

Over de culturele gebondenheid van As II van DSM-III-R

door G. Hellinga

Gepubliceerd in 1994, no. 1

Samenvatting

De criteria voor de elf persoonlijkheidsstoornissen (ps), zoals deze beschreven worden in het DSM-III-R systeem, As II, werden opgesteld door Noordamerikaanse psychiaters en getoetst op Noordamerikaanse populaties. De aanzienlijke verschillen in inschatting van gedragsvariabelen en persoonlijkheidstrekken tussen Noord Amerikanen en niet-Amerikanen belemmeren vergelijkend onderzoek betreffende As II pathologie over beide categorieën. Gedrag en persoonlijkheidstrekken die in de Verenigde Staten pathologisch gevonden worden kunnen in een niet-westerse cultuur normaal, of zelfs nastrevenswaard gevonden worden en wijzen dan dus niet op een ps. Indiase psychiaters zijn bij voorbeeld van mening dat met name de criteria voor cluster C ps-gedrag beschrijven dat normaal is voor een Hindoe-populatie. Voordat DSM-III-R, As II kan worden toegepast voor onderzoek van niet-westerse populaties zullen de criteria voor elke aparte cultuur zorgvuldig moeten worden aangepast. Maar ook dan zullen epidemiologische studies betreffende persoonlijkheidsstoornissen, over welke populatie dan ook, nooit meer dan anekdotische waarde hebben.

Inleiding

Tot kort geleden was de psychiatrische terminologie gebonden aan nationale gebruiken, hetgeen het altijd moeilijk heeft gemaakt om publikaties uit andere landen te beoordelen op de bruikbaarheid van de geboden informatie voor de eigen praktijk. Zolang er geen consensus was over termen als 'depressie', 'schizofrenie' en 'persoonlijkheidsstoornis' moest de lezer zich steeds grondig rekenschap geven van de socioculturele achtergrond van de auteur van een artikel. Gelukkig is daar met de ontwikkeling van classificatie-systemen als ICD en DSM veel in verbeterd. Nu lopen wij echter het gevaar van de vroegere onduidelijkheid door te schieten naar een 'fool's paradise' van schijnduidelijkheid, want de vertaalproblemen in de psychiatrische terminologie zijn verre van opgelost. Eén aspect van deze problematiek is het feit dat de opstellers van classificatie-systemen in hun denken en hun uitgangspunten gebonden zijn aan hun eigen culturele achtergrond. Voor wat betreft 'As I' problematiek wordt hieraan in toenemende mate aandacht besteed. A. Kleinman en B. Good bij voorbeeld, ontwikkelden met hun 'interpretatieve medische anthropologie' modellen en theorieën die universeel, dat wil zeggen over culturele grenzen heen toepasbaar zouden zijn - maar ook zij zijn duidelijk gebonden aan de Noordamerikaanse cultuur en maatschappij (Richters 1991). Bovendien hebben zij zich vrijwel alleen beziggehouden met psychopathologie, symptomen of syndromen die in het DSM-systeem op As I worden geplaatst: over de culturele betrekkelijkheid van persoonlijkheidspathologie hebben zij zich niet of nauwelijks uitgesproken. Vele anderen (bij voorbeeld Fabrega 1987, 1992; Lukoff e.a. 1992; Mezzich e.a. 1992; Van Moffaert en Vereecken 1989; Ngoma en Pierloot 1983) pleiten ervoor, nieuwe versies van DSM meer 'cultureel gevoelig' te maken. Met name wordt ervoor gepleit, de zogenaamde 'culture bound syndromes' in DSM op te nemen. Richters (1991) wijst er terecht op dat het eigenlijk niet reëel is om syndromen als latah, koro

of amok wel 'culture bound' te noemen, en daarvan niet te spreken bij ziekten als anorexia nervosa of jogging-verslaving. Het valt buiten het bestek van dit artikel, uitvoerig in te gaan op de culturele betrekkelijkheid van diagnostiek en classificatie van 'As I'-pathologie. Hierover is een groeiende literatuur beschikbaar; het probleem krijgt steeds meer de aandacht die het verdient. Des te merkwaardiger is het, dat er nauwelijks publikaties verschijnen over de culturele betrekkelijkheid van de DSM-criteria voor persoonlijkheidspathologie, terwijl dat probleem in nog veel sterkere mate speelt dan bij de soms gemakkelijker objectiveerbare ziektebeelden op As I. Dit artikel wil een aanzet geven tot discussie over de vraag, of het überhaupt mogelijk is om een algemeen classificatiesysteem op te stellen voor persoonlijkheidsstoornissen (ps).

As II van DSM-III-R

De werkgroepen die de criteria opstelden van de ps, zoals die op As II van het DSM-III-R-systeem (APA 1986) worden gebruikt, werden samengesteld uit leden van de American Psychiatric Association (APA) (Frances e.a. 1989; Kendell 1991; Widiger e.a. 1988), en de 'field trials' waarmee bekeken werd of men op het goede spoor zat, waren nationale (d.w.z. Noordamerikaanse) 'field trials'. Ook bij de voorbereiding van DSM-IV bleef het praktisch geheel een zaak van Noord Amerikanen. Zo vond er voor de nieuwe criteria voor de antisociale ps een multicentre trial plaats in Iowa, Pennsylvania, Massachusetts, British Columbia en St. Louis (Widiger 1992), waarmee wel voor grote aantallen patiënten kon worden gezorgd, maar niet voor een grote variatie in achtergrond. In het handboek voor DSM-III-R wordt op pag. XXVI wel gewaarschuwd voor het feit dat in andere culturen andere waarden kunnen gelden (enkele As I-voorbeelden worden genoemd) en dat 'the DSM-III- R categories are not based on extensive research with non-western populations'. Maar toch lijkt er met name op het gebied van As II-onderzoek nauwelijks iets gedaan te worden aan cultureel relativisme. In het handboek wordt bij mededelingen over de prevalentie van elke ps slechts bij één ps (de antisociale) vermeld dat het gaat om Amerikaanse mensen (waarmee dan uiteraard Amerikanen uit de Verenigde Staten bedoeld worden). Niet alleen lijkt men voorbij te gaan aan het feit dat gegevens over Amerikanen wellicht niet transposeerbaar zijn naar mensen uit andere culturen, maar ook het feit dat smeltkroes Verenigde Staten mensen bevat met totaal verschillende achtergronden blijft buiten beschouwing.

Alleen al in ons kleine land worden allerlei gedragingen in Staphorst anders gewaardeerd dan in de Bijlmer of Bergen op Zoom; zullen normen en waarden in Kratingen of Amsterdam-Zuid anders zijn dan rond het Centraal Station van Amsterdam of Rotterdam, en beoordelen vijftigplussers bepaald gedrag anders dan zestienjarigen. Desondanks kan er wel een zeker beeld worden geschilderd van die karaktertrekken en gedragsspatronen die het mogelijk maken, in Nederland min of meer te functioneren in interpersoonlijke relaties, adequaat in te spelen op normale maatschappelijke problemen of zich in een werksituatie staande te houden. De criteria voor ps zullen dan ook in ons land in grote lijnen niet veel verschillen van die van het DSM-III-R-systeem.

De epidemiologie van persoonlijkheidsstoornissen

De diversiteit van de verschillende bevolkingsgroepen in ons land is echter beperkter dan die van Noord-Amerika (over de rest van de wereld zullen wij het later hebben) en dat lijkt de vele auteurs te ontgaan, die met onderzoek bij heel beperkte groepen Noord Amerikanen willen aantonen hoe het met de epidemiologie van ps in 'normale populaties' is gesteld. Een tamelijk willekeurige greep uit de grote hoeveelheid artikelen betreffende de epidemiologie van ps kan dat illustreren.

Reich e.a. (1988, 1989) vonden dat ongeveer 11% van de mensen in 'de algemene bevolking' (waarmee bedoeld wordt: mensen in Iowa USA) een of meer ps hadden. Ook bij een onderzoek naar het voorkomen van de zelf-kwellende ps (Reich 1987) betreft het de (blanke) bevolking van Iowa. Dat

is wat zij een 'normal population' noemen. Het is zeer de vraag hoe de vergelijking zou uitvallen met de 'normale bevolking' van andere gebieden van de USA. In California zal bij voorbeeld binnen enkele jaren meer dan de helft van de bevolking bestaan uit niet- WASPS (d.w.z.: niet-White Anglo-Saxon Protestants)!

Zimmerman en Coryell (1990) vermelden 13,5% in de gemeenschap met een of meer ps (als de SIDP gebruikt wordt) en 10,3% als de PDQ gebruikt wordt. Zij vermelden niet waar zij hun populatie vandaan hebben, maar in een ander artikel van hun hand over hetzelfde onderwerp (1989) wordt Iowa vermeld. Dat zij het niet nodig vonden de plaats van de onderzochte bevolking te noemen in hun artikel van 1990 kan aangeven dat deze er naar hun mening niet toe doet.

Widiger en Weissman (1991) vermelden als percentages borderline ps in de gewone bevolking getallen die variëren van 0,2% tot 1,8%. Die grote verschillen kunnen op vele manieren verklaard worden: verschillende instrumenten geven verschillende uitslagen (zie bij voorbeeld Kavoussi e.a. 1990; Renneberg e.a. 1992), en methodologische fouten of de manier waarop men zijn onderzoekspersonen recruteert kunnen allemaal een rol spelen. Eén mogelijke oorzaak van zulke grote verschillen wordt echter niet vermeld: het feit dat in de ene staat, in de ene stadswijk, in het ene land misschien veel meer factoren een rol spelen die tot borderline pathologie kunnen leiden dan in andere.

Soms worden er inderdaad demografische factoren in het onderzoek betrokken. Casey en Tyrer (1990) vergeleken bij voorbeeld het voorkomen van ps in een plattelandspraktijk en in een praktijk in een grote stad (Nottingham). De getallen zal ik u besparen, want die liggen misschien geheel anders in Londen, Los Angeles of Lima. De enige conclusie die uit deze getallen getrokken kan worden en (wellicht?) meer algemene waarde heeft, is dat er meer ps voorkomen in de praktijk van huisartsen in een grote stad dan op het platteland, maar dat lijkt nauwelijks een verrassend gegeven.

Ook onderzoekers uit niet-westerse culturen besteden opmerkelijk weinig aandacht aan de transculturele betrekkelijkheid van de beschrijvingen van ps. Makaremi (1990) heeft bij voorbeeld onderzocht hoe vaak een theatrale ps voorkomt bij studenten in Iran en vond een lager percentage dan in Engeland. Als instrument gebruikte hij echter de Middlesex Hospital Questionnaire, waarvan de vragen verwijzen naar DSM-criteria voor de theatrale ps, maar waarvan men zich kan afvragen of die vragen wel klakkeloos kunnen worden gebruikt in een andere cultuur. Een van de items op die vragenlijst is bij voorbeeld: 'Do you often spend a lot of money on clothes?', hetgeen in het repressief-fundamentalistische Iran vermoedelijk veel vaker negatief beantwoord zal worden door overigens mogelijk wel theatrale ps dan in het liberale Engeland.

Weissman (1993) geeft een overzicht van de epidemiologische studies over ps. Daarvan vond er slechts één plaats in een land met een niet-westerse cultuur: Taiwan. Bij dat onderzoek blijkt dat de antisociale ps veel minder vaak voorkomt dan in de Verenigde Staten. Als instrument werd daarbij de DIS gebruikt, zonder dat de Taiwanese onderzoekers zich lijken te hebben afgevraagd of dat instrument wel goed bruikbaar is in Taiwan: de meeste DSM-stoornissen komen volgens de DIS veel minder vaak voor op Taiwan dan in westerse landen, vermoedelijk onder andere als gevolg van onderrapportage op grond van gêne over het hebben van problemen (Compton e.a. 1991).

Maier e.a. (1992) vonden bij de door hen onderzochte Zuidwestduitse bevolking 9,6% respectievelijk 10,3% ps bij mannen respectievelijk vrouwen. Zij stelden: (deze) 'overeenstemming met Amerikaanse studies is belangrijk, gezien de verschillen in populaties, cultuur en levensstijl tussen het Middenwesten van de Verenigde Staten en Zuidwest- Duitsland'. Zo erg verschillend zijn die populaties natuurlijk niet, vergeleken met Eskimo's, Boliviaanse Indianen en Centraal-Chinezen, maar zelfs bij deze geringe verschillen is er al een duidelijk ander patroon als men naar specifieke ps kijkt: in de Amerikaanse populatie wordt betrekkelijk vaak een antisociale ps gezien, in de Duitse is dat niet

het geval. Maier e.a. stellen dat de verwoording van de criteria zich slecht zou kunnen lenen voor het identificeren van antisociale ps in niet-Amerikaanse landen, waarbij zij er overigens vanuit gaan dat de getallen voor Iowa typisch zijn voor de Verenigde Staten in het algemeen.

Wanneer bij twee relatief weinig van elkaar verschillende culturen reeds verschillen zijn aan te tonen, kan men zich afvragen wat een vergelijking tussen twee volslagen verschillende culturen zou opleveren. En toch toonden Maser e.a. (1991) aan dat DSM-III en DSM-III-R meer gebruikt worden over de gehele wereld (voor onderwijs, research en klinische diagnostiek) dan ICD. Daarbij wordt overigens wel aangetekend dat As II volgens de schriftelijk geïnterviewde clinici de meeste problemen oplevert en het meeste aan revisie toe is. Het is niet verwonderlijk dat As II problemen oplevert; dat is zelfs al het geval in de Verenigde Staten en in Nederland (Hellinga 1992a). Het is echter zeer de vraag of 'revisie', van welke aard ook, die problemen zou kunnen oplossen. De bruikbaarheid van As II van DSM voor vergelijkend onderzoek over de gehele wereld wordt namelijk door zes verschillende redenen beperkt.

Methodologische problemen

Het voorkomen van ps wordt onderzocht door middel van interviews of door vragenlijsten. Aan beide methoden kleven bezwaren, als zij worden toegepast bij transcultureel onderzoek.

I. Interviews.

1. Eén onderzoeker kan zowel in (bij voorbeeld) de Verenigde Staten als in een niet-westers land hetzelfde onderzoek doen met een (semi)gestructureerd interview en de uitkomsten vergelijken. Echter: alleen wanneer beoordelaar en beoordeelde van hetzelfde ras zijn, wordt de diagnose neutraal gesteld (Loring en Powell 1988).

2. Het vergelijken van de resultaten van onderzoek, verricht door twee onderzoekers uit verschillende culturen die elk hun eigen populatie onderzoeken zal op een ander probleem stuiten.

Tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid is bij onderzoek binnen één cultuur al een bekend methodologisch probleem, maar bij beoordelaars uit verschillende culturen wordt dat probleem nog veel groter. Zo toonden Mann e.a. (1992) bij voorbeeld aan dat hyperactiviteit bij kinderen door Chinese en Indonesische clinici veel hoger wordt gescoord dan door Japanse en Amerikaanse collega's. Cross-culturele vergelijking van prevalentie van hyperactiviteit bij kinderen is dus zonder correctie voor zulke perceptuele verschillen niet mogelijk. Wanneer het beoordelen van één soort welomschreven gedrag (aan de hand van tien-minuten durende video-opnames) al zulke generaliseerbaarheidsproblemen oplevert, kan men zich voorstellen dat dat bij het beoordelen van (combinaties van) persoonlijkheidstrekken (aan de hand van gedrag over de jaren heen, in allerlei situaties in het normale leven van de te beoordelen mensen) nog lastiger zal zijn.

3. Meestal geschiedt het beoordelen van vage neurotische klachten minder betrouwbaar dan het beoordelen van helder omschreven klinische beelden. Tseng e.a. (1986) toonden aan dat dat in nog sterkere mate het geval is bij een vergelijking tussen westerse beoordelaars en, bij voorbeeld, Chinese. Amerikaanse, Japanse en Chinese onderzoekers stelden ongeveer dezelfde diagnoses op grond van video-tapes en ziektegeschiedenissen, wanneer het ging om helder omschreven klinische beelden, maar wanneer het ging om vage neurotische klachten bleken er uitgesproken culturele verschillen te zijn in de gestelde diagnoses. Verschillen die konden worden verklaard uit het feit dat zaken als somatiseren of het openlijk hebben van een probleem in verschillende culturen anders worden gewaardeerd. Men kan zich voorstellen dat het beoordelen van habituele gedragspatronen en relationele patronen minstens even sterk door de culturele achtergrond van de beoordelaars beïnvloed zal worden.

II. De andere mogelijkheid is het gebruik van vragenlijsten. Daarbij doen zich de volgende problemen voor:

4. Dat verschillende beoordelaars al zo door hun cultuur 'gekleurd' oordelen, maakt het waarschijnlijk dat respondenten uit twee verschillende culturen bij self-report vragenlijsten eveneens hun antwoorden sterk zullen laten beïnvloeden door hun cultuur.

5. Daar komt nog bij dat zulke vragenlijsten veel slechter toepasbaar kunnen zijn in de ene cultuur dan in de andere. Giel (1984) beschrijft bij voorbeeld hoe vragen, die in Nederland bij een positieve beantwoording zouden wijzen in de richting van een psychose, in Ethiopië hoogstens wijzen op neurotische problematiek, omdat de achtergrond en de sociale situatie van de respondenten een positief antwoord veel waarschijnlijker maken dan in ons land het geval zou zijn.

6. Bovendien kan men zich afvragen of onderzoekers en respondenten in niet-westerse culturen de nuances van de verwoording van criteria op dezelfde manier zullen aanvoelen als de westerse opstellers ervan bedoelden. Kleine verschillen kunnen daarbij grote effecten hebben: Blashfield e.a. (1992) toonden aan dat kleine, ogenschijnlijk onbelangrijke veranderingen in de verwoording van criteria soms tot grote verschillen in diagnoses kunnen leiden.

Kortom: één onderzoeker kan geen gelijkwaardig oordeel vormen over het voorkomen van ps in twee culturen; de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van onderzoekers uit verschillende culturen is nog slechter dan tussen onderzoekers uit dezelfde cultuur; en voor wat betreft de instrumenten zijn er grote problemen te verwachten bij het toepassen zowel van zelfbeoordelingsvragenlijsten als van niet-gestructureerde interviews. Betrouwbaar transcultureel onderzoek is dus niet goed mogelijk, en in niet-westerse culturen kan niet op dezelfde wijze gebruik worden gemaakt van As II van het DSM-systeem als Noord Amerikanen in hun land doen.

Hoe valt dan te verklaren dat Maser e.a. (1991), eerder geciteerd, vrij algemene en toenemende waardering over de gehele wereld, voor het DSM-systeem konden rapporteren? Hun onderzoek vertoont ernstige tekorten. Allereerst is er de selectie van de respondenten: men koos hen uit het adressenbestand van het Schizophrenia Bulletin, en uit de auteurs van artikelen van de Acta Psychiatrica Scandinavica en diverse Amerikaanse publikaties. Zij vermelden zelf in hun artikel dat men alleen in Amerikaanse periodieken gepubliceerd wordt wanneer men het DSM-systeem gebruikt en dat hun keuze van de respondenten, die dus al hebben aangetoond dat zij werken met het DSM-systeem, een selectie richting adhesie kan inhouden. De auteurs erkennen zelf wel dat deze selectie methodologisch zwak is, maar hopen dat 'the rather large number of subjects in the survey mitigated major bias'. Dat lijkt echter niet juist: de spreiding over de wereld is namelijk allerm minst groot. Zij stuurden een vragenlijst over het oordeel betreffende de bruikbaarheid van DSM naar 273 professionals in 57 landen, en kregen antwoord van 146 uit 42 landen. Daarvan kwamen er 82 uit Westeuropese, en 20 uit sterk daarmee verwante landen (Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Israël en Zuid-Afrika). Dat wil zeggen: slechts 44 antwoorden kwamen uit landen waarvan de cultuur niet-westers is, en van die 44 antwoorden is het ook nog mogelijk dat die juist kwamen van sterk op het westen georiënteerde respondenten, die wellicht niet typerend zijn voor hun collega's in hun land. Twee antwoorden uit Zwart-Afrika, één uit Noord-Afrika, vijf uit voormalig Oost-Europa zijn geen getallen waaruit conclusies getrokken kunnen worden over de acceptatie van het DSM-systeem in die culturen. Wat was bij voorbeeld de culturele achtergrond van die ene Indiase psychiater (van de vier aangeschrevenen) die reageerde?

Hierboven werden zes redenen besproken om te twijfelen aan de mogelijkheid dat er ooit betrouwbare epidemiologische vergelijkingen gedaan zullen kunnen worden tussen twee culturen. Maar er is nog een zevende reden, waarom, ook als het ooit mogelijk zou worden beoordelingsinstrumenten te

ontwikkelen waarmee mensen uit verschillende culturen werkelijk met elkaar vergeleken zouden kunnen worden, te betwijfelen of de epidemiologische gegevens betreffende persoonlijkheidsstoornissen ooit met elkaar vergeleken zullen mogen worden. Want gedrag dat onaangepast is in de ene cultuur (en reden kan zijn voor een classificatie op As II), kan volmaakt aangepast, wenselijk en prijzenswaard zijn in een andere cultuur. Iemand die habitueel zulk gedrag vertoont zal dus in twee van elkaar verschillende culturen wel dezelfde persoonlijkheidsdiagnose kunnen krijgen, maar in de ene cultuur bij de percentages ps worden ingedeeld en in de andere bij de percentages gezonden.

Een onderzoek in India

Tot dusverre benaderden wij dit onderwerp vanuit een Westeuropese achtergrond. Men kan hiertegen inbrengen dat dit een erg theoretische benadering is, en dat het in werkelijkheid wellicht allemaal wel meevalt. Immers, de auteur van dit artikel kan de culturele verschillen 'van buiten af' misschien wel geheel fout inschatten. Dat is waar: een duidelijk voorbeeld hiervan was de veronderstelling van de auteur dat iemand die in India kiest voor het leven van een sadhu, een 'holy man', volgens de criteria van DSM een schizoïde ps zou hebben, terwijl hij uitstekend in de Indiase maatschappij geïntegreerd is. Hij veronderstelde dat dit een voorbeeld was van (voor een Hindoe-populatie) niet-pathologisch gedrag dat (door VS-psychiaters) pathologisch genoemd zou worden. Bij navraag bij Indiase psychiaters bleek echter dat ook Hindoe-psychiaters van mening zijn dat sadhus in verreweg de meeste gevallen wel degelijk gestoord zijn: ze gebruiken doorgaans drugs, laten geheel en al door anderen voor zich zorgen, gaan alle confrontaties uit de weg, vluchten weg van de gewone wereld en de spanningen van de maatschappij. Ook voor Indiërs is dat, in die mate, pathologisch. Het feit dat uitzonderlijk gedrag in een cultuur anders gewaardeerd wordt dan in de onze hoeft nog geen ontkenning in te houden van het feit dat het toch wel pathologisch is. Kennelijk is de mening van psychiaters uit een niet-westerse cultuur nodig, om te zien of de hierboven verdedigde stellingen kloppen.

Deze stellingen waren: 1. 'Mensen in een niet-Noordamerikaanse cultuur zullen de verwoording van de criteria voor de ps niet op dezelfde manier beleven, inschatten en gebruiken als Noordamerikaanse psychiaters doen', en 2. 'De waardering voor de verschillende karaktertrekken die leiden tot een ps-classificatie kan totaal anders zijn in een niet-Noordamerikaanse cultuur dan in de Verenigde Staten'.

Ten einde deze twee beweringen te toetsen werd in januari 1993, tijdens de 45e jaarlijkse conferentie van de Indian Psychiatric Association aan 18 Indiase psychiaters een semigestructureerd interview afgenomen. Zij werkten onder andere in Chandigarh, Delhi, Lucknow, Calcutta, Madras, Bangalore, Bombay en Jaipur en vertegenwoordigden dus een spreiding over geheel India. In leeftijd varieerden zij van 27 tot ruim 50 jaar, maar het merendeel was 30 tot 40 jaar oud. Aanvankelijk luidde de eerste vraag: 'Do you know the classification-system DSM-III-R?', maar mijn eerste Indiase respondent wees mij erop dat die formulering voor Indiërs wellicht beledigend zou kunnen zijn en stelde voor ervan te maken: 'Are you aware of the classification-system DSM-III-R?' Een fraai voorbeeld van gevoeligheden waarvan mensen uit een andere cultuur zich niet bewust kunnen zijn! Vervolgens werden met die psychiaters die met het DSM-systeem vertrouwd waren alle criteria voor de elf ps doorgenomen, waarbij hen gevraagd werd wat zij vonden van het al dan niet bruikbaar zijn van die criteria, voor het op persoonlijkheidspathologie beoordelen van hun patiënten. Op twee uitzonderingen na waren allen (zeer) kritisch ten aanzien van de toepasbaarheid van As II op hun populatie. Hier volgt een korte samenvatting van de resultaten.

In grote lijnen kan men zich in India vinden in de beschrijvingen van de paranoïde, de schizotypische, en de borderline ps. Er is tamelijk veel kritiek op (maar bepaald geen consensus over) een aantal criteria voor de theatrale, narcistische en obsessief-compulsieve ps. Men is van mening dat er in India ongetwijfeld veel antisociale ps voorkomen, maar dat die op geheel andere wijze beschreven zouden moeten worden dan in DSM-III-R gebeurt. En ten slotte: er zijn zoveel criteria van de schizoïde, de ontwijkende, de afhankelijke en de passief-agressieve ps die gedrag beschrijven dat in India volstrekt normaal, zo niet juist uitgesproken nastrevenswaard gevonden wordt, dat men wel kan spreken van dergelijke persoonlijkheden, maar niet van persoonlijkheidsstoornissen (waarvoor immers geldt dat zij leiden tot sociaal dysfunctioneren en verminderde aanpassing aan de eigen omgeving). Bovendien spreken veel van de voorbeelden die in de criteria vermeld worden ter verduidelijking, de Indiase respondenten volstrekt niet aan. De gedragingen, zoals in de criteria beschreven, werden wel herkend maar zouden in vele gevallen noch door henzelf, noch door hun patiënten, noch door de gemeenschap als geheel op zichzelf pathologisch gevonden worden, zodat zij niet zouden leiden tot een ps-classificatie. Alleen wanneer het gedrag zo extreem zou zijn dat het ook voor een Hindoe-populatie buiten de norm zou vallen en zou leiden tot sociaal dysfunctioneren en verminderde aanpassing aan de eigen omgeving, zou het leiden tot een classificatie op As II.

Dat is het bezwaar van een categoriale classificatie, waarbij iemand óf wel, óf niet geacht wordt bepaald gedrag te vertonen. Wanneer in plaats van de huidige categoriale opzet van As II gekozen zou worden voor een meerdimensionele opzet (zie verder: Hellinga 1992b), zou met behulp van aparte matrijzen per dimensie een eenvoudige aanpassing mogelijk zijn voor elke min of meer welomschreven cultuur, zodat gedrag kan worden beoordeeld op deviantie en/of pathologie voor de cultuur waarin de betrokkene leeft. Onderzoek in verschillende culturen zou daarmee nog steeds niet onderling vergelijkbaar zijn, maar de criteria van As II van DSM zouden dan in elk geval wel in allerlei culturen bruikbaar zijn, zonder dat daarvoor al te ingrijpende aanpassingen aan steeds weer andere culturen en sociale situaties nodig zouden zijn.

Conclusies

De Angelsaksische vakliteratuur op het gebied van ps wordt overstroomd met artikelen over het voorkomen van ps. De getallen variëren sterk, zowel door de selectiecriteria als door de keuze van onderzoeksinstrumenten. Men stelt dan dat nader onderzoek met een nog betere methodologische opzet, tot nog betrouwbaarder gegevens zal kunnen leiden. De basale vraag blijft echter: is er ook maar iets op het gebied van ps te zeggen dat gegeneraliseerd mag worden naar andere religies, demografische categorieën, rassen of regio's van onze planeet?

Het is waarschijnlijk dat bepaalde culturen het ontwikkelen van sommige persoonlijkheidstrekken sterker bevorderen dan andere, hetgeen kan leiden tot het vaker voorkomen van excessief gedrag op die dimensie en dus tot bepaalde ps. Voorbeelden zouden kunnen zijn: obsessief-compulsief gedrag in een prestatiegerichte maatschappij; of gedrag dat wordt beschreven bij de antisociale ps, in een gemeenschap waarin zeer veel mensen onder de armoedegrens leven of in een burgeroorlog verstrikt zitten; of persoonlijkheidstrekken zoals die in cluster C worden beschreven, in de Indiase cultuur. In een cultuur waar 'vastigheid' biedende factoren (zoals religie, sociale gebruiken, sociale controle, geringe veranderingen over langere tijd) meer verloren gegaan zijn dan in andere culturen, kan men misschien meer borderline pathologie verwachten dan in stabielere culturen. Het zou dus boeiend kunnen zijn de prevalentiecijfers van die verschillende culturen met elkaar te vergelijken.

Vooralsnog lijkt het echter niet mogelijk dat zoiets ooit op een betrouwbare manier gedaan kan worden. Het ziet er naar uit dat al die gedetailleerde epidemiologische studies en de bevindingen die eruit resulteren slechts anekdotische waarde hebben.

Noot

1. Een gedetailleerd overzicht van het oordeel van deze collega's over alle aparte criteria zou te veel ruimte vergen. Het is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.

Literatuur

American Psychiatric Association (1986), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

(3rd ed., Revised). Washington D.C.

Blashfield, R., N. Blum en B. Pfohl (1992), The Effects of Changing Axis II Diagnostic Criteria. *Comprehensive Psychiatry* 33, 245-252.

Casey, P.R., en P. Tyrer (1990), Personality Disorders and Psychiatric Illness in General Practice. *British Journal of Psychiatry* 156, 261-265.

Compton, W.M., J.E. Helzer, H.G. Hwu, E.K. Yeh, L. McEvoy, J.E. Tipp en E.L. Spitznagel (1991), New methods in cross-cultural psychiatry: psychiatric illness in Taiwan and the United States. *American Journal of Psychiatry* 148, 1697-1704.

Fabrega, H. (1987), Psychiatric Diagnosis, A Cultural Perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 383-393.

Fabrega, H. (1992), Commentary. Diagnosis Interminable: Toward a Culturally Sensitive DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 5-7.

Frances, A.J., T.A. Widiger en H.A. Pincus (1989), The Development of DSM-IV. *Archives of General Psychiatry* 46, 373-375.

Giel (1984), *Vreemde zielen. Een sociaal-psychiatrische verkenning in andere culturen*. Boom, Meppel.

Hellings, G. (1992a), De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: problemen in de praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 400-411.

Hellings, G. (1992b), De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: een meer-dimensionele benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 497-505.

Kendell, R.E. (1991), Relationship Between the DSM-IV and the ICD-10. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 297-301.

Kleinman, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*. UC Press, Berkeley.

Loring, M., en B. Powell (1988), Gender, Race, and DSM-III: A Study of the Objectivity of Psychiatric Diagnostic Behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 29, 1-29.

Lukoff, D., F. Lu en R. Turner (1992), Toward a More Culturally Sensitive DSM- IV. Psychoreligious and Psychospiritual Problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 673-682.

- Maier, W., D. Lichtermann, Th. Klingler, R. Heun en J. Hallmayer (1992), Prevalence of Personality Disorders (DSM-III-R) in the Community. *Journal of Personality Disorders* 6, 187-196.
- Makaremi, A. (1990), Histrionic Personality Disorder Among Iranian High School and College Students. *Psychological Reports* 66, 835-838.
- Mann, E.M., Y. Ikeda, C.W. Mueller, A. Takahashi, K.T. Tao, E. Humris, B.L. Li en D. Chin (1992), Cross Cultural Differences in Rating Hyperactive-Disruptive Behaviors in Children. *American Journal of Psychiatry* 149, 1539-1542.
- Maser, J.D., C. Kaelber en R.E. Weise (1991), International Use and Attitudes Toward DSM-III and DSM-III-R: Growing Consensus in Psychiatric Classification. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 272-279.
- Mezzich, J.E., H. Fabrega en A. Kleinman (1992), Editorial: Cultural Validity and DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 4.
- Moffaert, M. van, en A. Vereecken (1989), Somatization of Psychiatric Illness in Mediterranean Migrants in Belgium. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1, 1-17.
- Ngoma, M., en R. Pierloot (1983), Les Manifestations hystériques en Afrique Noire. Une étude-pilote menée au CNPP Kinshasa. *Acta Psychiatrica Belgica* 83, 488- 500.
- Reich, J. (1987), Prevalence of DSM-III-R Self Defeating (Masochistic) Personality Disorder in Normal and Outpatient Populations. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 52-54.
- Reich, J., M. Nduaguba en W. Yates (1988), Age and Sex Distribution of DSM-III Personality Cluster Traits in a Community Population. *Comprehensive Psychiatry* 29, 298-303.
- Reich, J., W. Yates en M. Nduaguba (1989), Prevalence of DSM-III Personality Disorders in the Community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24, 12- 16.
- Richters, J.M. (1991), *De medisch antropoloog als verteller en vertaler* (diss.). Heemstede.
- Rogler, L.H. (1992), Editorial: The role of culture in mental health diagnosis: the need for programmatic research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 745-747.
- Tseng, W.-S., X. Di, K. Ebata, J. Hsu en C. Yuhua (1986), Diagnostic Patterns for Neuroses in China, Japan, and the United States. *American Journal of Psychiatry* 143, 1010-1014.
- Weissman, M.M. (1993), The epidemiology of Personality Disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, suppl. 44-62.
- Widiger, Th.A., A. Frances, R.L. Spitzer en J.B.W. Williams (1988), The DSM-III- R Personality Disorders: An Overview. *American Journal of Psychiatry* 145, 786- 795.
- Widiger, Th.A., en M.W. Weissman (1991), Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 1015-1020.
- Widiger, T.A. (1992), DSM-IV in Progress. Antisocial Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 43, 6-8.

Zimmerman, M., en W. Coryell (1989), DSM-III Personality Disorder Diagnoses. *Archives of General Psychiatry* 46, 682-689.

Zimmerman, M., en W.H. Coryell (1990), Diagnosing Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry* 47, 527-531.

Summary: On the applicability of DSM-III-R axis II in non- American populations

The criteria for the eleven personality disorders were determined by American psychiatrists and evaluated in field trials with American populations.

Trans-cultural comparison using DSM-III-R terminology has limited itself to axis I disorders, and this is understandable: considering the significant differences in evaluation of behavioral characteristics and personality traits by American and by non-American people, it is almost impossible to compare evaluations made by non- American evaluators with the American ones. Behavior and personality traits that are considered pathological in the USA may be considered normal, adaptive and even praiseworthy in another culture and would then not identify a personality disorder. In a pilot study with Hindu-psychiatrists, many of the criteria, especially for cluster C personality disorders, turned out to describe behavior which is considered quite normal and adaptive in a Hindu-society. The criteria for personality disorders will have to be evaluated for each well-defined non-American culture, before DSM-III- R axis II can be applied to its population. Until then, all publications regarding the epidemiology of personality disorders in 'the normal population' will only be of anecdotal value.

De auteur is collegae R. Giel, M. van Moffaert en W. van Tilburg erkentelijk voor hun opmerkingen bij een eerste versie van dit artikel.

De auteur is als A-opleider psychiatrie verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Zon en Schild, Utrechtseweg 268, 3818 EW Amersfoort.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 2-8-1993.