

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Dra. Andrea Taboada

Médica Especialista en Psiquiatría.

Magíster en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro).

Miembro del equipo docente de la Asociación de Psiconeurofarmacología Argentina (APNA).

Dra. Marta Cepeda

Médica Especialista en Psiquiatría.

Magíster en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro).

Miembro del equipo docente de la Asociación de Psiconeurofarmacología Argentina (APNA).

Dr. Sebastián Alejandro Alvano

Definición y rasgos clínicos:

El DSM IV lo agrupa en el cluster B de los trastornos de personalidad, junto con los desórdenes histriónico, narcisista y antisocial.

El rasgo esencial del trastorno límite de la personalidad (TLP), es un modelo permanente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afectos, e imagen de sí mismo, así como una marcada impulsividad, que comienza en la madurez temprana. Estas características son lo suficientemente severas y persistentes como para provocar un deterioro clínicamente significativo, en importantes áreas como la social, profesional, y laboral.

Son habituales las conductas inadaptadas en respuesta al abandono real o fantaseado. La impulsividad e ira inapropiada se manifiestan bajo la forma de auto o heteroagresividad, gastos irrefrenables, apuestas, prácticas sexuales inseguras, abuso de drogas o alcohol, conducción imprudente y bulimia.

La inestabilidad afectiva se expresa por una marcada reactividad del humor, con episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que duran unas horas y raramente algunos días. Durante los períodos de tensión extrema pueden experimentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (despersonalización). Típicamente poseen sentimientos crónicos de vacío y baja tolerancia a la frustración. El abuso físico y sexual, descuido, hostilidad, abandono o pérdida parental temprana, son frecuentes en su niñez.

Comorbilidades

Debe tenerse en cuenta la presencia de comorbilidades en los ejes I y II, las cuales empeoran el pronóstico.

Eje I: trastornos del humor, relacionados con sustancias, de la alimentación (bulimia), trastorno por estrés postraumático (PTSD), pánico, y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)

Eje II: trastornos de personalidad antisocial, de evitación, histriónico, narcisista y esquizotípico.

Epidemiología

Es el desorden de personalidad más usual. Se da en un 10% de los pacientes ambulatorios de las clínicas de salud mental, 15–20% de los internados y 2% de la población general.

Predomina en las mujeres, con una proporción respecto al género masculino de 3:1. En los hombres puede diagnosticarse erróneamente como trastorno antisocial o narcisista de la personalidad. La investigación sistemática acerca de las diferencias de género evidencia pequeñas variaciones en la respuesta al tratamiento.

Se presenta en todas las culturas. Los grupos étnicos pueden diferir en su respuesta a los psicofármacos.

Es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los parientes biológicos de primer grado de los sujetos con TLP. También se ha detectado un riesgo mayor, en los familiares de pacientes con trastornos relacionados con sustancias, personalidad antisocial, y desórdenes del humor.

El suicidio ocurre en un 8-10% de los casos, lo cual representa una proporción 50 veces superior, a la tasa de suicidio de la población general. El peligro parece ser más alto alrededor de los 20 años de edad, así como cuando coexiste con trastornos del humor o relacionados con sustancias.

El 60 % de los pacientes abandona el tratamiento, luego de 6 meses.

Guía de tratamiento

Se efectuará una correcta historia clínica, estableciendo en primer lugar el diagnóstico diferencial, la etiología del trastorno y la presencia de comorbilidades.

Se determinará si el paciente requiere internación o puede recibir atención ambulatoria. Se establecerá un marco terapéutico claro y explícito, a través de contratos. Se asumirá la ocurrencia de crisis interpersonales o conducta autodestructiva. Se supervisará cuidadosamente la seguridad de los pacientes, dado que son comunes la ideación y tentativa suicida, así como la autoagresividad. Los métodos psicoeducacionales resultan útiles tanto para el paciente como para su familia.

Los fármacos pueden reducir la intensidad de los síntomas afectivos, cognitivos e impulsivos, pero no debe esperarse que extingan los sentimientos de enojo, tristeza y dolor secundarios a las separaciones, rechazos, u otros factores ambientales. La modificación frecuente de la medicación, tratando de mejorar los cambios de humor, es innecesaria y generalmente ineficaz. El paciente no debe creer que las respuestas emocionales a los eventos de la vida son síntomas meramente biológicos y regulables por drogas.

Indicaciones para la hospitalización parcial:

- Conducta peligrosa e impulsiva, no pasible de ser manejada ambulatoriamente.
- Falta de adherencia al tratamiento y deterioro clínico.
- Comorbilidad compleja.
- Síntomas lo suficientemente severos como para interferir con el trabajo, funcionamiento social o familiar.

Indicaciones para la hospitalización breve:

- Peligrosidad hacia terceros.

- Falta de control de los impulsos suicidas o tentativa seria.
- Episodios psicóticos breves asociados con pérdida del control de los impulsos.
- Síntomas lo suficientemente severos como para interferir con el funcionamiento laboral, social o familiar, imposibles de ser yugulados con la hospitalización parcial.

Indicaciones para la hospitalización prolongada:

- Suicidabilidad persistente y severa, autoagresividad, falta de adherencia al tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial y breve.
- Comorbilidad refractaria en el eje I que representa una amenaza de vida.
- Comorbilidad con abuso o dependencia de sustancias, severa y resistente al tratamiento ambulatorio, hospitalización parcial y breve.
- Riesgo continuo de conducta heteroagresiva, a pesar de la hospitalización breve.
- Síntomas de severidad suficiente para interferir con el funcionamiento laboral, social o familiar, resistente a la terapéutica ambulatoria, hospitalización parcial y breve.

Terapéutica farmacológica

Aunque no se han realizado estudios comparativos que demuestren taxativamente, las ventajas de la asociación de la psicoterapia y la farmacoterapia, la experiencia clínica sugiere que la mayoría de los pacientes se beneficiarán con la combinación de ambas.

El tratamiento farmacológico se basa en que algunas dimensiones de la personalidad de estos pacientes, estarían mediadas por la desregulación de algunos sistemas neurotransmisores, siendo el más involucrado el serotoninérgico. En la dimensión agresividad-impulsividad, habría una disminución del umbral a los estímulos intero y exteroceptivos, con la consiguiente alteración de las acciones motoras, llevando a la auto o heteroagresión. La serotonina perdería su control inhibitorio sobre las funciones ejecutivas de la corteza prefrontal. Se ha demostrado que al incrementarse los niveles de serotonina en el SNC, disminuyen las conductas agresivas. En tal sentido los IRSS resultan eficaces. Habría, además, una disminución de la inhibición amigdalina, con su consecuente liberación.

La farmacoterapia se emplea tanto para tratar los síntomas agudos durante los períodos de descompensación, como para las vulnerabilidades de rasgo.

Aunque varios medicamentos han sido empleados para tratar esta patología, ninguno cuenta con la aprobación de la FDA, en tal sentido.

El uso de psicofármacos en el TLP se funda en los siguientes parámetros:

- Se ha demostrado una eficacia significativa en la reducción de los síntomas y el mejoramiento de la funcionalidad general.
- El tratamiento es síntoma-específico, dirigido a las dimensiones conductuales particulares, y no al desorden en su conjunto.
- La inestabilidad afectiva y la agresión impulsiva, son dimensiones que requieren una atención particular, porque conllevan al riesgo de suicidio, automutilación
- y heteroagresión.

- El target fármaco terapéutico sobre algún sistema neurotransmisor en particular, se basa en la dimensión conductual, afectando tanto la expresión sintomática aguda, como la vulnerabilidad crónica.
- Síntomas comunes a los ejes I y II pueden responder a la misma medicación.

Algoritmo de tratamiento farmacológico:

Dimensión inestabilidad afectiva-depresión:

- Se comienza con un IRSS o antidepresivo relacionado (fluoxetina, sertralina, paroxetina o venlafaxina)
- Si la eficacia es parcial o nula, se puede intentar con un segundo IRSS o antidepresivo relacionado.
- Si lo anterior fracasa, se agregan dosis bajas de antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona), para el control de la ira, o ansiolíticos (clonazepam), para la ansiedad excesiva.
- Si la eficacia es parcial o nula, se agrega o se cambia a estabilizantes del humor (carbamacepina, valproato o litio).

Dimensión cognitivo-perceptual:

- Se comienza con bajas dosis de antipsicóticos atípicos.
- Si la eficacia es parcial o nula, se incrementa la dosis de antipsicóticos.
- Si lo anterior fracasa, se cambia a clozapina.

Dimensión impulsividad-agresión:

- Se comienza con un IRSS o antidepresivo relacionado.
- Si la eficacia es parcial o nula se agrega o se cambia a bajas dosis de antipsicóticos atípicos.
- Si la eficacia es parcial o nula, se agrega o se cambia a un estabilizante del humor.

IRSS:

Como vimos, se utilizan para tratar la inestabilidad afectiva, conductas impulsivas descontroladas, depresión, ira, auto y heteroagresividad.

La mejora sobre la conducta impulsiva aparece dentro de la primera semana de tratamiento, y desaparece rápidamente al interrumpir la medicación. Los efectos a este nivel parecen ser independientes de los que ocurren sobre la depresión y ansiedad.

La falta de respuesta a un IRSS no predice el fracaso de otra droga del grupo o antidepresivo relacionado. Su perfil de efectos adversos más favorable, comparado con los ATC e IMAO, y su mayor rango terapéutico, los tornan preferibles frente a aquellos.

Se emplean en las dosis antidepresivas habituales: fluoxetina (20–80 mg/día), sertralina (100–200 mg/día), paroxetina (20-40 mg/día), venlafaxina (100-400 mg/día). Con dosis muy altas la sertralina (200–600 mg / día) mostró una mayor efectividad en sujetos no respondedores, pero se reportó temblor distal.

No obstante ser la fluoxetina, la que mayor cantidad de trabajos posee, consideramos que la droga de elección en estos casos, sería la paroxetina, por ser más sedativa que la fluoxetina (más activante), y por ser la más estudiada en el trastorno bipolar, causa frecuente de comorbilidad con TLP.

No se han publicado estudios de continuación con IRSS, aunque los informes anecdóticos sugieren que las mejoras se mantendrían con el tratamiento a largo plazo, observándose un rápido retorno de los síntomas ante la interrupción del tratamiento.

Los IRSS no son de primera elección, cuando la impulsividad del paciente ponga en riesgo su vida. Aquí se considerará como primera opción, el uso de antipsicóticos a bajas dosis. Tampoco son aconsejados, cuando hay un trastorno bipolar subyacente, por la posibilidad de switch maníaco (excepto paroxetina).

ATC:

Nunca son de primera elección. Se cuestiona su utilidad en TLP. Los resultados de los ensayos clínicos han sido inconsistentes y modestos. Las dosis utilizadas de amitripilina, imipramina y desipramina, estuvieron dentro del rango de los 150-250 mg/día. La amitriptilina se asoció, paradójicamente, con toxicidad conductual, que consistió en un incremento de las amenazas de suicidio, ideación paranoide, autoagresiones y una clara desinhibición de la conducta impulsiva. Por su letalidad en sobredosis, se desaconsejan en individuos con riesgo de suicidio. Pueden provocar arritmias fatales en pacientes con antecedentes de anormalidades en la conducción cardíaca.

IMAO:

Tampoco son de primera elección. Si bien han demostrado eficacia cuando el diagnóstico principal no es el TLP, sino la depresión atípica o disforia, no se recomienda su empleo debido a sus efectos adversos más problemáticos y a las dificultades en el cumplimiento de las restricciones dietéticas.

Estabilizantes del humor:

Son empleados como coadyuvantes o alternativas de segunda línea, para tratar los síntomas de descontrol conductual e inestabilidad afectiva, aunque no se dispone de soporte empírico suficiente. Si bien el carbonato de litio fue el más estudiado mediante ensayos clínicos controlados en trastornos de personalidad (no específicamente en TLP), tiene un estrecho margen terapéutico, lo cual resulta riesgoso en pacientes con ideación suicida, por lo que se prefieren la carbamacepina o el ácido valproico. Cuando se suministra un estabilizante del humor, es menester realizar un estrecho control de laboratorio, monitorizando sus niveles en sangre, con la finalidad de detectar si se está dentro de niveles terapéuticos o eventualmente tóxicos, y controlar sus posibles efectos adversos sobre los diferentes órganos. Respecto a los nuevos antiepilépticos (gabapentina, lamotrigina, y topiramato), su empleo no puede recomendarse, dado que la evidencia disponible es aún pobre.

Ansiolíticos:

Se usan para tratar las frecuentes manifestaciones de ansiedad, tanto agudas como crónicas. No obstante, la investigación sistemática de estas drogas en TLP, es aún pequeña. Deben emplearse con cuidado debido al potencial riesgo de abuso y desarrollo de tolerancia. Son especialmente riesgosas en pacientes adictos. El corto tiempo de acción del alprazolam, se asoció con descontrol conductual serio. Los reportes de casos evidencian alguna utilidad para el clonazepam, benzodiazepina de vida media larga, en dosis de 4-10 mg/día. Están contraindicados el alprazolam y triazolam.

Si bien en teoría, los buspirona serviría para reducir la ansiedad o la agresión impulsiva sin riesgos de abuso o tolerancia, su falta de efecto inmediato la torna menos aceptable en estos pacientes, no existiendo trabajos publicados sobre su empleo en TLP.

Antipsicóticos:

Su meta principal es la reducción de las manifestaciones agudas en todos los dominios, particularmente los síntomas esquizotípicos, psicóticos, ira, hostilidad y descontrol conductual severo. También pueden mejorar los síntomas afectivos. Si bien el haloperidol posee numerosos estudios en TLP, dado su perfil clínico, efectos adversos y la posibilidad de inducir episodios depresivos por su empleo crónico, sobre todo en pacientes con labilidad afectiva, se prefieren los antipsicóticos atípicos. Las dosis usualmente empleadas en la práctica clínica son: olanzapina (2,5-10 mg/día), risperidona (1-4 mg/día). A la fecha, sólo se han editado dos estudios abiertos, pequeños, con clozapina (25-50 mg/día). Dado que sus efectos adversos potenciales son de mayor gravedad, se la reserva como última opción. Su uso exige la realización del monitoreo hematológico, según normas de farmacovigilancia, por el riesgo de agrulocitosis.

Comorbilidades que influyen en el tratamiento

La depresión mayor comórbida debe tratarse igual que la primaria, en combinación con la terapéutica del target dimensional del TLP.

La evidencia disponible sugiere que los IRSS o IMAO son más eficaces que los ATC en estos casos, aunque siempre se elegirán los primeros, considerando los problemas de seguridad de los segundos. La eficacia de los IRSS en el TLP y su perfil seguro, apoyan su uso empírico en los pacientes con depresión atípica comórbida. Es frecuente la coexistencia con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, siendo los resultados terapéuticos más pobres y mayor el riesgo de suicidio, lesiones o muerte por accidentes. La drogadicción contribuye a bajar el umbral para otras conductas autodestructivas como auto mutilación, promiscuidad sexual, o provocación que incita al ataque (incluyendo el impulso homicida). El tratamiento enérgico del abuso de sustancias es esencial. Muchas veces recurren las drogas o alcohol, en un intento por atenuar la depresión y ansiedad. Los IRSS o ansiolíticos no benzodiazepínicos como la buspirona, ayudan a aliviar los síntomas subyacentes, reduciendo la tentación de acudir al uso de alcohol o drogas. No obstante, como mencionamos previamente, su efecto ansiolítico aparece más tardíamente que el de las benzodiazepinas, y no se han publicado estudios sobre su empleo en TLP. Cuando se presentan arranques episódicos de conducta violenta, se puede recurrir a los estabilizantes del humor o IRSS. En las mujeres

embarazadas o en período de lactancia, debe evaluarse cuidadosamente la ecuación beneficio/riesgo de la medicación vs. la psicoterapia sola. Los peligros son mayores durante el primer trimestre del embarazo. En términos generales, no se recomienda el uso de drogas en las embarazadas. Considerando que los anticonvulsivantes se asocian con defectos en el nacimiento, y que el peligro de otros psicofármacos no es aún bien conocido, se indicarán prácticas anticonceptivas. La carbamacepina puede inducir el metabolismo de los anticonceptivos, por lo que la dosificación de éstos últimos puede requerir ajustes. No se han llevado a cabo ensayos clínicos que evalúen la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico en adolescentes o ancianos con esta patología. Sin embargo, sería de esperar que los tratamientos eficaces en los adultos deberían serlo también en estos grupos etarios. Debe tenerse en cuenta que los ancianos son particularmente proclives a desarrollar efectos adversos como hipotensión ortostática y efectos anticolinérgicos.

Bibliografía:

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, APA, 2000 [G]
2. Jobson KO, Potter WZ: International Psychopharmacology Algorithm Project report. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31:457–507 [F]
3. American Psychiatric Association: Practice Guideline for Psychiatric Evaluation of Adults. *Am J Psychiatry* 1995; 152(Nov suppl) [G]
4. Kernberg OF, Selzer M, Koenigsberg H, Carr A, Appelbaum A: *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York, Basic Books, 1989 [G]
5. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE: Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:971–974; correction, 1994; 51:422 [A]
6. Kjelsberg E, Eikeseth PH, Dahl AA: Suicide in borderline patients—predictive factors. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:283–287 [D]
7. Sederer LI, Ellison J, Keyes C: Guidelines for prescribing psychiatrists in consultative, collaborative, and supervisory relationships. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1197–1202 [F]
8. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–1064 [A]
9. Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563–1569 [A]
10. Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158:36–42 [A]
11. Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB, Coyne L: Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psychiatry* 1994; 2:59–69 [B]
12. Gunderson JG: *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001 [G]
13. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York, John Wiley & Sons, 1999 [G]
14. Adler G: *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York, Jason Aronson, 1985 [G]
15. Gabbard GO, Wilkinson SM: *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994 [G]

16. Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG: *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996 [B]
17. Linehan MM: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993 [G]
18. Waldinger RJ: Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 1987; 144:267–274 [G]
19. Beck AT, Freeman AM: *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, Guilford Press, 1990 [G]
20. Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149:358–362 [B]
21. Meares R, Stevenson J, Comerford A: Psychotherapy with borderline patients, I: a comparison between treated and untreated cohorts. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33:467–472 [B]
22. Boyer LB: Working with a borderline patient. *Psychoanal Q* 1977; 46:386–424 [G]
23. Chessick RD: *Intensive Psychotherapy of the Borderline Patient*. New York, Jason Aronson, 1977 [G]
24. Grotstein JS: The analysis of a borderline patient, in *Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patient*. Edited by Giovacchini PL, Boyer LB. New York, Jason Aronson, 1982, pp 261–288 [G]
25. Grotstein JS, Solomon MF, Lang JA: *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics, and Treatment*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987 [G]
26. Gunderson JG: *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984
27. Kernberg OF: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975 [G]
28. Kernberg OF: *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Conn, Yale University Press, 1984 [G]
29. Masterson JF: *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach*. New York, Brunner/Mazel, 1976 [G]
30. Masterson JF: *The Personality Disorders: A New Look at the Developmental Self and Object Relations Approach*. Phoenix, Ariz, Zeig, Tucker, 2000 [G]
31. Meares R: *Metaphor of Play: Disruption and Restoration in the Borderline Experience*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1993 [G]
32. Meares R: *Intimacy and Alienation: Memory, Trauma, and Personal Being*. New York, Routledge, 2000 [G]
33. Meissner WW: *The Borderline Spectrum: Differential Diagnosis and Developmental Issues*. New York, Jason Aronson, 1984 [G]
34. Meissner WW: *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988 [G]
35. Rinsley DB: *Developmental Pathogenesis and Treatment of Borderline and Narcissistic Personalities*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989 [G]
36. Searles HF: *My Work With Borderline Patients*. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986 [G]
37. Stone MH: *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation*. New York, McGraw-Hill, 1980 [G]
38. Waldinger RJ, Gunderson JG: *Effective Psychotherapy With Borderline Patients: Case Studies*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987 [D]
39. Abend SM, Porder MS, Willick MS: *Borderline Patients: Psychoanalytic Perspectives*. Madison, Conn, International Universities Press, 1983 [G]
40. McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:20–30 [C]

41. Seeman M, Edwardes-Evans B: Marital therapy with borderline patients: is it beneficial? *J Clin Psychiatry* 1979; 40:308–312 [G]
42. Shapiro ER: Family dynamics and borderline personality disorder, in *Handbook of Borderline Disorders*. Edited by Silver D, Rosenbluth M. Madison, Conn, International Universities Press, 1992, pp 471–493 [G]
43. Siever LJ, Trestman R: The serotonin system and aggressive personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8:33–39 [F]
44. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, Schwartz J, Miyawaki E: Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1995; 15:23–29 [A]
45. Markovitz P: Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders, in *Impulsivity and Aggression*. Edited by Hollander E, Stein DJ. New York, John Wiley & Sons, 1995, pp 263–287 [B]
46. Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF: Fluoxetine trial in borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull* 1990; 26:151–154 [B]
47. Kavoussi RJ, Liu J, Coccaro EF: An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:137–141 [B]
48. Markovitz PJ, Calabrese JR, Charles SC, Meltzer HY: Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1064–1067 [B]
49. Norden MJ: Fluoxetine in borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1989; 13:885–893 [G]
50. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Ulrich RF, Perel JM: Progress in pharmacotherapy of borderline disorders: a double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:691–697 [A]
51. Soloff PH, George A, Nathan S, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, Perel JM: Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 1989; 9:238–246 [A]
52. Faltus FJ: The positive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141:802–803 [G]
53. Gardner DL, Cowdry RW: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142:98–100 [A]
54. Freinhar JP, Alvarez WA: Clonazepam: a novel therapeutic adjunct. *Int J Psychiatry Med* 1985; 15:321–328 [G]
55. Cowdry RW, Gardner DL: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:111–119 [A]
56. Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF: Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:377–385 [A]
57. Parsons B, Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW, Tricamo E, Okepek-Welikson K, Harrison W, Rabkin JG, Wager SG, Nunes E: Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression. *Psychopharmacol Bull* 1989; 25:524–534 [A]
58. Sheard MH: Lithium in the treatment of aggression. *J Nerv Ment Dis* 1975; 160:108–118 [B]
59. Sheard MH, Marini JL, Bridges CI, Wagner E: The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry* 1976; 133:1409–1413 [A]
60. Tupin JP, Smith DB, Clanon TL, Kim LI, Nugent A, Groupe A: The long-term use of lithium in aggressive prisoners. *Compr Psychiatry* 1973; 14:311–317 [B]
61. Links P, Steiner M, Boiago I, Irwin D: Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *J Personal Disord* 1990; 4:173–181 [A]
62. Gardner DL, Cowdry RW: Positive effects of carbamazepine on behavioral dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143:519–522 [A]

63. De la Fuente J, Lotstra F: A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994; 4:479–486 [A]
64. Gardner DL, Cowdry RW: Development of melancholia during carbamazepine treatment in borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1986; 6:236–239 [A]
65. Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock C, Grossman R, Siever L, Margolin L, Stein D: A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:199–203 [A]
66. Stein DJ, Simeon D, Frenkel M, Islam MN, Hollander E: An open trial of valproate in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:506–510 [B]
67. Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1081–1088 [A]
68. Cornelius JR, Soloff PH, Perel JM, Ulrich RF: Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1843–1848 [A]
69. Kavoussi RJ, Coccaro EF: Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:676–680 [B]
70. Wilcox J: Divalproex sodium in the treatment of aggressive behavior. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6:17–20 [B]
71. Benedetti F, Sforzini L, Colombo C, Maffei C, Smeraldi E: Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:103–107 [B]
72. Chengappa KN, Baker RW: The successful use of clozapine in ameliorating severe self mutilation in a patient with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1995; 9: 76–82 [G]
73. Leone N: Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. *J Clin Psychiatry* 1982; 43:148–150 [A]
74. Serban G, Siegel S: Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *Am J Psychiatry* 1984; 141:1455–1458 [A]
75. Goldberg S, Schulz C, Schulz P, Resnick R, Hamer R, Friedel R: Borderline and schizotypal personality disorder treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:680–686 [A]
76. Goldberg S: Prediction of change in borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull* 1989; 25:550–555 [E]
77. Kutcher S, Papatheodorou G, Reiter S, Gardner D: The successful pharmacological treatment of adolescents and young adults with borderline personality disorder: a preliminary open trial of flupenthixol. *J Psychiatry Neurosci* 1995; 20:113–118 [B]
78. Teicher M, Glod C, Aaronson S, Gunter P, Schatzberg A, Cole J: Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull* 1989; 25:535–549 [B]
79. Kelly T, Soloff PH, Cornelius JR, George A, Lis J: Can we study (treat) borderline patients: attrition from research and open treatment. *J Personal Disord* 1992; 6:417–433 [A]
80. Montgomery SA, Montgomery D: Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord* 1982; 4:291–298 [A]
81. Frankenburg F, Zanarini MC: Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 1993; 34:402–405 [B]
82. Schulz S, Camlin KL, Berry SA, Jesberger JA: Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1429–1435 [B]
83. Schulz SC, Camlin KL, Berry S, Friedman L: Risperidone for borderline personality disorder: a double blind study, in Proceedings of the 39th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology. Nashville, Tenn, ACNP, 1999 [A]
84. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder (Revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157(April suppl) [G]

85. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151(Dec suppl) [G]
86. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157(Jan suppl) [G]
87. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. *Am J Psychiatry* 1995; 152(Nov suppl) [G]
88. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155(May suppl) [G]
89. Soloff P, Cornelius J, George A: Relationship between axis I and axis II disorders: implications for treatment. *Psychopharmacol Bull* 1991; 27:23–30 [F]
90. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM: Characterizing depression in borderline patients. *J Clin Psychiatry* 1987; 48:155–157 [E]
91. Rogers JH, Widiger TA, Krupp A: Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:268–270 [D]
92. Gunderson JG, Phillips KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148:967–975 [F]
93. Stone MH: *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment*. New York, WW Norton, 1993 [G]
94. Losel F: Management of psychopaths, in *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. Edited by Cooke DJ, Forth AE, Hare RD. Boston, Kluwer, 1998, pp 303–354 [G]
95. Dolan BM, Evans C, Wilson J: Therapeutic community treatment for personality disordered adults: changes in neurotic symptomatology on follow-up. *Int J Soc Psychiatry* 1992; 38:243–250 [B]
96. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Sheline YI, Lish JD, Csernansky JG: Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:531–536 [G]
97. Hare RD: *The Hare Psychopathy Checklist—Revised*. North Tonawanda, NY, Mental Health Systems, 1991 [G]
98. Gunderson JG, Sabo AN: The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993; 150:19–27 [F]
99. Gunderson JG, Chu JA: Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1993; 1:75–81 [F]
100. Paris J, Zweig-Frank H: Dissociation in patients with borderline personality disorder (letter). *Am J Psychiatry* 1997; 154:137–138 [F]
101. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:984–991 [D]
102. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK: Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21:713–721 [D]
103. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM: Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1008–1013 [D]
104. Fossati A, Madeddu F, Maffei C: Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Personal Disord* 1999; 13:268–280 [E]
105. Lindemann E: Symptomatology and management of acute grief (1944). *Am J Psychiatry* 1994; 151(June suppl):155–160 [G]
106. Spiegel D: Vietnam grief work using hypnosis. *Am J Clin Hypn* 1981; 24:33–40 [B]
107. Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Kopan C, Spiegel D: Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology (festschrift). *Am J Psychiatry* 1996; 153(July suppl):42–63 [F]

108. Shapiro F: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord* 1999; 13:35–67 [F]
109. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:928–937 [A]
110. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH: Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65:1047–1056 [B]
111. Jones B, Heard H, Startup M, Swales M, Williams JM, Jones RS: Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychol Med* 1999; 29:1397– 1404 [D]
112. Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147:887–892 [D]
113. Neisser U, Fivush R (eds): *The Remembering Self: Construction and Accuracy in the Self-Narrative*. New York, Cambridge University Press, 1994 [G]
114. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J: Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1037–1042 [D]
115. Galletly C: Borderline-dissociation comorbidity (letter). *Am J Psychiatry* 1997; 154:1629 [G]
116. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA: Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1788– 1792 [D]
117. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G: Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *Am J Psychiatry* 1990; 147:596–601 [D]
118. Braun BG, Sacks RG: The development of multiple personality disorder: predisposing, precipitating, and perpetuating factors, in *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Edited by Kluft RP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp 37–64 [F]
119. Kluft RP: The use of hypnosis with dissociative disorders. *Psychiatr Med* 1992; 10:31– 46 [F]
120. Spiegel D, Maldonado J: Dissociative disorders, in *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky S, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 711–737 [F]
121. Spiegel D: *Dissociative Disorders: A Clinical Review*. Lutherville, Md, Sidran Press, 1996, pp 1156–1172 [G]
122. Paris J, Zekowitz P, Guzder J, Joseph S, Feldman R: Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:770–774 [D]
123. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1101–1106 [D]
124. Paris J: The etiology of borderline personality disorder: a biopsychosocial approach. *Psychiatry* 1994; 57:316–325 [F]
125. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J: Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996; 153:592–606 [F]
126. Cohen LS, Heller VL, Rosenbaum JF: Treatment guidelines for psychotropic drug use in pregnancy. *Psychosomatics* 1989; 30:25–33 [G]
127. Cohen L: Approach to the patient with psychiatric disorders during pregnancy, in *The MGH Guide to Psychiatry and Primary Care*. New York, McGraw-Hill, 1998, pp 311–317 [F]
128. Omtzigt JG, Los FJ, Grobbee DE, Pijpers L, Jahoda MG, Brandenburg H, Stewart PA, Gaillard HL, Sachs ES, Wladimiroff JW: The risk of spina bifida aperta after first-trimester exposure to valproate in a prenatal cohort. *Neurology* 1992; 42:119–125 [G]
129. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RFW, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA: *The International Personality Disorder*

Examination: the World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:215–224 [B]

130. Kissling W (ed): Guidelines for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia. Berlin, Springer-Verlag, 1991 [G]
131. Marcos LR, Cancro R: Pharmacotherapy of Hispanic depressed patients: clinical observations. *Am J Psychother* 1982; 36:505–512 [F]
132. Escobar JI, Tuason VB: Antidepressant agents: a cross-cultural study. *Psychopharmacol Bull* 1980; 16:49–52 [F]
133. Klein JI, Macbeth JE, Onek JN: Legal Issues in the Private Practice of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994 [G]
134. Paris J, Brown R, Nowlis D: Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28:530–535 [D]
135. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG: Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:295–302 [C]
136. Phillips KA, Gunderson JG: Personality disorders, in *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, 3rd ed. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 795–823 [G]
137. Stone MH: Long-Term Follow-Up Study of Borderline Patients: The Fate of Borderlines. New York, Guilford, 1990 [C]
138. Stevenson J, Meares R: Psychotherapy with borderline patients, II: a preliminary cost benefit study. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33:473–477 [B]
139. Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000 [G]
140. Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF: *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Organization: A Treatment Manual*. New York, John Wiley & Sons, 1998 [G]
141. Wallerstein RW: *Forty-Two Lives in Treatment*. New York, Guilford, 1986 [D]
142. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE: The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41:159–164 [D]
143. Gabbard GO: Borderline Personality Disorder and Rational Managed Care Policy. *Psychoanal Inquiry Suppl* 1997, pp 17–28 [G]
144. Beck JS: Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull Menninger Clin* 1998; 62:170–194 [G]
145. Layden MA, Newman CF, Freeman A, Morse SB: *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*. Boston, Allyn & Bacon, 1993 [G]
146. Millon T: On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: a social learning thesis. *J Personal Disord* 1987; 1:354–372 [G]
147. Young JE: *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, Fla, Professional Resource Exchange, 1990 [G]
148. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE: Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1771–1776 [B]
149. Linehan MM, Schmidt H III, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA: Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 1999; 8:279–292 [A]
150. Linehan MM, Heard HL: Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients (letter). *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:157–158 [G]
151. Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, Silk KR: A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *J Psychother Pract Res* 1995; 5:57–71 [A]

152. Barley W, Buie SE, Peterson EW, Hollingsworth A, Griva M, Hickerson S, Lawson J, Bailey B: Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1993; 7:232–240 [B]
153. Perris C: Cognitive therapy in the treatment of patients with borderline personality disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 379:69–72 [F]
154. Liberman RP, Eckman T: Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:1126–1130 [A]
155. Salkovskis PM, Atha C, Storer D: Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *Br J Psychiatry* 1990; 157:871–876 [A]
156. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, Tata P, Thornton S, Barber J, Thompson S: Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med* 1999; 29:19–25 [A]
157. Greene LR, Cole MB: Level and form of psychopathology and the structure of group therapy. *Int J Group Psychother* 1991; 41:499–521 [B]
158. Hafner RJ, Holme G: The influence of a therapeutic community on psychiatric disorder. *J Clin Psychol* 1996; 52:461–468 [C]
159. Goodwin JM, Wilson N, Connell V: Natural history of severe symptoms in borderline women treated in an incest group. *Dissociation* 1994; 5:221–226 [D]
160. Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L: The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1997; 47:475–497 [A]
161. Wilberg T, Friis S, Karterud S, Mehlum L, Urnes O, Vaglum P: Outpatient group psychotherapy: a valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? a 3-year follow-up study. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1998; 52:213–222 [B]
162. Higgitt A, Fonagy P: Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *Br J Psychiatry* 1992; 161:23–43 [F]
163. Marziali E, Monroe-Blum H: *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York, Basic Books, 1994 [A]
164. Koch A, Ingram T: The treatment of borderline personality disorder within a distressed relationship. *J Marital Fam Ther* 1985; 11:373–380 [G]
165. Weddige R: The hidden psychotherapeutic dilemma: spouse of the borderline. *Am J Psychother* 1986; 40:52–61 [G]
166. McCormack C: The borderline/schizoid marriage: the holding environment as an essential treatment construct. *J Marital Fam Ther* 1989; 15:299–309 [G]
167. Jones SA: Family therapy with borderline and narcissistic patients. *Bull Menninger Clin* 1987; 51:285–295 [G]
168. Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H: Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:1038–1043 [F]
169. Villeneuve C, Roux N: Family therapy and some personality disorders in adolescence. *Adolesc Psychiatry* 1995; 20:365–380 [G]
170. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A: Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull Menninger Clin* 1997; 61:446–457 [G]
171. Gunderson JG, Kerr J, Englund DW: The families of borderlines: a comparative study. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:27–33 [D]
172. Markovitz P, Wagner S: Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31:773–777 [B]
173. Coccaro EF, Astill JL, Herbert JL, Schut AG: Fluoxetine treatment of impulsive aggression in DSM-III-R personality disorder patients (letter). *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10:373–375 [G]

174. Jensen HV, Andersen J: An open, noncomparative study of amoxapine in borderline disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:89–93 [B]
175. Montgomery SA, Roy D, Montgomery DB: The prevention of recurrent suicidal acts. *Br J Clin Pharmacol* 1983; 15(suppl 2):183S–188S [A]
176. Pande AC, Birkett M, Fechner-Bates S, Haskett RF, Greden JF: Fluoxetine versus phenelzine in atypical depression. *Biol Psychiatry* 1996; 40:1017–1020 [A]
177. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Perel JM: Behavioral dyscontrol in borderline patients treated with amitriptyline. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:177–181 [A]
178. Shader RI, DiMascio A: *Psychotropic Drug Side Effects*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1970 [G]
179. Rifkin A, Levitan SJ, Galewski J, Klein DF: Emotionally unstable character disorder—a follow-up study, I: description of patients and outcome. *Biol Psychiatry* 1972; 4:65–79 [C]
180. Rifkin A, Levitan SJ, Galewski J, Klein DF: Emotionally unstable character disorder—a follow-up study, II: prediction of outcome. *Biol Psychiatry* 1972; 4:81–88 [C]
181. Shader RI, Jackson AH, Dodes LM: The antiaggressive effects of lithium in man. *Psychopharmacologia* 1974; 40:17–24 [G]
182. LaWall JS, Wesselius CL: The use of lithium carbonate in borderline patients. *J Psychiatr Treatment and Evaluation* 1982; 4:265–267 [G]
183. Pinto OC, Akiskal HS: Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J Affect Disord* 1998; 51:333–343 [B]
184. Wolf M, Grayden T, Carreon D, Cosgro M, Summers D, Leino R, Goldstein J, Kim S: Psychotherapy and buspirone in borderline patients, in 1990 Annual Meeting New Research Program and Abstracts. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1990, p 244 [B]
185. Winchel RM, Stanley M: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148:306–317 [F]
186. van der Kolk BA, Greenberg MS, Orr SP, Pitman RK: Endogenous opioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stress disorder. *Psychopharmacol Bull* 1989; 25: 417–421 [F]
187. Konicki PE, Schulz SC: Rationale for clinical trials of opiate antagonists in treating patients with personality disorders and self-injurious behavior. *Psychopharmacol Bull* 1989; 25:556–563 [E]
188. McGee M: Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:32–33 [E]
189. Sonne S, Rubey R, Brady K, Malcolm R, Morris T: Naltrexone treatment of self-injurious thoughts and behaviors. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:192–195 [B]
190. Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE: Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:233–237 [B]
191. Russ M, Roth SD, Kakuma T, Harrison K, Hull JW: Pain perception in self-injurious borderline patients: naloxone effects. *Biol Psychiatry* 1994; 35:207–209 [B]
192. Black DW, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A: The importance of axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord* 1988; 14:115–122 [D]
193. Black DW, Goldstein RB, Nasrallah A, Winokur G: The prediction of recovery using a multivariate model in 1471 depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991; 241:41–45 [E]
194. Zimmerman M, Coryell W, Pfuhl B, Corenthal C, Stangl D: ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1030–1032 [B]
195. Pfuhl B, Stangl D, Zimmerman M: The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *J Affect Disord* 1984; 7:309–318 [B]
196. Casey P, Butler E: The effects of personality on response to ECT in major depression. *J Personal Disord* 1995; 9:134–142 [B]

197. Casey P, Meagher D, Butler E: Personality, functioning, and recovery from major depression. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:240–245 [B]
198. Blais MA, Matthews J, Schouten R, O'Keefe SM, Summergrad P: Stability and predictive value of self-report personality traits pre- and post-electroconvulsive therapy: a preliminary study. *Compr Psychiatry* 1998; 39:231–235 [B]