

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSa). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSa), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinerгия@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Actualización de los trastornos de personalidad

Personality disorders update



¹**Dra. Carolina Blanco Artola**

Investigadora independiente, Cartago, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-2519-349X>

²**Dra. Natasha Gómez Solórzano**

Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Alajuela, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-4379-3234>

³**Dr. Dennis Orozco Matamoros**

Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Alajuela, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-2662-2396>

RECIBIDO

11/01/2020

CORREGIDO

29/01/2020

ACEPTADO

02/03/2020

RESUMEN

Los trastornos de personalidad se encuentran entre las afecciones psiquiátricas más comúnmente experimentadas, comienzan en la adolescencia o en la edad adulta joven. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición se pueden dividir en tres grupos en función de las similitudes clínicas: grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista), y el grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo). Se diagnostica cuando las desviaciones culturales a largo plazo en la cognición, las emociones y el comportamiento interrumpen las actividades diarias o causan angustia. El manejo inicial se basa en la terapia cognitivo conductual como su primera línea de tratamiento, siendo de segunda línea el tratamiento farmacológico donde aún no han sido aprobados medicamentos para dicho trastorno en específico, siendo de uso únicamente para tratar síntomas específicos, es decir se utilizan como un complemento.

PALABRAS CLAVE: trastorno de personalidad; comportamiento; cognición

ABSTRACT

Personality disorders are among the most experienced psychiatric conditions; they begin in adolescence or in young adulthood. According to

¹ Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina).
cod. [MED16171](#).
cpa25@hotmail.com

² Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina).
cod. [MED15565](#).
natashagomez21@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina).
cod. [MED14776](#).
demom88@gmail.com



the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in its fifth edition can be divided into three groups based on clinical similarities: group A (paranoid, schizoid and schizotypal), group B (antisocial, limit, histrionic and narcissistic), and group C (avoidant, dependent and obsessive-compulsive). It is diagnosed when long-term cultural deviations in cognition, emotions and behavior interrupt daily activities or cause distress. The initial management is based on cognitive behavioral therapy as its first line of treatment, being the second line the pharmacological treatment where medications for said specific disorder have not yet been approved, being used only to treat specific symptoms, that is, they are used as a complement.

KEYWORDS: personality disorders; behavior; cognition

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se encuentran entre las afecciones psiquiátricas más comúnmente experimentadas, afectan aproximadamente entre 5 y 15% de la población. Los trastornos de la personalidad se diagnostican cuando las desviaciones culturales a largo plazo en la cognición, las emociones y el comportamiento interrumpen las actividades diarias o causan angustia, las personas con trastornos de la personalidad experimentan un impacto destructivo del estigma social, además de los síntomas problemáticos de la enfermedad (1).

Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), los trastornos de personalidad se pueden dividir en tres grupos en función de las similitudes clínicas: grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista), y el grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) (2). Los trastornos de personalidad son importantes para todos los médicos debido a su alta frecuencia,

afecta en gran medida la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes, es un fuerte predictor del resultado del tratamiento, una causa de mortalidad prematura y es un gran costo para la sociedad (3).

El objetivo planteado para la presente revisión bibliográfica se centra en exponer una actualización sobre aspectos generales de los trastornos de personalidad, además de brindar una guía resumida para el médico en su práctica clínica, con la recopilación de información actual y material bibliográfico con contenido científico académico.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica donde se utilizaron artículos de los últimos 5 años, seleccionados de bases de datos de Lancet, Revista Brasileira de Psiquiatria, Elsevier, Journal of Hospital Medicine, Journal of Personality Disorders, además de otros artículos de revisión brindados por el BINASSS. Se tomaron en cuenta artículos en español e inglés, enfocados en las generalidades

del tema, además de artículos actualizados en los últimos años. Se utilizaron un total de 15 referencias bibliográficas.

PREVALENCIA

La **TABLA 1** representa las proporciones de sexo y prevalencia con respecto a los trastornos de personalidad informados en el DSM-5, algunos de ellos se diagnostican con mayor frecuencia en un sexo que en el otro (trastorno de personalidad límite en las mujeres y trastorno de personalidad antisocial en los hombres), mientras que otros trastornos de personalidad difieren ligeramente en cuanto a su relación sexual (4).

Los trastornos de la personalidad del grupo B afectan aproximadamente al 5.5% de la población mundial, mientras que los grupos A y C son menos comunes con una prevalencia de 2.1 y 2.3%, respectivamente (1).

ETIOLOGÍA

Los trastornos de la personalidad muestran tasas de heredabilidad de moderadas a altas (5). Existen diferentes modelos de investigación genética en psiquiatría, el primero es el enfoque del gen-trastorno, el cual hipotetiza que hay una relación lineal entre los genes y el trastorno. El segundo enfoque es el endofenotipo, en el que los resultados del trastorno se sustituyen por fenotipos intermedios, los cuales están más estrechamente regulados por los genes. Por último, el enfoque de interacción gen-ambiente supone que los genes moderan el efecto de los factores ambientales sobre el trastorno (6).

FACTORES DE RIESGO

La interacción gen-ambiente plantea que los factores ambientales causan el trastorno y que los genes alteran la susceptibilidad a los factores ambientales. Este enfoque supone que las influencias ambientales difieren de acuerdo con las predisposiciones genéticas de una persona, y que las predisposiciones genéticas de una persona se expresan de manera diferente en diferentes entornos (6).

La adversidad infantil, en particular el abuso o la negligencia en el contexto de relaciones de apego primario durante el período de desarrollo prolongado, es un factor de riesgo conocido, un alto porcentaje entre 30% a 60% deriva de factores heredables (7).

Los factores genéticos influyen en los rasgos de personalidad asociados con el trastorno límite de la personalidad, como la inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas y autolesiones (7).

DIAGNOSTICO

Los trastornos de la personalidad son poco reconocidos debido a la dificultad para realizar el diagnóstico. Existen encuestas de autoinforme y entrevistas estructuradas, pero a menudo son lentas e inexactas. En su lugar, se debe centrar la atención en identificar estructuras de personalidad deterioradas que interfieran con las relaciones interpersonales y, por lo tanto, interrumpen el curso del tratamiento (8), por lo tanto, se requiere de una historia cuidadosamente contextualizada proporcionada por el paciente e idealmente al menos otro informante confiable (7).

| Tabla 1. Prevalencia y relación de género de los trastornos de personalidad según el DSM-5 | |
|--|-----------|
| Grupo A | |
| Paranoide | |
| Prevalencia | 2.3-4.4% |
| Relación de género | - |
| Esquizoide | |
| Prevalencia | 3.1-4.9% |
| Relación de género | H>M |
| Esquizotípico | |
| Prevalencia | 0.6-4.9% |
| Relación de género | H>M |
| Grupo B | |
| Antisocial | |
| Prevalencia | 0.2-3.3% |
| Relación de género | H>M |
| Límitrofe | |
| Prevalencia | 1.6-5.9% |
| Relación de género | 3M:1H |
| Histriónico | |
| Prevalencia | 1.84% |
| Relación de género | M>H |
| Narcisista | |
| Prevalencia | 0-6.2% |
| Relación de género | H>M |
| Grupo C | |
| Evitativo | |
| Prevalencia | 2.4% |
| Relación de género | H=M |
| Dependiente | |
| Prevalencia | 0.49-0.6% |
| Relación de género | M>H |
| Obsesivo-Compulsivo | |
| Prevalencia | 2.1-7.9% |
| Relación de género | H2:M1 |
| NOTA: H: Hombre M: Mujer No hay datos sobre la relación de género. | |
| FUENTE: Schulte Holthausen B, Habel U. Sex Differences in Personality Disorders. Current Psychiatry Reports. 2018;20(12):107. | |

Al evaluar a un paciente por un trastorno de personalidad, se debe tener en cuenta influencias biológicas, sociales, culturales y familiares importantes; desarrollar una línea de tiempo de los eventos formativos de la vida del paciente; e identificar los patrones adaptativos de paciente, así como objetivos personales y logros. El médico debe distinguir una presentación aguda pero no característica de una serie de síntomas similares que se repiten regularmente a lo largo de la vida del paciente. Además, se debe mostrar compasión por el paciente que lucha con un trastorno de la personalidad (7).

Considere un trastorno de personalidad si alguna de las siguientes características está presente (8):

- El paciente provoca una fuerte reacción emocional ante el proveedor de salud.
- Las respuestas emocionales del paciente pueden parecer desproporcionadas al evento incitante.
- El paciente está tomando varios medicamentos psiquiátricos diferentes con poco alivio de los síntomas.
- El paciente ocupa una cantidad desproporcionada del tiempo del proveedor de salud.
- El paciente externaliza la culpa, ve a los demás como la fuente de incomodidad o angustia y, por lo tanto, ve a los demás como la solución.

TIPOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

• Grupo A

Paranoide: el trastorno de personalidad paranoide se caracteriza por excesiva

sensibilidad a los contratiempos, falta de perdón por los insultos, sospechas recurrentes sin justificación sobre la fidelidad sexual del cónyuge o pareja sexual, y un sentido combativo y tenaz de los derechos personales (9) desconfianza vigilante hacia los demás y una actitud defensiva vanguardista contra la crítica y el engaño anticipados, impulsados por una alta sensibilidad al dolor (rechazo-humillación) y orientados fuertemente a la auto polaridad, estos pacientes presentan una irritabilidad sensible (10).

Esquizoide: el trastorno de la personalidad esquizoide se caracteriza por ser personas distantes, desprendidas, con falta de interés en los demás, insensible a las normas sociales, con fantasía introspectiva como si se perdiera en un mundo de fantasía imaginativo (7) además de retiro de contactos afectivos, sociales y de otro tipo, actividades solitarias e introspección. Capacidad limitada para expresar sentimientos y experimentar placer (9).

Esquizotípico: el trastorno de la personalidad esquizotípico se caracteriza por deterioro del autofuncionamiento (límites confusos entre uno mismo y otros, y objetivos poco realistas o incoherentes), funcionamiento interpersonal (falta de empatía e intimidad) y rasgos patológicos de la personalidad como el psicoticismo (excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva y creencias y experiencias inusuales), desapego (afectividad restringida, retraimiento social (7), representa una orientación cognitivamente disfuncional y de manera desadaptativa. Las personalidades

esquizotípicas experimentan un placer mínimo y tienen dificultades para diferenciar constantemente entre las estrategias propias y otras, así como los modos de adaptación activos y pasivos (10).

- **Grupo B**

Antisocial: el trastorno de personalidad antisocial se define por un patrón de comportamiento socialmente irresponsable, explotador y sin culpa. Los síntomas incluyen la falta de conformidad con la ley, la incapacidad de mantener un empleo constante, manipulación de otros para beneficio personal, engaño y la falta de desarrollo interpersonal estable. La prevalencia de varía de 2% a 4% en hombres y de 0.5% a 1% en mujeres. La mayor prevalencia es en personas de 24 a 44 años y disminuye en personas de 45 a 64 años. La relación hombre-mujer se estima entre 2:1 y puede alcanzar el 80% en entornos correccionales (11). Estas personas actúan para contrarrestar la expectativa de dolor y depredación al participar en comportamientos delictivo y a menudo ilegales (10).

Limítrofe: el trastorno de personalidad limítrofe se caracteriza por la inestabilidad del estado de ánimo, extrema sensibilidad al abandono, comportamiento impulsivo de automutilación, dificultad para controlar la ira, la cual puede conducir a graves limitaciones en las relaciones sociales y el funcionamiento (1) además de inestabilidad en las relaciones, las emociones, la identidad y el comportamiento. Aproximadamente del 2% al 6% de la población general padece dicho trastorno. Se debe de tener en cuenta que el riesgo de suicidio en el

trastorno límite de personalidad es alto. Se estima que entre el 60% y el 85% de las personas con trastorno límite de personalidad intentan suicidarse una vez (12).

Histriónico: el trastorno de personalidad histriónico es caracterizado por afectividad superficial y lábil, auto dramatización, teatralidad, expresión exagerada de emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, autocomplacencia, falta de consideración por los demás, sentimientos fácilmente heridos y búsqueda continua de aprecio, emoción y atención (9). Es un grupo de personalidades que adoptan una postura de dependencia activa. Alcanzan su objetivo de maximizar la protección y el éxito reproductivo al participar activamente en una serie de maniobras seductoras que llaman la atención (10).

Narcisista: el trastorno narcisista de personalidad narcisista se caracteriza por un patrón generalizado de grandiosidad (en fantasía o comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en la edad adulta temprana, asociado a sentido grandioso de importancia personal (por ejemplo, exagera los logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin proporciones logros), preocupado con fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal, cree que él o ella es "especial" y único y que solo puede ser entendido por o debe asociarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus, requiere admiración excesiva, tiene un sentido de derecho (es decir, una expectativa irrazonable de ser especialmente favorable tratamiento o cumplimiento automático de sus

expectativas). Es interpersonalmente explotador (es decir, aprovecha a otros para lograr su objetivo), carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de otros; a menudo tiene envidia de los demás o cree que otros tienen envidia de él o ella y muestra comportamientos y actitudes arrogantes y arrogantes (13) son vistas como frágiles, carentes de autoestima y experimentan relaciones sociales problemáticas (1).

- **Grupo C**

Evitativo: el trastorno de personalidad evitativo se caracteriza por un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de insuficiencia y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. En consecuencia, las personas muestran una marcada evitación de las interacciones sociales, percibiéndose a sí mismas como no deseadas y aislado de los demás. Estos síntomas están asociados con deficiencias pronunciadas en la vida diaria y costos sociales importantes. Por ejemplo, hallazgos recientes resaltaron deficiencias considerables en lo mental (baja autoeficacia, angustia mental), social (menor nivel de educación, ingresos más bajos, no en trabajo remunerado) y somático (presencia de enfermedades somáticas. Incluso en comparación con otros trastornos de personalidad se asoció con el mayor nivel de deterioro en el funcionamiento diario (14) frecuentemente mantienen sentimientos de tensión y aprensión, inseguridad e inferioridad. Un anhelo continuo de ser querido y aceptado, hipersensibilidad al rechazo y la crítica con apegos personales restringidos, y una tendencia

a evitar ciertas actividades exagerando habitualmente los peligros o riesgos potenciales en situaciones cotidianas (9).

Dependiente: el trastorno de personalidad dependiente se caracteriza por confianza pasiva generalizada en otras personas para tomar decisiones de vida mayores y menores, gran temor al abandono, sentimientos de impotencia e incompetencia, y una respuesta débil a las demandas de la vida cotidiana. La falta de vigor puede manifestarse en las esferas intelectual o emocional; a menudo una tendencia a transferir responsabilidad a los demás (9), además de gran necesidad psicológica generalizada que debe ser atendida por otras personas (7).

Obsesivo-Compulsivo: el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo se caracteriza por el perfeccionismo y el énfasis excesivo en el orden y el control interpersonal (1) además con características por la rígida conformidad con las reglas y el control hasta el punto de satisfacción y exclusión de actividades y amistades pausadas (7).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La primera línea de intervención para las personas con trastornos de personalidad es la terapia cognitivo conductual, que cambia la forma en que interactúan el equipo y el paciente. Dichas intervenciones han sido durante mucho tiempo la piedra angular del tratamiento para estos individuos. El predominio de la investigación se ha centrado en el grupo B, y específicamente en individuos con trastorno límite de la personalidad, y la aplicación de estos principios de

manera más amplia se basa en gran medida en la opinión de expertos (8), la terapia cognitivo conductual debe ser bien conocida por los terapeutas que se ocupan de los trastornos de la personalidad (15).

Existe evidencia de que la terapia cognitivo conductual es efectiva para reducir los intentos de suicidio, autolesiones, ira, agresión y la depresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad. La terapia cognitiva conductual aborda las características afectivas, cognitivas y de desregulación propias del trastorno (7).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Actualmente no existen medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, debido a que existe evidencia limitada para el uso de intervenciones farmacológicas para abordar las características particulares de estos trastornos, como la impulsividad, la desregulación afectiva o cognitiva y síntomas perceptuales (8) dicho enfoque debe apuntar a reducir o eliminar los síntomas específicos observados en otros trastornos psiquiátricos, donde existe evidencia de que el medicamento en cuestión es eficiente. Independientemente de qué medicamento se use, el efecto clínico debe ser monitoreado de cerca (9).

Los antipsicóticos pueden ser útiles para tratar las alteraciones cognitivas como la paranoia y la disociación que experimentan algunos de estos pacientes. Los antidepresivos pueden tener un efecto relativamente pequeño sobre la ansiedad y la ira. Los

estabilizadores del estado de ánimo muestran tener un impacto positivo en la impulsividad, la ira, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido (8). En los estudios de trastornos de la personalidad del grupo A, como el trastorno esquizotípico de la personalidad, existe cierta evidencia de mejoría de los síntomas con antipsicóticos atípicos como la risperidona (7).

Sin embargo, los medicamentos deben usarse con precaución, ya que la polifarmacia es un problema importante con estos pacientes y puede tener una utilidad limitada. Por lo tanto, aunque los medicamentos pueden ofrecer una oportunidad para atacar síntomas específicos, nunca deben ser el tratamiento de primera línea, sino que pueden justificarse como un complemento de otras formas de tratamiento en situaciones específicas (9).

CONCLUSIÓN

Los trastornos de personalidad son afecciones psiquiátricas comúnmente experimentadas en la población, inician con frecuencia en la adolescencia, pueden ser detectados y diagnosticados cuando la cognición, las emociones y el comportamiento interrumpen las actividades diarias o causan angustia, de forma importante generan un impacto negativo en la esfera social, además de síntomas que generan un entorno problemático en la vida del paciente. Los trastornos de personalidad son importantes para todos los médicos y personal de salud debido a su frecuencia de presentación, es fundamental conocer cada uno de los grupos existentes, de manera especial el trastorno de

personalidad limítrofe el cual experimenta un alto porcentaje de riesgo suicida, y el tipo antisocial debido a la alta importancia de actos delictivos que con frecuencia cometen este tipo de pacientes.

Actualmente para el manejo de los trastornos de personalidad se cuenta con 2 tipos de tratamiento, el no farmacológico específicamente la terapia cognitiva conductual se considera la primera línea de tratamiento para estos trastornos, por lo cual es sumamente importante contar con un terapeuta especializado en la misma, en la actualidad con respecto al tratamiento farmacológico no existen medicamentos aprobados por la FDA como tratamiento específico, se utilizan únicamente como un complemento para tratar síntomas relacionados a dichos trastornos, los

antipsicóticos pueden ser útiles para tratar las alteraciones cognitivas como la paranoia y la disociación, los antidepresivos para tratar síntomas de ansiedad e ira, y los estabilizadores del estado de ánimo muestran un impacto positivo en la impulsividad, la ira, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. Por lo tanto, aunque los medicamentos pueden ofrecer una oportunidad para atacar síntomas específicos, nunca deben ser el tratamiento de primera línea, sino que su uso se justifica como un complemento a dicha sintomatología. Se recomienda tener alta sospecha de dichos trastornos debido a su alta frecuencia, además de ofrecer un manejo adecuado para los pacientes y así mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2016 01;18(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
2. Bezerra-Filho S, Almeida A, Studart P, Rocha M, Lopes F, Miranda-Scippa Â. Personality disorders in euthymic bipolar patients: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015;37(2):162 <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1459>
3. Tyrer P, Reed G, Crawford M. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. 2015;385(9969):717. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
4. Schulte Holthausen B, Habel U. Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2018;20(12):106-107. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y>
5. Sharp C, Wright A. Editorial overview: Personality disorders: Personality pathology is what personality pathologists do. *Current Opinion in Psychology*. 2018;21:iv-vii. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.05.008>
6. Bulbena-Cabre A, Bassir Nia A, Perez-Rodriguez M. Current Knowledge on Gene-Environment Interactions in Personality Disorders: an Update. *Current Psychiatry Reports*. 2018;20(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0934-7>
7. Newlin E, Weinstein B. Personality Disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2015;21:806-817. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466668.02477.0c>
8. Riddle M, Meeks T, Alvarez C, Dubovsky A. When personality is the problem: Managing patients with difficult personalities on the acute care unit. *Journal of Hospital Medicine*. 2016;11(12):1-6. <https://doi.org/10.1002/jhm.2643>

9. Ekselius L. Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2018;123(4):1-12. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>
10. Millon T. What Is a Personality Disorder?. *Journal of Personality Disorders*. 2016;30(3):289-306. <https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30.3.289>
11. Black D. The Natural History of Antisocial Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(7):309-314. <https://doi.org/10.1177/070674371506000703>
12. Levy K, McMain S, Bateman A, Clouthier T. Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018;41(4):711-728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
13. Caligor E, Levy K, Yeomans F. Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172(5):415-422. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14060723>
14. Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B. Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(3):1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6>
15. Caspar F. Studying Effects and Process in Psychotherapy for Personality Disorders. *Psychopathology*. 2018;51(2):1-8. <https://doi.org/10.1159/000487895>