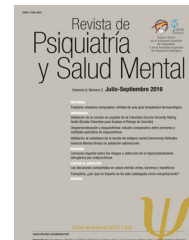




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Comorbilidad de trastornos de personalidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos



Luis Javier Irastorza Eguskiza^{a,*}, Jose M. Bellón^b y María Mora^c

^a Centro de Salud Mental Arganda del Rey, Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

^b Instituto de Investigación de la Salud, Hospital General Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Hospital General Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 11 de diciembre de 2015; aceptado el 8 de enero de 2016

Disponible en Internet el 8 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Trastorno por déficit de atención por inatención;
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad;
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad combinado;
Trastornos de personalidad;
Comorbilidad

KEYWORDS

Inattent attention deficit hyperactivity disorder;
Hyperactive attention deficit hyperactivity disorder;

Resumen

Introducción: Se ha observado una alta comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y categorías diagnósticas de trastornos de personalidad (tp). Los rasgos dimensionales del TDAH y de tp asociados están siendo investigados para descubrir si hay una diferenciación entre ambos trastornos o no.

Metodología: Setenta y ocho pacientes ambulatorios que acuden al Centro de Salud Mental de Arganda (Madrid) fueron evaluados entre enero de 2013 y junio de 2015, en un estudio transversal. El diagnóstico de TDAH se realizó con las escalas CAARS, CAADID y WURS; el de los tp con el cuestionario del SCID-II-DSM-IV. Ningún paciente estaba tomando estimulantes ni atomoxetina previamente al estudio. Todos firmaron el consentimiento informado antes de participar en el estudio.

Resultados: Se encontró una alta comorbilidad con los 3 clusters de personalidad, especialmente con el tipo hiperactivo y combinado. El tp depresivo se asoció con el inatento.

Conclusiones: A pesar de utilizar un cuestionario para evaluar los tp, vemos alguna diferenciación entre tipos específicos de TDAH y tp. Es necesario llevar a cabo más investigación sobre los rasgos de personalidad dimensionales para mejorar el diagnóstico y las metas terapéuticas. © 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comorbidity of personality disorders and attention-deficit hyperactivity disorder in adults

Abstract

Introduction: A high comorbidity has been observed among attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and categorical personality disorders (PD). A study is conducted on the dimensional traits associated with ADHD and PD, in order to determine whether there are any differences.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ljirastorza@telefonica.net (L.J. Irastorza Eguskiza).

Combined attention deficit hyperactivity disorder;
Personality disorders;
Comorbidity

Methodology: A cross-sectional study was conducted on 78 outpatients attending a Mental Health Clinic in Arganda (Madrid) from January 2013 to June 2015. ADHD diagnosis was evaluated with the CAARS, the CAADID, and the WURS scales, and the PD with the SCID-II-DSM-IV questionnaire. None of the patients were receiving any stimulant or atomoxetine before the study, and all patients signed the informed consent before the study.

Results: A high comorbidity was found with all PD clusters, especially with hyperactive and combined type ADHD. Depressive PD was associated with inattentive ADHD.

Conclusions: In spite of using a questionnaire to evaluate PD, some differences can be observed between specific ADHD types and PD. More studies are needed to investigate dimensional personality traits in order to improve the diagnosis and therapeutics goals.

© 2016 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La investigación previa ha demostrado la comorbilidad entre el trastorno de personalidad borderline (TPB) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) del adulto, tanto con el uso de cuestionarios como de entrevistas psíquicas estructuradas: hasta un 60% de los pacientes con TPB tenían criterios de TDAH en la infancia y un 38% en adultos. Los síntomas de impulsividad y los rasgos se solapan¹⁻⁸. Pero no solo el TPB se asocia con TDAH en adultos, también otros trastornos de personalidad (tp) de los clusters B y C, como el tp narcisista y el tp evitativo, son comunes⁹⁻¹¹.

En la asociación del TDAH con tp se ha observado más impulsividad, mayor búsqueda de novedades, menor regulación del afecto para el control de la ira y más reacciones agresivas^{8,12,13}.

Otros estudios observan una comorbilidad con los 3 grupos o clusters de personalidad, aumentando el riesgo de tp y déficits de maduración del carácter en la asociación con TDAH¹⁴.

La orientación dimensional de los tp, buscada en la clasificación del DSM-V, propone un modelo con 5 dimensiones mayores de personalidad: afectividad negativa o neuroticismo, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo¹⁵. El neuroticismo se ha propuesto como un factor de disfunción general de personalidad que influye en muchos tp. Se caracteriza por inestabilidad emocional, impulsividad y afectividad negativa. En este sentido también se asocia con el TDAH, cuando se investigan los factores de personalidad subyacentes en esta afección¹⁶⁻¹⁹. Pero este enfoque dimensional no es el objetivo de este trabajo, sino la investigación de la comorbilidad categorial. Partimos de las siguientes hipótesis: que hay una alta comorbilidad del TDAH con los distintos tp; y que a la hora de diferenciar entre los tipos de TDAH, es el combinado el que se asocia con los 3 grupos de tp.

Método

Es un estudio transversal, observacional, de 78 pacientes ambulatorios que acuden al CSM de Arganda (Hospital del Sureste) con diagnóstico clínico de TDAH. Se realizó entre

enero de 2013 y junio de 2015, contando con la aprobación del Comité de Investigación de dicho hospital.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con trastornos depresivos, de ansiedad, bipolares, de personalidad, sin uso de drogas en los últimos 6 meses, y que firmaran el consentimiento informado para participar en el estudio. Todos los que cumplían los requisitos previos debían tener un diagnóstico positivo de TDAH con la Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) o la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID).

Los criterios de exclusión fueron: síntomas psicóticos, abuso de tóxicos en los últimos 6 meses, trastornos cerebrales orgánicos y cualquier condición médica clínicamente significativa con manifestaciones psíquicas, retraso mental (CI < 70) o deterioro cognitivo moderado o severo, e incapacidad de dar el consentimiento informado o de cumplir con la evaluación.

Procedimiento

Los pacientes son diagnosticados como TDAH con entrevistas y test específicos, ellos y un familiar informante, sobre todo padres. No habían recibido previamente ningún tratamiento con estimulantes ni atomoxetina.

Instrumentos

El diagnóstico de TDAH adulto se basó en la entrevista CAADID y la CAARS autoadministrada, versión larga.

CAADID: la versión española de la entrevista diagnóstica (CAADID parte II) se utilizó para el diagnóstico de TDAH^{20,21}. La CAADID es una entrevista semiestructurada con 2 partes. La primera se divide en 4 áreas: historia demográfica, desarrollo psicomotor, factores de riesgo y comorbilidad. La segunda la administra el clínico para evaluar los criterios TDAH según el DSM-IV.

CAARS: se desarrolló para la evaluación y el diagnóstico del TDAH adulto²², con modos autoadministrados y del informante. La forma larga autoadministrada, CAARS-Self-Report, Long Form, se compone de 4 subescalas derivadas del análisis factorial: CAARS-A (Inatención/problemas de

Tabla 1 Datos sociodemográficos. Puntuaciones medias y desviaciones estándares de edad, sexo y estado civil

N	78
Edad media (DE)	34,6 (10,5)
Sexo varón, n (%)	45 (57,7)
Estado civil, %	
Casado	35
Soltero	50

DE: desviación estándar.

memoria), CAARS-B (Hiperactividad/inquietud), CAARS-C (Impulsividad/labilidad emocional) y CAARS-D (Problemas con el autoconcepto); 3 subescalas sintomáticas del DSM-IV (4th ed., DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994): CAARS-E (Síntomas inatentos DSM-IV), CAARS-F (Síntomas hiperactivos-impulsivos DSM-IV) y CAARS-G (total de síntomas); un índice ADHD (para identificar probables TDAH), y un índice de inconsistencia para respuestas al azar o no fiables. Esta versión larga contiene 66 ítems, en una escala Likert de 5 puntos, que suma las 8 subescalas. Consideramos una puntuación > 55 como diagnóstico positivo.

WURS: la versión reducida de la escala de valoración de Wender-Utah²³ se utiliza para cerciorarnos de la existencia de síntomas de TDAH en la infancia, según autovaloración retrospectiva del paciente. La realiza un familiar del paciente, sobre todo los padres. Utilizamos el punto de corte de > 46.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)²⁴: para el diagnóstico de los tp se utiliza habitualmente la versión validada al español del SCID-II, una entrevista semiestructurada para evaluar los tp según criterios DSM-IV. La fiabilidad entre examinadores variaba entre $k=0,37$ y 1, según el tipo de tp. El kappa global fue de 0,85. Para este trabajo empleamos el cuestionario en lugar de la entrevista. Esta se suele utilizar en los tp que resultan positivos en el cuestionario.

Análisis estadístico

Los datos se expresan como frecuencias y porcentajes, o como medias. La asociación entre variables cualitativas se estudia con el Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher. Todas las pruebas estadísticas son de doble cola y un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

El programa estadístico utilizado para todos los cálculos fue el IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.).

Resultados

En la [tabla 1](#) se muestran los datos sociodemográficos de los pacientes en el estudio: el 58% eran varones, de 35 años de edad media y la mitad estaban solteros.

Observamos una alta comorbilidad con tp utilizando el cuestionario SCID-II citado: 94% con TPB, 78% con tp obsesivo, 73% con tp narcisista, 64% con tp pasivo-agresivo, 64% con tp depresivo, 60% con tp evitativo, 53% con tp paranoide, 51% con tp esquizotípico, 35% con tp dependiente,

33% con tp antisocial, 26% con tp esquizoide y 11% con tp Histriónico.

A la hora de buscar la posible asociación específica con los grupos o clusters de personalidad (A, B y C, incluyendo el tp pasivo-agresivo dentro de este último), con los respectivos tipos de TDAH según salga positivo en el CAARS o en el CAADID, vemos en la [tabla 2](#) los resultados.

Observamos en ella cómo el tipo hiperactivo del TDAH se asocia más con el cluster A de tp y con el C. Y el tipo combinado, con el cluster C y B (tendencia a significativo). Si miramos los tp a nivel de individual con los tipos de TDAH, cabe destacar: sentido negativo con tp esquizoide (con hiperactivo y combinado), histriónico (con inatento) y dependiente (con hiperactivo); o sea, los tp esquizoide, histriónico y dependiente son menos frecuentes en estos pacientes con TDAH. El tipo inatento se asocia más con tp depresivo y pasivo-agresivo, aunque este tp también lo vemos en el combinado e hiperactivo. El tipo hiperactivo se asocia más específicamente con tp paranoide, evitativo y obsesivo; por otra parte, como hemos visto, también se asocia con el tp esquizotípico y pasivo-agresivo. El tipo combinado se asocia con tp esquizotípico, pasivo-agresivo y depresivo.

Al incluir el tp depresivo dentro del cluster C no se observan asociaciones significativas con ningún tipo de TDAH.

Discusión

Comprobamos que la hipótesis de la alta comorbilidad de pacientes con TDAH adultos y tp se da. También es cierto que es mayor que en la literatura; posiblemente achacable a que con el uso del cuestionario SCID-II, en lugar de la entrevista, pueden aumentar los falsos positivos. Coincidimos con la alta comorbilidad con TPB, narcisista, obsesivo y evitativo. Otros estudios también presentan una alta comorbilidad con tp, más con el cluster C que con el B^{10,11,25}. Al igual que en el nuestro, donde observamos más frecuencia de TPB, en el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions –NESARC–²⁶ en EE. UU., durante 2004-2005, los tp más frecuentes fueron del cluster B y el tp esquizotípico (TPB con un 33,7%, tp narcisista con un 25,2%).

La otra hipótesis que nos planteábamos era la mayor asociación de tp con el tipo combinado de TDAH: vemos cómo en el cluster C y A se asocian más con el TDHA hiperactivo, el cluster B con el combinado (tendencia a significativo), y el cluster C también con el TDAH combinado. Con el TDAH inatento no observamos ninguna asociación de tp específica como cluster.

Si nos fijamos dentro de cada cluster: el inatento se asocia con los tp depresivos y pasivo-agresivo, y en sentido negativo, con el tp histriónico. El tp esquizoide muestra una asociación negativa con el TDAH combinado y el tp obsesivo con el TDAH hiperactivo en sentido positivo. Otros autores también encuentran asociación del cluster C y el tp pasivo-agresivo con el TDAH tipo disregulación emocional (englobando el TDAH en 2 tipos, disregulación emocional e inatento, abarcando el primero al tipo hiperactivo), y el cluster A independiente de cualquier tipo de TDAH^{27,28}. También coincidimos con la asociación entre el tipo combinado y diversos tp: en otros estudios se asocia más el tipo combinado de TDAH con trastornos del ánimo, de ansiedad,

Tabla 2 Asociaciones de TDAH con trastorno de personalidad según las escalas CAARS y CAADID

	CAADID hiperactivo	CAADID inatento	CAADID combinado	CAARS hiperactivo	CAARS inatento	CAARS combinado
Cluster A				85/15**		
Cluster B						62/0*
Cluster C	89/11*			85/15**		86/14**
Cluster C ^a	94/6**			96/4**		100/0**
Tp esquizoide	17/83* (negativo)					27/73** (negativo)
Tp esquizotípico				67/33**	61/39*	73/27**
Tp paranoide				70/30**		
Tp narcisista						
Tp borderline						
Tp histriónico		25/75** (negativo)				
Tp antisocial						
Tp evitativo				59/41*		
Tp dependiente	43/57* (negativo)					
Tp obsesivo- compulsivo				83/17**		
Tp pasivo-agresivo				81/19**	75/25**	86/14**
Tp depresivo					75/25**	82/18**

Tp: trastorno de personalidad.

Los datos se presentan como porcentajes de sí/no. Cluster A, B y C: del eje II del DSM-IV.

^a Cluster C + trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

* p < 0,001.

** p < 0,05.

dependencia de sustancias y tp obsesivo, pasivo-agresivo, depresivo, narcisista y TPB^{9,10}.

El TDAH se ha conceptualizado como un trastorno del temperamento extremo y maladaptativo y/o de rasgos de personalidad²⁹, pero no se sabe el alcance real de esa asociación. Se solapan dimensiones de personalidad, tp, neuropsicología y comorbilidad diagnóstica en la evolución clínica de ambos trastornos³⁰.

Estamos de acuerdo con esta teoría, viendo la alta comorbilidad del TDAH adulto con tp, a pesar de que hayamos utilizado el cuestionario SCID-II.

El TPB ha sido investigado en sus dimensiones: se ha encontrado un alto neuroticismo y una baja responsabilidad, según el modelo de Costa et al. y los 5 factores de personalidad³¹. Laporte et al., en 2011³², mostraron que los rasgos temperamentales de neuroticismo, problemas con la intimidad e impulsividad eran predictores de la severidad del TPB. Nosotros hemos analizado en otro trabajo las dimensiones de personalidad del TDAH y tp, encontrando altas tasas de neuroticismo y baja responsabilidad (Irastorza et al., pendiente de publicación).

Ferrer et al.⁶ encontraron en 2010 en una muestra de pacientes con TPB un 38,1% de TDAH, con mayor tasa de dependencia de sustancias, tp antisocial y obsesivo. Contrariamente a nuestro estudio, solo observaron pacientes con tp evitativo en los TPB sin TDAH. Apoyan un perfil más impulsivo en la asociación de TPB y TDAH.

Como conclusiones, vemos que el TDAH de adultos tiene una alta comorbilidad con los tp. A la limitación de los posibles falsos positivos de estos, añadimos la ventaja de una mayor especificidad diagnóstica cuando empleamos 2 instrumentos de medida de hiperactividad, déficit de atención y del tipo combinado. Este y el hiperactivo se asocian más con

los tp, siendo el inatento más frecuente con el tp depresivo y pasivo-agresivo.

Hemos de dar un paso más y buscar las dimensiones de personalidad de los tp en su asociación con TDAH, sobre todo dado el alto solapamiento de ambos trastornos en adultos. Con ello mejoraremos en el valor diagnóstico y de posibles metas terapéuticas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia

Conflicto de intereses

No hay conflictos de intereses en la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NG, Shapiro AL, Aldridge DM. Organic brain dysfunction and the borderline. *Psychiatr Clin North Am.* 1981;4:47-66.
2. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NG. Borderline personality subcategories. *J Nerv Ment Dis.* 1982;170:670-9.
3. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Compr Psychiatry.* 2002;43:369-77.
4. Dowson JH, McLean A, Bazanis E, Toone B, Young S, Robbins TW, et al. The specificity of clinical characteristics in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison with patients with borderline personality disorder. *Eur Psychiatry.* 2004;19:72-8.
5. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2008;192:118-23.
6. Ferrer M, Andi3n O, Matal3 J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010;24:812-22.
7. Van Dijk F, Lappenschaar M, Kan C, Verkes RJ, Buitelaar J. Lifespan attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder symptoms in female patients: A latent class approach. *Psychiatry Res.* 2011;190:327-34.
8. Van Dijk FE, Lappenschaar M, Kan CC, Verkes RJ, Buitelaar JK. Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: The role of temperament and character traits. *Compr Psychiatry.* 2012;53:39-47.
9. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry.* 2009;54:673-83.
10. Matthies S, van Elst LT, Feige B, Fischer D, Scheel C, Krogmann E, et al. Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder-A risk factor for personality disorders in adult life? *J Pers Disord.* 2011;25:101-14.
11. Miller C, Flory J, Scott R, Harty S, Newcorn J, Halperin J. Childhood ADHD and the emergence of personality disorders in adolescence: A prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:1477-84.
12. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottet A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry.* 2011;11:158.
13. Herpertz SC, Kunert HJ, Schwenger UB, Sass H. Affective responsiveness in borderline personality disorder: A psychophysiological approach. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1550-6.
14. Anckars3ter H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad SB, Niklasson L, et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1239-44.
15. American Psychiatric Association. *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2013.
16. Faraone SV, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: Implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med.* 2009;39:685-93.
17. McCrae RR, Costa PT. The five-factor theory of personality. En: John OP, Robins RW, Pervin LA, editores. *Handbook of personality: Theory and research.* 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008. p. 159-81.
18. Hampson SE. Personality processes: Mechanisms by which personality traits "get outside the skin". *Annu Rev Psychol.* 2012;63:315-39.
19. Steel P, Schmidt J, Shultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull.* 2008;134:138-61.
20. Epstein JN, Johnson DE, Conners C. *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV.* North Tonawanda, NY: Multihealth System; 2001.
21. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Richarte V, Valero S, G3mez-Barros N, Nogueira M, et al. Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:229-35.
22. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. *Conners Adult ADHD Rating Scales.* North Tonawanda: Multihealth System; 1999.
23. Wender PHW. *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults.* New York: Oxford University Press; 1995.
24. G3mez-Beneyto M, Villar M, Renovell M, P3rez F, Hern3ndez M, Leal C, et al. The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *J Pers Disord.* 1994;8:104-10.
25. Williams ED, Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Halls C, Soni P, et al. Personality disorder in ADHD. Part 1: Assessment of personality disorder in adult ADHD using data from a clinical trial of OROS methylphenidate. *Ann Clin Psychiatry.* 2010;22:84-93.
26. Bernardi S, Faraone SV, Cortese S, Kerridge BT, Pallanti S, Wang S, et al. The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychol Med.* 2012;42:875-87.
27. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ, et al. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry.* 2005;58:125-31.
28. Reimherr FW, Marchant BK, Williams ED, Strong RE, Halls C, Soni P. Personality disorders in ADHD. Part 3: Personality disorder, social adjustment, and their relation to dimensions of adult ADHD. *Ann Clin Psychiatry.* 2010;22:103-12.
29. Martel MM. Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50:1042-51.
30. Arango C. Un tratamiento integral para el trastorno por d3ficit de atenci3n e hiperactividad en toda Europa. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:197-8.
31. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:853-63.
32. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Pers Disord.* 2011;25:448-56.