

Genderbias en persoonlijkheidsstoornissen

R. VERHEUL

ACHTERGROND De komst van de DSM-III in 1980 heeft geleid tot een ideologische controverse over het voorkomen van genderbias in de psychiatrische diagnostiek. Dit geldt in het bijzonder voor de persoonlijkheidsstoornissen.

DOEL Het geven van een kritische beschouwing van de wetenschappelijke evidentie voor genderspecifieke prevalenties en het voorkomen van genderbias in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen.

METHODE Het onderzoek bestaat uit een kritisch literatuurreview.

RESULTATEN Onderzoek laat zien dat: (1) seksespecifieke prevalentieverschillen plausibel zijn; (2) vooralsnog geen harde conclusies kunnen worden getrokken over de precieze richting en grootte van deze verschillen; (3) er evidentie bestaat voor genderbias bij beoordelaars en niet in het classificatiesysteem; en (4) de geobserveerde genderbias in de beoordeling vooral optreedt op diagnostisch niveau en minder of niet op criteriumniveau.

CONCLUSIE Onderzoek naar genderbias in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen duidt hoofdzakelijk op het belang van zorgvuldige diagnostiek op het niveau van de diagnostische criteria, bijvoorbeeld door middel van een semi-gestructureerd interviewschema.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 6, 383-388]

TREFWOORDEN genderbias, persoonlijkheidsstoornissen, sekse

De komst van de DSM-III (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3de druk) in 1980, en in het bijzonder de daarin opgenomen classificatie van persoonlijkheidsstoornissen, is aanleiding geweest tot een ideologische controverse over het voorkomen van genderbias in de psychiatrische diagnostiek. Kaplan (1983) meende bijvoorbeeld dat de diagnostische criteria op as II hoofdzakelijk het resultaat waren van de door masculiene perceptie vertekende assumpties over gezondheid en gekte. Als gevolg daarvan zou een psychisch kerngezonde maar, in termen van genderidentiteit, stereotiepe vrouw het risico lopen om automatisch het label van hysterica of histrionische persoonlijkheidsstoornis te krijgen opgeplakt. Kaplan (1983) kon haar opvattingen destijds niet overtuigend staven met empirische gegevens. Wel heeft zij in belangrijke mate bijgedragen aan de wetenschappelijke aandacht voor het fenomeen van genderbias in persoonlijk-

heidsstoornisdiagnostiek.

Het vóórkomen van genderbias moet vooral worden overwogen wanneer de prevalentie van (bepaalde) persoonlijkheidsstoornissen anders is voor mannen dan voor vrouwen. Dit artikel begint daarom met een kritische beschouwing van onderzoeken naar seksespecifieke prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen. Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre genderbias een plausible verklaring biedt voor deze genderspecifieke prevalenties.

ONDERZOEK NAAR GENDERSPECIFIEKE PREVALENTIES VAN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

In de DSM-III-R werd aangenomen dat de afhankelijke, theatrale en borderline persoonlijkheidsstoornissen vaker voorkomen bij vrouwen, terwijl de antisociale, obsessieve compulsieve en

paranoïde persoonlijkheidsstoornissen vaker bij mannen zouden voorkomen. Deze aannames waren controversieel en zijn gewijzigd in de DSM-IV. Bij de beschrijvingen van de prevalenties van de theatrale en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen wordt in de DSM-IV de volgende kanttekening gemaakt: 'Deze stoornis wordt in klinische settingen vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd. De sekseratio van de stoornis is echter niet significant verschillend van de sekseratio van vrouwen in de respectieve klinische settingen. Sommige onderzoeken die gestructureerde meetmethoden hebben gebruikt, rapporteren bovendien vergelijkbare prevalenties voor mannen en vrouwen.' De suggestie wordt aldus gewekt dat er bij deze twee stoornissen geen sprake is van een seksespecifieke prevalentie, althans niet wanneer betrouwbare en valide diagnostische methoden worden toegepast. Ook wordt gesuggereerd dat het feit dat er in een bepaalde klinische setting meer vrouwen met deze stoornissen worden gezien, simpelweg kan worden verklaard doordat er in die setting meer vrouwelijke patiënten zijn. Het is opvallend dat de DSM-IV alleen bij deze twee stoornissen, die centraal hebben gestaan in de controverse rondom genderbias, een dergelijke kanttekening heeft geplaatst. Wellicht hebben de auteurs met deze handelwijze getracht de verhitte discussie van haar angel te ontdoen (Corbitt & Widiger 1995). Des te opmerkelijker zijn de kanttekeningen, omdat het rijtje van stoornissen die vaker bij mannen zouden voorkomen, is uitgebreid met de schizoïde, schizotypische en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Overigens is onduidelijk op welke evidentie deze beslissingen zijn gebaseerd. Corbitt & Widiger (1995) doen haarfijn uit de doeken dat er slechts een beperkt aantal relevante onderzoeken bestaat, waarvan de interpretatie in de weg gestaan wordt door verschillende methodologische problemen, zoals selectiebias en het twijfelachtige gebruik van uiteenlopende strategieën om de geobserveerde sekseprevalentieratio (proportie vrouwen van alle cases met een bepaalde diagnose in een bepaalde

steekproef) te corrigeren voor de sekseratio (proportie vrouwen in de totale steekproef).

Het is overigens onjuist om eventueel bestaande prevalentieverschillen automatisch aan genderbias te wijten. Het is immers, zoals ook de DSM-IV onderkent, heel goed mogelijk dat de geobserveerde verschillen werkelijk bestaan. Werkelijke verschillen worden inzichtelijk wanneer persoonlijkheidsstoornissen worden opgevat als extreme, maladaptieve varianten van normaalverdeelde persoonlijkheidstrekken (Corbitt & Widiger 1995). Vrouwen blijken bijvoorbeeld statistisch significant hoger te scoren dan mannen op neuroticisme, openheid tot ervaringen, altruïsme en extraversie (Costa & McCrae 1988). Sommige van deze verschillen zijn qua omvang klein en geassocieerd met een klein verschil in termen van de gemiddelde score. Kleine gemiddelde sekseverschillen kunnen echter op de extreme uiteinden van een dimensie, waar de persoonlijkheidsstoornissen moeten worden gesitueerd, resulteren in opmerkelijke prevalentieverschillen. Zo vonden Costa & McCrae (1992) voor 'angstigheid' een gemiddeld verschil van slechts twee punten op een 32-puntsschaal, terwijl 71% van de personen met een score boven het afkappunt voor de 'zeer hoge' range van het vrouwelijk geslacht bleek. Dit betekent met andere woorden een 7:3 (vrouw:man) sekseratio voor de prevalentie van personen in de excessieve, maladaptieve range. Sekseverschillen in de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen zijn ook plausibel in het licht van gedragsgenetisch onderzoek, dat heeft laten zien dat erfelijkheid onder mannen bij een groter aantal dimensies van persoonlijkheidspathologie een belangrijke rol bleek te spelen dan bij vrouwen, terwijl de invloed van omgevingsfactoren dezelfde bleek voor mannen en vrouwen (Jang e.a. 1998).

ONDERZOEK NAAR GENDERBIAS BIJ PERSONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

Bias kan worden gedefinieerd als een systematische afwijking tussen de waargenomen toe-

stand en de echte klinische toestand. Er is dus systematisch sprake van een vertekende weergave van de werkelijkheid. Bias tast de validiteit van de diagnostiek aan en moet in die zin worden onderscheiden van toevallige meetfouten (gebrek aan precisie, slechte reproduceerbaarheid), die kunnen leiden tot onbetrouwbare metingen. Genderbias kan worden gedefinieerd als systematische afwijkingen die samenhangen met geslacht.

Er zijn grofweg twee vormen van genderbias denkbaar bij persoonlijkheidsstoornissen: (1) genderbias in het classificatiesysteem, en (2) genderbias bij beoordelaars. De eerste vorm treedt op wanneer de formulering van diagnostische criteria resulteert in bias. Onderscheid kan worden gemaakt tussen genderbias op diagnostisch niveau, namelijk wanneer het classificatiesysteem resulteert in over- of onderschatting van bepaalde diagnoses bij een van beide geslachten, en genderbias op criteriumniveau, namelijk wanneer bepaalde criteria ten onrechte vaker op mannen of vrouwen van toepassing worden geacht. Genderbias aan de kant van de beoordelaar treedt op wanneer beoordelaars zich weinig gelegen laten liggen aan de diagnostische criteria en zich bij hun diagnosestelling in belangrijke mate laten leiden door het geslacht van de patiënt. Een andere bron van bias die dikwijls onder de noemer genderbias wordt gerekend, is de invloed van het geslacht van de diagnosticus op het stellen van een bepaalde diagnose. Conceptueel is het echter verstandig om het geslacht van de diagnosticus te beschouwen als een mogelijke modifierende variabele: genderbias bij een bepaalde persoonlijkheidsstoornis treedt wellicht alleen of met name op bij mannelijke dan wel bij vrouwelijke diagnostici.

Klinische vignetten Het meest gebruikte paradigma is het laten scoren van klinische vignetten van mannelijke en vrouwelijke patiënten met identieke persoonlijkheidspathologie. Een goed voorbeeld is het veel geciteerde onderzoek

van Warner (1978), die een hypothetisch klinisch profiel aan 175 professionals voorlegde, waarbij het geslacht van de casus random gevarieerd werd tussen de beoordelaars. Uit de resultaten bleek dat de vrouwelijke variant van de casus door 76% van de beoordelaars werd gediagnosticeerd als een theatrale en door 22% als een antisociale persoonlijkheidsstoornis, terwijl dit bij de mannelijke variant door 49% respectievelijk 41% van de beoordelaars geschiedde. Warner's bevindingen werden door verschillende onderzoekers gerepliceerd (o.a. Morey & Ochoa 1989), hoewel uit een later onderzoek bleek dat dit fenomeen wel optreedt op het niveau van de diagnose, maar niet op het niveau van de diagnostische criteria (Ford & Widiger 1989). Verschillende auteurs hebben aan deze onderzoeken gerefereerd als evidentie voor genderbias in het classificatiesysteem (o.a. Caplan 1987; Kaplan 1983; Walker 1994). Er kleven echter een aantal belangrijke methodologische problemen aan dit paradigma. Een eerste probleem is dat de beschrijving van de casus zelden wordt gegeven en dat geen inzicht wordt gegeven in de werkelijke diagnose. De vraag is dus of het klinische vignet voldoende gegevens bevat om tot een valide en betrouwbaar oordeel te kunnen komen. Naarmate een vignet meer ambigu is, neemt de kans toe dat een beoordelaar zich gaat baseren op kenmerken zoals geslacht, waarvan immers een samenhang met de prevalentie verondersteld wordt. Hamilton e.a. (1986) vonden inderdaad aanwijzingen dat de sekspecificiteit van de diagnoses samenhangt met de mate van ambiguïteit van de casusbeschrijving. Zij varieerden niet alleen het geslacht van de casus, maar ook het relatieve aantal antisociale en theatrale criteria. Het grootste verschil tussen een mannelijke en een vrouwelijke variant van een verder identieke casus trad op bij het vignet met een gelijk aantal antisociale en theatrale criteria. Over vignetten met uitsluitend theatrale dan wel antisociale criteria bestond veel meer overeenstemming. Concluderend geldt dat het eerste paradigma weliswaar bruikbaar is voor het opsporen van genderbias bij beoordelaars, maar

dat het geen gegevens oplevert over de genderbias in de diagnostische criteria of categorieën (Widiger & Spitzer 1991).

Drempelwaarde van de stoornis Een van de meest relevante paradigma's voor de identificatie van genderbias in de diagnostische criteria of categorieën is toegepast in onderzoeken naar de drempelwaarde voor de afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen. Van evidentie voor genderbias zou sprake zijn als de drempelwaarde lager is voor stoornissen waarvan aangenomen wordt dat deze vaker bij vrouwen voorkomen (bv. afhankelijke, borderline en theatrale persoonlijkheidsstoornissen) dan voor stoornissen waarvan wordt aangenomen dat deze vaker bij mannen voorkomen (bv. paranoïde, antisociale en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen). Functowicz & Widiger (1995) deden onderzoek naar lijdensdruk en functionele beperkingen bij typisch vrouwelijke versus typisch mannelijke persoonlijkheidsstoornissen in een groep studenten. Hun bevindingen lieten zien dat typisch vrouwelijke persoonlijkheidsstoornissen over het algemeen juist gepaard gingen met een hogere lijdensdruk en meer sociaal-functionele beperkingen dan typisch mannelijke persoonlijkheidsstoornissen, terwijl geen verschillen werden gevonden op het terrein van het arbeidsgerelateerde functioneren. In afwijking van Kaplan's (1983) stellingname, doet het onderzoek van Functowicz & Widiger (1995) dus vermoeden dat de drempelwaarde voor een typisch vrouwelijke persoonlijkheidsstoornis juist hoger is dan voor een typisch mannelijke. Ook de bevindingen van Nakao e.a. (1992) disconfirmeren Kaplan's hypothese.

Representativiteit van seksespecifieke gedragingen Een laatste paradigma voor het onderzoek naar genderbias werd onder anderen toegepast door Sprock (2000). Zij vroeg 120 studenten om typisch mannelijke, neutrale en typisch vrouwelijke gedragsvoorbeelden te genereren van de criteria van de theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Vervolgens werd aan 157 psychologen en psychiaters gevraagd hoe representatief zij deze gedragingen voor de theatrale persoonlijkheidsstoornis vonden. Sprock ontdekte dat typisch vrouwelijke gedragsvoorbeelden overwegend meer representatief werden geacht voor de diagnose dan typisch mannelijke gedragsvoorbeelden. Typisch mannelijke gedragsvoorbeelden werden ook als minder representatief gescoord dan de neutrale gedragsvoorbeelden. Ook dit onderzoek biedt evidentie voor genderbias aan de kant van de beoordelaars, en niet zozeer voor genderbias in de diagnose of diagnostische criteria. Wel houden deze resultaten de mogelijkheid open dat de diagnostische criteria van de (in dit geval) theatrale persoonlijkheidsstoornis immuniteit voor genderbias ontberen. Gevoeligheid voor genderbias kan ontstaan daar waar de criteria op een (te) hoog abstractieniveau zijn opgesteld waardoor de diagnosticus zelf relevante gedragsvoorbeelden moet kiezen om de aanwezigheid van de criteria te beoordelen. Overigens lijkt deze gevoeligheid groter op diagnostisch niveau dan op criteriumniveau (Sprock 2000).

DISCUSSIE

In dit review van genderbias bij persoonlijkheidsstoornissen kwam naar voren dat: (1) seksespecifieke prevalentieverschillen plausibel zijn; (2) vooralsnog geen harde conclusies kunnen worden getrokken over de precieze richting en grootte van deze verschillen; (3) er evidentie bestaat voor genderbias bij beoordelaars en niet in het classificatiesysteem; en (4) de geobserveerde genderbias in de beoordeling vooral optreedt op diagnostisch niveau en minder of niet op criteriumniveau.

Deze bevindingen hebben verschillende implicaties. Voor de klinische praktijk geldt dat genderbias vooral optreedt wanneer diagnostiek onzorgvuldig plaatsvindt. Genderbias bleek bij beoordelaars gerelateerd aan de mate van ambiguïteit van een casus. Ambiguïteit staat hier min of meer gelijk aan een gebrek aan voldoende ade-

quate informatie op criteriumniveau. Door als behandelaar op nauwgezette wijze op criteriumniveau te zoeken naar evidentie voor de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie, wordt voorkomen dat men diagnostische beslissingen baseert op betrekkelijk irrelevante informatie zoals demografische gegevens (zie ook Verheul e.a. 2000a). Het verdient aanbeveling hiervoor een semi-gestructureerd interviewschema te gebruiken (Zimmerman 1994; Verheul e.a. 2000b).

Vanuit het oogpunt van classificatieontwikkeling geldt dat het aanpassen of zelfs verwijderen van bestaande diagnostische criteria, voor zover bedoeld om differentiële sekseprevalenties te voorkomen, ongewenst is. Hoewel wellicht welbedoeld, is deze praktijk misleidend in die zin dat het aannemelijk is dat seksespecifieke prevalenties werkelijk bestaan en dat deze dus niet kunstmatig hoeven te worden bestreden. Het zou wel nuttig zijn om concrete gedragsvoorbeelden toe te voegen daar waar criteria abstract zijn geformuleerd, waarbij een gelijke weging voor typisch mannelijke en typisch vrouwelijke gedragsvoorbeelden zou kunnen worden gehanteerd.

LITERATUUR

- Caplan, P. (1987). The psychiatric association's failure to meet its own standards: the dangers of self-defeating personality disorder as a category. *Journal of Personality Disorders*, 1, 178-182.
- Corbitt, E.M., & Widiger, T.A. (1995). Sex differences among the personality disorders: an exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 225-238.
- Costa, P.T. Jr., & McCrae, R.R. (1988). Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). The five-factor model and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343-359.
- Ford, M.R., & Widiger, T.A. (1989). Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 301-305.
- Functowicz, M.N., & Widiger, T.A. (1995). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: a different approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 145-165.
- Hamilton, S., Rothbart, M., & Dawes, R.M. (1986). Sex bias, diagnosis, and DSM-III. *Sex roles*, 15, 269-274.
- Jang, K.L., Livesley, W.J., & Vervon, P.A. (1998). A twin study of genetic and environmental contributions to gender differences in traits delineating personality disorder. *European Journal of Personality*, 12, 331-344.
- Kaplan, M. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*, 38, 786-792.
- Morey, L.C., & Ochoa, E.S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180-192.
- Nakao, K., Gunderson, J.G., & Phillips, K.A. (1992). Functional impairment in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 24-33.
- Sprock, J. (2000). Gender-typed behavioral examples of histrionic personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 107-122.
- Verheul, R., van den Brink, W., Spinhoven, P., e.a. (2000a). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.
- Verheul, R., van den Brink, W., & van der Velden, K. (2000b). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (Red.), *Handboek Psychopathologie* (pp. 407-450). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Walker, L.E.A. (1994). Are personality disorders genderbiased? In S.A. Kirk & S.D. Einbinder (Red.), *Controversial issues in mental health* (pp. 22-29). New York: Allyn & Bacon.
- Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders. An example of sex bias. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 839-845.
- Widiger, T.A., & Spitzer, R.J. (1991). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 11, 1-22.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.

AUTEUR

R. VERHEUL is psycholoog en is als Manager Onderzoek & Academisering verbonden aan Psychotherapeutisch Centrum (PTC) De Viersprong te Halsteren.

Correspondentieadres: dr. R. Verheul, PTC De Viersprong, Postbus 7, 4660 AA Halsteren.

E-mail: roel.verheul@deviersprong.net.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-02-2002.

SUMMARY

Gender bias and personality disorders – R. Verheul –

BACKGROUND The introduction of the DSM-III in 1980 has resulted in ideological controversy about possible gender biases that might threaten the validity of psychiatric diagnoses, particularly personality disorders.

AIM To critically review the scientific evidence for prevalence differences associated with gender and gender bias in the diagnosis of personality disorders.

METHOD Critical literature review.

RESULTS Research shows that: (1) prevalence differences associated with gender are plausible; (2) the nature and size of these differences are to date unknown; (3) gender bias is evident at the level of the clinical evaluation but not at the level of the classification system; and (4) the observed gender bias primarily occurs at the diagnostic but not at the criterion level.

CONCLUSION Empirical studies of gender bias in the diagnosis of personality disorders point to the importance of a thorough examination of personality pathology at the level of the specific diagnostic criteria, for example by using a semistructured interview schedule.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 6, 383-388]

KEYWORDS gender bias, personality disorders, sex