

## Commentaar

Op uitnodiging van de redactie

# B

### Comorbiditeit, een dood spoor ?

*door R. Giel*

Zie ook oorspronkelijk artikel: 'Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)' door Ravelli e.a. (p. 531-545)

#### Wat is comorbiditeit?

De rapportage van comorbiditeit door Ravelli en de haren (1997) doet denken aan het beschrijven van de stukken van een legpuzzel zonder duidelijke afbeelding. De maker van de puzzel heeft met een dunne figuurzaag keurige stukken gezaagd, in aantal dichter bij de 500 dan bij de 50, die door iedereen in elkaar zijn te passen, omdat ze nu eenmaal daartoe zijn gevormd. Een eigen betekenis hebben die stukken nauwelijks of niet, omdat de gehele afbeelding nog te vaag is. Die afbeelding zou het overzicht van alle bekende psychiatrische ziektebeelden met hun causale complex moeten weergeven. Hoewel de stukken nauwkeurig zijn te omschrijven door de maker of door degenen die de puzzel hebben leren leggen, weten we veelal niet wat ze elk voorstellen: een geheel ziektebeeld, een stukje ervan of niets anders dan wat symptomen die klonteren omdat ze elk met andere woorden min of meer hetzelfde verschijnsel beschrijven.

Het getuigt van een denkfout om de voorgevormde stukken van de legpuzzel (de stoornissen of syndromen uit DSM-III-R of ICD-10) als afzonderlijke (ziekte-)eenheden te beschouwen en te bestuderen. Daarmee geraken we in een vicieuze cirkel. Zo hebben de makers van legpuzzels over de psychiatrische morbiditeit hun producten ook niet bedoeld. De diagnostische puzzels zijn trouwens niet pas in de jaren tachtig ingevoerd, zoals de schrijvers van NEMESIS veronderstellen. De mens probeert al eeuwenlang de psychische morbiditeit in kaart te brengen. Rond de laatste eeuwwisseling heeft Kraepelin een stevige stoot gegeven aan de ontwikkeling van de kaart. In de jaren zeventig heeft de toelichting op hoofdstuk V (over de psychische morbiditeit) uit de achtste versie van de ICD geleid tot verdere internationale bezinning op de indeling van psychiatrische ziektebeelden, met als resultaat eerst de nog tamelijk slecht uitgezaagde ICD-9, en daarna de sterk door de DSM-III-R beïnvloede en veel nauwkeuriger ICD-10 (en DSM-IV).

## De steekproef en de CIDI

De onderzoekers van het NEMESIS-project ontlenen hun gegevens over psychische comorbiditeit in de Nederlandse bevolking aan een tamelijk onberispelijk uitgevoerd epidemiologisch onderzoek van een steekproef onder 18-64-jarigen. De uitvoerige rapportage in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (Bijl e.a. 1997) over de gebruikte methodiek prikkelt echter wel tot enige opmerkingen.

Wat allereerst opvalt, is dat er geen gewag wordt gemaakt van (ver)taalproblemen bij het gebruik van het centrale, in oorsprong Amerikaanse, interview ter vaststelling van psychische morbiditeit, het Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Wittchen (1994), een van de makers, meldt de soms te lange zinnen die het begrip van de respondent verstoren, en inconsistentie in de bewoordingen voor een en hetzelfde diagnostische criterium in een reeks vragen erover. Angst heeft wat dit betreft een minder betrouwbare reputatie tussen beoordelaars. In Nepal, Cambodja en Ethiopië veroorzaakte een sluitende vertaling van de CIDI een worsteling die in feite bij elke volgende toepassing telkens weer niet blijkt te zijn beslecht. Maar misschien is dit, omdat deze culturen en talen verder van de Amerikaanse afstaan dan de onze.

Kortmann (1986) heeft in zijn proefschrift over een simpel instrument als de Self Reporting Questionnaire van de WHO gewezen op de vals positieve antwoorden die kunnen worden gegeven als gevolg van problemen met de formulering, of de weliswaar helder geformuleerde, maar cultureel ontoepasselijke concepten, of de oneigenlijke motivering tot een antwoord van de respondent. Zouden deze problemen in het multiculturele Nederland niet aan de orde zijn, juist bij een steekproef uit de bevolking? Het gaat dan immers niet, zoals bij een klinische steekproef, bij het merendeel van de respondenten om abnormale ervaringen die ze maar al te goed kennen.

Daarnaast laten de onderzoekers een belangrijke categorie klachten, die van de somatoforme stoornissen, liggen. Ze beargumenteren deze (bewuste?) keuze niet, terwijl het toch om een belangrijke categorie van verschijnselen gaat, vooral vanwege hun duur en het doorgaans intensieve hulpzoekgedrag. De ervaring met de Schedules for the Clinical Assessments in Neuropsychiatry (SCAN), een meer klinisch georiënteerde semi-gestructureerde ondervraging, is dat het navragen van somatoforme klachten een zeer tijdrovende bezigheid kan zijn. Misschien was dit de reden van hun weglating?

Verder gaan de onderzoekers nogal luchthartig om met een bepaald aspect van de non-respons die ruim 35% betreft. Deze geldt significant vaker de leeftijdsgroep van 18-24 jaar. Dit is doorgaans de leeftijd waarop ernstige psychopathologie manifest wordt, vooral de psychosen. Om dit verlies alsnog recht te trekken, wordt aan de non-respondenten

de General Health Questionnaire (de 12-vragenversie) uitgereikt. De beperkte respons hierop haalt gemiddeld een iets lagere score dan de originele respondenten. De GHQ is een screeningsinstrument dat ernstige psychopathologie (van bijv. verslavings-, paranoïde en manische aard) kan missen, omdat deze door de betrokkenen wordt ontkend. De gemiddeld lagere GHQ-score van de non-respondenten is daarmee, paradoxaal genoeg, niet in tegenspraak. Met andere woorden: de GHQ levert geen goede informatie betreffende toch nog over de streep getrokken non-respondenten. De psychopathologie van de non-respondenten valt moeilijk te schatten, en een non-respons van ruim 35% is veel.

### Het probleem van de psychosen

De herkenning van psychotische stoornissen behoort tot de zwakke punten van de ondervraging met de CIDI. Dit instrument staat immers geen klinisch oordeel toe, gebaseerd op aan de situatie aangepaste vragen, die klinische vaardigheid en ervaring vereisen. In hun artikel over comorbiditeit vermelden de onderzoekers van NEMESIS de psychosen niet. Ze noemen in hun inleidende artikelen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (Bijl e.a. 1997, I en II) echter wel de tamelijk lage prevalenties voor schizofrenie en andere niet-affectieve psychosen. Deze zijn verkregen door middel van een herinterview met behulp van het klinische, semi-gestructureerde instrument Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). Helaas lezen we niets over de mogelijkheid van de met de CIDI verkregen vals psychose-negatieve respondenten.

Wij bepaalden in 1980 in twee noordelijke provincies de incidentie van deze psychosen en werden toen ook al getroffen door de zeer lage cijfers voor schizofrenie en het grotere aandeel in de psychotische morbiditeit van de reactieve psychosen (Giel e.a. 1980). We gebruikten toentertijd nog de Present State Examination (negende versie) en ICD-9 met een andere en minder duidelijk omschreven rangschikking van het affectieve aandeel in de symptomatologie. Naderhand hebben we wat van dit cohort resteerde herhaalde malen opnieuw onderzocht en geklassificeerd volgens ICD-10 en DSM-III-R (Wiersma e.a. 1998) om het beloop over lange termijn te leren kennen. Daarbij bleek dat affectieve en schizofrene episoden elkaar bij dezelfde persoon kunnen afwisselen, een bevinding die misschien echt de naam van comorbiditeit kan dragen en die consequenties kan hebben voor de therapie. We moesten zelfs een aantal stoornissen, gezien hun beloop, herclassificeren als bipolaire stoornissen. Dit is een belangrijke kwestie voor de ontwarring van wezenlijke comorbiditeit.

Intussen vormt hun lage incidentie geen goed argument voor het weglaten van de psychosen uit het NEMESIS-bevolkingsonderzoek, zeker niet als men op zoek wil naar de voorspellers van beloop en afloop

van psychische morbiditeit. In het verleden kreeg men een onjuist beeld van de psychische morbiditeit, doordat uitsluitend naar klinische populaties werd gekeken. Nu zou men door het tegenovergestelde te doen al bijvoorbeeld een te gunstig beeld van beloop en afloop scheppen. Bovendien maakt de meest ernstige en langdurige psychopathologie ondanks de lage incidentie een groot deel uit van de puntprevalentie, dat is de dagelijkse ziektelast waarmee de GGZ te kampen heeft.

Dezelfde redenering geldt voor het niet in de NEMESIS-steekproef betrekken van de in allerlei instellingen verblijvende of de dakloze populatie. Deze is veelal wel bekend bij de RIAGG en/of bij gemeentelijke diensten.

Bij ons bevolkingsonderzoek in 1969 in Stolwijk (Giel e.a. 1971) bleek het mogelijk de opgenomen inwoners via de gemeente en de huisartsen mee te laten tellen. Van ongeveer 2900 dorpelingen van 15 jaar en ouder bleken er 10 in een psychiatrisch ziekenhuis te zijn opgenomen.

Aangezien de onderzoekers van NEMESIS van plan zijn hun steekproef als een cohort verder te vervolgen, zullen ze een oplossing dienen te vinden voor de ondervraging van mensen met psychopathologie waartoe de CIDI zich niet goed leent, en van mensen die niet thuis zijn te onderzoeken.

### De sociodemografische variabelen

De onderzoekers stellen zich voor om sociodemografische determinanten van beloop en afloop op te sporen. Hiervoor is ook bezinning op de richting van de verbanden nodig. Men kan bijvoorbeeld stellen dat echtscheiding een grotere kans geeft op psychopathologie dan de gehuwde staat, maar het omgekeerde is misschien eerder het geval: psychopathologie geeft een grotere kans op echtscheiding. Voor beide is een precieze datering van het begin van alle narigheid nodig. En waar leggen we het begin van het proces van echtscheiding? En verder: wat is de betekenis van iemands stedelijkheid bij de verhuislustige Nederlandse bevolking uit onze qua omvang veranderlijke gemeenten? Misschien leidt enige bezinning wel tot de conclusie dat een dergelijke variabele onder de huidige omstandigheden geen betekenis heeft.

### Nog eens comorbiditeit

Heeft het onderzoek naar comorbiditeit helemaal geen zin? Natuurlijk heeft het dat wel! Dat blijkt wel uit ons eigen probleem van het ontwarren van bipolaire stoornissen en schizofrenie in een longitudinaal onderzoek. Maar het uitgangspunt van Kessler (1995) van comorbide elementen als ziekte-eenheden is onjuist. En vervolgens: het optellen van comorbide eenheden door Ravelli en het vervolgens opmerken dat

meervoudige comorbiditeit een grotere zorgbehoefte met zich meebrengt dan een enkelvoudige stoornis heeft veel van het intrappen van een open deur. De clinicus wist allang dat meer symptomen meer narigheid geven dan een enkel symptoom. Als de bestudering niet verder zou komen dan een dergelijke kwantitatieve analyse, dan zou het NEMESIS-team van onderzoekers wel eens op een dood spoor kunnen zitten. Misschien wreekt zich hier het ontbreken van een klinisch referentiekader. De verwerking en de integratie van de losse comorbide elementen (syndromen) tot klinisch zinvolle diagnostische eenheden of processen (voorzover mogelijk elk gebonden aan een herkenbaar causaal complex) met een typisch beloop en afloop, vormen juist de grootste uitdaging en zullen waarschijnlijk het meeste denkwerk vergen. Daartoe zullen de onderzoekers toch de klinische werkelijkheid in de gaten moeten houden. Voor het opsporen van voorspelbare patronen in het beloop en de afloop van diagnostische klassen kunnen ze misschien met vrucht hun toevlucht nemen tot een moderne techniek als de event history-analyse. Daarmee kan worden gepoogd overgangen van de ene comorbide toestand in de andere, met of zonder psychopathologie, in het perspectief van de tijd te plaatsen en tot een ziekteproces te verweven. Maar daartoe zijn veel metingen of retrospectieve beschrijvingen nodig met een nauwkeurige datering van alle relevante gebeurtenissen in het beloop. De CIDI leent zich hier niet voor.

### Literatuur

- Bijl, R.V., Van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2448-2452.
- Bijl, R.V., Van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Foulds, G.A. (1965). *Personality and personal illness*. Londen: Tavistock.
- Giel, R., & Le Nobel, C.P.J. (1971). Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 115, 949-954.
- Giel, R., Sauer, H.C., Slooff, C.J., e.a. (1980). Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 710-722.
- Jong, A. de (1984). *Over psychiatrische invaliditeit*. Groningen: Van Denderen.
- Jong, A. de (1984). Over psychiatrische invaliditeit. Academisch proefschrift, Groningen.
- Kessler, R.C. (1995). Epidemiology of psychiatric comorbidity. In M.T. Tsuang, M. Tohen & G.E.P. Zahner, *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss.
- Kortmann, F. (1986). *Problemen in transculturele communicatie*. Assen: Van Gorcum.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Slooff, C.J., e.a. (1980). Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 57-84.