

INGEZONDEN

REACTIE op 'De prevalentie van dementie boven de 100 jaar'

In het oorspronkelijk artikel 'De prevalentie van dementie boven de 100 jaar' (*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40 (1998), 9, 545-552) maken Thomassen, Van Schaick en Blansjaar melding van de IQCODE, een vragenlijst die vertaald zou zijn door de auteurs.

Voor de goede orde wijs ik u op de volgende twee artikelen waarin de Nederlandse vertaling reeds is besproken. Een aantal belangrijke aspecten over de psychometrische kwaliteiten zijn daarin behandeld, maar ontbreken in het stuk over de 100-jarigen (hetgeen niet verwonderlijk is gezien $n = 9$). Is de vertaling door Thomassen e.a. op goed geluk toegepast? Een vertaling van een meetinstrument dient toch te worden geëvalueerd?

Onderzoek naar een meetinstrument is tijdrovend en soms kostbaar. Er is als het ware door de onderzoeker(s) geïnvesteerd. Een verwijzing naar het onderzoek, ook al rust daar geen copyright op, wordt als collegiaal beschouwd.

De publicaties van De Jonghe e.a. en Thomassen e.a. verschenen kort na elkaar. Mogelijk heeft men dat niet geweten. Toch is het niet ondenkbaar dat men (gezien de $n = 9$) wat al te snel een beknopt onderzoek heeft uitgevoerd met de hulp van een arts-assistent. Gezien de acceptatiedatum had men tijd te reageren of te verwijzen naar het stuk in het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* en *Geriatric Psychiatry*. De IQCODE-N, versie 1993, is nota bene via Internet verkrijgbaar. Vermoedelijk heeft men niet de moeite genomen te informeren naar een eventuele vertaling bij Anthony Jorm, de auteur van de IQCODE. Was dit wel het geval geweest, dan had het de auteurs wellicht op het spoor gebracht van de oorspronkelijk Nederlandse vertaling.

LITERATUUR

- Jonghe, J.F.M. de, Differentiating between demented and psychiatric patients with the Dutch version of the IQCODE. *International Journal of Geriatrics and Psychiatry*, 12, 462-465.
- Jonghe, J.F.M. de, Schmand, B., Ooms, M.E., e.a. (1997). Verkorte Informant-vragenlijst over cognitieve achteruitgang bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28, 224-229.

J. F. M. DE JONGHE
neuropsycholoog

ANTWOORD aan De Jonghe

Onze studie is uitgevoerd in het voorjaar van 1996, voordat publicaties over de IQCODE-N waren verschenen. Wij hebben daarom zelf de IQCODE vertaald, wat overigens geen heksentoer was, omdat de IQCODE een effectieve maar eenvoudige gestructureerde vragenlijst is voor het afnemen van de heteroanamnese van hopelijk gezonde familieleden of verzorgers. De eerste resultaten van onze later uitgebreide studie zijn eind 1996 en begin 1997 aangeboden ter publicatie, en in april 1997 geaccepteerd door

Neurology. Het onlangs in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verschenen artikel is een bewerkte vertaling van dat manuscript. Wij bieden bij deze onze verontschuldigen aan De Jonghe aan voor ons verzuim in deze bewerking een verwijzing op te nemen naar zijn toen inmiddels gepubliceerde vertaling van de IQCODE.

DRS. R. THOMASSEN

REACTIE op 'Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking...' betreffende de gevoeligheid van de CIDI voor psychotische stoornissen

Bijl e.a. (1997a en b) hebben in twee samenhangende publicaties methode en gevonden prevalentie van psychiatrische stoornissen in Nederland beschreven. De lage prevalentie van schizofrene stoornissen (0,4%) die zij rapporteren, is opvallend.

Ravelli e.a. (1998) beschreven de resultaten van onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking. De nadruk ligt in dit artikel op de drie meest prevalentie diagnosecategorieën, stemmingsstoornissen, angststoornissen en stoornissen in middelengebruik.

Giel (1998) geeft in zijn commentaar op het NEMESIS-project aandacht aan de mogelijkheid van selectiebias door non-respons van 35% en het niet in de steekproef betrekken van daklozen en de populatie die in instellingen verblijft. Daarnaast acht hij de herkenning van psychotische stoornissen tot de zwakke punten van de ondervraging met de CIDI. Deze kritiek stelt de validiteit van de bevindingen van het NEMESIS-onderzoek betreffende psychotische stoornissen ter discussie en daarmee ook het daarop geënte toekomstige GZ-beleid van VWS.

De kritiek van Giel zette ons aan het werk. In de Adolescentenkliniek van het AMC worden adolescenten met schizofrene psychose opgenomen en behandeld. De diagnostiek bij deze groep verloopt in een drietal onafhankelijke fasen, welke worden afgewerkt tijdens de intake, acht weken na opname en bij ontslag. Tijdens de intake worden de ouders van de patiënt uitgebreid geïnterviewd. Tevens wordt de patiënt klinisch geïnterviewd met betrekking tot zijn klachten en de voorgeschiedenis daarvan. In dit proces wordt ook bij de verwijzer of vorige behandelaar(s) de voorgeschiedenis (klachten, behandeling, decursus enzovoort) opgevraagd. Deze informatie wordt in een intakecommissievergadering samengenomen en gewogen en leidt tot een voorlopige (intake)diagnose. De zorgvuldigheid hield in dat een uitgebreide anamnese van patiënt en ouders tezamen met correspondentie werd beoordeeld door drie

psychiaters, een psycholoog en twee arts-assistenten psychiatrie.

Na stabilisatie van psychotische symptomatologie (ongeveer acht weken na opname) werd bij de patiënten een Composite International Diagnostic Interview (CIDI) afgenomen. Dit is vrijwel dezelfde (wij gebruikten aanvankelijk de papieren versie van de CIDI en zijn later ook overgegaan op de CIDI-Auto) als in het NEMESIS-project. Onze onderzoekers zijn ook in het CIDI-centrum getraind, en wij gebruiken dezelfde scoringsprogrammatuur als in het NEMESIS-project. Voor een verdere beschrijving van de CIDI verwijzen we naar Bijl e.a. (1997).

Na ontslag kreeg de patiënt een klinische uitboekdiagnose, waarin alle informatie over de patiënt wordt samengenomen en gewogen door de behandelaars en supervisors. Hierbij werd overigens niet de CIDI-informatie gebruikt.

Van de 46 achtereenvolgens opgenomen patiënten hebben wij de intake-, de CIDI- en de ontslagdiagnose met elkaar vergeleken. Secundaire diagnoses, met name middelengebruik, laten we hier buiten beschouwing. Tussen de intake- en ontslagdiagnose bestaan geen grote verschillen: vrijwel alle patiënten hebben een schizofreniediagnose. Echter, slechts bij 13 patiënten (23%) is de diagnose volgens de CIDI schizofrenie. Bij 3 patiënten gaat het volgens de CIDI om een reactieve psychose. Als we de uitkomsten van de CIDI moeten geloven, heeft 72% van deze steekproef geen psychotische stoornis (gehad). Wat kunnen hiervan de redenen zijn?

We hebben gedacht aan de onbetrouwbaarheid van het scoringsprogramma. Daar kan tegen in worden gebracht dat het NEMESIS-project dezelfde programmatuur gebruikt als wij. Dus als het daaraan zou liggen, geldt dat voor beide onderzoeken. Ligt het aan de steekproef (brede bevolkingslaag versus adolescenten)? Volwassenen zijn mogelijk eerder dan adolescenten geneigd om het bestaan van psychotische symptomen toe te geven. Overigens is het in onze kliniek zo dat patiënten de interviewers al meerdere malen hebben gezien en gesproken in onderzoek voordat bij hen een CIDI wordt afgenomen. De ontkenning van het bestaan van symptomen is daardoor mogelijk minder omdat ze niet te maken krijgen met vreemde onderzoekers (zoals in het NEMESIS-project).

De conclusie die zich aan ons opdringt, is dat de CIDI op een schokkende wijze ongevoelig blijkt te zijn voor het vaststellen van psychotische stoornissen bij adolescenten. Deze resultaten ondersteunen de bedenkingen die Giel formuleerde ten aanzien van de gevoeligheid van de CIDI om psychosen te detecteren. De resultaten van het NEMESIS-project in relatie tot onze eigen bevindingen duiden er daarom op dat de prevalentieschattingen van psychotische stoornissen naar onze mening niet valide zijn als deze

TABEL 1 Overzicht van intake-, CIDI- en ontslagdiagnose

NUMMER	intake	ontslag	CIDI
1	295.30	295.90	geen psychose
2	295.90	295.90	"
3	295.30	295.30	"
4	295.10	295.10	"
5	297.10	295.30/296.23	"
8	295.30	295.30	"
9	295.90	295.90	"
11	295.30	295.90	"
13	295.30	295.92	295.40
14	296.30	295.30	"
15	295.70	295.70	"
16	295.70	295.90	"
17	295.30	295.30	"
18	295.90	295.90	295.00
20	295.30	295.30	295.00
22	295.90	295.90	"
23	295.90	295.90	295.00
25	295.70	295.90/295.70	"
27	295.70	295.90	"
28	295.70	295.70	"
29	295.40	295.90	295.40
30	295.40	295.40	"
31	295.90	295.90	"
33	295.90	295.70	295.00
34	295.30	295.30	295.40
35	295.90	295.90	"
38	295.30	295.30	"
39	295.30	295.90	"
40	295.30	295.90	298.80
42	295.30	295.90	298.80
44	295.30	295.90	"
45	295.60	295.30	295.00
47	295.30	295.30	"
48	295.90	295.90	"
49	295.90	295.90	"
51	295.90	295.90	295.00
52	295.90	295.90	298.80
53	295.90	295.30	

LITERATUUR

Bijl, R., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1997a).
 Psychiatrische morbiditeit onder
 volwassenen in Nederland: het
 NEMESIS-onderzoek. I. Doelstel-
 lingen, 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.

Giel, R. (1998). Comorbiditeit, een dood

spoor? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 565-569.

Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Essen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-543.

worden uitgevoerd met de CIDI bij adolescenten. Wij denken dat dit ook het geval is bij bevolkingsonderzoek en dus in het NEMESIS-project. Om deze reden stellen we dan ook dat de NEMESIS-resultaten niet gebruikt kunnen worden bij het vaststellen van budgetten voor de zorg voor deze groep patiënten en in een bredere context geen uitgangspunt voor GGZ-beleid kunnen vormen.

P. DINGEMANS

REACTIE op 'Diagnostiek van de ziekte van Huntington bij een onduidelijke familieanamnese'

Bakker en medewerkers (*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40 (1998), 577-582) beschrijven hoe de diagnostiek van de ziekte van Huntington door een onduidelijke, verheimelijkte of zelfs negatieve familieanamnese bemoeilijkt kan worden. Onderstaande casus (Santens e.a. 1998) illustreert bovendien hoe ook de diagnostische genetische testing voor specifieke problemen kan zorgen.

Een 33-jarige vrouw vertoont een progressief rechter hemisyndroom dat over het verloop van een jaar eindigt in een volledige rechter hemiplegie en motore afasie waarbij op de MRI een overeenkomstige progressief toenemende atrofie van de linker hemisfeer wordt waargenomen. Uitgebreid onderzoek, waaronder zelfs een hersenbiopsie, laat geen diagnose toe.

Hoewel de familieanamnese herhaaldelijk werd nagevraagd wegens het vermoeden van een degeneratief proces, is het pas onlangs dat werd toegegeven dat verschillende van haar familieleden rond dezelfde leeftijd waren overleden aan 'iets dat in de familie zat'. Het bleek om een genetisch bevestigde ziekte van Huntington te gaan. Bij confrontatie met het echtpaar over deze verheimelijking was hun antwoord dat ze nooit naar deze ziekte hadden durven vragen en bovendien erg angstig waren over de toekomst van hun vijf kinderen.

Alhoewel de klinische presentatie bij deze patiënte op zijn minst zeer atypisch was voor de ziekte van Huntington, lieten wij toch, na uitdrukkelijk akkoord van patiënte en haar man, een genetische test uitvoeren waarbij deze diagnose kon worden uitgesloten.

Merkwaardig genoeg recupereerde de patiënte volledig van haar hemiplegie en afasie over de loop van het volgende jaar, alhoewel ze neurologische afwijkingen waaronder een teken van Babinski en gelokaliseerde hersenatrofie op MR behield. De diagnose bleef uit.

Ook deze casus illustreert hoe sommige patiënten de verhei-

melijking bewust doordrijven en het zelfs tot een hersenbiopsie laten komen (!). Anderzijds was genetisch onderzoek ook niet vanzelfsprekend gezien de atypische presentatie. Ware er een verhoogde herhaling van het trinucleotide CAG aanwezig geweest, dan hadden wij het neurologisch beeld zeer waarschijnlijk toch als een nieuwe presentatie van de ziekte van Huntington beschouwd, temeer door de afwezigheid van enige andere positieve diagnostiek. De onverwachte evolutie zou ons echter ongelijk gegeven hebben.

L. CREVITS, P. SANTENS, J. DE REUCK
Neurologie, Universitair Ziekenhuis Gent

LITERATUUR

Santens, P., Van Den Abbeele, D., Crevits, L., e.a. (1998). An unusual neurological syndrome in a non-affected member of a Huntington's disease family. *Journal of Neurology* (submitted).