

Differenze di genere nei disturbi di personalità in un campione di pazienti psichiatrici ospedalizzati

Gender differences in personality disorders in a population of hospitalized psychiatric patients

M.G. MARINANGELI*
F. STRUGLIA*
M. ANIELLO*
A. ROSSI**

* Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila;

** Unità Operativa di Psicologia Clinica, "Villa Serena", Città S. Angelo, Pescara

Key words

Personality disorders • Gender • SCID-II

Correspondence: Prof. Alessandro Rossi, Cattedra di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila, via Vetoio Coppito 2, 67100 L'Aquila, Italy
Tel. e Fax +39 0862 433602
E-mail: alessandro.rossi@cc.uni-vaq.it

Summary

Objective

Aim of the study was to investigate the presence of gender differences in the prevalence of Personality Disorders (PDs) in a sample of psychiatric inpatients.

Methods

The sample consisted of 400 subjects between the ages of 18 and 65 years, consecutively admitted to a psychiatric unit, on a voluntary basis, for an index episode. All subjects were submitted to a clinical evaluation following DSM-III-R axis I criteria.

To assess DSM-III-R Personality Disorders, the Italian version of the SCID-II, a semistructured interview covering the full range of DSM-III-R axis II diagnoses, and SCID-II-PQ were used.

The SCID-II-PQ is a 113-item yes/no self-report questionnaire designed to assess for DSM-III-R PDs. It is administered before a clinical interview as a screening measure in order to speed up personality assessment. Since axis I concomitant disorders may influence personality measurement, the SCID-II-PQ was given to patients when they were in, at least, moderate remission and able to fully understand and take part in the interview session according to evaluations by the clinicians treating them.

Results

Of the 400 patients, 185 were men and 215 were women. Following the SCID-II interview, 254 patients (63.5%) received one or more axis II diagnoses. These 254 patients had a total of 687 PDs and the number of PDs per patient was 2.7 ± 1.94 ($\pm$ SD).

Borderline, Avoidant, Obsessive-compulsive, Dependent, Paranoid, Passive-aggressive and Schizotypal PDs were more frequent among women but the difference was statistically significant only for Avoidant PD ($\chi^2 = 10.6$, $p < 0.005$). The most prevalent Personality Disorders among men were Narcissistic, Antisocial and Histrionic with a significant difference for Antisocial PD ($\chi^2 = 14.7$, $p < 0.0005$).

Conclusions

The relationship between gender and Personality Disorders is complex and remains to be thoroughly elucidated.

To date, methodological bias, genetic and environmental factors have been considered to explain gender differences in the prevalence of Personality Disorders.

A methodological problem common to the research is that it has used samples consisting of extremely heterogeneous Axis I disorders. There is evidence that different Axis I disorders are associated with different frequencies of Axis II psychopathology and may differentially affect the rate and distribution of Axis II personality disorders in males and females.

Sociocultural factors may impact the recognition of specific personality traits, on the basis of the differences between the social roles of men and women of different culture.

Biological factors, possibly genetic and/or hormonal differences, have been suggested for some pathological traits of personality such as impulsivity.

Nevertheless, reducing gender-bias and diagnosing personality disorders validly, is very important. In the light of the high prevalence of PDs and of large comorbidity with Axis I disorders, identification of a pathoplastic factor such as gender could be useful for early diagnosis and more specific treatment.

Introduzione

I risultati di indagini epidemiologiche indicano l'esistenza di differenze di "genere" nella espressione della psicopatologia. Le donne adulte tendono ad avere tassi più elevati di disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbi alimentari e somatoformi, mentre gli uomini tendono ad avere tassi più elevati di abuso di sostanze, comportamento antisociale e suicidio^{1,2}. Le differenze di "genere" nella vulnerabilità ai disturbi psichiatrici mostrano, inoltre, notevole stabilità sia nell'arco della vita che tra culture diverse³. In letteratura vengono anche riportate differenze di "genere" nella distribuzione dei Disturbi di Personalità (DPs)^{4,6}. Nel DSM-IV⁷ è riportato che i DPs Schizoide, Schizotipico, Antisociale, Narcisistico e Ossessivo-compulsivo sono diagnosticati più frequentemente nel sesso maschile. Per contro il manuale dell'APA suggerisce che i DPs *Borderline* e Dipendente sono diagnosticati più frequentemente nelle donne, almeno nei campioni clinici.

Tuttavia la relazione tra DPs e "genere" è complessa e non ancora pienamente chiarita, pochi studi hanno infatti indagato in questo ambito in modo specifico. In più sebbene alcuni studi sostengano le stime presentate dal DSM-IV sulle differenze di "genere" nei DPs, altri studi riportano risultati differenti.

A tutt'oggi non sono stati ancora identificati fattori specifici in grado di spiegare le cause della differente distribuzione dei DPs e al riguardo sono state formulate solo delle ipotesi chiamando in causa problemi di carattere metodologico, fattori ambientali e fattori genetici⁵.

Fino ad ora un problema metodologico comune alla ricerca è stata l'estrema eterogeneità dei disturbi di Asse I nei campioni valutati. È evidente che differenti disturbi di Asse I sono associati con una diversa frequenza di psicopatologia di Asse II. È anche possibile che differenti disturbi di Asse I comorbosi possano in modo diverso influenzare il tasso e la distribuzione di disturbi di personalità nei maschi e nelle femmine. Fino ad oggi tale possibilità non è stata tenuta in considerazione e questo può, almeno in parte, spiegare i diversi risultati riportati in letteratura.

Il contesto culturale può influenzare il riconoscimento di alcune caratteristiche di personalità le quali verrebbero considerate patologiche solo rispetto alle "norme" di determinate società contemporanee. D'altro canto una forte base biologica mediata da fattori genetici e/o ormonali è stata dimostrata almeno per alcune dimensioni patologiche di personalità come l'impulsività.

Uno degli sforzi che si sta attuando è quello di giungere ad una teoria unificata che consideri gli aspetti biologici e psicosociali per spiegare l'eziologia e le differenze di "genere" nella incidenza e prevalenza dei disturbi psichiatrici.

Scopo del nostro studio era di confrontare la prevalenza dei DPs nei soggetti maschi e femmine di un campione di pazienti psichiatrici ospedalizzati.

Pazienti e metodo

Il campione clinico era costituito da 400 pazienti ricoverati consecutivamente in un reparto di psichiatria per un episodio "indice" dal 1 novembre 1997 al 31 gennaio 1999.

Dallo studio sono stati esclusi pazienti con patologie organiche e neurologiche in grado di interferire con lo svolgimento della valutazione. Pazienti di età inferiore a 18 anni non sono stati inseriti nello studio secondo le indicazioni del DSM-III-R che non prevede la diagnosi di DP prima dei 18 anni. Il limite superiore di età è stato fissato a 65 anni per evitare che deficit mnemonici potessero dare luogo ad indicazioni poco attendibili^{8,9}. Tutti i pazienti valutati hanno dato il loro consenso informato per la partecipazione allo studio condotto secondo le indicazioni del comitato etico locale.

Ciascun paziente è stato sottoposto, subito dopo il ricovero, ad una valutazione diagnostica basata sui criteri del DSM-III-R per l'Asse I da parte degli psichiatri esperti dello staff. Per valutare i DPs è stato utilizzato lo strumento SCID-II-PQ (intervista clinica semistrutturata per il DSM-III-R, disturbi di personalità, associata al questionario di personalità auto-compilato)¹⁰. Il questionario di personalità consta di 113 domande che prevedono risposte affermative o negative. È somministrato prima dell'intervista come strumento di *screening* per abbreviare il tempo necessario per la valutazione dell'elevato numero di criteri diagnostici¹¹. Dal momento che le domande del questionario hanno una soglia per una risposta affermativa che è molto più bassa rispetto a quella dell'item corrispondente nella SCID-II, sono previste molte risposte false positive, ed è richiesta l'intervista clinica per completare la valutazione dei DPs.

Poiché un concomitante disturbo di Asse I può condizionare il paziente nelle sue risposte, il questionario SCID-II-PQ veniva somministrato quando il quadro psicopatologico era almeno in moderata remissione (per esempio quando la riduzione dei sintomi permetteva di programmare la dimissione entro una settimana) ed il paziente era pienamente in grado di partecipare all'intervista secondo il giudizio clinico degli psichiatri esperti dello staff¹².

L'intervista clinica si svolgeva uno o due giorni dopo la somministrazione del questionario. Secondo le istruzioni della SCID-II, durante l'intervista venivano indagati tutti gli *items* corrispondenti alle domande del questionario a cui i pazienti avevano dato risposte affermative; gli *items* corrispondenti alle domande a cui i pazienti avevano risposto negativamente.

mente, venivano verificati quando c'era una base clinica per sospettare che fossero veri, oppure quando il numero di items della SCID-II marcati "3" era a distanza di un item dalla soglia diagnostica per quel particolare disturbo¹⁰. Inoltre i pazienti venivano ripetutamente invitati a rispondere secondo le loro normali caratteristiche di personalità, cioè senza considerare le modificazioni temporanee che possono verificarsi nel corso di malattie psichiatriche.

I criteri per la diagnosi dei DP venivano considerati soddisfatti quando la caratteristica disfunzionante era stata persistente e pervasiva per almeno gli ultimi 5 anni. Gli intervistatori erano due specializzandi in psichiatria e uno psicologo clinico, addestrati all'uso dello strumento attraverso interviste videoregistrate. Dopo il periodo di addestramento i tre intervistatori dimostravano una buona concordanza diagnostica nella valutazione di 10 pazienti intervistati da uno di essi (i valori di k erano $> 0,83$).

Le categorie diagnostiche di Disturbo Autofrustrante di Personalità e di Disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato non sono state utilizzate perché la prima era inclusa nell'Appendice A del DSM-III-R (categorie diagnostiche che necessitano di ulteriore studio), mentre la seconda era ritenuta scarsamente specifica.

I dati rilevati sono stati analizzati utilizzando il software SPSS¹³. Per la valutazione statistica dei dati categoriali è stato utilizzato il test del chi-quadro. Le analisi che presentavano valori di $p < 0,05$ venivano considerate statisticamente significative.

Risultati

Il campione clinico era costituito da 400 soggetti ricoverati consecutivamente e su base volontaria in un reparto di psichiatria per un episodio "indice".

Dei 400 pazienti valutati, 185 (46,3%) erano maschi e 215 (53,7%) femmine, con un'età media di 35,4 anni ($\pm 11,2$) ed un range compreso tra 18 e 65 anni.

368 dei 400 pazienti, cioè il 92% soddisfacevano i criteri per la diagnosi di un Disturbo di Asse I. Il gruppo più numeroso di pazienti ($N = 137$) presentava un Disturbo Depressivo (34,25%). Un Disturbo Bipolare è stato riscontrato in 75 pazienti (18,75%), mentre 45 pazienti (11,25%) presentavano un Disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive e un ugual numero di pazienti aveva diagnosi di Schizofrenia o di altri disturbi psicotici. 32 pazienti (8%) non presentavano nessun disturbo di Asse I.

Dei 400 pazienti valutati con la SCID-II, 254 (63,5%) presentavano almeno un DP. Questi 254 pazienti avevano un totale di 687 DP, e la media di disturbi per paziente era di $2,7 \pm 1,94$ ($\pm$ DS).

La Tabella I mostra la prevalenza dei singoli DP nei maschi e nelle femmine e riporta l'analisi statistica del-

Tab. I. Prevalenza dei Disturbi di Personalità nei maschi e nelle femmine. *Gender prevalence of personality disorders.*

Disturbi di Personalità	Maschi (pz. 185)	Femmine (pz. 215)
<i>Borderline</i> ($N = 116$)	47 (25,4%)	69 (32,09%)
Ossessivo-compulsivo ($N = 113$)	55 (29,72%)	58 (26,97%)
Evitante ($N = 102$)	33 (17,83%)	69 (32,09%)*
Paranoide ($N = 66$)	29 (15,67%)	37 (17,2%)
Dipendente ($N = 62$)	23 (12,43%)	39 (18,13%)
Narcisistico ($N = 61$)	32 (17,29%)	29 (13,48%)
Passivo-aggressivo ($N = 57$)	26 (14,05%)	31 (14,41%)
Istrionico ($N = 39$)	23 (12,43%)	16 (7,44%)
Antisociale ($N = 35$)	27 (14,59%)	8 (3,72%)**
Schizotipico ($N = 20$)	8 (4,32%)	12 (5,58%)

* $\chi^2 = 10,6$, $p < ,005$; ** $\chi^2 = 14,7$, $p < ,0005$.

la differenza valutata con il chi-quadro. Come si può osservare i DP *Borderline*, Evitante, Ossessivo-compulsivo, Dipendente, Paranoide, Passivo-aggressivo e Schizotipico erano più frequenti nelle donne, ma solo per il DP Evitante la differenza era statisticamente significativa (32,09% vs. 17,83%; $\chi^2 = 10,6$, $p < 0,005$). I DP Narcisistico, Antisociale ed Istrionico sono risultati più frequenti negli uomini, con una differenza statisticamente significativa solo per il DP Antisociale (14,59% vs. 3,72%; $\chi^2 = 14,7$, $p < 0,0005$).

Il DP Schizoide mostrava la medesima prevalenza nei due sessi.

Discussione

Nel campione da noi esaminato la maggior parte dei DP ha una diversa distribuzione nei due sessi: i DP *Borderline*, Ossessivo-compulsivo, Evitante, Paranoide, Dipendente, Passivo-aggressivo e Schizotipico sono risultati più frequenti nelle donne, i DP Narcisistico, Istrionico e Antisociale negli uomini, ma solo per i DP Evitante ed Antisociale tale differenza è risultata statisticamente significativa.

La differente epidemiologia dei DP tra i generi è stata evidenziata da molti studi, alcuni, tuttavia, non la sostengono^{14 15}.

Non è ancora chiaro in che modo la variabile "genere" influenzerebbe l'espressione del disturbo di personalità o di alcune dimensioni specifiche di personalità, e quale peso potrebbe avere nel trattamento dei DP.

L'attenzione verso questo argomento è risultata in progressivo aumento negli ultimi anni^{16 17}.

In letteratura sono state osservate spiccate differenze di "genere" nella prevalenza dei Disturbi di Personalità del cluster B¹⁸. I DP *Borderline* e Antisociale

mostrano una distribuzione speculare rispetto al sesso: il primo è risultato quattro volte più frequente nelle donne sia nella popolazione generale¹⁹ che nei campioni clinici²⁰, il secondo è stato trovato, in ugual misura, più frequentemente negli uomini^{20,21}.

Il DP Narcisistico è più comunemente diagnosticato negli uomini^{5,6}, con uno studio che mostra una frequenza tre volte maggiore rispetto alle donne²⁰.

La differente distribuzione tra i sessi del disturbo Istrionico rimane poco chiara. Un'indagine sulla popolazione generale ha trovato tassi simili negli uomini e nelle donne²², le popolazioni cliniche mostrano, al contrario, una maggiore prevalenza di donne con DP Istrionico²⁰. Bisogna tuttavia sottolineare la evidente carenza di letteratura sui DP Istrionico e Narcisistico, i dati epidemiologici riguardanti i disturbi del *cluster B* si riferiscono prevalentemente ai DP *Borderline* e Antisociale²³.

Una delle dimensioni psicopatologiche comuni a tutti i DP del *cluster B* è l'impulsività e gran parte delle ricerche ha indagato tale tratto.

Comportamenti impulsivi come gioco d'azzardo, guida spericolata, coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti, poliabuso di sostanze, sono comuni ai DP *Borderline* e Antisociale, ma per quanto riguarda la specifica dimensione psicopatologica dell'aggressività impulsiva, l'espressione fenotipica è diversa: i pazienti antisociali hanno comportamenti aggressivo-impulsivi agiti verso l'esterno, mentre le pazienti *borderline* hanno comportamenti aggressivo-impulsivi autodiretti. Inoltre già nell'infanzia e nell'adolescenza i maschi risultano più colpiti delle femmine da disturbi caratterizzati da comportamenti aggressivi verso l'esterno come i Disturbi della Condotta e i Disturbi da Deficit di Attenzione con Iperattività⁷.

Poiché il sistema serotoninergico riveste un ruolo importante nella determinazione della impulsività, per spiegare le differenze nella espressione di tale dimensione psicopatologica dei DP del *cluster B* sono state ipotizzate differenze di "genere" in questo sistema neurotrasmettitoriale, precisamente nei livelli di serotonina e nella capacità di risposta del sistema recettoriale serotoninergico, determinate da fattori genetici e/o ormonali^{1,24,25}.

Secondo l'ipotesi "ambientale" alcune caratteristiche di taluni DP si manifesterebbero più comunemente negli uomini o nelle donne a causa del "ruolo sociale" attribuito all'uno e all'altro sesso, strettamente dipendente dalla "cultura" di un determinato gruppo sociale o di una popolazione.

È stato suggerito che il contesto culturale possa influenzare l'espressione di tratti evitanti e dipendenti nelle donne come pure caratteristiche di tipo istrionico nelle stesse²⁶.

Fattori sociali potrebbero indirizzare le manifestazioni dell'aggressività verso modalità verbali ed indirette per le donne^{27,28} e verso modalità fisiche e dirette

per gli uomini²⁹, così come "il bisogno di essere al centro dell'attenzione" verso comportamenti "sessualmente seduttivi" per le donne con DP Istrionico e "atteggiamenti di grandiosità" e "manifestazioni di potere" per gli uomini con DP Narcisistico¹⁸.

I medesimi fattori sociali, inoltre, potrebbero avere un ruolo determinante nel riconoscimento di alcune caratteristiche di personalità da parte di esaminatori nel corso di interviste cliniche e potrebbero essere responsabili della tendenza ad assegnare specifiche diagnosi di Asse II preferenzialmente ad uno dei due sessi.

Per evitare "bias" legati al "genere" i criteri diagnostici per i DP non dovrebbero essere formulati in base a "riferimenti, caratteristiche, aspetti" che nell'accezione comune sono considerati più o meno "maschili" o "femminili". In sostanza i criteri diagnostici dovrebbero avere un'intrinseca "neutralità" rispetto al "genere" in modo da evitare assegnazioni all'uno o all'altro sesso orientate da "stereotipi culturali". Potrebbe essere il caso della "sottomissione" e della "eccessiva intensità emotiva" (caratteristiche considerate tipicamente femminili) dei DP Dipendente ed Istrionico. Oppure della "eccessiva dedizione al lavoro" e della "limitata capacità di esprimere sentimenti ed emozioni", dell'"aggressività" e dell'"arroganza e il disprezzo per i sentimenti altrui" (caratteristiche considerate maschili) tipiche le prime due del DP Ossessivo-compulsivo, la terza del DP Antisociale e l'ultima del DP Narcisistico³⁰.

Nelle precedenti edizioni del DSM dell'APA uno dei criteri per la personalità istrionica era "l'eccessivo interesse per l'aspetto fisico". Dal momento che le donne tendono normalmente a manifestare più interesse per il proprio aspetto rispetto agli uomini, il criterio è stato rivisto ed oggi si riferisce all'uso dell'aspetto fisico per attirare l'attenzione^{7,32}.

L'errore diagnostico correlato al "genere" può anche dipendere dall'esaminatore.

Valutazioni cliniche basate sull'esame di quei sintomi considerati centrali e decisivi per la diagnosi di un determinato disturbo piuttosto che sull'esame sistematico di tutti i criteri, potrebbero condurre ad una sovrastima dei Disturbi Istrionico e Dipendente nelle donne e del Disturbo Antisociale negli uomini.

Il clinico potrebbe, inoltre, trascurare l'indagine su aspetti personologici che non vengono considerati tipici del sesso esaminato, per esempio potrebbe "dare per scontato" che una donna non commetterebbe azioni di sfruttamento e di inganno tipiche della personalità antisociale, questo è accaduto per il Disturbo della Condotta il cui studio è stato per molto tempo limitato ai maschi, perché si considerava raro nelle ragazze. Tuttavia tale disturbo sembra rappresentare una diagnosi psichiatrica relativamente comune nel sesso femminile nel quale appare associato a esiti

gravi quali gravidanze precoci e il Disturbo Antisociale di Personalità³¹.

Gli errori dipendenti dall'esaminatore potrebbero essere superati dall'impiego di strumenti di valutazione autosomministrati, ma anche in questo caso ci potrebbe essere il rischio che la persona, consapevole di essere sottoposta ad un'indagine, desiderosa di dare un'immagine positiva di sé tenda a minimizzare, esagerare o negare alcune caratteristiche di personalità¹².

L'identificazione e la correzione di "bias" legati al "genere" nella diagnosi dei DP rimane un processo complesso e difficile; i clinici dovrebbero essere molto cauti quando pongono diagnosi di DP Istrionico o Dipendente nelle donne e di DP Ossessivo-compulsivo o Narcisistico negli uomini. Andrebbero utilizzati questionari di personalità come strumento di screening per poi condurre l'approfondimento diagnostico con un'intervista clinica strutturata per garantire che i sintomi di un paziente siano valutati in modo sistematico, esaustivo ed oggettivo³³.

Nell'ambito dei problemi di carattere metodologico nello studio della differente epidemiologia dei DP tra i generi, per nulla trascurabile sembra essere l'influenza della comorbidità con i disturbi di Asse I, da-

to ampiamente documentato sia nella popolazione generale sia in campioni clinici^{34 35}.

Poiché molti studi hanno evidenziato una diversa distribuzione nel "genere" maschile e femminile della psicopatologia di Asse I, i DP che più frequentemente si associano ai vari disturbi di Asse I potrebbero "riflettere" la medesima epidemiologia di "genere".

Lo studio della distribuzione dei DP in campioni clinici molto eterogenei per quanto riguarda le diagnosi di Asse I potrebbe condizionare, quindi i risultati². Questo è uno dei limiti presentato dal nostro studio. La corretta diagnosi dei DP anche rispetto al "genere", è di notevole importanza.

Nehls³⁶ ha sottolineato che in Nord America non c'è diagnosi più "stigmatizzante" del DP *Borderline*. Le persone con tale "etichetta" diagnostica, per la maggior parte donne, sono spesso emarginate ed hanno difficoltà ad accedere ai servizi di salute mentale.

Inoltre, data la diffusione dei DP e la loro elevata comorbidità con altri disturbi di Asse I, l'identificazione per alcuni di essi di un fattore patoplastico come il "genere", in grado di modularne l'espressione clinica, potrebbe aiutare lo psichiatra nella diagnosi e nel trattamento più adeguato di tali disturbi.

Bibliografia

- 1 Steiner M, Lepage P, Dunn EJ. *Serotonin and gender-specific psychiatric disorders*. Int J Psychiatry Clin Pract 1997;1:3-13.
- 2 Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Sullivan PF, Luty SE. *Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients*. J Personality Disord 1999;13:67-74.
- 3 Weissman MM, Olfson M. *Depression in women: implications for health care research*. Science 1995;269:799-801.
- 4 Corbitt EM, Widiger TA. *Sex differences among the personality disorders: an exploration of the data*. Clin Psychol Sci Practice 1995;2:225-38.
- 5 Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JF. *Gender differences in personality disorders*. Am J Psychiatry 1995;152:579-82.
- 6 Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. *Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents*. Am J Psychiatry 1996;153:1089-91.
- 7 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Press 1994.
- 8 Loranger AW, Susman VL, Oldham MM. *The personality disorder examination: a preliminary report*. J Personality Disord 1987;1:1-13.
- 9 Vaglum P, Friis S, Vaglum S. *Comparison between personality disorder diagnoses in DSM-III and DSM-III-R: reliability, diagnostic overlap, predictive validity*. Psychopathology 1989;22:309-14.
- 10 Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. *Intervista Clinica Strutturata per il DSM-III-R Disturbi di Personalità (SCID-II)*. Versione Italiana. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1993.
- 11 Nussbaum D, Rogers R. *Screening psychiatric patients for axis II disorders*. Can J Psychiatry 1992;37:658-60.
- 12 Zimmerman M. *Diagnosing personality disorders*. Arch Gen Psychiatry 1994;51:225-45.
- 13 Norusis MS. *SPSS for Windows. User's Guide Release 5.0*. SPSS Chicago: Inc. 1992.
- 14 Grilo CM. *Are there gender differences in DSM-IV personality disorders?* Compr Psychiatry 2002;43:427-30.
- 15 Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle C, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. *Gender differences in borderline personality disorder: findings from collaborative longitudinal personality disorders study*. Compr Psychiatry 2003;44:284-92.
- 16 Schatzberg AF. *The dynamic of sex: gender differences in psychiatric disorders*. J Clin Psychiatry 1994;58(Suppl 15):3-4.
- 17 Hartung CM, Widiger TA. *Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of DSM-IV*. Psychol Bull 1998;123:260-78.
- 18 Looper KJ, Paris J. *What dimensions underlie cluster B personality disorders?* Compr Psychiatry 2000;41:432-7.
- 19 Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. *Estimating the prevalence of borderline personality disorders in the community*. J Personality Disord 1990;4:257-72.
- 20 Fabrega H, Ulrich R, Pilkonis P, Mezzich J. *On the homogeneity of personality disorder cluster*. Compr Psychiatry 1991;32:373-86.
- 21 Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Eschelman S, Wittchen HU, et al. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.

- ²² Nestadt G, Romanovski AJ, Brown CH, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, et al. *DSM-III compulsive personality disorder: an epidemiological survey*. Psychol Med 1991;21:461-71.
- ²³ Blashfield RK, Intoccia V. *Growth of the literature on the topic of personality disorders*. Am J Psychiatry 2000;157:472-3.
- ²⁴ O'Connor LH, Feder HH. *Estradiol and progesterone influence L-5-hydroxytryptophan-induced myoclonus in male guinea pigs: sex differences in serotonin-steroid interactions*. Brain Res 1985;330:121-5.
- ²⁵ Heinsbroek RP, van Haaren F, Feenstra MG, van Galen H, Boer G, van Poll NE. *Sex differences in the effects of inescapable footshock on central catecholaminergic and serotonergic activity*. Pharmacol Biochem Behav 1990;37:539-50.
- ²⁶ Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, et al. *Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry 2000;4:266-72.
- ²⁷ Buss AH, Durkee A. *An inventory for assessing different kinds of hostility*. J Consult Psychol 1957;21:343-9.
- ²⁸ Jack DC. *Understanding women's anger: a description of relational patterns*. Health Care Women Int 2001;22:385-400.
- ²⁹ Kellerman AL, Mercy JA. *Men, women and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization*. J Trauma 1992;33:1-5.
- ³⁰ Widiger TA. *Gender bias in the diagnosis of personality disorders*. Harvard Mental Health Letter 2000;16:5-7.
- ³¹ Keenan K, Loeber R, Green S. *Conduct disorder in girls: a review of the literature*. Clin Child Fam Psychol Rev 1999;2:3-19.
- ³² American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
- ³³ Lindsay KA, Saukis LM, Widiger TA. *Gender bias in self-report personality disorder inventories*. J Personality Disord 2000;14:218-32.
- ³⁴ Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, et al. *Comorbidity of axis I and axis II disorders*. Am J Psychiatry 1995;152:571-8.
- ³⁵ Marinangeli MG, Scinto A, Di Cicco L, Petruzzi C, Daneluzzo E, Rossi A. *Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders*. Psychopathology 2000;33:69-74.
- ³⁶ Nehls N. *Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma, and limited system of care*. Issues Mental Health Nurs 1998;19:97-112.