeken. Categorieën die de neiging hebben om vaak samen voor te komen zijn gegroepeerd, zodat uit de metastructuur van het classificatiesysteem al deels te voorspellen valt welke comorbiditeit verwacht kan worden.

Sommige auteurs nemen deze inzichten nog een stap verder. Op basis van de observatie dat dimensionele modellen vaak beter passen op beschikbare data dan categoriale modellen concludeert men dat de psychopathologische werkelijkheid ook daadwerkelijk dimensioneel is (zie bijvoorbeeld Livesley 2003), en dat het classificatiesysteem deze structuur ook moet weergeven (Lilienfeld & Waldman 2004). Vanuit het oogpunt van een dimensionalist is het aanbrengen van categorieën op deze onderliggende *echte* dimensionele structuur een *arbitraire* aangelegenheid, die ook nog eens leidt tot een belangrijk verlies aan informatie. Categoriele comorbiditeit is in deze optiek het *artificiële* gevolg van het hebben van hoge scores op één of meerdere onderliggende dimensies. In het geval van een volledig dimensionele diagnostiek zou de hele notie van comorbiditeit haar betekenis verliezen; het is

immers precies de bedoeling binnen een dergelijke benadering dat een patiënt scores krijgt toebedeeld op meerdere dimensies (Aragona 2009).

Krueger en de dimensionalisten benadrukken stevast het verschil tussen hun benaderingen en de traditionele categoriale aanpak. In zijn kritiek op met name het werk van Krueger wijst Borsboom (zie bijvoorbeeld Cramer e.a. 2010) echter juist op de belangrijke overeenkomst tussen al deze benaderingen; ze hebben namelijk met elkaar gemeen dat ze de verklaring voor comorbiditeit zoeken in *onderliggende* gedeelde factoren. In de vernieuwende netwerktheoretische benadering van psychiatrische stoornissen zoals ontwikkeld door Borsboom en zijn groep worden psychiatrische stoornissen niet langer geïnterpreteerd als categoriale of dimensionele entiteiten, maar als netwerken van interacterende symptomen of als clusters van causaal gerelateerde eigenschappen *zonder* dat daar noodzakelijkerwijs een gemeenschappelijke oorzaak aan ten grondslag ligt. Comorbiditeit wordt hier niet verklaard door een beroep te doen op onderliggende gemeenschappelijke factoren, maar door directe causale invloed die symptomen op elkaar kunnen uitoefenen; symptomen steken elkaar als het ware aan, en respecteren de huidige categoriale grenzen daarbij vaker niet dan wel (Cramer e.a. 2010). Dit gegeven brengt de auteurs tot de prikkelende stelling dat het fenomeen comorbiditeit wel eens 'echter' zou kunnen zijn dan de afzonderlijke stoornissen op basis waarvan ze is gedefinieerd (Cramer e.a. 2010).

BESCHOUWING

In de debatten die in de literatuur worden gevoerd rondom de introductie van deze nieuwe modellen valt op dat voorstanders van de nieuwe modellen – met name de dimensionalisten – vaak geneigd zijn om het huidige categoriale systeem en de bijkomende comorbiditeit als 'arbitrair' en 'artificieel' te (dis)kwalificeren. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld het eigen dimensionele model, dat ze dan als 'echt' benoemen. In deze paragraaf staan we stil bij het werk van Peter Zachar, die meerdere artikelen heeft gewijd aan de vraag wat het betekent om in de context van psychiatrische classificatiesystemen termen zoals 'artificieel', 'arbitrair' en 'echt' te gebruiken. We bespreken zijn werk omdat hij zinvolle nuances aanbrengt in een debat dat snel dreigt te polariseren.

Zachar stelt dat het wijdverbreide gebruik van het onderscheid tussen 'arbitrair'/'artificieel' en 'echt' in het kader van de psychiatrische taxonomie gebaseerd is op een verkeerde opvatting van wat classificeren (hier in de betekenis van het *ontwerpen* van een classificatiesysteem) precies is. Gebruik van de term 'echt' in deze context impliceert volgens Zachar de vooronderstelling dat er één ware 'natuur-

lijke' ordening van de psychopathologische werkelijkheid is, die we door middel van empirisch onderzoek kunnen ontdekken en die dan voor eens en altijd ons classificatiesysteem zal dicteren (Zachar 2002). Met name de dimensionalisten hebben de neiging om uit de observatie dat dimensionele modellen in veel gevallen beter op beschikbare data passen de conclusie te trekken dat de psychopathologische werkelijkheid daarmee ook dimensioneel is. Met een historische analyse van de totstandkoming van de 'Big Five' (dimensionele) persoonlijkheidskenmerken toont Zachar echter aan dat ook hier pragmatische overwegingen (bijvoorbeeld bij de selectie van meetinstrumenten en statistische analyses) een niet te verwaarlozen rol spelen.

Categoriale modellen zijn geen onbemiddelde representaties van de psychopathologische werkelijkheid, maar dimensionele modellen zijn dat ook niet (Zachar 2000a). Classificeren en modelleren zijn steeds een combinatie van het ontdekken van structuren inherent aan de werkelijkheid en het nemen van externe besluiten om bepaalde aspecten van die werkelijkheid wel en andere aspecten niet te belichten (Zachar & Kendler 2010). Zachar stelt dat we classificatiesystemen en modellen moeten zien als cognitieve instrumenten, die bedoeld zijn om onze kennis te vergroten en nuttig te zijn voor ons handelen, door *relevante* onderscheidingen te maken. Wat geldt als nuttig en relevant hangt af van onze doeleinden.

Er zijn legio doeleinden die we kunnen opstellen: het selecteren van een passende behandeling, het accuraat voorspellen van een prognose, het vergroten van etiologische homogeniteit, het minimaliseren van fout-positieve en fout-negatieve classificaties, aansluiting vinden bij bevindingen uit de genetica en neurobiologie, et cetera. Er is geen reden om aan te nemen dat een enkel systeem of model aan al deze wensen zal kunnen voldoen (Zachar & Kendler 2010). Er is daarom behoefte aan een *veelheid* aan modellen die naast elkaar staan. Ieder model zal daarbij zijn sterke en zwakke kanten hebben.

Een algemeen voordeel van categoriale systemen is dat ze generalisaties en daarmee bestudering van min of meer homogene groepen mogelijk maken en aansluiten bij de klinische praktijk, waarin vaak dichotome besluiten moeten worden genomen. Een voordeel van dimensionele systemen is dat ze meer informatie kunnen overdragen en dus subtielere onderscheidingen mogelijk maken, en mogelijk beter aansluiten bij inzichten uit bijvoorbeeld de neurobiologie. De netwerktheoretische benadering heeft als voordeel dat deze een kader biedt waarin een dynamische en meer op het individu toegesneden benadering van psychiatrische stoornissen vorm kan krijgen, zoals bijvoorbeeld Van Os e.a. (2013) bepleiten; er kan meer recht

worden gedaan aan het unieke karakter van klinische presentaties.

Daarom pleit Zachar terecht voor de ontwikkeling van een pluraliteit aan modellen en het naast elkaar gebruiken ervan. Gebruik van de termen 'arbitrair' en 'artificieel' in deze context gaat voorbij aan het feit dat modellen van psychiatrische stoornissen *altijd* abstracties zijn van de werkelijkheid, en de waarde van deze termen, zo stelt Zachar, is dan ook beperkt (Zachar 2000b). Het zijn voornamelijk retorische termen die de aandacht afleiden van het feit dat het bij classificeren en modelleren om praktisch nut gaat, en voor sommige doeleinden zijn categoriale modellen van psychiatrische stoornissen juist geschikt. In lijn hiermee noemt Krueger (2002) zijn dimensionele metastructuur nadrukkelijk een *aanvulling* op het categoriale classificatiesysteem.

Ook de netwerktheoretische benadering sluit een categoriale aanpak niet uit. De in de DSM gedefinieerde stoornissen zijn in het netwerkmodel niet als afzonderlijke entiteiten of 'eilandjes' terug te vinden. Dat neemt echter niet weg dat het alsnog goed mogelijk is en zinvol kan zijn om op pragmatische gronden toch te abstraheren van de complexiteit van het netwerk en symptomoclusters te onderscheiden. Het feit dat de grenzen tussen die clusters daarbij niet absoluut zijn, maakt de categoriale onderscheidingen nog niet arbitrair in de zin van 'willekeurig'; er zijn vaak goede redenen te geven om grenzen nu eens hier en dan eens daar te trekken. De afwezigheid van scherpe grenzen maakt echter wel dat ieder categoriaal systeem hoe dan ook gepaard gaat met overlap, dat wil zeggen, met comorbiditeit (Cramer e.a. 2010; Zachar 2009).

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

In dit artikel hebben we een overzicht gegeven van de nauwe samenhang tussen de hoge prevalentie van comorbiditeit en de structuur van de DSM, van de problemen die hieruit voortkomen en van enkele waardevolle alternatieve modellen waarmee men tracht deze problemen het hoofd te bieden. We hebben vervolgens betoogd dat het debat rondom de introductie van deze alternatieve modellen vaak nodeloos polariseert als gevolg van het gebruik

van termen als 'artificieel' en 'echt'. Classificatiesystemen en modellen moeten in de eerste plaats beoordeeld worden op hun nut, en wat nuttig is, hangt af van het doel dat men voor ogen heeft. Meerdere doelen vragen om meerdere modellen.

Als we ons met deze overwegingen opnieuw de vraag stellen of de hoge prevalentie van comorbiditeit nu heeft geleid tot een crisis in de psychiatrische ziekteleer, dan kunnen we stellen dat psychiatrische comorbiditeit een onontkoombaar gevolg is van een op zichzelf legitieme categoriale benadering van psychiatrische stoornissen. Als er al sprake is van een crisis, dan komt die niet zozeer voort uit het gebruik van een categoriaal classificatiesysteem, maar uit een *verkeerde interpretatie van en exclusieve focus op* dit categoriale systeem. De ontwikkeling en implementatie van complexere modellen laten echter nog een tijd op zich wachten, en in de DSM-5 heeft men vooralsnog vastgehouden aan een categoriale indeling van het psychopathologische domein.

Dit gegeven brengt ons tot slot tot een aanbeveling voor de dagelijkse praktijk. Zolang de DSM in haar huidige vorm een belangrijk onderdeel vormt van ons diagnostisch arsenaal, is het naar onze mening het beste om het instrument te gebruiken zoals het bedoeld is. Het gevaar van het niet volgen van de gebruiksaanwijzing is idiosyncratisch gebruik, wat de betrouwbaarheid en daarmee één van de centrale functies van de DSM ondermijnt, namelijk het faciliteren van communicatie. De aansporing van de makers van de DSM om, in geval van patiënten met complexe ziektebeelden, alle van toepassing zijnde comorbide classificaties in de klinische praktijk te registreren komt voort uit de intentie om binnen de grenzen van het classificatiesysteem toch zo veel mogelijk recht te willen doen aan die complexiteit. Zorgvuldige classificatie en registratie vormen een manier om een vollediger beeld te krijgen van de problematiek en kunnen bijdragen aan een vollediger behandelplan. Daarbij is het essentieel dat het voor de patiënt duidelijk is dat het toebedeeld krijgen van meerdere comorbide classificaties niet betekent dat hij of zij daarmee ook meerdere afzonderlijke psychiatrische ziektes heeft. Zorgvuldige uitleg door de clinicus over wat de classificaties wel en niet betekenen, is daarbij van groot belang.

LITERATUUR

- Aragona M. The role of comorbidity in the crisis of the current psychiatric classification system. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2009; 16: 1-11.
- Basco MR, Bostic JQ, Davies D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, e.a. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1599-605.
- Cooper R. Is psychiatric classification a good thing? In: Kendler KS, Parnas J, red. *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 61-70.
- Cramer AO, Waldorp LJ, van der Maas HL, Borsboom D. Comorbidity: a network perspective. *Behav Brain Sci* 2010; 33: 137-50.
- Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 1970; 23: 455-68.
- First MB. Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology* 2005; 38: 206-10.
- First MB. *DSM-5 Handbook of differential diagnosis*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2014.
- Frances A, Widiger T, Fyer MR. The influence of classification methods on comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, red. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p. 41-59.
- Glas G. Wat is een psychiatrische ziekte? In: Denys D, Meynen G, red. *Handboek psychiatrie en filosofie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 31-51.
- Jablensky A. The syndrome – an antidote to spurious comorbidity. *World Psychiatry* 2004; 3: 24-5.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, e.a. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; 30: 17-30.
- Krueger RF. Psychometric perspectives on comorbidity. In: Helzer JE, Hudziak JJ, red. *Defining Psychopathology in the 21st century. DSM-5 and beyond*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 41-9.
- Krueger RF, Eaton NR. Structural validity and the classification of mental disorders. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 199-212.
- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 111-33.
- Lilienfeld SO, Waldman ID. Comorbidity and Chairman Mao. *World Psychiatry* 2004; 3: 26-7.
- Livesley WJ. Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA, red. *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Association; 2003. p. 153-89.
- Maj M. 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005; 186: 182-4.
- Os J van, Delespaul P, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. Psychiatry beyond labels: introducing contextual precision diagnosis across stages of psychopathology. *Psychol Med* 2013; 43: 1563-7.
- Pincus HA, Tew JD, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry* 2004; 3: 18-23.
- Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 983-7.
- Wilk JE, West JC, Narrow WE, Marcus S, Rubio-Stipec M, Rae DS, e.a. Comorbidity patterns in routine psychiatric practice: is there evidence of underdetection and underdiagnosis? *Compr Psychiatry* 2006; 47: 258-64.
- Zachar P. Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2000a; 7: 167-82.
- Zachar P. Folk taxonomies should not have essences, either: a response to the commentary. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2000b; 7: 191-4.
- Zachar P. The practical kinds model as a pragmatist theory of classification. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2002; 9: 219-27.
- Zachar P. Psychiatric comorbidity: more than a Kuhnian anomaly. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2009; 16: 13-22.
- Zachar P, Kendler KS. Philosophical issues in the classification of psychopathology. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E, red. *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford Press; 2010. p. 127-48.
- Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry* 1999; 40: 182-91.

SUMMARY

Psychiatric comorbidity: theoretical and clinical dilemmas

L.J.B. VAN OUDHEUSDEN, G. MEYNEN, A.J.L.M. VAN BALKOM

BACKGROUND The high prevalence of psychiatric comorbidity is usually considered to be a problematic artefact of the DSM. Clinicians appear to be reluctant to register comorbid diagnoses.

AIM To provide insight into the concept of 'psychiatric comorbidity', so that the phenomenon can be dealt with more efficiently in clinical practice.

METHOD We studied the literature and performed a theoretical analysis.

RESULTS The high prevalence of psychiatric comorbidity is closely linked to the structure of the DSM and is leading increasingly to practical and theoretical problems. These problems have stimulated the development of several valuable alternative models of psychopathology. In the context of these developments, however, the use of terms such as 'artificial' has led to a needless and unfruitful polarisation of the debate. The debate needs to focus primarily on the usefulness of various models for patient care and research.

CONCLUSION Psychiatric comorbidity is an inevitable consequence of a categorical approach to psychopathology, which is basically legitimate. As long as the DSM in its current form constitutes an important part of our diagnostic 'arsenal', we advise clinicians to register comorbid classifications in as much detail as possible and at the same time to give close attention to the correct interpretation of the phenomenon.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)9, 664-671

KEY WORDS classification, comorbidity, DSM