

## REACTIE op 'Affectieve dimensies bij depressie en angst'

De korte bijdrage 'Affectieve dimensies bij depressie en angst' van Boon en Peeters in het februarinummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* riep enkele bedenkingen bij mij op. In het artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek met een Nederlandse versie van de Positive and Negative Affect Schedule. Het artikel leek vooral geschreven om de hamvraag te vermijden: wat is het verschil tussen affect en stemming? De definities van positieve affectiviteit 'one's level of pleasurable engagement with the environment' en negatieve affectiviteit 'a general factor of subjective distress' roepen associaties op met de frases 'duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten ...' en 'depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag ...', ofwel de criteria 2 en 1 van de depressieve episode volgens de DSM-IV. Bij de begripsomschrijving ontstaat dus verwarring tussen affectiviteit en stemming, hetgeen in het artikel ten onrechte niet wordt besproken.

Daarna volgt in de inleiding deze belofte: 'Tevens wordt door ons in dit artikel uiteengezet waarom de PANAS een aanvulling kan zijn op bestaande zelfbeoordelingsinstrumenten op het gebied van depressie en angst'. Hier wordt in de conclusie als volgt op teruggekomen: 'Op grond van eerder beschreven overwegingen (Clark e.a. 1994; Peeters e.a. 1996) en de hier gepresenteerde resultaten is de PANAS naar ons idee een zinvolle aanvulling op het bestaande arsenaal aan zelfbeoordelingsinstrumenten voor depressie en angst voor zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek'. De beloofde uiteenzetting bestaat dus uit referenties en een verwijzing naar de cijfers.

Kijkende naar de cijfers blijkt er een sterke correlatie te bestaan tussen de Zung zelfbeoordelingslijst voor depressie en de Positieve Affectiviteit (-0,65) en de Zung en de Negatieve Affectiviteit (0,69). Bij dergelijk hoge correlaties rijst natuurlijk onmiddellijk de vraag: wordt met de instrumenten niet hetzelfde gemeten? En kunnen we gezien de hoge correlaties voor het gemak de Positieve en de Negatieve Affectiviteit niet allebei meten met behulp van de Zung, die zijn waarde reeds heeft bewezen?

Ook als we kijken naar de scores van de verschillende diagnostische groepen, blijkt dat de oplopende scores op de NA en de afnemende scores op de PA bij toenemende ernst van de aandoening een verloop kennen dat identiek is aan de scores op de Zung. Op grond van deze resultaten kunnen we dus, in tegenstelling tot de auteurs, niet concluderen dat de PANAS een zinvolle aanvulling is op

bestaande zelfbeoordelingsinstrumenten.

De oorspronkelijke bedenkers hebben mogelijk gedacht dat, gezien de dominante rol van Beck en Zung in de markt van zelfbeoordelingsinstrumenten voor stemming, een positionering als affectiviteitsinstrument meer kans op succes zou opleveren. Heel begrijpelijk, maar als de face validity te wensen overlaat en de cijfers erop lijken te wijzen dat er gewoon stemming wordt gemeten, past een kritische houding. Die heeft bij de auteurs ontbroken. Ook de redactie heeft mijns inziens tekortgeschoten, door niet op te merken dat de toezegging in de inleiding over het uiteenzetten van de aanvullende waarde van de PANAS verder in het artikel geen gestand wordt gedaan. Overigens past de auteurs lof voor de aandacht voor positieve gevoelens bij psychiatrische aandoeningen en voor het opzetten van een dergelijk grootschalig onderzoek.

HEIN SIGLING

psychiater

#### ANTWOORD aan Sigling

Wij danken collega Sigling voor zijn reactie op ons artikel, die blijkt geeft van zowel nauwgezette als kritische lezing. Ons artikel is een empirische aanvulling op een eerder artikel, dat met name de theoretische onderbouwing van affectieve dimensies betrof (Peeters, Ponds & Vermeeren 1996). Het huidige artikel is niet geschreven, zoals collega Sigling dat veronderstelt, om de vraag naar het verschil tussen affect en stemming te ontwijken; waarom zouden we tijd en energie steken in het schrijven van een artikel met als doel het ontwijken van een vraag die niemand aan ons heeft gesteld?

Onze interesse in dimensies van affectiviteit en de PANAS was wel (mede) gestimuleerd door de beperkingen die gebruikelijke zelfbeoordelingsinstrumenten met zich meebrengen; een uitgebreide bespreking hiervan kan worden gevonden in ons eerste artikel. Naast andere bezwaren zijn er zeer sterke aanwijzingen dat de gebruikelijke schalen (zoals de BDI, Zung, SCL-90) voornamelijk een niet-specifieke component van zowel angst als depressie meten; deze component wordt tegenwoordig vaak aangeduid als negatieve affectiviteit (NA). Positieve affectiviteit (PA) wordt verondersteld een belangrijke differentiërende rol te spelen bij depressie; afwezigheid van PA wordt als kenmerkend voor depressie verondersteld. Met deze twee dimensies wordt aldus het affectieve domein van psychopathologie gemeten. Overigens is het niet onze suggestie dat het meten van slaapproblemen of eetlustverlies bij depressie en angst onzinnig is; het meten van affecten geeft echter informa-

tie op een (ander) gebied, waarvan wij in beide artikelen hebben geprobeerd duidelijk te maken waarom dat zinvol is. Sigling vergelijkt PA en NA met de eerste twee criteria voor een depressieve episode van de DSM-IV. Hij vergelijkt afwezigheid van PA met het tweede criterium (verlies van interesse en plezier) voor een depressieve episode van de DSM-IV. Op het eerste gezicht lijkt dat heel plausibel. We kennen echter geen onderzoek waarin dit criterium onderzocht werd met gebruikmaking van een affectieve dimensie. We geven er dan ook de voorkeur aan de vergelijking niet te gebruiken zolang over deze relatie geen duidelijkheid is. Intelligentie wordt gewoonlijk ook niet gemeten aan de hand van schoolprestaties, maar met aparte testen, omdat beide grootheden enige plausibele maar niet geheel betrouwbare samenhang vertonen. Waar Sigling negatieve affectiviteit gelijkstelt aan het eerste criterium ('depressieve stemming'), zijn we het echter niet met hem eens; 'subjective distress' is naar ons idee fundamenteel verschillend van een depressieve stemming; mensen met zeer uiteenlopende klachten kunnen 'subjective distress' ervaren, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een depressieve stemming. Ons en ander onderzoek naar PA en NA lijkt erop te wijzen dat een depressieve stemming meer samenhangt met afwezigheid van PA dan met aanwezigheid van NA, terwijl Sigling dit laatste wel suggereert. Sigling stelt de non-specifieke component van angst en depressie ('distress') dus weer gelijk aan de depressieve stemming. Juist het onderscheid in PA en NA maakt naar ons idee de PANAS een zinvolle aanvulling op bestaande instrumenten. Dat we onze 'belofte' gestand moesten doen met enerzijds referenties, heeft te maken met de beschikbare ruimte voor een korte bijdrage. Sigling had er ons eerste artikel maar op na hoeven te slaan om over argumenten en basisliteratuur te beschikken. Stemming is dus niet hetzelfde als affectiviteit, een van de verschillen hebben we hierboven geïllustreerd. We hebben dus geen stemming gemeten, maar dimensies van affectiviteit.

Dan onze resultaten. Sigling hanteert de door ons gevonden correlaties om zich de vraag te stellen of de Zung niet zowel PA als NA meet. Op het gebied van NA bestaat er tussen ons geen groot meningsverschil, dat moge duidelijk zijn. De Zung meet echter geen PA, zoals Sigling ten onrechte concludeert uit de hoge negatieve correlatie (-0,65). Een hoge negatieve correlatie tussen PA en Zung (-0,65) betekent niet dat de instrumenten hetzelfde meten; het betekent slechts dat er een omgekeerde samenhang bestaat tussen scores op Zung en PA. Een grote positieve of negatieve samenhang tussen twee grootheden betekent niet dat deze grootheden hetzelfde zijn. Volgens de redenering van Sigling betekent het feit dat appels en peren allebei in grote aantallen uit bomen vallen (positieve correlatie), dat appels en peren hetzelfde zijn.

Op het eerste gezicht is de kritiek op onze interpretatie van resultaten bij de verschillende patiëntengroepen terecht (tabel 3). De verschillen tussen depressie en angst op de Zung-scores zijn significant. Waarom nog een lijst erbij? De resultaten op de PANAS laten hetzelfde zien, doch bieden bij zorgvuldige bestudering op een subtiele manier wat meer. Conform de verwachting zijn de verschillen tussen depressie en angst op de PA-dimensie significant; depressie gaat gepaard met afwezigheid van PA. De scores op NA laten een verschil zien tussen depressieve patiënten met al dan niet comorbide angst, duidend op meer distress bij de comorbide groep. De Zung verschilt niet significant tussen deze groepen. We kunnen ons voorstellen dat hierdoor de Zung van Sigling niet meteen de prullenmand in hoeft, van ons hoeft dat ook niet; wel vinden wij de PANAS dan een zinvolle aanvulling.

Wij blijven van mening dat we geen loze belofte hebben gedaan en dat de PANAS een zinvolle aanvulling is op reeds bestaande zelfbeoordelingsinstrumenten. De lijst meet een eigen domein, meet dit stoornisspecifiek en sluit nauw aan bij tegenwoordige theorieën over de relatie tussen persoonlijkheid en psychopathologie. Wij zijn blij dat de redactie dit ook heeft gezien en ons de mogelijkheid heeft geboden het manuscript te publiceren.

Tot slot nog een heel ander praktisch argument. Een van de auteurs (F.P.) gebruikt zowel de Zung als de PANAS in de dagelijkse praktijk bij de behandeling van depressieve patiënten. Naast de somscores op de lijsten blijken patiënten ook benieuwd naar verandering van scores op itemniveau. Bij het samen doornemen van de beide lijsten en de opgetreden verschillen komt vaak de meeste respons en reactie van herkenning (zowel tijdens een depressieve episode als op het moment dat het beter begint te gaan) op de items aangaande positieve affectiviteit. Patiënten lijken de meeste wanhoop te ervaren door de afwezigheid van positieve affecten en de meeste opluchting bij terugkeer in het ervaren hiervan. Items over negatieve affectiviteit en de items van de Zung worden meer neutraal beleefd. Hoewel geen deugdelijk wetenschappelijk argument, lijkt dit te pleiten voor een goede 'face-validity' van de PANAS. Terugkomend op een gedeelte uit de laatste regel van de reactie van Hein Sigling: probeer het meten van positieve affecten eens uit in de praktijk. We sturen de PANAS graag naar u toe.

FRENK PEETERS

MIRANDA BOON-VERMEEREN

#### LITERATUUR

- Peeters, F., Ponds, R., & Vermeeren, M. (1996). Affectiviteit en zelfbeoordeling van depressie en angst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38 (3), 240-250.

## REACTIE op 'Comorbiditeit, een dood spoor?' (1)

Na het verschijnen van de eerste resultaten van NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study), de eerste prospectieve psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudie in Nederland, nu ongeveer een jaar geleden, verschenen verschillende reacties op dit onderzoek. Een van deze reacties was van Giel (1998) in dit tijdschrift. Giel heeft nogal wat bedenkingen bij NEMESIS. Hij opent zijn reactie met een metafoor, die het ware probleem omschrijft als een puzzel die 'het overzicht van alle bekende psychiatrische ziektebeelden met hun causale complex' zou moeten weergeven. De stukjes van de puzzel (de diagnoses, nemen wij aan) mogen niet op zichzelf bekeken worden of 'bij elkaar opgeteld' worden omdat daarmee de samenhang tussen de stukjes en hun plaats in het geheel van de puzzel onzichtbaar blijft. Zijn bezwaar tegen NEMESIS lijkt te zijn dat het de hele puzzel uit het oog zou doen verliezen.

In deze reactie willen wij ons standpunt over NEMESIS kort weergeven. In zijn soort (psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek) is NEMESIS, ook volgens Giel, 'tamelijk onberispelijk uitgevoerd'. Zijn kritiek heeft vooral betrekking op de waarde van dit soort studies op zich. We erkennen de tekortkomingen van deze studies, maar zijn in een aantal opzichten toch optimistischer dan Giel, zoals uit het volgende mag blijken.

We bespreken allereerst de door Giel genoemde tekortkomingen van NEMESIS.

Zijn eerste kritiekpunt betreft mogelijke vertaalproblemen van de Composite International Diagnostic Interview (CIDI), die ertoe zouden kunnen leiden dat de CIDI niet valide diagnosticeert. De CIDI werd ontwikkeld onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) en wordt in veel Nederlandse onderzoeken toegepast. Nederland heeft een eigen CIDI-centrum in Amsterdam, waar niet alleen interviewers worden opgeleid, maar ook problemen met de CIDI worden opgelost of teruggekoppeld naar de WHO. Het idee dat klinische interviews in dit opzicht beter zouden zijn, valt te betwijfelen. Ook 'klinische interviews' als de SCAN of de SCID zijn uit het Engels vertaald en gaan dus gebukt onder dezelfde mogelijke beperkingen.

Er ligt een fundamenteel probleem achter het punt dat Giel aansnijdt. De CIDI hanteert de – door de beroepsgroep van psychiaters zelf opgestelde – criteria van de DSM. Als Giel zich afvraagt of voldoende recht wordt gedaan aan de culturele bepaaldheid van psychopathologie en de uitingsvormen daarvan, dan richt zijn kritiek zich eigenlijk op de DSM als classificatiesysteem voor psycho-

pathologie en daarmee niet alleen op epidemiologisch bevolkingsonderzoek, maar óók op de klinische praktijk waar hulpverleners/psychiaters op vergelijkbare manier worstelen met deze kwestie. Ook wij zijn er een warm voorstander van om uiterst kritisch te kijken naar deze etikettering. Maar dat betekent niet dat er, tot er meer duidelijkheid en kennis is, geen epidemiologisch onderzoek uitgevoerd zou mogen of kunnen worden met de DSM als classificatiesysteem en/of de CIDI als onderzoeksinstrument.

Integendeel: epidemiologisch onderzoek zou een deel van de kennis kunnen leveren om dit soort vraagstukken te bestuderen.

Een extra probleem zou gevormd kunnen worden door de multicultureel samengestelde bevolking van Nederland: respondenten afkomstig uit groepen van etnische minderheden zouden de Nederlandse taal niet genoeg kunnen beheersen of symptomen en syndromen anders kunnen interpreteren. Wat een zwakte is van het NEMESIS-onderzoek wordt hier een 'kracht': in dit onderzoek werden – om pragmatische en niet te vergeten financiële redenen – enkel respondenten ondervraagd die de Nederlandse taal beheersten. Daarmee is de NEMESIS-populatie in dit opzicht enkel representatief voor de Nederlandse autochtone bevolking. Wij zien dit als een minpunt, maar niet om de reden die Giel noemt. Geen enkel onderzoek is overigens in staat alle vormen van psychopathologie in hun onderlinge samenhang in de totale bevolking te bestuderen. NEMESIS heeft zich beperkt tot DSM-As-I-stoornissen, onderzoekt geen allochtonen en geen dak- en thuislozen. Deze groepen vereisen elk een specifieke onderzoeksaanpak.

De tweede kritiek betreft de *non-respons*. Dit is in elk onderzoek en dus ook in NEMESIS een probleem en kenmerkend voor alle populatieonderzoeken. In vergelijking met andere populatieonderzoeken is de respons binnen NEMESIS zeer acceptabel. Afhankelijk van de wijze waarop de *non-respons* wordt berekend, bedraagt deze in NEMESIS 64,2% of 69,7% (Bijl e.a. 1998). Bovendien hebben wij voor een viertal relevante kenmerken (geslacht, burgerlijke staat, samenstelling van het huishouden, stedelijkheid) een zeer representatieve steekproef weten te trekken. Met NEMESIS kunnen wij dan ook geldige uitspraken doen over de geestelijke gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking. Giel verwacht hier hoge respons en representativiteit met elkaar. Kijken we bijvoorbeeld naar de veelgeroemde National Comorbidity Study van Kessler e.a. (1994) in de Verenigde Staten, dan zien we daar wél een relatief hoge respons (82,6%, onder meer gehaald door potentiële respondenten veel geld te bieden), maar tegelijkertijd is de representativiteit dubieus, omdat Kessler c.s. selectief gesampled hebben. Hun steekproef bevat een 'supplemental sample' (oververtegenwoordiging) van universiteitsstudenten, een feit dat bij de

berekening van de non-respons niet wordt meegenomen, terwijl verwacht mag worden dat onder studenten de non-respons aanzienlijk kleiner zal zijn dan onder andere groepen respondenten. In de NCS-publicaties wordt met ingewikkelde wegingsfactoren gewerkt om dat zo goed mogelijk te repareren. NEMESIS daarentegen is de eenvoud zelve: een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking met alleen enige ondervertegenwoordiging van de leeftijdscategorie 18 t/m 24 jaar, waarvoor poststratificatie is toegepast. De suggestie van Giel dat jeugdigen nagenoeg zouden ontbreken, is dan ook onjuist.

Over het effect van deze non-respons is moeilijk iets te zeggen. Omdat NEMESIS prospectief is, kunnen we de effecten van non-respons bij de uitval na de eerste meting nagaan. Ook de respons bij de tweede meting, na twaalf maanden, kan als acceptabel worden gezien: 79,4%. Dit is een percentage dat sterk overeenkomt met dat in de NIMH-Epidemiological Catchment Area Studie – eveneens een longitudinaal onderzoek – waar bij de tweede meting een respons van 80,2% werd gehaald (Eaton e.a. 1989). De uitval bij de tweede meting blijkt samen te hangen met een aantal demografische kenmerken, maar (gecorrigeerd voor demografie) nauwelijks met het niveau van psychopathologie tijdens de eerste meting (De Graaf e.a. 1998). Op grond hiervan durven we te veronderstellen dat het niveau van psychopathologie ook bij de non-respons bij de eerste meting geen grote rol heeft gespeeld.

Het probleem van de non-respons blijft overigens een netelig maar onontkoombaar probleem. Wij willen daar niet luchthartig over doen, wij vinden dat dit veel weg heeft van een ‘fact of life’ waar onderzoekers – en hun critici – mee moeten leren leven. Respondenten houden nu eenmaal minder van onderzoekers dan onderzoekers van respondenten.

Het derde kritiekpunt van Giel betreft het feit dat bij de eerste meting van NEMESIS de General Health Questionnaire (GHQ) als screeningsinstrument wordt gebruikt om iets meer over de non-respons te kunnen zeggen. Giel oppert hieromtrent een interessante hypothese: de GHQ zou kunstmatig lager kunnen uitvallen bij de non-respondenten omdat zij psychiatrische problemen – indien aanwezig – zouden kunnen ontkennen. Daar staat tegenover dat ook verwacht mag worden dat ontkenning van problemen zich manifesteert in de weigering om de GHQ in te vullen. Dat was immers bij 28% van de non-respondenten het geval. We weten het niet. We zijn het met Giel eens dat de scores op de GHQ in dit geval niet ondubbelzinnig te interpreteren zijn.

Giel stelt vervolgens dat de CIDI als onderzoeksinstrument ongeschikt is om psychosen en schizofrenie adequaat te detecteren. Dat is inderdaad een probleem, wat we ook hebben vermeld (Bijl

e.a. 1998). De ingezonden reactie van Dingemans (1999), ook in dit tijdschrift, lijkt dit probleem nog eens te onderstrepen, maar is volgens ons misleidend. Tussen zijn tekst en de bijgevoegde tabel is overigens een discrepantie. Wij concentreren ons daarom op de gegevens in zijn tabel. Deze laat het volgende zien. Bij 38 patiënten met psychotische verschijnselen wordt 13 maal een CIDI-diagnose schizofrenie, 12 maal de diagnose schizofreniforme psychose, 3 maal de diagnose reactieve psychose en 8 maal geen diagnose gevonden. Bij de beschrijving van de eerste resultaten van NEMESIS werden de hier genoemde diagnoses samengenomen onder de noemer 'schizofrenie'. Nog steeds is er een discrepantie tussen de klinische diagnoses en de CIDI-diagnoses, maar niet zo onthutsend als Dingemans doet voorkomen. Maar dit terzijde. Ook wij zijn van mening dat voor onderzoek naar de schizofrene stoornissen psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek als in NEMESIS niet de meest ideale vorm is. Om die reden is in NEMESIS ook bij alle respondenten die op één van de nagevraagde psychotische symptomen een bevestigend antwoord gaven (wel eens meegeemaakt?), een herinterview door een clinicus gehouden. Onze prevalentieschattingen zijn op deze herinterviews gebaseerd. Daarnaast zijn in NEMESIS analyses mogelijk van de verschillende psychotische symptomen, die bij alle respondenten werden nagegaan. Eerste pogingen daartoe leveren veelbelovende gegevens op (Van Os e.a. 1998). Of de tekortkomingen van NEMESIS op dit punt volledig hierdoor te ondervangen zijn, wagen ook wij echter te betwijfelen. Wij onderstrepen dan ook de conclusie van Dingemans dat de uitkomsten van NEMESIS niet gebruikt moeten worden voor het bepalen van de benodigde zorg voor deze specifieke groep patiënten. Overigens lijkt ons dat dit nooit op basis van diagnostische categorieën alléén zou moeten gebeuren.

Giels eigen gegevens, verkregen in een longitudinale studie bij voorheen klinisch opgenomen patiënten, met een looptijd van achttien jaar, leveren buitengewoon interessante bevindingen op (met name de life-time comorbiditeit van affectieve en schizofrene episoden). Iedere onderzoeker zal erkennen dat dergelijk onderzoek superieur is aan een eenmalig onderzoek (zoals feitelijk de eerste meting van NEMESIS, waarvan in het NTVG verslag werd gedaan) of aan een longitudinaal onderzoek met een looptijd van drie jaar (zoals de drie metingen van NEMESIS) als het gaat om het nauwkeurig en langdurig volgen van het beloop van bepaalde ziektebeelden in klinische populaties. Maar we weten ook dat zich in de bevolking mensen bevinden met vergelijkbare ziektebeelden die niet in behandeling komen. Voor het volgen van het beloop van de ziekte bij deze groep is een prospectieve bevolkingsstudie meer geschikt. Overigens is Giel in de bespreking van de resultaten van



zijn eigen onderzoek nogal luchthartig: de longitudinale metingen hadden betrekking op 'wat van dit cohort resteerde'. Om welk percentage het hier ging meldt hij niet, en ook niet wat de mogelijke effecten van deze uitval zouden kunnen zijn.

Een ander punt betreft het begrip comorbiditeit. Volgens Giel is het uitgangspunt van Kessler over comorbiditeit (het tegelijkertijd van toepassing zijn van twee of meer verschillende classificaties van psychopathologie) onjuist. Het 'optellen' van comorbide eenheden in het artikel van Ravelli e.a. (1998) is inderdaad een vereenvoudiging van dit complexe probleem. Dat is, we hebben het boven al aangestipt, een gevolg van het classificatiesysteem van de DSM, waar de CIDI op is gebaseerd. Wij beschouwen dit niet als het eindpunt van onze analyses, maar als een eerste begin. Verschillende pogingen tot verdere ontrafeling van dit probleem zijn op dit moment binnen het NEMESIS-project in voorbereiding. Zo zijn wij bezig met het maken van een meerdimensionale analyse van de verschillende syndromen, die zich waarschijnlijk, conform recent gerapporteerde analyses van Krueger e.a. (1998), tot betekenisvolle clusters zullen laten samenvoegen. Ook zullen wij beloopanalyses maken bij verschillende groepen van respondenten met comorbide stoornissen. Met NEMESIS is een enorme hoeveelheid gegevens verkregen, waar het laatste woord nog lang niet over gezegd is.

## LITERATUUR

- Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.
- Dingemans, P. (1999). Reactie op 'Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking, betreffende de gevoeligheid van de CIDI voor psychotische stoornissen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 58-61.
- Eaton, W.W., Kramer, M., Anthony, J.C., e.a. (1989). The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: Data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 163-178.
- Giel, R. (1998). Comorbiditeit, een dood spoor? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 565-569.

Tot slot roept Giel ons op om de klinische werkelijkheid niet te vergeten. Wat hij daarmee bedoelt lezen we in de omschrijving die volgt: een pleidooi voor intensief klinisch onderzoek bij patiëntenpopulaties. Wij betwisten de waarde van dergelijk onderzoek niet, zoals we ook hierboven al hebben aangegeven. Klinisch onderzoek en bevolkingsstudies kunnen elk een antwoord geven op bepaalde vragen. Zij zijn complementair. Het sterke punt van epidemiologische studies zoals NEMESIS is dat ruime aandacht kan worden besteed aan de sociale context van psychische problemen en – door de longitudinale opzet – mogelijke causale relaties tussen de sociale werkelijkheid en de manifestaties van psychopathologie. Ook geeft een dergelijke studie schattingen van de prevalentie en comorbiditeit van psychische problemen in de algemene bevolking. Wij zijn daardoor in staat om iets te zeggen over de wijze waarop de psychopathologie zich manifesteert bij die grote groep van respondenten die nooit met klinische zorg in aanraking komt, en dat percentage is buitengewoon groot. Clinici zelf weten als geen ander hoeveel mensen onbehandeld blijven of zich, om wat voor reden dan ook, aan hun behandeling menen te moeten onttrekken.

## CONCLUSIE

Uit het voorgaande mag duidelijk zijn dat wij optimistisch zijn over de mogelijkheden van een onderzoek als NEMESIS. NEMESIS is opgezet volgens de beste standaards in het internationale wetenschappelijke onderzoek naar psychopathologie in de algemene bevolking. Het kan zich meten met studies als de National Comorbidity Study en de Epidemiological Catchment Area Study, de twee toonaangevende studies in de Verenigde Staten (Kessler e.a. 1994; Regier e.a. 1984). Naast een inventarisatie van psychiatrische ziektebeelden wordt in NEMESIS een groot aantal gevalideerde en betrouwbare instrumenten afgenomen, die de psychologische en sociale werkelijkheid van de respondenten meten (psychologische kwetsbaarheid als neuroticisme, copingstijlen; sociale kwetsbaarheid; maten voor de kwaliteit van leven; familiegeschiedenis) en hun ervaringen met de verschillende zorgcircuits in kaart brengen (eerste, tweede en derde lijn, hulpzoekgedrag, satisfactie met de hulpverlening, medicijngebruik). Het unieke – ook internationaal – is dat NEMESIS een longitudinaal design heeft en straks over de data van meerdere meetrondes zal beschikken. Wij streven naar samenwerking met psychiaters en met klinische onderzoekers om de validiteit en de kwaliteit van de NEMESIS-dataset te toetsen en deze met de bevindingen van de bestaande klinische studies te vergelijken. Juist omdat NEMESIS zo veel informatie over de (nog) niet door de GGZ gedetecteerde psychische problemen bevat, zijn dergelijke vergelijkingen zinvol. We kunnen het ook anders zeggen: als er in Nederland een puzzel gelegd moet worden die meer inzicht kan geven in de psychiatrische ziektebeelden met hun causale complex, dan beschikken wij over essentiële puzzelstukjes. Wij kunnen niet de hele puzzel leggen, maar zonder onze puzzelstukjes zal ook de puzzel van de klinici niet compleet zijn.

R.V. BIJL, W.A.M. VOLLEBERGH, J. SPIJKER, R. DE GRAAF, A. RAVELLI,  
S. LAITINEN-KRISPIJN

## REACTIE op 'Comorbiditeit, een dood spoor?' (2)

Giel (1998) geeft in zijn commentaar op het NEMESIS-project onder andere aandacht aan het niet in de steekproef betrekken van daklozen en de populatie die in instellingen verblijft, en aan de zwakke punten van de ondervraging met de CIDI bij de herkenning van psychotische stoornissen. Men heeft het aantal mensen met schizofrene stoornissen in Nederlandse instellingen geschat

- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Smit, F., e.a. (1999). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Aangeboden voor publicatie.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krueger, R.F., Caspi, A., Moffitt, T.E., e.a. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 216-227.
- Os, J. van, Bijl, R.V., & Ravelli, A. (1998). Evidence for a psychosis continuum in the general population. Aangeboden voor publicatie.
- Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, 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, 531-545.
- Regier e.a. (1984). The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: Historical context, major objectives and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.

op ca. 5.000 patiënten. Dit maakt maximaal 0,05% van de volwassen bevolking uit. Het aantal daklozen zal vermoedelijk het percentage niet spectaculair doen opvrijzelen.

Er zijn meer schizofrene gebruikers in de gezondheidszorg dan ingeschat zijn volgens het NEMESIS-onderzoek, namelijk 20.000 in de bevolking en 5.000 in een psychiatrisch ziekenhuis, terwijl 50.000 patiënten jaarlijks in zorg zijn bij de GGZ voor schizofrenie (Ten Have & Bijl 1998). Dit roept vele vragen op. Niet zozeer een mogelijke ongevoeligheid van de CIDI-schaal voor schizofrene stoornissen, maar andere oorzaken en ervaringen ondersteunen de lage prevalentie van schizofrenie.

Schizofrenie wordt onzes inziens te veel gelijkgesteld met psychose. Een kritisch onderzoek van de inclusie- en exclusiecriteria van schizofrenie, zowel volgens DSM-IV als volgens de ICD-10, wordt niet voldoende zorgvuldig meegenomen bij de diagnostiek van schizofrenie. Er moet onder andere aandacht gegeven worden aan de volgende exclusiecriteria: een psychose als gevolg van middelengebruik, bijvoorbeeld cannabispsychose; een psychose als gevolg van hersenaandoening of organische aandoening (komt relatief minder voor); negatieve symptomen als gevolg van een depressie of neuroleptische medicatie (ICD-10); affectief gekleurde (stemmingscongruente) wanen en hardnekkige overwaardige ideeën, samen met hardnekkige hallucinaties; en een depressief of manisch syndroom dat aan de schizofrene symptomen voorafgegaan is. Zorgvuldiger differentiële diagnostiek leidt onzes inziens tot andere prevalentiecijfers.

Een ander probleem is de hoge prevalentie van negatieve symptomen van schizofrenie, die bij nader inzien veroorzaakt worden door een te langdurig gebruik van neuroleptica, zoals de dysforie en vooral de dysthymie, akinesie en akathisie, die kunnen leiden tot een depressief syndroom met anhedonie, anergie en dysforie; en een depressie die niet zo makkelijk te onderscheiden is van negatieve symptomen en/of een 'blunted effect'.

Onzes inziens is het van het grootste belang om tot een meer kritische diagnose omtrent schizofrenie en andere psychotische, vooral affectieve, stoornissen te komen.

#### LITERATUUR

- Have, M. ten, & Bijl, R. (1998). Veranderingen in GGZ-bereik. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 3, 227-239.
- Tanghe, A., & Vanhaeren, P. (1998). *Anders. Geestelijke Gezondheidszorg. Deel 3: Specifieke behandelingen. Hoofdstuk 10*, 203-213. Leuven/Apeldoorn: Garant Uitgevers.

A. J. TANGHE, E. BOLLEN, O. DRABS, H. DE KEYZER, A. DE MAESSCHALCK  
psychiaters  
G. DE BRUYN, K. VAN OECKEL  
geneesheren-specialist-in-opleiding