

Comorbiditeit: een vals probleem?

door H. Van Hoorde

Samenvatting

Beschouwing van de algemene en vooral stilzwijgende aanvaarding van de notie comorbiditeit in de hedendaagse psychiatrie leidt tot een aantal vragen over de betekenis ervan en of deze notie wel op een redelijke grond is gevestigd. De discussie naar aanleiding van literatuurgegevens leidt tot de werkhypothese dat het begrip comorbiditeit zoals dit vandaag wordt ingevuld een artefact is dat gegeneerd wordt door de hypostasering van de rubrieken uit de DSM-classificatie.

Inleiding

De recente psychiatrische literatuur maakt in sterk toenemende mate gewag van het begrip 'comorbiditeit', wat mijns inziens een bevraging van deze notie rechtvaardigt, al was het maar omwille van de stroom onderzoeken die zij blijkt te genereren. Het is mijn doel de rationele fundering van dit begrip, zoals het nu in grote mate gebruikt wordt, te toetsen aan de hand van enkele literatuurgegevens, met de ervaring uit de kliniek van alledag in het achterhoofd. Het spreekt vanzelf dat het hier niet gaat over het samengaan met wisselende etiologische draagkracht van somatische aandoeningen en psychiatrische toestandsbeelden, een terrein waar het begrip comorbiditeit in oorsprong vrij consistent werd gebruikt. De discussie wordt tot het psychiatrisch terrein beperkt om enige conceptuele duidelijkheid aan te houden.

Comorbiditeit en psychiatrische pathologie

Vreemd genoeg blijkt het begrip comorbiditeit in de registers van belangrijke psychiatrische handboeken niet voor te komen (Cullberg 1988; Kaplan en Sadock 1991; Nurcombe en Gallagher 1986; Sim 1974; Zwanikken e.a. 1990), evenmin als er een lemma omtrent comorbiditeit terug te vinden is in de laatste editie van een bekend Nederlands geneeskundig woordenboek (Pinkhof-Hilfman 1992). Wel is daarin het lemma 'concomitans' terug te vinden als term die vanouds bekend is van de notie 'morbus concomitans' of begeleidende ziekte. Evenmin komt de term voor in het register van de DSM-IV (APA 1994), ofschoon de studies terzake uitgaan van de diagnostische en statistische rubrieken die dit systeem de psychiatrie dezer dagen als denkraam aanreikt.

Dit is in die mate bevreemdend dat het woord nochtans erg vertrouwd voorkomt en er in de medische en psychiatrische opleiding geregeld sprake was van het samen voorkomen van ziekte-toestanden. De discussie over de al dan niet te onderscheiden danwel gemeenschappelijke etiologie was dan meer bepaald aan de orde. Voorts is in de psychiatrie een model bekend waarbij de (endogene) pathologie in diverse constitutioneel genoemde 'Kreise' werd opgedeeld (de schizofrene, de manisch-depressieve, de hysterische en de epileptische groep), waarvan de diverse pathologische fenomenen elkaar in zekere mate uitsloten, danwel overlapping vertoonden in een klaverbladvormige figuur. Een daaraan verwante redeneerwijze lag bijvoorbeeld aan de basis van de theorievorming omtrent de sismotherapie, met name ECT, insulinecoma- en cardiazolshockbehandeling (Bruens 1967). Pro memorie en in sterk vereenvoudigde vorm luidde het als volgt: als schizofrenie niet bij epileptici voorkomt, kan een kunstmatige epilepsie misschien schizofrenie (helpen) genezen. Zonder op deze discussie, waarvan de uitgangspunten - daarom nog niet de empirisch verkregen resultaten, hoezeer die ook ter discussie hebben gestaan en nog staan (Van der Mast 1995) - sindsdien grotendeels zijn

verlaten, in te gaan, wordt zij hier aangehaald om erop te wijzen dat een zekere conceptualisering van het comorbiditeitsbegrip in de psychiatrie niet ontbreekt.

Van nosologie naar DSM-systeem

De ontwikkeling van de kraepeliniaanse nosologie heeft, na Griesingers eerste poging, de aanzet gegeven tot het ontwikkelen van vragen op dit vlak, terwijl zij er andere poogde op te lossen (Bercherie 1980; Panhuysen 1990). Als ziektebeelden of toestandsbeelden worden onderscheiden, kan het al dan niet samen voorkomen ervan worden onderzocht zodra zij tot zelfstandige realiteiten zijn geworden in een mechanisme van hypostasering. De hypostasering, het verheffen van een abstractie tot zelfstandigheid, of de reïficatie, het behandelen van de abstractie als een ding, zijn mechanismen die een omkering van de klinische demarche teweegbrengen. De uit de kliniek gededuceerde toestanden gaan een eigen leven leiden en worden beschouwd als entiteiten met een eigen bestaan volgens de principes van het realisme van Johannes Scottus Eriugena en Petrus Abelard (Dethier 1995).

Deze ideologische omkering is de voorwaarde voor de hier besproken ontwikkeling met betrekking tot comorbiditeit. Een nuancering is te vinden in het hoger vermelde klaverbladschema, dat in zijn breedheid toch onderscheiden aanbrengt en zelfs antinomieën suggereert naast overlappingen. Het gaat daarbij echter om 'groepen' of 'Kreise', waarbij aparte ziektebeelden met een eigen etiologie, een typisch verloop en, om deze notie toch aan te raken, een specificereerbare causaliteit niet direct voor de geest komen. Voorts wordt deze zelfs vrij eenvoudige opdeling van het klinisch veld reeds geproblematiseerd door het invoeren van de categoriale notie van de 'randpsychosen', waarvan kan verwacht worden dat zij tegelijk de redding en de ondergang van het ontworpen systeem betekent. Nochtans heeft dit schema het voordeel van zijn tekort: het is niet sluitend, het richt het denken op mogelijke grote klinische structuren en het beperkt zijn pretentie tot die van een werkzaam instrument.

Geheel anders loopt het evenwel sinds de introductie van het DSM- systeem, waarvan de laatste telg recent verscheen, de DSM-IV (APA 1994). Er dient op gewezen te worden dat de zogenaamd atheoretische, descriptieve categorisering in wezen haar doel op vergaande wijze voorbijstreeft als de diverse categorieën of statistisch te verwerken lemmata tot aparte ziektebeelden worden verheven. Het parallel opduiken van overlappende tussenvormen zoals de 'borderline'-pathologie legt meteen als artefact de vinger op het tekort (Verhaeghe 1994). Pas na het verheffen van de rubrieken van deze taxonomie tot ware 'ziekten' is het research-hek van de wetenschappelijke dam en kan naar hartelust met allerlei comorbiditeit worden geëxperimenteerd. In wezen wordt het comorbiditeitsprobleem door het DSM-systeem zelf gecompliceerd, zonet in het leven geroepen, aangezien verschillende assen zijn voorzien om pathologie aan te tekenen, maar de diverse opgetekende pathologieën quasi stilzwijgend als naast elkaar bestaande ziekte-entiteiten worden beschouwd zonder verder verband. Er is, met andere woorden, geen subject meer dat centraal in de pathologie verweven is en deze niet alleen schraagt, maar waarvan de pathologie de wijze van in-de-wereld- zijn is. Elk pathologisch verschijnsel wordt, complex of niet, geacht op zichzelf te bestaan en, dus, buiten het subject en buiten de betekenaar te liggen: de stap naar een allesomvattende biologische etiologie laat de psychische causaliteit als overbodig achter zich (Van Hoorde 1992). Het meerassig karakter van het DSM-systeem wordt daarbij als nieuwe of zogenaamd neokraepeliniaanse ziekteleer gebruikt, terwijl het daar geenszins voor is ontworpen en de opstellers ervan steeds gewaarschuwd hebben voor het beperkte doel van hun werk (Van Hoorde 1986).

Angst en depressie: comorbiditeit?

Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk dat de literatuur over angst en depressie de jongste jaren een explosieve ontwikkeling heeft gekend. De combinatie van de trefwoorden 'anxiety' en 'depression' levert MEDLINE voor het jaar 1994 alleen al zowat 350 referenties op. Na toevoegen van het trefwoord 'comorbidity' wordt het aantal referenties gereduceerd tot 30, wat nog steeds een behoorlijk aantal mag worden genoemd. Dit kan de Europese psychiater verwonderen, aangezien er steeds van is uitgegaan dat depressie en angst op klinische gronden met elkaar in verband staan (Guelfi 1993: 398). Uit de literatuur blijkt de eerder vermelde explosieve ontwikkeling te stelen op de hypostasering van de reeds aangehaalde neokraepeliniaanse rubricatie tot een waarachtige nosologie nieuwe stijl. Nochtans vindt men ook waarschuwingen tegen deze demarche: 'We are now teaching our residents to focus on the superficial and publicly visible. (...) the consideration of time has become sharply limited' (Wilson 1993). Diagnostiek wordt zo gereduceerd tot rubricering van de momentane toestand en de inschrijving van de psychopathologie tegen de achtergrond van een mensenleven over het hoofd gezien. Daarbij blijkt de term comorbiditeit al te vaak gebruikt te worden voor het naast elkaar bestaan van symptomen in medische zin ondanks waarschuwingen dit niet te doen: 'On désigne habituellement sous le terme de comorbidité anxieuse-dépression la co-occurrence de symptômes anxieux et dépressifs. Il parait préférable en fait de limiter le champ de la comorbidité au sens strict, à la seule coexistence d'un syndrome dépressif et anxieux complet durant une période déterminée; celle-ci est variable selon les études: 1 jour, 2 semaines, 6 mois, ou la vie entière' (Guelfi 1993). Ook Rosenbaum heeft uitgebreid aandacht besteed aan de comorbiditeit angst-depressie (Rosenbaum e.a. 1992) en spreekt zich in een niet-gedateerde brochure in die zin uit. Hij voegt er nog volgende uitspraak aan toe, die ons oorspronkelijk vermoeden bevestigt: 'The latest revised manual, DSM-III-R, eliminates many of the Axis I hierarchical exclusions and thus encourages the diagnosis of comorbidity among various disorders'. Bij Angst (1993) kan men lezen: 'The longitudinal association of several syndromal diagnoses is very frequently a direct consequence of modern descriptive diagnosis'.

Men kan er niet omheen dat verder nogal wat contradicties in het comorbiditeitsonderzoek met betrekking tot angst en depressie voorkomen. Waar de ene auteur besluit dat er 'in most cases the coexistence of anxiety syndrome did not indicate a separate anxiety disorder' en 'when restricted to episodes of major depression, anxiety syndromes appear to be prognostically significant epiphenomena rather than indicators of additional disorders' (Coryell e.a. 1992), stelt de andere dat de comorbiditeit van agorafobie en 'major depression' in hoge mate bepaald wordt door omgevingsfactoren (Kendler e.a. 1993). Nog andere auteurs rekken het comorbiditeitsbegrip uit tot het samengaan van persoonlijkheidsstoornissen en angst of depressie (Flick e.a. 1992), terwijl weer anderen een controversie openen rond het al dan niet 'bestaan' van een entiteit die zij 'mixed anxiety-depression' noemen, met een zouteloos grappig merkwaardig genoeg afgekort tot 'MAD' (Wittchen e.a. 1993). Daarenboven schijnen sommigen zich neer te leggen bij 'a frequent association' van paniekstoornis met andere psychische stoornissen (Weissman 1989).

Besluit

De heersende verwarring lijkt wel het gevolg te zijn van het doorbreken der vertrouwde psychiatrische categorieën, die toelieten syndromale vermenging te beschouwen als een casustisch uit te diepen en te onderzoeken ontwikkeling, terwijl nu zo scherp omliggende rubrieken zijn ontstaan dat de inflatie van het comorbiditeitsbegrip, vooral waar het angst en depressie betreft, de enige uitweg is om het systeem van zijn algehele conceptuele ondergang te redden of deze ondergang althans niet te moeten vaststellen.

Tot slot weze de vraag gesteld of het (nog) zinvol is het over comorbiditeit te hebben wanneer men het samen voorkomen van een symptomencomplex op As I en van een persoonlijkheidsstoornis op As II bedoelt. Een dergelijke simplificatie kan op het vlak van het repertoriëren en de statistische studie - maar studie van welke gegevens, met welke theoretische visie en hoe relevant? - misschien voordelen

hebben, voor de theorievorming in de klinische psychiatrie is zij nefast. De inflatie van de comorbiditeitsstudies wijst precies op de wankele, niet zozeer theoretische danwel uitgesproken ideologische basis van een systeem waarvan meteen ook het aantal rubrieken zienderogen toeneemt. De op zich misschien eerbiedwaardig te noemen bedoeling een atheoretische descriptie op te stellen heeft immers geleid tot een lawine van streng onderscheiden stoornissen. De zo opgebouwde taxonomie kan slechts in stand worden gehouden door te voorzien in 'niet anders omschreven' of weinig gespecificeerde afvaldozen én door een wildgroei van 'comorbiditeit'. Het gebouw heeft geen theoretisch fundament, zodat de prachtig ogende en steeds duurder wordende gevel onophoudelijk moet worden opgelapt om niet in te storten. Wat dit betreft mag men het ergste vrezen.

Er mag overigens gesteld worden dat deze discussie pas goed op gang begint te komen en vóórstrekkende gevolgen zal hebben zowel voor de theorievorming als voor de klinische praktijk die erdoor wordt gemoduleerd. Waar zal met name de grens aan de objectivering worden gelegd? Hoe zal anders het subject weer tot zijn recht komen in een psychiatrie die het in haar krampachtig hanteren van een natuurwetenschappelijk model poogt uit te gommen? En als dit model al niet voorbijgestreefd is, welke zin heeft het er het gehele klinische veld van de psychiatrie mee te willen bestrijken?

Literatuur

Angst, J. (1993), Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *International Clinical Psychopharmacology*

, september 8 Suppl 1P 21-5.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition*. APA, Washington DC.

Bercherie, P. (1980), *Les fondements de la clinique, Histoire et structure du savoir psychiatrique*. Navarin, Parijs.

Bruens, J.H. (1967), *Epilepsie en psychiatrie*. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, Leiden, p. 100 e.v.

Coryell, W., J. Endicott en G. Winokur (1992), Anxiety syndrome as epiphenomena of primary major depression: Outcome and familial psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 149, 100-107.

Cullberg, J. (1988), *Moderne psychiatrie*. Ambo, Baarn.

Dethiern, H. (1995), *Het gezicht en het raadsel*. VUBPRESS, Brussel.

Flick, S.N., P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley e.a. (1992), DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 27 (1993), 71-79.

Guelfi, J.D. (1993), La comorbidité anxiété-dépression et son traitement. *L'encéphale*, XIX, 397-404.

Kaplan, H.I., en B.J. Sadock (1991), *Synopsis of Psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore.

Kendler, K.S., M.C. Neale, R.C. Kessler e.a. (1993), Major depression and phobias: The genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychological Medicine*, 23, 361-371.

Mast, R.C. van der (1995), Redactioneel: Werkgroep Elektroconvulsietherapie Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 535-536.

Nurcombe, B., en R.M. Gallagher (1986), *The Clinical Process in Psychiatry. Diagnosis and Management Planning*. Cambridge University Press, Cambridge.

Panhuysen, G.E.M. (1990), *Het ei van Freud*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.

Pinkhof-Hilman (1992), *Geneeskundig woordenboek*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.

Rosenbaum, J.F., e.a. (1992), Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*, 149 (4), 475-481.

Rosenbaum, J.F., *Coexistence of depression and anxiety - theory and practice*, niet-gedateerde brochure zonder vermelding van uitgever.

Sim, M. (1974), *Guide to psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh en Londen.

Van Hoorde, H. (1986), 'Statistrie', nosologie en structuur: één vraag? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1, 6-14.

Van Hoorde, H. (1992), *Psychiatrie en psychoanalyse: scheiding van tafel en bank?* Idesça, Gent.

Verhaeghe, P. (1994), *Klinische psychodiagnostiek vanuit Lacans discours theorie - Impasses en antwoorden*. Idesça, Gent.

Weissman, M.M., G.L. Klerman, J.S. Markowitz e.a. (1989), Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *The New England Journal of Medicine*, vol. 321 (november), 18, 1209-1214.

Wilson, M. (1993), DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, 399-410.

Wittchen, H.-U., en C.A. Essau (1993), Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: Is there epidemiologic evidence? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 1 (suppl.), p. 9-15.

Zwanikken, G.J., e.a. (1990), *Psychiatrie*. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht.

Summary: Comorbidity: a false problem?

Considering the general and above all silent acceptance of the notion of comorbidity in today's psychiatry some questions are raised about its meaning and whether it is based on a rationale. Some literature on the matter is discussed which leads to the work hypothesis that comorbidity in its actual widely accepted meaning is an artefact generated by the hypostasis of the items of the DSM-classificatory system.

De auteur is als vrij-gevestigd psychiater-psychoanalyticus te Gent lid van het Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie en van de Ecole Européenne de Psychanalyse du Champ freudien.
Correspondentieadres: Dr. H. Van Hoorde, Vrijheidslaan 4, B-9000 Gent (België).

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 28-11-1995.