

Oorspronkelijk artikel

Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)

door A. Ravelli, R. V. Bijl en G. van Zessen

Zie ook commentaar op p. 565

Samenvatting

Dit artikel presenteert resultaten op het gebied van psychiatrische comorbiditeit, afkomstig van een representatief onderzoek naar psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking. De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS¹) is een prospectief bevolkingsonderzoek onder de 18-64-jarigen, met drie meetmomenten (1996, 1997 en 1999). In de eerste meting zijn 7076 mensen geïnterviewd. Psychiatrische stoornissen komen frequent voor: 23,5% van de volwassen bevolking heeft het afgelopen jaar ten minste één psychiatrische stoornis gehad. Ruim eenderde van hen had twee of meer stoornissen. Combinaties van stemmings- en/of angststoornissen komen het meest voor. Stoornissen in middelengebruik zijn, met uitzondering van drugsafhankelijkheid, niet of laag comorbide met andere stoornissen. Mensen met comorbide stoornissen maken meer gebruik van de gezondheidszorg en gebruiken vaker en meer verschillende medicijnen dan mensen met een enkelvoudige stoornis. In de bespreking worden de gevonden resultaten vergeleken met internationale studies en worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.

Inleiding

Sinds de invoering begin jaren tachtig van classificatiesystemen voor psychiatrische stoornissen is de belangstelling en het aantal onderzoeken naar psychiatrische comorbiditeit sterk toegenomen (Wittchen 1996). Doordat in de classificatiesystemen expliciete diagnostische criteria worden vermeld, wordt het mogelijk om comorbiditeit op een gefundeerde wijze te bestuderen. Essentieel bij het onderzoek naar comorbiditeit is dat het begrip 'comorbiditeit' eenduidig wordt gehanteerd. In het verleden werden verschillende definities gebruikt, waardoor het vergelijken van resultaten moeilijk was. Tegenwoordig wordt de definitie van Burke (1990) veel gebruikt: het voorkomen bij een persoon van meer dan één stoornis in een bepaalde tijdperiode. Deze definitie doet geen uitspraak over de verschillende wijzen waarop stoornissen met elkaar kunnen samenhangen. Ook in dit artikel wordt deze definitie van Burke gehanteerd.

Uit diverse onderzoeken, met name klinisch, maar incidenteel ook uit populatieonderzoek, is gebleken dat comorbiditeit veel voorkomt. Zo rapporteren Kessler e.a. (1996) vanuit de 'National Comorbidity Study' dat 54% van de volwassenen (18-54 jaar) met een psychiatrische stoornis minimaal twee stoornissen heeft gehad in zijn of haar leven. Uit deze studie komt verder naar voren dat comorbiditeit de ernst en de duur van de stoornis negatief beïnvloedt en dat mensen met meer dan één stoornis meer en gedurende een langere periode gebruikmaken van de gezondheidszorg.

Om een goed inzicht te verkrijgen in de frequentie van comorbiditeit en de combinaties van stoornissen, is populatieonderzoek nodig. Indien onderzoek wordt gedaan in een klinische populatie of gebruik wordt gemaakt van gegevens uit casusregisters, kunnen de resultaten vertekend zijn, doordat comorbiditeit mogelijk juist een bepalende factor voor opname of behandeling is.

Uit een recente inventarisatie van epidemiologisch onderzoek in Nederland naar de omvang van psychische problematiek blijkt dat er weinig tot geen onderzoek op populatieniveau is verricht, dat geldend is voor de gehele Nederlandse bevolking (Vermande & Bijl 1997). Deelstudies zijn wel uitgevoerd. Het Regioproject Nijmegen (Furer & Tax 1987; Hodiament 1986) was regionaal van opzet, evenals de Filterstudie Amsterdam Oost en Zuidoost (Van Limbeek e.a. 1994). Nederlandse gegevens omtrent de comorbiditeit tussen afzonderlijke psychiatrische stoornissen ontbreken.

In dit artikel geven wij een overzicht van het voorkomen van psychiatrische comorbiditeit in de Nederlandse bevolking (18-64 jaar). Aangezien de kwaliteit van antwoorden vermindert naarmate over langere periode wordt nagevraagd (recall bias), en resultaten mogelijk vertekend zijn doordat mensen met een psychiatrische stoornis over het algemeen uitvoeriger stilstaan bij hetgeen wat in het verleden is voorgevallen (rumination bias; Bouter & Van Dongen 1988), moeten de hier gepresenteerde resultaten, die gebaseerd zijn op lifetime-prevalenties, met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Methodie

In januari 1996 is de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) gestart (Bijl e.a. 1997a). NEMESIS is een prospectief bevolkingsonderzoek onder de 18-64-jarigen, met drie meetmomenten (1996, 1997 en 1999). In de eerste meting zijn 7076 mensen geïnterviewd. Het kerninstrument in NEMESIS is de CIDI 1.1 (Composite International Diagnostic Interview), ontwikkeld door de World Health Organization (WHO 1990). Het is een volledig gestructureerd diagnostisch interview om psychiatrische stoornissen volgens de criteria van DSM-III-R en ICD-10 vast te stellen, en kan door niet-clinici worden af-

genomen. Een uitgebreide beschrijving van de doelstellingen, de steekproeftrekking, de (non)respons, het diagnostisch instrument, de kwaliteitsbewaking en de analyses in NEMESIS zijn te vinden in Bijl e.a (1997a).

Bij bepaalde combinaties van stoornissen schrijft de DSM-III-R voorangs- of exclusieregels voor, die maken dat sommige stoornissen worden genegeerd (bijv. bij het voorkomen van zowel schizofrenie als dysthymie wordt alleen de diagnose schizofrenie gesteld). Om een goed inzicht te krijgen in het voorkomen van comorbiditeit worden deze exclusiecriteria in de analyses genegeerd. De in dit artikel gepresenteerde prevalentiecijfers laten hierdoor kleine verschillen zien met de prevalentiecijfers gepresenteerd in het artikel van Bijl e.a. (1997b).

Resultaten

In tabel 1 worden de lifetime-, 12-maands-, 6-maands- en 1-maands-prevalenties en het comorbiditeitspercentage (CP) weergegeven. Het comorbiditeitspercentage geeft van de mensen met een psychiatrische stoornis de proportie met meer dan één stoornis aan. Psychiatrische stoornissen komen in de bevolking frequent voor. Van de volwassen bevolking heeft 41,2% ooit in het leven een psychiatrische stoornis meegemaakt. Bijna een kwart van de mensen heeft het afgelopen jaar een psychiatrische stoornis gehad. Comorbiditeit komt veel voor; 44,6% van de respondenten met een lifetime psychiatrische stoornis heeft meer dan één stoornis gehad. De comorbiditeitspercentages bij de 1-maands-, 6-maands- en 12-maandsprevalenties ontlopen elkaar nauwelijks, de respectievelijke comorbiditeitspercentages zijn 30,1, 33,0 en 34,7. Bijna de helft van de mensen met comorbide stoornissen (45,8%) had in het afgelopen jaar zelfs drie of meer stoornissen.

Demografie

Bivariate samenhang tussen comorbiditeit en enkele demografische kenmerken is als volgt.

Tabel 1: Aantal diagnoses en tijdsperiode

	Aantal diagnoses					CP
	0	1	2	3	4+	
Ooit in het leven	58,6	22,9	9,3	4,5	4,7	44,6
12-maands	76,5	15,3	4,4	1,9	1,9	34,7
6-maands	79,8	13,5	3,6	1,6	1,5	33,0
1-maands	83,3	11,7	2,8	1,0	1,2	30,1

$$CP = \text{comorbiditeitspercentage} = (2+3+4)/(1+2+3+4)$$

Comorbiditeit komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen (tabel 2). Zo heeft 26,0% van de mannen en 43,5% van de vrouwen met een psychiatrische stoornis er meer dan één (OR = 2,2; 95% BI = 1,7-2,7).

Psychiatrische stoornissen komen het meest voor bij de 18-24-jarigen. Ongeveer eenderde van hen heeft het afgelopen jaar minimaal één psychiatrische stoornis gehad. Er zijn tussen de leeftijdsgroepen geen significante verschillen in comorbiditeitspercentages. In alle leeftijdsgroepen heeft ongeveer eenderde van de mensen met een psychiatrische stoornis een tweede stoornis.

Hoe lager het onderwijsniveau hoe vaker een psychiatrische stoornis en hoe hoger de comorbiditeit. Bijna 30% van de mensen met alleen lagere-schoolopleiding heeft het afgelopen jaar een psychiatrische stoornis gehad. Mensen met alleen lagere school hebben een grotere kans om twee of meer stoornissen te hebben dan degenen met een universitaire opleiding (OR = 2,5; 95% BI = 1,5-4,3).

Bijna de helft van de gescheiden mensen met een psychiatrische stoornis heeft twee of meer stoornissen (46,7%). Gescheiden mensen hebben in vergelijking met gehuwden een verhoogde kans op comorbiditeit (OR = 1,7; BI = 1,3-2,4).

Multivariate toetsing van het verband tussen comorbiditeit en de hierboven genoemde demografische kenmerken laat zien dat vrouwen, laag opgeleiden, ongehuwden en gescheiden mensen een verhoogde kans hebben op meer dan één stoornis (OR van 1,4 tot 2,4).

Comorbiditeit tussen diagnosecategorieën – De in het onderzoek meegenomen psychiatrische stoornissen kunnen in navolging van de DSM-III-R in vijf categorieën worden gegroepeerd, te weten: stemmingsstoornissen, angststoornissen, stoornissen in middelengebruik, eetstoornissen en schizofrene stoornissen. Meer dan de helft (54,3%) van de mensen met een stemmingsstoornis heeft ook een angststoornis. Schizofrene stoornissen zijn laag comorbide met de overige diagnosecategorieën, uitgezonderd angststoornissen. Bijna 60% van de mensen met een schizofrene stoornis heeft ook een angststoornis. Eetstoornissen zijn laag prevalent (0,4%), maar meer dan de helft van de personen met een eetstoornis heeft in hetzelfde jaar ook een stemmingsstoornis (52,0%) en/of een angststoornis (65,4%). Mensen met een eetstoornis hebben, in vergelijking met mensen zonder eetstoornissen, een verhoogde kans op een stemmingsstoornis (OR = 12,5; 95% BI = 5,6-27,6) en een angststoornis (OR = 12,9; 95% BI = 5,6-30,2).

Comorbiditeit tussen afzonderlijke diagnoses – In tabel 3 (percentages) en tabel 4 (odds ratios) zijn de drie meest prevalentie diagnosecategorieën, te weten stemmingsstoornissen, angststoornissen en stoornissen in middelengebruik, uitgesplitst naar afzonderlijke diagnoses.

Tabel 2: 12-maandsprevalentie van het aantal diagnoses naar demografische kenmerken (n = 7076)

	Aantal diagnoses					CP	OR
	0	1	2	3	4+		
Totale steekproef 12-maands	76,5	15,3	4,4	1,9	1,9	34,7	
Sekse							
man (r)	76,6	17,3	3,4	1,2	1,5	26,0	1,0
vrouw	76,4	13,3	5,5	2,6	2,2	43,5	2,2*
Leeftijd							
18-24 jaar	66,2	22,8	6,4	2,3	2,3	32,5	1,0
25-34 jaar	75,6	16,1	4,3	1,8	2,2	34,0	1,1
35-44 jaar	75,4	16,0	4,6	2,0	2,1	35,2	1,1
45-54 jaar	80,1	12,4	4,1	2,0	1,5	38,0	1,2
55-65 jaar (r)	85,0	10,0	2,8	1,1	1,1	33,5	1,0
Opleiding							
Lager onderwijs	71,0	4,7	5,7	4,8	3,8	49,2	2,5*
LAVO, MAVO, LBO	74,4	15,8	4,9	2,3	2,5	38,0	1,6*
HAVO, VWO, MBO	77,4	15,4	4,0	1,8	1,5	32,0	1,2
HBO	80,3	14,2	3,5	1,0	1,0	27,7	1,0
Universiteit (r)	77,0	16,1	4,9	0,2	1,0	27,2	1,0
Burgerlijke staat							
gehuwd (r)	82,0	12,0	3,5	1,3	1,2	33,4	1,0
gescheiden	68,6	16,7	7,5	4,4	2,7	46,7	1,7*
weduw(e)(naar)	70,7	19,1	6,4	1,9	1,9	34,8	1,0
ongetrouwd	68,4	20,9	5,4	2,4	2,9	33,7	1,0

OR = odds ratio in een bivariate analyse

(r) referentiecategorie

* $p \leq 0,05$

Stemmingsstoornissen – Bijna 60% van de mensen met een dysthyme stoornis heeft in hetzelfde jaar ook een depressie in engere zin. Dysthymie en depressie zijn dan ook sterk comorbide (OR = 31,7; 95% BI = 23,3-43,2). Relatief weinig mensen met een depressie of een dysthymie hebben tevens een bipolaire stoornis (3,4% en 13,1%). Daarentegen heeft ruim een kwart van de mensen met een bipolaire stoornis een dysthymie (OR = 14,0; 95% BI = 8,5-23,0). De stemmingsstoornissen zijn alledrie sterk comorbide met een gegeneraliseerde angststoornis (OR *depressie* = 20,7; 95% BI = 14,9-28,7; OR *dysthymie* = 23,1; 95% BI = 16,1-33,0; OR *bipolaire stoornis* = 17,5; 95% BI = 10,4-29,5).

Angststoornissen – Angststoornissen gaan vaak samen met een tweede angststoornis. Deze tweede angststoornis is vaak een specifieke en/of

sociale fobie en zelden een obsessief compulsieve stoornis, terwijl een obsessief compulsieve stoornis vaak in combinatie met een paniekstoornis (34,4%), een specifieke fobie (43,8%) of een sociale fobie (45,5%) voorkomt.

Mensen met een angststoornis hebben vaak een stemmingsstoornis en zelden een stoornis in middelengebruik. 45,5% van de personen met een paniekstoornis, 65,6% van de mensen met een obsessieve compulsieve stoornis en 50,3% van de mensen met gegeneraliseerde angststoornis heeft eveneens een depressie in engere zin. Deze drie stoornissen komen eveneens frequent voor in combinatie met een dysthymie (25,6%, 37,5% en 32,6%).

Stoornissen in middelengebruik – Veel mensen met een 12-maandsdiagnose drugsmisbruik of drugsafhankelijkheid hebben in dezelfde periode ook een alcoholafhankelijkheid; respectievelijke percentages zijn 29,4 en 27,1. Drugsgebruik en drugsafhankelijkheid zijn dan ook sterk comorbide met een alcoholafhankelijkheid (OR *drugsgebruik* = 11,0; 95% BI = 4,7-25,7 en OR *drugsafhankelijkheid* = 10,3; 95% BI = 5,0-20,9).

Van de stoornissen in middelengebruik gaat alleen drugsafhankelijkheid gepaard met stemmings- of angststoornissen. Drugsafhankelijkheid en bipolaire stoornis (OR = 25,7; 95% BI = 12,3 - 53,9) en drugsafhankelijkheid en dysthymie (OR = 10,9; 95% BI = 5,2-22,6) zijn sterk comorbide.

Zorggebruik, zorgbehoefte en medicijngebruik – Als indicatoren voor de ernst van stoornissen kunnen onder andere het zorggebruik en medicijngebruik worden gezien. Mensen met meer dan één psychiatrische stoornis maken meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en slikken meerdere en vaker medicijnen (tabel 5).

Comorbiditeit en zorggebruik – Meer dan de helft (56,4%) van de personen met meervoudige psychiatrische stoornissen heeft in het afgelopen jaar voor zichzelf hulp gezocht vanwege psychische, alcohol- of drugsproblemen, tegenover 22,5% van de mensen met een enkelvoudige stoornis en 8,5% van de mensen zonder stoornis. Van de personen met comorbide stoornissen die hulp hebben gezocht, heeft 41,4% instellingen/hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg bezocht. Met name de RIAGG en hulpverleners met een eigen praktijk (psycholoog, psychiater of psychotherapeut) werden geconsulteerd. Anders gezegd: zes van de tien personen met comorbide stoornissen, die hulp hebben gezocht in verband met psychische, alcohol- of drugsproblemen, heeft geen contact gehad met de gespecialiseerde GGZ.

Mensen met meervoudige stoornissen hebben het afgelopen jaar gemiddeld 2,2 verschillende hulpverlenende instanties gevisiteerd. Dit is significant meer dan de mensen zonder of met één stoornis. Bij 28,6%

Tabel 3*: Combinaties van stoornissen (%)

↓	P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stemmingsstoornissen														
1 Depressie i.e.z.	5,9		58,8	14,4	45,5	25,5	21,8	29,3	50,3	65,6	6,2	13,1	8,8	28,8
2 Dysthymie	2,8	28,1		26,5	25,6	17,3	14,3	19,5	32,6	37,5	<	6,9	<	22,0
3 Bipolaire stoornis	1,4	3,4	13,1		9,0	15,5	6,2	11,0	14,9	21,9	2,8	4,2	<	23,7
Angststoornissen														
4 Paniekstoornis	2,2	17,1	20,2	14,4	<	<	12,0	17,8	22,7	34,4	2,2	5,0	<	11,9
5 Agorafobie	1,6	6,7	9,6	17,5	<	9,6	12,4	12,7	<	<	1,5	1,9	<	10,0
6 Specifieke fobie	7,1	26,2	36,2	31,6	38,2	43,6	37,0	30,9	30,9	43,8	6,8	10,4	<	22,0
7 Sociale fobie	4,8	23,8	33,2	38,1	38,5	38,2	25,0	30,9	30,9	45,5	4,6	9,7	<	28,8
8 GAD	2,6	21,9	29,6	27,8	26,1	20,9	11,2	16,6		25,0	3,1	6,6	<	16,9
9 OCD	0,5	5,0	6,1	7,2	7,1	<	2,8	4,4	4,4		<	2,3	<	<
Middelengebruik**														
10 Alcoholmisbruik	4,6	4,8	<	9,2	4,5	4,5	4,4	4,5	5,5	<	<	<	30,3	13,6
11 Alcoholafhankelijkheid		3,7	8,2	9,1	11,3	8,3	4,5	5,4	7,4	9,4	18,8	<	<	29,4 27,1
12 Drugsmisbruik	0,5	0,7	<	<	<	<	<	<	<	<	3,1	3,8	<	<
13 Drugsafhankelijkheid	0,8	4,1	6,6	14,4	4,5	5,4	2,6	5,0	5,5	<	2,5	6,2	<	<

DSM-III-R-codes: depressie in engere zin 296.20-296.34, dysthymie 300.40, bipolaire stoornis 296.41-296.70, paniekstoornis 300.01, 300.21, agorafobie 300.22, enkelvoudige fobie 300.29, sociale fobie 300.23, gegeneraliseerde angststoornis (GAD) 300.02, obsessief-compulsieve stoornis (OCD) 300.30, alcoholmisbruik 300.50, alcoholafhankelijkheid 303.90, drugsmisbruik 305.20-305.92 en drugsafhankelijkheid 304.00-304.90.

* Tabel van boven naar beneden lezen: bijv. van alle mensen met een depressie in engere zin heeft 28,1% ook een dysthymie.

** Stoornissen in middelengebruik

p = 12-maandsprevalentie

< = n is kleiner dan 5

Tabel 4: Odds ratios tussen afzonderlijke stoornissen

	p	Stemmingsstoornis			Angststoornissen			Middelenstoornis					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Stemmingsstoornissen													
1 Depressie i.e.z.	5,9												
2 Dysthymie	2,8	31,7											
3 Bipolaire stoornis	1,4	2,9	14,0										
Angststoornissen													
4 Paniekstoornis	2,2	15,9	14,8	8,3									
5 Agorafobie	1,6	5,9	8,0	15,9	<								
6 Specifieke fobie	7,1	5,7	8,5	6,4	9,1	11,3							
7 Sociale fobie	4,8	8,4	12,1	13,8	14,9	13,9	9,9						
8 GAD	2,6	20,7	23,1	17,5	16,9	11,2	6,5	10,6					
9 OCD	0,5	33,9	22,8	21,5	25,7	<	10,8	17,1	13,2				
Middelengebruik													
10 Alcoholmisbruik	4,6	‡	<	2,1	‡	‡	‡	‡	‡	<			
11 Alcoholafhankelijkheid	3,7	2,6	2,8	3,4	2,4	‡	1,6	2,3	2,9	5,9	<		
12 Drugsmisbruik	0,5	‡	<	<	<	<	<	<	<	<	9,3	11,0	
13 Drugsafhankelijkheid	0,8	6,7	10,9	25,7	6,0	6,8	3,9	8,3	8,6	<	3,4	10,3	<

< n is kleiner dan 5; ‡ niet significant; p ≤ 0,05; p = 12-maandsprevalentie

van de mensen met comorbide stoornissen is het afgelopen jaar voorgekomen dat zij behoefte aan hulp hadden, maar desondanks niet naar een dokter of hulpverlener zijn gegaan. Dit kwam bij 10,4% van de mensen met één, en bij 3,0% van de mensen zonder stoornis voor. In binnenkort te verschijnen NEMESIS-publicaties zal uitgebreid worden

ingegaan op zorggebruik en zorgbehoefte in relatie tot psychiatrische (co)morbiditeit.

Comorbiditeit en medicijngebruik – Ruim eenderde (35%) van de mensen met comorbide stoornissen heeft het afgelopen jaar medicijnen gebruikt in verband met psychische, alcohol- of drugsproblemen. Dit in tegenstelling tot de mensen met één of geen stoornis. Van deze twee groepen gebruikte respectievelijk 15,7% en 10,5% medicijnen. Mensen met meervoudige stoornissen gebruiken vaker en meer verschillende medicijnen dan degenen zonder of met één stoornis. Pijnstillers worden het meest geslikt: 17,8% van de mensen met comorbide stoornissen, 11,1% van de mensen met één stoornis en 7,6% van de mensen zonder een stoornis gebruikten ze. Mensen met meervoudige psychiatrische stoornissen hebben het afgelopen jaar vaker dan mensen met één stoornis antidepressiva (14,1% vs. 2,8%), antipsychotica (2,0% vs. 0,3%), tranquillizers (8,8% vs. 2,3%) en slaapmiddelen (10,7% vs. 3,1%) gebruikt.

De in het onderzoek gestelde vragen over medicijngebruik hadden betrekking op de periode rond het interview. Door de antwoorden te vergelijken met 12-maandsprevalenties is geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat de stoornis, van mensen met slechts één stoornis, al ten tijde van het interview voorbij was en dat zij daarom geen medicijnen gebruikten. Wanneer echter naar de 6-maandsprevalentie wordt gekeken, blijken de verschillen in medicijngebruik tussen mensen zonder en enkel- en meervoudige stoornissen nog groter te zijn. Er kan dan ook vanuit worden gegaan dat mensen met meervoudige stoornissen meer geneesmiddelen gebruiken.

Discussie

Tabel 5: Ernst van comorbiditeit (%)

	Aantal diagnoses		
	0	1	>1
Zorggebruik			
hulp gevraagd	8,5	22,5	56,4
gemiddeld aantal bezochte hulpverlenende instanties	1,6	1,8	2,2
hulp gewild, maar niet gegaan	3,0	10,4	28,6
Medicijngebruik			
gebruik van medicijnen	10,5	15,7	35,0
slaapmiddelen	2,1	3,1	10,7
antidepressiva	1,0	2,8	14,1
tranquillizers	1,0	2,3	8,8
pijnstillers	7,6	11,1	17,8
antipsychotica	0,2	0,3	2,0

Het niet bereiken van bepaalde groepen (mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats, mensen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, en de langdurig geïnstitutionaliseerden) vormt de voornaamste beperking van de NEMESIS-onderzoeksopzet (Bijl e.a. 1997b). Het is onbekend in hoeverre de psychiatrische prevalentie en de patronen van comorbiditeit bij deze bevolkingsgroepen afwijken van die van de bereikte respondenten. Omdat het echter om relatief kleine groepen gaat, zal een eventuele vertekening van onze resultaten gering zijn.

Vergelijking met ander onderzoek – Psychiatrische stoornissen komen frequent voor: 23,5% van de volwassen bevolking heeft in een periode van twaalf maanden ten minste één psychiatrische stoornis gehad. Ruim eenderde hiervan had zelfs twee of meer stoornissen. Mensen met comorbide stoornissen maken meer gebruik van de gezondheidszorg en gebruiken vaker en meer verschillende medicijnen dan mensen met een enkelvoudige stoornis.

Populatieonderzoek op het gebied van psychiatrische stoornissen is in Nederland nog niet eerder uitgevoerd, zodat een nationale vergelijking niet mogelijk is. Ook internationaal zijn vergelijkbare onderzoeken schaars. Twee grootschalige Amerikaanse bevolkingsonderzoeken zijn qua onderzoeksgroep en gebruikt instrumentarium vergelijkbaar met het NEMESIS-onderzoek. Dit zijn de Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, waarin de voorloper van de CIDI, de Diagnostic Interview Schedule (DIS), is gebruikt (Robins e.a. 1991), en de National Comorbidity Study (NCS) (Kessler e.a. 1995), waarin de CIDI is gebruikt.

Een eerste vergelijking tussen de resultaten van ECA, NCS en NEMESIS laat zien dat in Nederland comorbiditeit minder vaak voorkomt dan in Amerika. Van de mensen die ooit in hun leven een psychiatrische stoornis hebben gehad, heeft in Nederland 44,6% meer dan één stoornis. In de twee Amerikaanse studies ligt dit comorbiditeitspercentage hoger, namelijk 54% (ECA) en 56% (NCS). Opgemerkt dient te worden dat in deze drie studies niet exact dezelfde (aantallen) psychiatrische stoornissen zijn meegenomen en dat de onderzoeksgroepen niet geheel identiek zijn (NEMESIS richt zich op 18-64 jaar, NCS op 18-54-jarigen en ECA op 18 jaar en ouder). We kunnen een correcte vergelijking maken door alleen de 18-54-jarigen en de stoornissen die zowel in de Amerikaanse als in de Nederlandse studies zijn opgenomen, met elkaar te vergelijken² en gebruik te maken van de 6-maandsprevalenties.

In alle drie de studies is er een grote variatie in odds ratios. Indien men in elke studie de odds ratios rangschikt naar grootte, dan blijkt dat er tussen de studies veel overlap is. Zo vinden alle drie de studies, bij de 18-54-jarigen, de meest sterke samenhang tussen depressie en dysthymie, tussen depressie en paniekstoornis, en tussen gegeneraliseerde

angststoornis en paniekstoornis. Dat de rangorde in odds ratios grotendeels overeenkomt, blijkt ook uit de Spearman's rangorde correlatiecoëfficiënt. De rangordecorrelatie tussen NEMESIS en NCS is 0,92 (95% BI = 0,81-0,97), en die tussen ECA en NEMESIS is 0,73 (95% BI = 0,44-0,88). De rangordecorrelatie geeft informatie over de overeenkomst in volgorde van de sterkte van de odds ratios, maar zegt niets over de daadwerkelijke sterkte van de odds ratios in de verschillende studies. Bijvoorbeeld: in alle studies is er een sterke samenhang tussen depressie en dysthymie, maar de odds ratios zijn verschillend, NEMESIS OR = 38,0, NCS = 30,3 en ECA = 10,3³. In het algemeen is de tendens dat de samenhang tussen stoornissen in Nederland sterker is dan in de VS. Slechts bij twee paren van stoornissen zijn de Amerikaanse odds ratios hoger. Ten eerste is de samenhang tussen fobieën en paniekstoornis in Amerika sterker (OR 18,3 vs. 11,6). Ten tweede is in Amerika de samenhang tussen een alcohol- en een drugsstoornis veel sterker; de respectievelijke odds ratios zijn 20,8 (NCS) en 9,8 (NEMESIS). Mogelijk is het verschil in samenhang tussen deze twee stoornissen te verklaren uit enerzijds het verschil in prevalenties (Bijl e.a. 1997b) en anderzijds door de cultuurverschillen tussen beide landen. In Amerika vindt het gebruik van drugs meer in de illegaliteit plaats dan in Nederland.

Samenvattend: in vergelijking met Amerikaanse studies komt comorbiditeit in Nederland minder vaak voor, maar is in Nederland een sterkere samenhang tussen de specifieke stoornissen te constateren.

Toekomstig onderzoek – Toekomstig onderzoek zou onder andere gericht moeten zijn op de primaire (voorkómen) of secundaire preventie (vroegtijdige herkenning) van comorbiditeit. Dit vereist onderzoek naar risicofactoren, zowel stoornisgebonden factoren (hoe is de relatie tussen de comorbide stoornissen), als persoonsgebonden factoren (wie krijgt comorbide stoornissen en waarom).

Het beloop van comorbide stoornissen in de bevolking is nog niet onderzocht, omdat de tot op heden uitgevoerde populatieonderzoeken cross-sectioneel van aard zijn. Een van de unieke aspecten van het NEMESIS-onderzoek is dat respondenten in een tijdsbestek van 36 maanden driemaal geïnterviewd worden. Dit stelt ons in staat om het beloop van comorbiditeit en de daarbij relevante determinanten en de relatie tot de prognose te bestuderen.

De resultaten uit NEMESIS bevestigen de literatuur dat mensen met comorbide stoornissen vaker gebruikmaken van gezondheidszorginstellingen. Om redenen van adequaatheid en gepastheid van zorg is het belangrijk om na te gaan wie waar hulp zoekt en of bepaalde groepen verstoken blijven van hulp. Vermoed kan worden dat de verschillende diagnose- en comorbiditeitsgroepen uiteenlopende intensiteit en vormen van zorgconsumptie laten zien. In toekomstige NEMESIS-publicaties zal dit aan de orde komen.

Comorbiditeitscijfers worden door verscheidene factoren beïnvloed zoals de gehanteerde definitie van comorbiditeit, prevalenties van de afzonderlijke stoornissen en de wijze waarop de cijfers zijn verkregen (klinische versus gestructureerde interviews). Maar ook het classificatiesysteem is van invloed. (Frances 1993; Wittchen 1996). Indien het classificatiesysteem slechts een gedeelte van het spectrum van psychische stoornissen beslaat, zal de comorbiditeit lager zijn dan wanneer het classificatiesysteem het gehele spectrum beslaat. Maar ook de wijze waarop het classificatiesysteem het spectrum indeelt, is van invloed. Hoe meer diagnostische categorieën er zijn hoe vaker er sprake zal zijn van comorbiditeit. Zo zijn de afgelopen tientallen jaren in elke nieuwe DSM-versie nieuwe stoornissen opgenomen en reeds bestaande stoornissen uitgesplitst in meerdere categorieën. Dit is een van de redenen waarom studies die gebruikmaken van de meer recentere DSM-versies, hogere comorbiditeitscijfers laten zien. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of de verschillende comorbiditeitspatronen mede het gevolg zijn van het classificatiesysteem zelf of dat de geconstateerde comorbiditeit een aantoonbaar en klinisch relevant onderliggend syndroom weergeeft.

Wij danken prof.dr. W. van den Brink (Universiteit van Amsterdam) en dr. H. Verkleij (RIVM) voor commentaar op eerdere versies.

Noten

1. NEMESIS wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut in Utrecht. Financiële ondersteuning is afkomstig van het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, NWO-Medische Wetenschappen en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

2. Stoornissen die zowel in het NEMESIS als in NCS en ECA zijn onderzocht: depressie i.e.z., dysthymie, obsessieve compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, fobieën (simpele en sociale), alcoholstoornis (misbruik en afhankelijkheid) en drugstoornis (misbruik en afhankelijkheid).

3. Omdat in de ECA niet het DSM-III-R-classificatiesysteem, maar de DSM-III is gebruikt, wordt de ECA-studie verder buiten beschouwing gelaten.

Summary: Comorbidity of psychiatric disorders in the Dutch population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)

This contribution presents psychiatric comorbidity rates, as found in the NEMESIS study. NEMESIS is a prospective population (18-64 years) study in the Netherlands with three measurements (1996, 1997, 1999). In the first measurement 7076 people have been interviewed. Of all people with a psychiatric DSM-III-R-disorder in the past twelve months, more than one third had at least two disorders. Women, low educated, unmarried and divorced people had a higher risk for comorbidity. The various mood disorders were mutually high comorbid like the anxiety disorders. Mood and anxiety disorders were also highly comorbid. Drugs dependence excepted, substance use disorders are not or low comorbid with other psychiatric disorders. Comorbidity

was, in general, associated with a relatively high utilization of health care and use of medication. The results are in line with the international findings.

Literatuur

- Bijl, R., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1997a). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 50, 2448-2452.
- Bijl, R., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997b). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 50, 2453-2460.
- Bouter, L.M., & van Dongen, M.C.J.M. (1988). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Burke, J.D., Wittchen, H.U., Regier, D.A., e.a. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (red.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Frances, A., Widiger, T., & Fyer, M.R. (1990). The influence of classification methods on comorbidity. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (red.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Furer, J.W., & Tax, B. (1987). *Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen: Eindrapport van het Regioproject Nijmegen, deel 1*. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hodiamont, P.P.G. (1986). *Het zoeken van zieke zielen: een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie*. Proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Jong, A. de, van der Lubbe, P.M. (1994). *De ontwikkeling van de Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag (GVSG)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie.
- Kessler, R.C. (1995). Epidemiology of psychiatric comorbidity. In M.T. Tsuang, M. Tohen & G.E.P. Zahner (red.), *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss.
- König-Zahn, C., Furer, J.W., & Tax, B. (1994). *Het meten van de gezondheidstoestand: beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. Deel 2, Lichamelijke, sociale gezondheid*. Assen: Van Gorcum.
- Limbeek, J. van, van den Berg, C.E.A., e.a. (1994). *Patiënt, stoornis en zorg: een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost*. Amsterdam: GG en GD.
- Robins, L.N., Locke, B.Z., & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Stata Corporation (1997). *Stata Statistical Software: Release 5.0*. College Station, TX: Stata Corporation.
- Vermande, M., & Bijl, R. (1995). *Psychische problematiek in Nederland: een inventarisatie van epidemiologisch onderzoek naar de omvang van psychische problematiek*. NCGv-reeks 95-17. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Velden, J. van de (1993). Comorbiditeit. In D. Ruwaard & P.G.N. Kramers (red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning: De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Den Haag: RIVM.
- Ware, J.E. (1993). *SF-36 health survey. Manual and interpretation guide*. Boston: The

Health Institute, New England Medical Center.

Wittchen, H.U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, suppl. 30, 9-16.

WHO (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0*. Geneva: World Health Organization.

De auteurs zijn respectievelijk wetenschappelijk medewerker, hoofd van het programma sociale epidemiologie en hoofd van het programma klinische epidemiologie,