

Disturbo borderline di personalità e spettro bipolare: dati preliminari sull'assetto temperamentale e sugli aspetti psicopatologici nucleari in un campione di pazienti borderline

Borderline personality disorder and bipolar spectrum: preliminary data on temperament and core psychopathological features in a sample of borderline patients

M. Martinucci¹, M. Chiesa², C. Taponocco³, A. Biagi¹, M. Di Fiorino¹

¹ Reparto di Psichiatria, Ospedale Versilia, Azienda USL 12, Lido di Camaiore (LU), Italia; ² Cassel Hospital, Richmond, Surrey, UK; ³ Reparto di Psichiatria, Ospedale di Massa, Azienda USL 1, Massa Carrara, Italia

Summary

Introduction

The relationship between borderline personality disorder (BPD) and bipolar spectrum as separate diagnostic categories is controversial. The suggestion by some authors that BPD falls within the bipolar spectrum is based on the assumption that affective instability develops through the same mechanism in both diagnostic categories, but existing evidence is insufficient to support this concept. The aim of this study is to evaluate the expression of the temperament components in patients suffering from BPD and identify correlations between temperament and the disorder itself.

Material and method

We recruited 37 subjects who met criteria for BPD on the Structured Diagnostic Interview for DSM-IV. The Diagnostic Interview for borderline patients (DIB) and the self-rated questionnaire for affective temperaments (TEMPS-S) were used.

Results

Depressive and cyclothymic temperaments were the most frequently found in the whole sample and in males, respectively. We found very few significant correlations between DIB and TEMPS-S scores in the whole sample; in females only, we found a greater number of significant correlations between the two scales, while in males there were no statistically significant correlations.

Discussion

Our results show that, even if some temperaments are more frequent in borderline patients, the core features of the disorder poorly correlate with each of the temperaments evaluated.

Key words

Borderline personality disorder • Bipolar disorder • Bipolar spectrum • Temperament

Riassunto

Introduzione

I dati sul rapporto tra disturbo borderline di personalità (DBP) e spettro bipolare sono a tutt'oggi controversi. La proposta che questo disturbo rientri nell'ambito dello spettro bipolare dipende dall'assunto che l'instabilità affettiva si sviluppa attraverso lo stesso meccanismo in entrambe le categorie diagnostiche, ma le evidenze esistenti sono insufficienti a supportare il concetto che il DBP ricada nello spettro bipolare. Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'espressione dei temperamenti affettivi in pazienti con DBP e le correlazioni tra questi e gli elementi psicopatologici nucleari del disturbo borderline stesso.

Materiali e metodo

Sono stati reclutati 37 pazienti affetti da DBP ai quali sono stati somministrati la *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB) e la TEMPS-S, questionario di autovalutazione per i temperamenti affettivi.

Risultati

Il temperamento più rappresentato nei pazienti con DBP è risultato essere il depressivo, nel campione generale, il ciclotimico nei maschi. Nel campione complessivo, sono emerse scarsissime correlazioni statisticamente significative tra punteggi ottenuti alla DIB, da un lato, e alla TEMPS-S, dall'altro; solo nelle femmine sono state riscontrate maggiori correlazioni tra le due scale, mentre nel sesso maschile non vi era alcuna correlazione.

Discussione

I dati da noi ottenuti evidenziano come, sebbene alcuni pattern temperamentali possano essere più frequenti in pazienti borderline, gli aspetti nucleari del disturbo mostrino scarse correlazioni con ciascuno dei temperamenti descritti.

Parole chiave

Disturbo borderline di personalità • Disturbo bipolare • Spettro bipolare • Temperamento

Corrispondenza

Mirko Martinucci, Reparto di Psichiatria, Ospedale Versilia, via Aurelia 335, 55043 Lido di Camaiore (LU), Italia • Tel. +39 0584 6055242 • E-mail: mmartinucci@hotmail.it

Introduzione

Studi recenti indicano come le oscillazioni affettive presenti nella depressione atipica e nel disturbo bipolare II siano difficili da separare, su un piano clinico, da quelle del temperamento ciclotimico e del disturbo borderline di personalità (DBP). Secondo Perugi¹ i tratti di labilità emotiva e sensibilità interpersonale sembrano essere correlati a una diatesi temperamentale di tipo ciclotimico che, a sua volta appare sottendere il complesso pattern di sintomi ansiosi, depressivi e di discontrollo degli impulsi che mostrano clinicamente i pazienti affetti da depressione atipica, disturbo bipolare di tipo II e DBP. Gli stessi Autori sottolineano che concettualizzare questi costrutti come correlati renderebbe queste tipologie di pazienti più accessibili alla terapia farmacologica e agli interventi psicologici mirati a trattare i loro comuni modelli temperamentali, affermando, in particolare, come il costrutto di DBP sia meglio rappresentato da entità diagnostiche più convenzionali.

Nel passato, la patologia borderline è stata vista come una variante di psicosi, depressione o disturbo post-traumatico da stress, ma vi sono importanti differenze tra tutte queste condizioni e il DBP. La proposta che questo disturbo rientri nell'ambito dello spettro bipolare dipende dall'assunto che l'instabilità affettiva si sviluppa attraverso lo stesso meccanismo in entrambe le categorie diagnostiche. Vi sono importanti differenze nella fenomenica, storia familiare, corso longitudinale e risposta al trattamento tra DBP e disturbo bipolare, e gli studi di comorbidità hanno fornito risultati non univoci. Secondo Paris², le evidenze esistenti sono insufficienti a supportare il concetto che il DBP ricada nello spettro bipolare.

Uno studio molto recente ha evidenziato che con l'utilizzo della regressione logistica l'unica significativa associazione si riscontra tra l'impulsività episodica dell'ipomania e i tratti di impulsività del DBP. Il nucleo psicopatologico del disturbo bipolare II, ovvero l'ipomania, secondo questo studio, non sembra mostrare una stretta associazione con i tratti caratteristici del DBP, essendo i dati piuttosto a sfavore di un legame tra queste due entità cliniche e di un'appartenenza del DBP allo spettro bipolare³. Paris⁴, in una review, sottolinea come i dati abbiano fallito nel supportare la conclusione che il disturbo bipolare e il borderline si situino nell'ambito di un medesimo spettro ma non escludano la possibilità di una parziale sovrapposizione etiologica. Lo stesso meccanismo potrebbe causare sia la rapida ciclicità dell'umore in alcune forme di disturbo bipolare che l'instabilità affettiva del DBP e potrebbero essere coinvolti anche medesimi meccanismi genetici; tra l'altro, l'uso degli anticonvulsivanti mostra una efficacia in entrambe le condizioni cliniche^{5,6}.

Nei giovani adulti, in particolare, talvolta può essere più difficile differenziare tra un disturbo bipolare a esordio

precoce e un DBP, a causa delle sovrapposizioni sintomatologiche. In questa fascia di età, i pazienti affetti da depressione bipolare mostrano livelli significativamente più alti di sintomi 'core' caratteristici della patologia borderline come disturbo dell'identità, impulsività e relazioni interpersonali intense e caotiche, rispetto a quelli affetti da depressione unipolare. Gli aspetti borderline che riflettono elementi di ciclotimia o stati depressivi misti possono essere utili nella pratica clinica nella differenziazione tra depressione unipolare e bipolare nei giovani adulti⁷.

Alla luce di queste evidenze, lo scopo di questo studio è quello di valutare l'espressione dei temperamenti affettivi in pazienti con DBP e le correlazioni tra questi e gli elementi psicopatologici nucleari del disturbo borderline stesso, mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione specifici, nell'ipotesi che gli aspetti nucleari del DBP non correlino con i temperamenti affettivi.

Materiali e metodi

Sono stati reclutati 37 pazienti affetti da DBP secondo i criteri del DSM-IV, confermando la diagnosi mediante la somministrazione dell'intervista semistrutturata *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-II)⁸. L'età media del campione è risultata di 33,49 (ds \pm 9,24) anni; i maschi erano 14 (età media 33,86 ds \pm 8,24) e le femmine 23 (età media 33,26 ds \pm 9,97).

A tutti i partecipanti sono state somministrate i seguenti strumenti: la *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB) in eterovalutazione⁹ e la TEMPS-S, questionario di autovalutazione per i temperamenti affettivi¹⁰.

La DIB è uno degli strumenti maggiormente utilizzati negli studi effettuati nella valutazione diagnostica e degli esiti dei pazienti con disturbo borderline. Gli studi di Gunderson hanno avuto un ruolo fondamentale per la definizione dei criteri diagnostici del DBP nelle varie versioni del sistema multiassiale DSM. La DIB è un'intervista semistrutturata che consente di fare diagnosi di DBP attraverso l'esplorazione di cinque aree (Adattamento Sociale, Modalità Comportamentali, Affettività, Psicosi e Relazioni Interpersonali) che sono state individuate come maggiormente significative e discriminative per i pazienti borderline. A ogni item viene assegnato un punteggio; per ogni area esplorata, la somma di questi punteggi fornisce il punteggio di area (o di sezione); questo, convertito su di una scala da 0 a 2 (punteggio di sezione in scala) per attribuire a ogni area pari peso, contribuisce a determinare il punteggio diagnostico totale che può oscillare da 0 a 10: un punteggio di 7 è considerato il punteggio-soglia per la diagnosi di DBP¹¹.

La TEMPS-S è una scala in autovalutazione composta da 110 item a risposta dicotomica vero o falso, i quali possono essere raggruppati nei cinque temperamenti indaga-

TABELLA I.

Punteggi e ranghi medi associati a ciascun temperamento, ottenuti con il test di Friedman. *Mean scores and mean ranks associated to temperaments, obtained with Friedman's test.*

	Media	Deviazione standard
Temperamento irritabile	8,19	2,733
Temperamento ciclotimico	8,70	2,213
Temperamento depressivo	18,23	4,376
Temperamento ipertimico	13,69	5,246
Temperamento ansioso	10,83	3,092
Totale item positivi TEMPS	59,63	11,085
	Mean rank	
Temperamento irritabile (punteggio medio)	3,07	
Temperamento ciclotimico (punteggio medio)	3,31	
Temperamento depressivo (punteggio medio)	3,59	
Temperamento ipertimico (punteggio medio)	2,46	
Temperamento ansioso (punteggio medio)	2,57	

ti: depressivo, ipertimico, ciclotimico, irritabile, ansioso. Indaga le caratteristiche temperamentali riferendosi a un periodo che corrisponde all'intero arco della vita.

I pazienti sono stati reclutati presso il reparto di psichiatria dell'ASL 12 di Viareggio, la Comunità Terapeutica Residenziale La Rocca di Pietrasanta e il Cassel Hospital di Londra.

I dati ottenuti sono stati elaborati mediante il programma informatizzato SPSS for Windows v. 11.5 (*Statistical Package for Social Sciences*)¹².

Risultati

Abbiamo analizzato la differente espressione dei singoli temperamenti nei pazienti reclutati, confrontando i punteggi medi degli stessi mediante il test di Friedman. Sono state osservate differenze statisticamente significative (chi square = 13,92, df = 4, p = 0,008): il temperamento più rappresentato in questa categoria di pazienti è risultato essere il depressivo, mentre quello meno espresso l'ipertimico (Tab. I).

Se eseguiamo lo stesso confronto in maniera indipendente per i maschi e le femmine, vediamo che differenze significative si mantengono solo per i maschi (chi square = 14,58, df = 4, p = 0,006), mentre per le femmine non si evidenziano differenze statisticamente significative.

Il temperamento più rappresentato nei maschi è risultato il ciclotimico, quello meno espresso l'ansioso (Tabb. II-III). Le correlazioni significative tra punteggi ottenuti alla DIB e quelli ottenuti alla TEMPS-S sono solo 5 su 30 (Tab. III) Come si può vedere dalla Tabella III le correlazioni sono relativamente scarse e solo due di esse risultano statisti-

TABELLA II.

Ranghi medi associati a ciascun temperamento, conducendo il test di Friedman separatamente per i maschi e per le femmine. *Mean rank associated to temperaments, performing Friedman's test in males and females separately.*

Sesso	Variabile	Mean rank
Maschi	Temperamento irritabile	3,04
	Temperamento ciclotimico	3,86
	Temperamento depressivo	3,68
	Temperamento ipertimico	2,50
	Temperamento ansioso	1,93
Femmine	Temperamento irritabile	3,09
	Temperamento ciclotimico	2,98
	Temperamento depressivo	3,54
	Temperamento ipertimico	2,43
	Temperamento ansioso	2,96

camente significative (temperamento depressivo con DIB Adattamento sociale e temperamento ipertimico con DIB affetti).

Analizzando le correlazioni nei due sessi osserviamo come nei maschi non vi siano correlazioni statisticamente significative, mentre ritroviamo poche correlazioni significative nel sesso femminile (tra il temperamento ciclotimico e depressivo della TEMPS-S e l'adattamento sociale della DIB, tra il temperamento ipertimico della TEMPS-S e la DIB affetti, tra il temperamento depressivo e ansioso della TEMPS-S e il dominio psicosi della DIB) (Tab. IV).

TABELLA III.

Matrice correlazionale tra i punteggi dei singoli temperamenti affettivi e delle specifiche aree della DIB. *Correlation matrix between scores of affective temperaments and specific DIB domains.*

	Temp. irritabile	Temp. ciclotimico	Temp. depressivo	Temp. ipertimico	Temp. ansioso
DIB Adattamento sociale	,100	,402	,495*	-,108	-,061
DIB Comportamenti impulsivi	,228	,388	,281	,094	,254
DIB Affetti	,331	-,100	-,280	,488*	,109
DIB Psicosi	-,077	-,009	,136	-,176	-,120
DIB Relazioni interpersonali	,240	-,155	-,120	,211	,069
DIB Punteggio totale	,379	,159	,150	,261	,123

*p < 0,001.

Non sono state riscontrate correlazioni significative tra il punteggio totale della DIB e il punteggio totale della TEMPS-S, sia per quanto riguarda l'intero campione che nell'analisi differenziata per genere.

Discussione e conclusioni

Dall'analisi dei dati possiamo innanzitutto sottolineare come nell'ambito di pazienti affetti da DBP vi sia una diversa espressione dei singoli temperamenti affettivi: il temperamento depressivo risulta essere quello più rappresentato nel campione in generale. Questo dato potrebbe essere influenzato dal fatto che molti dei pazienti reclutati erano ricoverati in SPDC, pertanto verosimilmente durante

una fase di scompenso del disturbo, che spesso può essere rappresentata dalla comparsa di episodi di tipo depressivo. In letteratura gli studi sul rapporto tra DBP e assetto temperamentale sono a oggi molto scarsi. L'unica associazione descritta è quella riscontrata da Perugi et al.¹, relativamente a una diatesi temperamentale di tipo ciclotimico come elemento psicopatologico nucleare del disturbo borderline, dato che nel nostro studio è stato osservato nella parte di campione rappresentata dai soggetti di sesso maschile; nelle donne, infatti, non abbiamo osservato differenze significative nell'espressione dei diversi temperamenti, mentre negli individui di sesso maschile era più rappresentato il temperamento ciclotimico: ciò potrebbe in parte spiegare la tendenza a sovrapporre la diagnosi di

TABELLA IV.

Matrice correlazionale tra i punteggi dei singoli temperamenti affettivi e delle specifiche aree della DIB; analisi condotta separatamente per i maschi e per le femmine. *Correlation matrix between scores of affective temperaments and specific DIB domains; analyses performed for males and females, separately.*

Sesso		Temp. irritabile	Temp. ciclotimico	Temp. depressivo	Temp. ipertimico	Temp. ansioso
Maschi	DIB Adattamento sociale	-,027	-,069	,472	,078	-,334
	DIB Comportamenti impulsivi	,000	,528	,385	-,046	,369
	DIB Affetti	,400	,351	-,192	,549	,319
	DIB Psicosi	-,345	-,467	-,113	-,308	-,345
	DIB Relazioni interpersonali	-,089	,276	,400	,013	,162
	DIB Punteggio totale	-,092	,289	,413	,054	,116
Femmine	DIB Adattamento sociale	,279	,594*	,579*	-,294	,387
	DIB Comportamenti impulsivi	,516	,299	,168	,195	,290
	DIB Affetti	,276	-,258	-,331	,533*	-,183
	DIB Psicosi	,466	,396	,534*	-,179	,669*
	DIB Relazioni interpersonali	,376	-,236	-,318	,392	-,215
	DIB Punteggio totale	,643	,115	,025	,356	,148

*p < 0,01.

disturbo dell'umore, in particolare di tipo bipolare II, con quella di DBP. Tale differenza potrebbe essere indicativa di una peculiare fenomenica del DBP in base al genere. In letteratura sono riportati dei dati indicativi di differenze di genere nel DBP, anche dal punto di vista biologico; Soloff et al.¹³ hanno osservato una diversa risposta alla somministrazioni di sostanze agoniste del sistema serotoninergico, quali la fenfluramina, nei maschi e nelle femmine affetti da DBP con elevati livelli di impulsività: nei primi vi sarebbe un ridotto uptake di glucosio nel lobo temporale destro, mentre nelle donne ci sarebbe una diminuzione significativa nella corteccia temporale e frontale destra. Dal punto di vista più strettamente clinico le donne affette da DBP presentano più spesso comorbilità con disturbi della condotta alimentare, mentre gli uomini mostrano più frequentemente abuso di sostanze, disturbo antisociale di personalità, disturbo esplosivo intermittente^{14 15}. Inoltre, le donne con questo disturbo presentano un diverso pattern sintomatologico, con la presenza più marcata di sintomi di ansia, depressione e ossessivi, e hanno una compromissione maggiore in diverse aree della qualità della vita¹⁶. Inoltre, alcune caratteristiche primarie necessarie a una diagnosi di personalità borderline come l'instaurazione di rapporti caotici e molto intensi con fluttuazione di idealizzazione e svalutazione, e reazioni intense al pericolo vero o immaginario di abbandono, non sono così prominenti nel disturbo affettivo bipolare.

Nessun dato della letteratura, invece, ha evidenziato un'associazione significativa tra temperamento depressivo e DBP. Al contrario, si sottolinea come spesso i pazienti affetti da DBP possano presentare nel corso della loro vita veri e propri episodi di tipo depressivo maggiore: i pazienti che presentano tale comorbilità sono caratterizzati da aspetti clinici indicativi di una maggiore gravità e compromissione del funzionamento, con un legame familiare particolarmente stretto con i disturbi dell'umore¹⁷. In sintesi, il DBP come categoria diagnostica, può essere caratterizzato da un particolare profilo temperamentale, con maggiori espressioni di tipo depressivo e, nei maschi, di tipo ciclotimico; pertanto, di fronte a un paziente con questo disturbo, sarà più frequente riscontrare elementi psicopatologici di tipo depressivo o ciclotimico, come del resto è ben evidenziato già nell'ambito dei criteri diagnostici, dove si ritrova l'instabilità affettiva, che come citato nell'introduzione rappresenta uno dei principali aspetti del disturbo stesso, e la cronica presenza di sintomi di vuoto. Le correlazioni tra aspetti dimensionali della fenomenica borderline, valutati con la DIB, e tipi di temperamento, valutati con la TEMPS-S appaiono, invece, scarse se non assenti, in particolare nei pazienti borderline di sesso maschile.

Solo nelle donne con DBP si riscontrano maggiori correlazioni tra alcune caratteristiche nucleari del DBP e alcuni temperamenti; la correlazione più stretta è risultata, in

particolare, quella tra temperamento ansioso e la dimensione psicotica del DBP. È, in effetti, frequente nel DBP la presenza di brevi episodi psicotici in relazione con stress emotivi o momenti di forte ansia: tale relazione potrebbe essere quindi più frequente (e più rappresentata potrebbe essere la risposta in termini di sintomi psicotici all'ansia) nel sesso femminile. In effetti, uno studio recente evidenzia come nelle donne affette da DBP siano più frequenti, rispetto a soggetti di sesso maschile, sia disturbi d'ansia e sintomi ansiosi, che aspetti paranoici e dissociativi¹⁶. In definitiva, i dati da noi ottenuti sottolineano come, sebbene alcuni pattern temperamentali possano essere più frequenti in questi pazienti, gli aspetti nucleari del disturbo mostrano scarse correlazioni con ciascuno dei temperamenti descritti.

Sebbene alcuni lavori supportino evidenze per l'associazione del disturbo borderline alla ciclotimia e al disturbo bipolare di tipo II, molti degli Autori che si sono occupati di questa problematica concordano con il fatto che pur in presenza di aree di sovrapposizione sintomatologica tra questi disturbi, fattore che spesso rende difficile una diagnosi accurata e certa, essi siano due realtà nosologiche ben distinte, ognuno con la propria caratterizzazione dal punto di vista etiopatogenetico, clinico e terapeutico²⁻⁴: alla luce dei risultati da noi ottenuti e delle scarse correlazioni evidenziate, possiamo ipotizzare l'indipendenza nosografica del DBP dallo spettro bipolare, in accordo con gli Autori suddetti, ipotesi da verificare con successivi studi mirati a tale scopo.

Purtroppo la casistica da noi valutata è relativamente ristretta: ciò è dovuto in primo luogo alla difficoltà di reperire pazienti con diagnosi di disturbo borderline che non avessero comorbilità con altri disturbi di Asse I e II e che fossero disponibili a compilare in maniera attendibile i questionari somministrati; l'estrema labilità affettiva di questi pazienti li rende anche spesso difficilmente valutabili per la rapidità con la quale decidono di interrompere la compilazione delle scale standardizzate, con il risultato che si hanno molte valutazioni incomplete e quindi inutilizzabili per lo studio.

Un altro limite metodologico, come precedentemente accennato, è rappresentato dal fatto che molti pazienti si trovavano in una fase di scompenso acuto, ricoverati in reparto psichiatrico, e la valutazione del temperamento e degli elementi nucleari del DBP (quali l'affettività, gli aspetti comportamentali e relazionali), anche se riferita all'intero arco della propria vita, potrebbe aver risentito della presenza di sintomi della sfera affettiva in atto.

Sicuramente sarà necessario ampliare il campione, in particolare con il coinvolgimento di un numero equivalente di pazienti affetti da disturbo bipolare, al fine di valutarne le caratteristiche temperamentali e la presenza di eventuali aspetti nucleari del DBP per confrontarli con quelle dei pazienti reclutati nel presente lavoro.

Bibliografia

- ¹ Perugi G, Toni C, Traverso MC, et al. *The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline – bipolar II connection.* J Affect Disord 2003;73:87-98.
- ² Paris J. *Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders.* Harv Rev Psychiatry 2004;12:140-5.
- ³ Benazzi F. *A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder?* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008;15:1022-9.
- ⁴ Paris J, Gunderson J, Weinberg I. *The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders.* Compr Psychiatry 2007;48:145-54.
- ⁵ Deltito J, Martin L, Riefkohl J, et al. *Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?* J Affect Disord 2001;67:221-8.
- ⁶ Mackinnon DF, Pies R. *Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders.* Bipolar Disord 2006;8:1-14.
- ⁷ Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. *Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorders: a comparison of bipolar and unipolar depression.* J Affect Disord 2005;87:17-23.
- ⁸ First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *User's Guide for Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II).* Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- ⁹ Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. *The Diagnostic Interview for Borderline patients.* Am J Psychiatry 1981;138:896.
- ¹⁰ Pompili M, Girardi P, Tatarelli R, et al. *TEMPS-A (Rome): psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid- and south Italy.* J Affect Disord 2008;107:63-75.
- ¹¹ Conti L. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria.* Firenze: Società Editrice Europea 1999.
- ¹² SPSS Inc. *Statistical Package for Social Sciences.* Chicago, IL: Version 11.5 for Windows. SPSS Inc. 2002.
- ¹³ Soloff PH, Meltzer CC, Becker C, et al. *Gender differences in a fenfluramine-activated FDG PET study of borderline personality disorder.* Psychiatry Res 2005;138:183-95.
- ¹⁴ Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M. *The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder.* J Personal Disord 2002;16:277-82.
- ¹⁵ Johnson DM, Shea MT, Yen S, et al. *Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Study.* Compr Psychiatry 2003;44:284-92.
- ¹⁶ McCormick B, Blum N, Hansel R, et al. *Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder.* Compr Psychiatry 2007;48:406-12.
- ¹⁷ Bellino S, Patria L, Paradiso E, et al. *Major depression in patients with borderline personality disorder: a clinical investigation.* Can J Psychiatry 2005;50:234-8.