



Reporte de caso

Diferencias clínicas del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad: a propósito de un caso

Alfredo de Jesús Garza Guerra*, Gabriela Hilian Adame Rocha
y Francisco Javier Rodríguez Lara

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de mayo de 2020

Aceptado el 28 de diciembre de 2020

On-line el 18 de marzo de 2021

Palabras clave:

Trastorno bipolar

Trastorno límite de la personalidad

Diagnóstico diferencial

R E S U M E N

La diferencia clínica entre el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad siempre ha sido un reto diagnóstico, sobre todo con el trastorno bipolar tipo II, y con los cuadros subumbrales, lo cual abre un sesgo diagnóstico con las consiguientes repercusiones de un tratamiento no adecuado. Ambas afecciones reciben en gran proporción un diagnóstico previo equivocado. En este artículo se hace énfasis en las principales diferencias clínicas entre ambas enfermedades. Se presenta el caso de una paciente con una larga historia de síntomas psiquiátricos que se inició en la infancia, con muchas dificultades en su funcionamiento, que cumplían criterios de ambos trastornos, lo cual apunta a comorbilidad; en el seguimiento respondió favorablemente a los psicofármacos, y su diagnóstico se inclinó hacia el espectro bipolar, por la notable mejoría. Sin embargo, no debe dejarse de lado la comorbilidad por su alta presentación.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical Differences between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Case Report

A B S T R A C T

The clinical difference between bipolar disorder and borderline personality disorder has always been a diagnostic challenge, especially with type II bipolar disorder and subthreshold symptoms, opening a diagnostic bias with the consequent repercussions of inappropriate treatment.

Keywords:

Bipolar disorder

Borderline personality disorder

Differential diagnosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfredo.garza.g@outlook.com (A.d.J. Garza Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.005>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Both pathologies are often misdiagnosed initially. The objective of this article is to emphasise the main clinical differences between the two pathologies. We present the case of a patient with a long history of psychiatric symptoms that started in childhood, with considerable functional impairment, who met the criteria for both disorders, pointing to comorbidity. During follow-up, she responded favourably to psychotropic drugs, pushing the diagnosis towards the bipolar spectrum, due to the notable improvement. However, comorbidity should not be neglected due to its high presentation.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad son afecciones psiquiátricas graves y crónicas; el primero se caracteriza por episodios recurrentes de manía, hipomanía, depresión o mixtos y el segundo, por inestabilidad e impulsividad en todas las áreas, lo que lleva a una pérdida de la funcionalidad. La prevalencia del trastorno bipolar es $> 1\%$ de la población mundial¹ y el del trastorno límite de la personalidad es del 1,7% en la población en general, pero del 15-28% en clínicas u hospitales psiquiátricos². Ambas afecciones tienen una amplia comorbilidad; el trastorno bipolar, con trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de personalidad³, y el trastorno límite de la personalidad, con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la alimentación⁴. El riesgo de suicidio en ambas es alto. En el trastorno bipolar, un tercio de los pacientes realiza intentos de suicidio, que en un 15-20% son letales⁵; por su parte, el trastorno límite de personalidad se asocia con autolesiones, y hasta un 10% de los pacientes mueren por suicidio⁶.

La diferencia clínica entre el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad siempre ha sido un reto diagnóstico, rodeado de mucha controversia, incluso se ha considerado al trastorno límite de la personalidad dentro del espectro bipolar⁷, donde diagnósticos como el trastorno bipolar y trastornos relacionados no especificados del DSM-5⁸ abren una gran ventana de sesgo para clínicos no especializados en estas enfermedades, y el trastorno bipolar se sobrediagnostica⁹. Esto se puede ver en las características de ambas enfermedades, en las que síntomas como impulsividad, inestabilidad afectiva, ira, comportamiento suicida recurrente y problemas interpersonales hacen que con frecuencia se produzca un error diagnóstico; cerca del 40% de los pacientes con trastorno límite de personalidad han tenido un diagnóstico previo equivocado¹⁰. Para aumentar la complejidad, la comorbilidad entre ambas es alta y afecta aproximadamente a 1 de cada 5 pacientes, más en el trastorno bipolar de tipo II, hasta un 37,7% de los pacientes¹¹ (tabla 1).

Caso clínico

Una mujer de 25 años acudió a consulta por inestabilidad afectiva; refería ansiedad, tristeza e irritabilidad, con predominio

de la tristeza, y disfuncionalidad en todas sus aéreas. Negó antecedentes médicos, en cuanto a los antecedentes psiquiátricos, y consumo de sustancias; tuvo un episodio depresivo grave a los 17 años, tratado con paroxetina; consumía alcohol desde los 15 años, cada fin de semana llegando hasta la embriaguez, y 3 cigarros de marihuana al mes de los 16 a los 19 años. Además refirió haber sufrido abusos sexuales en 2 ocasiones a los 16 y a los 20 años, en ambos casos bajo el efecto de sustancias. La paciente era soltera, vivía con sus padres y era estudiante universitaria.

Su padecimiento se inició en la infancia. Refirió una autoimagen inestable e impulsividad, se comparaba constantemente con los demás niños y actuaba sin medir las consecuencias. En la adolescencia inició *cutting* superficial y atracones sin ninguna conducta compensatoria, que duraron un par de años, al decir de la paciente para calmar un vacío interior y disminuir los síntomas de ansiedad y tristeza constantes. A los 17 años sufrió un episodio depresivo grave con características melancólicas, que se trató con paroxetina. La paciente declaró que había abandonado el seguimiento farmacológico a los 3 meses por sentir un bienestar que nunca había sentido. Tras un periodo de aparente mejoría, reaparecieron el vacío interior, la inestabilidad afectiva, la ansiedad y la irritabilidad; hizo 4 intentos de suicidio de baja letalidad en el transcurso de 1 año, todos impulsivos; no fue internada por ninguno de ellos, y recibió solo procesos cortos de psicoterapia. La paciente identificó con más precisión que a partir de los 19 años tuvo episodios en que todo parecía salirle bien, y sentir un gran bienestar inexplicable por varias semanas, pero que se alternaban con periodos en que todo volvía a su normalidad con inestabilidad afectiva, ansiedad, irritabilidad, relaciones inestables y minusvalía. Al interrogatorio la paciente refería ánimo triste las últimas 2 semanas, con síntomas de ansiedad e irritabilidad, anhedonia, disminución del apetito y la energía, hipersomnio, pensamientos de culpa, minusvalía e ideas de muerte ocasionales de forma reactiva. Además de inestabilidad en la autoimagen, había relaciones inestables con miedo al rechazo y dificultad para controlar la ira y un vacío interior crónicos.

A la exploración psicopatológica se encontraba alerta, consciente y orientada en general. Mostraba una actitud colaboradora y edad congruente con la cronológica, una constitución normolínea y arreglo personal adecuado. Mantenía un adecuado contacto visual, usaba un volumen de voz y lenguaje habitual. No presentaba alteración en la forma del pensamiento, pero tenía un contenido sobrevalorado de culpa y minusvalía. Ánimo inestable referido con ansiedad,

Tabla 1 – Características clínicas de la paciente

	Trastorno bipolar	Trastorno límite de la personalidad
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Tía materna con trastorno bipolar • Antecedentes familiares de depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hermana con problemas de conducta • Antecedentes familiares de depresión
Edad de inicio	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en la infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en la infancia
Curso	<ul style="list-style-type: none"> • Iba empeorando hasta la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar evolución
Síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Tuvo un episodio melancólico a los 17 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples síntomas reactivos
Suicidio y autoagresión	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro intentos de suicidio y conductas autolíticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro intentos de suicidio y conductas autolíticas
Síntomas hipomaniacos	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios inexplicables donde todo le salía bien, con un gran bienestar por varias semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad afectiva, autoimagen devaluada y ansiedad constante
Contexto del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios de hipomanía autónomos, y un episodio depresivo a los 17 años; la paciente no relaciona un desencadenante 	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples síntomas reactivos
Inestabilidad afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios de depresión e hipomanía 	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad afectiva constante de alta intensidad
Impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente realizó 4 intentos de suicidio, quizá dentro de un episodio mixto 	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente refiere impulsividad desde la infancia, con <i>cutting</i>, atracones y 4 intentos de suicidio
Síntomas psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> • No ha presentado síntomas psicóticos 	<ul style="list-style-type: none"> • No refiere síntomas disociativos, quizá paranoides transitorios
Trauma infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual a los 16 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual a los 16 años
Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría en los episodios de hipomanía 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoimagen inestable desde la infancia
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría en los episodios de hipomanía 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones inestables continuas
Temperamento	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclotímico e irritable 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclotímico e irritable
Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Notable mejoría con la quetiapina 	<ul style="list-style-type: none"> • No aceptó una psicoterapia para el trastorno de personalidad

tristeza e irritabilidad con predominio de la tristeza, y afecto acorde. Negaba ideación o planificación suicida actual, pero refería pensamientos de autoagresión constantes, sobre todo en estrés, e ideas de muerte ocasionales. Tenía juicio y razonamiento conservados. No presentaba alteraciones psicomotoras, y negó alteraciones sensorioceptivas.

Las pruebas complementarias realizadas fueron hemograma, perfiles hepático, renal y tiroideo y bioquímica, sin alteraciones. Además de serología negativa para los virus de la inmunodeficiencia humana y de las hepatitis B y C.

Se estableció el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, con alta sospecha de trastorno bipolar de tipo II por los periodos de bienestar en que todo parecía salirle bien, comórbido con un trastorno límite de personalidad, se decidió de manera conjunta el inicio de quetiapina de liberación prolongada hasta llegar a una dosis de 300 mg, y se le ofreció una psicoterapia centrada en la transferencia, que rechazó por cuestiones de agenda pese a explicársele los beneficios por su comorbilidad con un trastorno de personalidad, por lo que se continuó una terapia de apoyo y control farmacológico.

Discusión

Se presenta el caso de una paciente con larga historia de síntomas psiquiátricos, para la que se estableció un diagnóstico de trastorno bipolar de tipo II comórbido con un trastorno límite de personalidad. En el seguimiento respondió bien al medicamento. Cambió de carrera con buen rendimiento —en la anterior estaba suspendida—, se independizó, logró una relación de pareja estable, y sus síntomas mínimos ante el estrés no la limitaban. Este caso se inclinó hacia el espectro bipolar. A

continuación se describen las principales diferencias clínicas entre una y otra afección.

El trastorno bipolar tiene un heredabilidad del 80%¹² con familiares de primer grado bipolares o unipolares¹³. El trastorno límite de la personalidad tiene un gran componente ambiental y está sobrerrepresentado en la familia^{14,15}, con familiares de primer grado con trastorno de control de los impulsos o unipolares¹⁶. La incidencia máxima del inicio del trastorno bipolar se da entre los 12 y los 30 años¹⁷; en el trastorno límite de la personalidad no existe un inicio claro, refieren sentirse mal y deprimidos desde la infancia^{18,19}. El curso del trastorno bipolar es crónico, no remite con la edad, y suele empeorar con el tiempo²⁰. El trastorno límite de la personalidad pareciera tener un curso más favorable, con una mejoría hacia la mediana edad^{21,22}. Los síntomas depresivos en el trastorno bipolar suelen ser de características melancólicas y atípicos, con agitación, síntomas mixtos, baja autoestima y autocrítica²³⁻²⁵, mientras en el trastorno límite de la personalidad existen episodios depresivos reactivos no melancólicos, con vacío, incoherencia dolorosa y una experiencia subjetiva de mayor gravedad^{18,25,26}. El suicidio y el riesgo de autoagresión son características de ambas enfermedades, un poco más quizá en el trastorno límite de personalidad^{5,6,13,27,28}. Son características del trastorno bipolar las hipomanías con aumento de la autoestima, energía, creatividad y productividad; puede haber irritabilidad dentro del episodio^{10,17,29}. En el trastorno límite de personalidad suele haber inestabilidad afectiva, con una autoimagen devaluada y marcada ansiedad^{29,30}. Los episodios mixtos y los ciclados rápidos son lo que puede generar mayor confusión^{7,31}. Los episodios del trastorno bipolar suelen ser autónomos y carecer de un contexto interpersonal³⁰. En el trastorno

límite de la personalidad, los síntomas suelen ser reactivos a problemas interpersonales como frustración o sensación de abandono^{18,29,32}. La inestabilidad afectiva en el trastorno bipolar suele tener cambios episódicos impulsados internamente entre eutimia, euforia y depresión. El trastorno límite de personalidad tiene cambios breves de alta intensidad y reactivos, entre eutimia, ansiedad, ira y depresión³³⁻³⁵. La impulsividad suele estar presente en ambos trastornos; en el trastorno bipolar aparece sobre todo en los episodios de hipomanía, mientras en el trastorno límite de personalidad suele ser una característica diagnóstica de larga duración^{26,32,36}. Los síntomas psicóticos suelen ser una característica de los episodios de manía, y en depresión bipolar se han reportado hasta en un 45% congruentes con el estado de ánimo^{17,37}. En el trastorno límite de la personalidad suelen experimentarse síntomas disociativos y paranoides transitorios³⁸. El trauma infantil está presente en ambos, más en el trastorno límite de la personalidad (60-80%) que en el trastorno bipolar (50%)¹³. La identidad de los pacientes bipolares tiende a ser estable durante la eutimia y cambiar a devaluada o grandiosa dependiendo del episodio³⁰. La identidad de los pacientes limítrofes tiende a sufrir un sentido fragmentado de sí, con dolor emocional y pérdida de la identidad^{13,39}. Los pacientes bipolares suelen tener relaciones interpersonales estables durante la eutimia; en cambio, los pacientes limítrofes tienen discrepancias graves y continuas en la evaluación de los demás, con tendencia a la idealización, devaluación y miedo al rechazo^{2,18}. Ambas tienen un temperamento ciclotímico e irritable^{25,40}. Ambas tienen una amplia comorbilidad, el trastorno bipolar con trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de personalidad³, y el trastorno límite de la personalidad, con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de la alimentación⁴. El trastorno bipolar tiene 2 fases de tratamiento, una aguda y otra de mantenimiento; en ambas los estabilizadores del ánimo, los antipsicóticos y algunas veces los antidepresivos son esenciales¹⁷. Los fármacos en el trastorno límite de la personalidad solo se usan por periodos cortos para el alivio sintomático⁴¹, y para su mejoría es necesario algún tipo de psicoterapia, como la dialéctico-conductual, de mentalización o centrada en la transferencia².

Conclusiones

Diferenciar el trastorno bipolar del trastorno límite de la personalidad suele ser una tarea difícil, sobre todo porque comparten algunas características como temperamento, inestabilidad afectiva, impulsividad, suicidio y comorbilidad. Hacer una minuciosa comparación de las diferencias clínicas suele ser esencial, con una historia clínica que incluya además una línea de vida detallada, siempre con el apoyo de los familiares más cercanos a falta de pruebas diagnósticas que esclarezcan el diagnóstico, para evitar un error diagnóstico y las repercusiones de un tratamiento no adecuado. Nunca hay que dejar de lado su posible comorbilidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

- Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:241-51.
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Rev Dis Primers*. 2018;4:1-21.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543-52.
- Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of borderline personality disorder: current status and future directions. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;41:583-93.
- Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: Meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17:1-16.
- Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina (Lithuania)*. 2019;55.
- 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.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington: APA; 2013.
- Ghouse AA, Sanches M, Zunta-Soares G, Swann AC, Soares JC. Overdiagnosis of bipolar disorder: A critical analysis of the literature. *ScientificWorldJournal*. 2013;2013:297087.
- Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44:405-8.
- Fornaro M, Orsolini L, Marini S, et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;195:105-18.
- Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric diseases versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychol Med*. 2011;41:33-40.
- Bassett D. Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:327-39.
- Loken EK, Hettema JM, Aggen SH, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for fears and phobias. *Psychol Med*. 2014;44:2375-84.
- Distel MA, Trull TJ, Derom CA, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. 2008;38:1219-29.
- Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:753-62.
- Bobo WV. (2017). The diagnosis and management of bipolar I and II disorders: clinical practice update. *May Clin Proc*. 2017;92:1532-51.
- Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity

- disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin.* 2013;77:1-22.
19. Korner A, Gerull F, Meares R, Stevenson J. The nothing that is something: core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *Am J Psychother.* 2008;62:377-94.
 20. Goodwin FK, Jamieson KR. *Manic-depressive illness bipolar disorders and recurrent depression.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007.
 21. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2003;160:274-83.
 22. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehens Psychiatry.* 2001;42:482-7.
 23. Parker GB, Fletcher K. Is bipolar II depression phenotypically distinctive? *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120:446-55.
 24. Benazzi F. Agitated depression in bipolar II disorder. *World J Biol Psychiatry.* 2005;6:198-205.
 25. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry.* 2011;10:45-51.
 26. Wilson ST, Stanley B, Oquendo MA, Goldberg P, Zalsman G, Mann JJ. Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007;68:1533-9.
 27. Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44:250-7.
 28. Bayes AJ, McClure G, Fletcher K, et al. Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;133:187-95.
 29. Parker G. Clinical differentiation of bipolar II disorder from personality-based "emotional dysregulation" conditions. *J Affect Disord.* 2011;133:16-21.
 30. Renaud S, Corbalan F, Beaulieu S. Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: Analysis of the affective dimension. *Comprehens Psychiatry.* 2012;53:952-61.
 31. Suppes T, Mintz J, McElroy SL, et al. Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: A sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:1089-96.
 32. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehens Psychiatry.* 2007;48:145-54.
 33. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *J Psychiatr Res.* 2001;35:307-12.
 34. Reich DB, Zanarini MC, Fitzmaurice G. Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Comprehens Psychiatry.* 2012;53:230-7.
 35. Koenigsberg HW. Affective instability: Toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *J Personality Disord.* 2010;24:60-82.
 36. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1783-93.
 37. Mazarini L, Colom F, Pacchiarotti I, et al. Psychotic versus non-psychotic bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 2010;126:55-60.
 38. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry.* 2002;51:936-50.
 39. Meares R, Gerull F, Stevenson J, Korner A. Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45:214-22.
 40. Fletcher K, Parker G, Barrett M, Synnott H, McCraw S. Temperament and personality in bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 2012;136:304-9.
 41. Starcevic V, Janca A. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Replacing confusion with prudent pragmatism. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31:69-73.