

M. Gárriz¹
F. Gutiérrez^{1,2}

Cribado de trastornos de la personalidad: un metaanálisis

¹ Servei de Psicologia
Institut Clínic de Neurociències
Hospital Clínic
Barcelona

² IDIBAPS
Barcelona

Los trastornos de la personalidad son patrones estables de comportamiento desadaptativo altamente prevalentes e incapacitantes, que se asocian a un elevado coste sanitario. Pese a ser su detección en la clínica una cuestión prioritaria, ignoramos qué instrumentos de cribado son fiables y válidos. Este estudio metaanaliza veintiséis estudios que examinaron la capacidad diagnóstica de 19 diferentes instrumentos de cribado y utilizaron una entrevista estructurada como estándar diagnóstico. La mediana total de kappa fue de 0,40 (rango 0,14 a 0,86), indicando un acuerdo de pobre a moderado. Los instrumentos breves creados *ad hoc* mostraron la mejor capacidad predictiva ($Md_{kappa}=0,56$) y son, por su rapidez de administración, los instrumentos de primera elección.

Palabras clave:
Trastornos de la personalidad. Evaluación de la personalidad. Diagnóstico.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(3):148-152

Personality disorder screenings: a meta-analysis

Personality disorders (PD) are highly prevalent and impairing stable patterns of maladaptive behavior that are associated to high health care costs. Although PD detection in clinical settings is a priority issue, it is still unknown which are the most reliable and valid screening instruments. For this purpose, 26 studies examining the diagnostic ability of 19 different screening tools that included structured interviews as the gold standard were meta-analyzed. The total median for the kappa was 0.40 (range 0.14 to 0.86), indicating poor to moderate agreement. Brief instruments created *ad hoc* showed the best predictive ability ($Md_{kappa}=0.56$) and are, because of their easy application, the first-line screening tools.

Key words:
Personality disorders. Personality assessment. Diagnosis.

Correspondencia:
F. Gutiérrez
Servei de Psicologia
Institut Clínic Neurociències
Hospital Clínic Barcelona
Villarroel, 170
08036 Barcelona
Correo electrónico: fguti@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos difieren entre sí en muchas características psicológicas estables, tales como ansiedad, impulsividad, filiación, dominancia o persistencia. Estas características son parcialmente heredables, están presentes desde la adolescencia o el principio de la edad adulta, y determinan en gran parte la biografía del individuo¹. Cuando estos rasgos resultan tan extremos e inflexibles que provocan malestar significativo o deterioro en algún ámbito del funcionamiento del sujeto (laboral, familiar, social) se diagnostica un trastorno de la personalidad (TP).

La correcta detección de los TP en el medio clínico es esencial por varias razones. La prevalencia de personalidades desadaptadas es muy elevada en comparación con la de otros trastornos mentales: 9-13 % en población general y 24 % en atención primaria^{2,3}. El sufrimiento y el deterioro funcional asociados a estos trastornos son comparables a los causados por otros trastornos graves y crónicos como la depresión mayor⁴. Incrementan el riesgo de aparición —y empeoran la evolución— de trastornos afectivos, ansiosos, psicóticos, alimentarios y por uso de sustancias⁵. Por último, la presencia de patología de la personalidad afecta también al pronóstico y la adherencia al tratamiento en enfermedades médicas⁶. Así, no es extraño que los TP se asocien a una utilización de los servicios de salud y a un gasto sanitario muy superiores a los de la media poblacional⁷, tengan mayor probabilidad de ser percibidos como difíciles por sus médicos, y sean fuente de *burnout*⁸.

Desafortunadamente, nuestra capacidad para detectar TP no se corresponde con su relevancia clínica y social. La entrevista clínica no estructurada, que es el método más extendido de diagnóstico, carece de fiabilidad. El médico general tiene dificultades para discriminar pacientes con TP de otros pacientes con mal cumplimiento o actitud desagradable, derivando en menos ocasiones a los primeros al especialista⁷. Incluso los especialistas obtienen índices de acuerdo inaceptables cuando no utilizan entrevistas estructuradas⁹. Por otra parte, estas entrevistas (SCID-II, SIDP, PDE, IPDE), que se han convertido en el estándar diagnóstico, requieren entrenamiento previo y una inversión de tiempo entre 1 y 4 h por

paciente, lo que las hace inviables en la mayor parte de centros asistenciales.

En la década de 1980 se inició la búsqueda de instrumentos de cribado de TP, que debían reducir el coste de la detección y redundarían por tanto en derivaciones más acertadas, tratamientos más adecuados, reducción del gasto sanitario y menor *burnout* de los profesionales. Un amplio abanico de entrevistas y cuestionarios de personalidad se examinaron con este fin, con resultados desiguales. Sin embargo, estos estudios no han sido aún revisados y carecemos de indicaciones para la elección del instrumento de cribado más adecuado. El presente estudio metaanaliza la literatura publicada sobre la utilidad diagnóstica de los cribados de TP.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica, actualizada hasta diciembre de 2007, a través de las bases de datos PsycINFO, Medline y Academic Search Premier con la estrategia de búsqueda empleando los términos *personality disorder, axis II, personality pathology y screen*, y se revisaron las referencias de los artículos seleccionados. Se incluyeron todos los trabajos que *a)* utilizaran algún instrumento de cribado de TP; *b)* confirmasen la presencia/ausencia del diagnóstico mediante entrevista estructurada basada en la clasificación DSM¹⁰, y *c)* proporcionasen la información necesaria para el cálculo de los siguientes índices diagnósticos: sensibilidad (porcentaje de TP con resultado positivo en el cribado), especificidad (porcentaje de no-TP con resultado negativo en el cribado), porcentaje de aciertos (TP y no-TP correctamente clasificados), y kappa de Cohen, que tiene en cuenta los acuerdos esperados por azar. El estadístico kappa se utilizó como variable principal de resultado, dado que el porcentaje de aciertos depende tanto de la prevalencia muestral de TP como de la capacidad predictiva del cribado, y que la sensibilidad y la especificidad sólo pueden interpretarse conjuntamente.

En los estudios que utilizaban más de un instrumento de cribado o más de una muestra se realizaron análisis independientes, y en los que analizaban diferentes puntos de corte se utilizó aquel con el valor kappa más alto. Se calcularon la media (M) y la mediana (Md), con y sin ponderar por el tamaño muestral, de los cuatro índices diagnósticos para el total de estudios y para seis subgrupos de instrumentos de cribado: *a)* instrumentos breves (<30 ítems) creados *ad hoc* (n = 10); *b)* cuestionario PDQ (n = 6); *c)* cuestionario TCI (n = 5); *d)* entrevista SAP (n = 2); *e)* instrumentos extensos (>100 ítems) basados en DSM (n = 5), y *f)* cuestionario MCMI (n = 5). Los cuestionarios MMPI y SCL-90R contaban con un solo estudio y no se incluyeron en el análisis por subgrupos.

RESULTADOS

Veintiséis estudios cumplieron los criterios de inclusión. Estos estudios examinaban las propiedades de 19 instrumentos

diferentes de cribado en 29 muestras, con un total de 35 resultados y 5.432 sujetos (tabla 1). La mediana de kappa para el total de estudios fue 0,40 (desviación estándar 0,20; rango 0,14 a 0,86). En el análisis por subgrupos, los instrumentos breves creados *ad hoc* obtuvieron los valores kappa más altos (Md = 0,56), seguidos de PDQ (Md = 0,42), TCI (Md = 0,36), SAP (Md = 0,34), instrumentos extensos basados en DSM (Md = 0,29) y MCMI (Md = 0,26). Este orden se mantuvo invariable al calcular medias en vez de medianas, y sólo cambió ligeramente al ponderar por el número de sujetos: los instrumentos breves aumentaron su ventaja (Md_p = 0,73), y PDQ, TCI y SAP invirtieron sus posiciones respectivas, aunque dentro del mismo rango de puntuaciones (Md_p = 0,33 a 0,40).

Los restantes índices diagnósticos resultaron menos informativos. El porcentaje total de aciertos fue elevado (Md = 0,76), pero mostró escasas diferencias entre grupos de instrumentos (0,68 a 0,78). Los resultados de sensibilidad fueron inversos a los de kappa, sugiriendo como primera elección los instrumentos extensos basados en DSM (Md = 0,96) y el MCMI (Md = 0,87). Esta elevada sensibilidad se alcanzó sin embargo a costa de los índices de especificidad más bajos (Md = 0,61 y 0,48), indicando que la mitad de los no-casos son erróneamente clasificados como casos.

DISCUSIÓN

Los instrumentos de cribado disponibles en la actualidad muestran una capacidad predictiva del diagnóstico DSM pobre o moderada. Esperablemente, los mejores índices de acuerdo se obtienen para los instrumentos breves desarrollados con esa finalidad (IOWA, SAP-AS, IIP-PD). Estos instrumentos resultan además viables en el ámbito clínico por su reducido número de ítems (de 11 a 28), pueden ser fácilmente administrados como parte de la entrevista general, y son por tanto de primera elección si el objetivo es simplemente detectar la presencia de TP. Presentan sin embargo dos inconvenientes. El primero es que los instrumentos más estudiados —IOWA, una entrevista de 11 ítems, e IIP-PD, un cuestionario de problemas interpersonales— muestran en conjunto índices moderados, mientras que los instrumentos con mejores índices —SAP-AS, una modificación del SAP, y la selección de criterios DSM de Nurnberg— cuentan con un solo estudio, sugiriendo la posibilidad de sesgo. El segundo inconveniente es que no proporcionan información acerca del tipo de trastorno, aunque este punto puede resultar irrelevante si el objetivo es la derivación a un especialista que realizará un diagnóstico más preciso.

Los cuestionarios autoadministrados PDQ y TCI son alternativas aceptables. El PDQ evalúa la presencia de todos los criterios de TP del DSM, por lo que permite determinar tanto la presencia como el tipo de trastorno. Presenta sin embargo un acuerdo moderado-bajo con las entrevistas estructuradas. Resultados similares obtiene el TCI (antes TPQ), basado en el modelo de personalidad de Cloninger, y con raíces en los modelos dimensionales de la personalidad más

Tabla 1	Capacidad diagnóstica (acuerdo kappa, aciertos, sensibilidad y especificidad) de 19 diferentes instrumentos de cribado en la literatura									
	Estudio	Muestra		Cribado	Cribado		Estándar diagnóstico	Índices diagnósticos		
n		% TP	N.º ítems		E/C ¹	Kappa		Aciertos	Sensibilidad	Especificidad
Instrumentos breves creados ad hoc										
Langbehn 1999 ¹¹	433	57,7	IOWA	11	E	SIDP-R	0,52	0,76	0,73	0,79
Langbehn 1999 ¹¹	52	46,1	IOWA	11	E	SIDP-IV	0,59	0,79	0,95	0,64
Stern 2000 ¹²	90	15,5	IIP-PD	28	C	SIDP-R	0,63	0,88	0,93	0,87
Nurnberg 2000 ¹³	1.342	42,9	Selec. DSM	15	C	PDE/SIDP-R/SCID-II	0,73	0,87	0,90	0,84
Trull 2001 ¹⁴	103	34,9	IOWA	11	E	SIDP-R	0,62	0,83	0,69	0,91
Moran 2003 ¹⁵	60	55,0	SAP-AS	8	E	SCID-II	0,80	0,90	0,94	0,85
Morse 2007 ¹⁶	70	84,0	IIP-PD	28	C	SIDP-IV	0,17	0,60	0,58	0,73
Morse 2007 ¹⁶	81	44,0	IIP-PD	28	C	SIDP-IV	0,22	0,61	0,67	0,56
Morse 2007 ¹⁶	70	84,0	IOWA	19	C	SIDP-IV	0,27	0,76	0,80	0,55
Morse 2007 ¹⁶	81	44,0	IOWA	19	C	SIDP-IV	0,21	0,59	0,78	0,44
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,56 (0,73)	0,78 (0,87)	0,79 (0,90)	0,76 (0,84)
PDQ										
Dubro 1988 ¹⁷	56	41,0	PDQ	163	C	SIDP	0,51	0,75	0,87	0,68
Pfohl 1989 ¹⁸	45	35,5	PDQ	163	C	SIDP	0,72	0,87	0,94	0,83
Zimmerman 1990 ¹⁹	697	13,4	PDQ	163	C	SIDP	0,33	0,86	0,35	0,94
Hylar 1992 ²⁰	59	30,5	PDQ-R	152	C	SCID-II /PDE	0,32	0,61	1,00	0,43
Van Velzen 1999 ²¹	137	41,6	PDQ-R	133	C	SCID-II	0,26	0,59	0,80	0,40
Davison 2001 ²²	62	79,0	PDQ-4+	99	C	SCID-II	0,50	0,79	0,77	0,84
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,42 (0,33)	0,77 (0,86)	0,84 (0,35)	0,76 (0,94)
TCI										
Starcevic 1995 ²³	48	31,2	TPQ	100	C	SCID-II	0,86	0,94	1,00	0,91
Gutiérrez 2002 ²⁴	74	60,8	TCI	240	C	SCID-II	0,56	0,78	0,77	0,79
Morse 2007 ¹⁶	70	84,0	TCI-SD	44	C	SIDP-IV	0,17	0,60	0,58	0,73
Morse 2007 ¹⁶	81	44,0	TCI-SD	44	C	SIDP-IV	0,14	0,59	0,33	0,80
Gutiérrez 2007 ²⁵	205	29,7	TCI	240	C	SCID-II	0,36	0,77	0,37	0,93
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,36 (0,36)	0,77 (0,77)	0,58 (0,37)	0,80 (0,91)
SAP										
Walters 2004 ²⁶	57	64,9	SAP	–	E	SCID-II	0,28	0,68	0,78	0,50
Mann 1999 ²⁷	90	28,8	SAP	–	E	IPDE (ICD)	0,40	0,68	0,47	0,97
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,34 (0,40)	0,68 (0,68)	0,63 (0,47)	0,74 (0,97)
Instrumentos extensos basados DSM										
Ekselius 1994 ²⁸	69	53,6	SCID-S	124	C	SCID-II	0,61	0,81	0,87	0,75
Jacobsberg 1995 ²⁹	260	23,8	SCID-S	124	C	SCID-II	0,29	0,76	0,98	0,47
Duijsens 1996 ³⁰	108	20,4	VKP	174	C	IPDE	0,17	0,53	0,82	0,44
Lenzenweger 1997 ³¹	258	8,1	IPDE-S	250	C	IPDE	0,20	0,64	1,00	0,61
Ottosson 1998 ³²	138	65,9	DIP-Q	140	C	DIP-I	0,61	0,81	0,83	0,76
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,29 (0,29)	0,76 (0,76)	0,87 (0,98)	0,61 (0,61)
MCMII										
Dubro 1988 ¹⁷	56	41,0	MCMII	175	C	SIDP	0,40	0,68	0,96	0,48
Soldz 1993 ³³	97	77,3	MCMII-II	175	C	PDE	0,26	0,60	0,81	0,43
Marlowe 1997 ³⁴	110	77,0	MCMII-II	175	C	SCID-II	0,19	0,78	0,96	0,20
FdzO,-Montalvo 2006 ³⁵	50	22,0	MCMII-II	175	C	IPDE	0,17	0,58	0,72	0,53
FdzO,-Montalvo 2006 ³⁵	55	7,2	MCMII-II	175	C	IPDE	0,52	0,89	1,00	0,88
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,26 (0,26)	0,68 (0,68)	0,96 (0,96)	0,48 (0,43)
Otros										
Starcevic 2000 ³⁶	112	52,6	SCL-90R	90	C	SCID-II	0,70	0,85	0,72	0,98
Dubro 1988 ¹⁷	56	41,0	MMPI	566	C	SIDP	0,43	0,71	0,78	0,67
Total										
<i>Mediana (ponderada)</i>							0,40 (0,50)	0,76 (0,81)	0,80 (0,82)	0,73 (0,84)

¹E=Entrevista, C=Cuestionario.

que en la clasificación psiquiátrica. Este instrumento evalúa cuatro dimensiones temperamentales que reflejan el tipo de personalidad, y tres escalas de carácter que determinan la existencia de desadaptación o trastorno. El TCI resulta más específico que sensible, y es por tanto un útil detector de no-casos. El formato de autoinforme de PDQ y TCI economiza tiempo del profesional.

Las características de los restantes instrumentos revisados los hacen poco adecuados como cribado. El SAP es una entrevista no estructurada y sin punto de corte establecido, lo que dificulta su estandarización. Los índices de acuerdo del MCMI y de los instrumentos extensos basados en DSM apenas difieren de lo esperable por azar. Finalmente, MMPI y SCL-90 sólo cuentan cada uno con un estudio publicado.

Aunque estos resultados proporcionan una guía inicial para la elección del cribado más adecuado, son necesarias algunas puntualizaciones metodológicas. La primera es que la capacidad predictiva de la mayor parte de los cribados se estudió en muestras con alta prevalencia de TP ($M = 42,9\%$), por lo que debe generalizarse con precaución a la población general. En segundo lugar, el objetivo de algunos estudios no era maximizar el acuerdo kappa sino la sensibilidad, de manera que kappa puede subestimar la verdadera capacidad del instrumento. Por último, recordar que las entrevistas diagnósticas utilizadas como estándar muestran también escaso acuerdo entre sí⁹, lo que merma la fiabilidad diagnóstica de los cribados.

Podemos concluir que las entrevistas breves tienen mayor capacidad para detectar la presencia de TP. Ello no implica sin embargo que sean los instrumentos de elección para otros usos: modelos dimensionales de personalidad como el TCI o el DAPP han obtenido mayor apoyo empírico que el propio DSM³⁷ y se han propuesto como alternativas al mismo. Adquiere también progresivo arraigo la propuesta de basar el diagnóstico de TP, no en la intensidad de determinados rasgos de la personalidad, sino en el grado de desadaptación que éstos producen, es decir, en medidas de afectación biográfica.

BIBLIOGRAFÍA

- Ozer DJ, Benet-Martinez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Ann Rev Psychol* 2006;57:401-21.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553-64.
- Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:52-7.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:276-83.
- Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *Am J Psychiatry* 2002;159:359-71.
- Frayne SM, Halanych JH, Miller DR, Wang F, Lin H, Pogach L, et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med* 2005;165:2631-8.
- Moran P, Rendu A, Jenkins R, Tylee A, Mann A. The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychol Med* 2001;31:1447-54.
- Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med* 1998;7:126-9.
- Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000.
- Langbehn DR, Pfohl BM, Reynolds S, et al. The Iowa Personality Disorder Screen: Development and preliminary validation of a brief screening interview. *J Pers Disord* 1999;13:75-89.
- Stern BL, Kim Y, Trull TJ, Scarpa A, Pilkonis P. Inventory of Interpersonal Problems–Personality Disorder scales: Operating characteristics and confirmatory factor analysis in nonclinical samples. *J Pers Assess* 2000;74:459-71.
- Nurnberg HG, Martin GA, Somoza E, Coccaro EF, Skodol AE, Oldham YM, et al. Identifying personality disorders: Towards the development of a clinical screening instrument. *Compr Psychiatry* 2000;41:137-46.
- Trull TJ, Amdur M. Diagnostic efficiency of the Iowa personality disorder screen items in a nonclinical sample. *J Pers Disord* 2001;15:351-7.
- Moran P, Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality–Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry* 2003;183:228-32.
- Morse JQ, Pilkonis PA. Screening for personality disorders. *J Pers Disord* 2007;21:179-98.
- Dubro AF, Wetzler S, Kahn MW. A comparison of three self-report questionnaires for the diagnosis of DSM-III personality disorders. *J Pers Disord* 1988; 2: 256-266.
- Pfohl B, Blum N, Zimmerman M, Stangl D. Structured Interview for DSM-III-R Personality SIDP-R. Iowa City: Department of Psychiatry, University of Iowa, 1989.
- Zimmerman M, Coryell WH. Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:527-31.
- Hyler SE, Skodol AE, Oldham JM, Kellman HD, Doidge N. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Compr Psychiatry* 1992;33:73-7.
- Van Velzen CJM, Luteijn F, Scholing A, van Hout WJPJ, Emmelkamp PMG. The efficacy of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised as a diagnostic screening instrument in an anxiety disorder group. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:395-403.
- Davison S, Leese M, Taylor PJ. Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *J Pers Disord* 2001;15:180-94.
- Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S. The Tridimensional Personality Questionnaire as an instrument for screening personality disorders: Use in patients with generalized anxiety disorder. *J Pers Disord* 1995;9:247-53.

24. Gutiérrez F, Sangorrín J, Martín-Santos R, Torres X, Torrens M. Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *J Pers Disord* 2002;16:344-59.
25. Gutiérrez F, Navinés R, Navarro P, García-Esteve L, Subirá S, Torrens M, Martín-Santos R. What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Compr Psychiatry* 2008;49:570-8.
26. Walters P, Moran P, Choudhury P, Lee T, Mann A. Screening for personality disorder: A comparison of personality disorder assessment by patient and informants. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:34-9.
27. Mann AH, Raven P, Pilgrim J, Khanna S, Velayudham A, Suresh KP, et al. An assessment of the Standardized Assessment of Personality as a screening instrument for the International Personality Disorder Examination: A comparison of informant and patient assessment for personality disorder. *Psychol Med* 1999;29:985-9.
28. Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G. SCID-II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:120-3.
29. Jacobsberg L, Perry S, Frances A. Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the Personality Disorder Examination. *J Pers Assess* 1995;65:428-33.
30. Duijsens IJ, Bruinsma M, Jansen SJT, Eurelings-Bontekoe EHM, Diekstra RFW. Agreement between self-report and semi-structured interviewing in the assessment of personality disorders. *Pers Indiv Diff* 1996;21:261-70.
31. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C. Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:345-51.
32. Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, von Knorring L, Kullgren G, Lindström E, et al. DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *Eur Psychiatry* 1998;13:246-53.
33. Soldz S, Budman S, Demby A, Merry J. Diagnostic agreement between the Personality Disorder Examination and the MCMI-II. *J Pers Assess* 1993;60:486-99.
34. Marlowe DB, Husband SD, Bonieskie LM, Kirby KC. Structured interview versus self-report test advantages for the assessment of personality pathology in cocaine dependence. *J Pers Disord* 1997;11:177-90.
35. Fernandez-Montalvo J, Landa N, Lopez-Goni JJ, Lorea I. Personality disorders in alcoholics: a comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addict Behav*. 2006;31:1442-8.
36. Starcevic V, Bogojevic G, Marinkovic J. The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders. *J Pers Disord* 2000;14:199-207.
37. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 2005;19:110-30.