



Article
scientifique

Revue de la
littérature

2021

Published
version

Open
Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Diagnostic du trouble de personnalité borderline à l'adolescence : revue francophone

Pham, Eléonore Sibylle Minh Le; Aouidad, A.; Edan, Anne; Perroud, Nader Ali; Piguet, Camille Marie

How to cite

PHAM, Eléonore Sibylle Minh Le et al. Diagnostic du trouble de personnalité borderline à l'adolescence : revue francophone. In: Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2021, vol. 69, n° 4, p. 185–189. doi: 10.1016/j.neurenf.2021.03.001

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:169831>

Publication DOI: [10.1016/j.neurenf.2021.03.001](https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.03.001)



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de littérature

Diagnostic du trouble de personnalité borderline à l'adolescence : revue francophone



Diagnosing borderline personality disorder in adolescence: A French review

E. Pham^{a,*,b}, A. Aouidad^c, A. Edan^d, N. Perroud^{a,b,e}, C. Piguet^{b,d}

^a Service des Spécialités Psychiatriques, Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

^b Département de Psychiatrie, Faculté de Médecine, Université de Genève, Genève, Suisse

^c Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

^d Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Département de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

^e Département de Psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada

ARTICLE INFO

Mots clés:

Trouble de personnalité borderline
Adolescence
Diagnostic
Évaluation
Dépistage
Stigmatisation

Keywords:

Borderline personality disorder
Adolescence
Diagnostic
Assessment
Screening
Stigmatization

R É S U M É

Le trouble de personnalité borderline (TPB) est une pathologie fréquente, sévère et encore majoritairement diagnostiquée chez l'adulte bien que sa présence à l'adolescence soit aujourd'hui attestée. En effet, plusieurs obstacles semblent s'opposer à ce diagnostic avant l'âge de 18 ans. Mis à part la difficulté pouvant exister pour différencier une crise d'adolescence transitoire des traits de personnalité borderline, il existe aussi une certaine réserve émanant des professionnels de la santé à stigmatiser leurs plus jeunes patients avec cette étiquette en particulier. Pourtant, être en mesure de pouvoir identifier et traiter cette pathologie durant cette période développementale permettrait de réduire nombre de conséquences négatives associées à ce trouble à long terme. Pour parvenir à cette identification précoce, il est nécessaire de créer des outils fiables et valides capables d'évaluer ce trouble chez les adolescents. L'objet de cet article est de présenter les études actuelles portant sur les difficultés liées au diagnostic de TPB à l'adolescence mais aussi de mettre en avant les solutions envisageables. Nous détaillerons donc les caractéristiques principales du TPB ainsi que sa présentation à l'adolescence. Puis enfin nous aborderons les différents outils existant actuellement pour diagnostiquer et évaluer cette pathologie chez les adolescents.

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A B S T R A C T

Borderline personality disorder (BPD) is a frequent and severe pathology. Although BPD is mostly diagnosed in adults, evidence shows that it can also be adequately diagnosed in adolescents. However, several obstacles seem to prevent this diagnosis from being made on patients younger than 18. Aside from the fact that drawing a line between borderline personality features and the transitional adolescent turmoil could be complicated, some health professionals are reluctant to make a diagnosis that stigmatizes their patients, especially the youngest ones. However, being able to identify and treat BPD during this developmental stage would reduce many adverse outcomes in the long run. Achieving early detection requires reliable and valid tools to screen and diagnose BPD in adolescents. The aim of this article is not only to review studies reporting on difficulties to diagnose BPD in adolescents but also to highlight some realistic solutions. We explain in detail how BPD symptoms manifest during adolescence. We also present the tools currently available to assess and diagnose this pathology in adolescents.

© 2021 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Bien qu'étant apparu en tant qu'entité diagnostique au milieu du vingtième siècle, l'existence du trouble de personnalité borderline

* Auteur correspondant.
E-mail address: eleonore.pham@hcuge.ch (E. Pham).

(TPB) est régulièrement mise en question. Au cours des deux dernières décennies, la littérature scientifique anglophone a fait état de nombreux débats quant au TPB et plus précisément quant à son émergence [1,2]. Peut-être du fait que le DSM 5 [3] stipule une apparition des symptômes « au moins depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte », soit de manière intuitive ou tacite pour les cliniciens dès 18 ans, ce trouble est essentiellement diagnostiqué chez l'adulte. Toutefois, diagnostiquer cette pathologie à partir de 18 ans équivaut à inférer qu'elle n'existe pas auparavant et, qu'aussitôt la majorité passée, elle apparaît. Est-ce vraiment plausible ? Dans cette revue narrative, nous reprendrons les obstacles au diagnostic et les solutions possibles étant donné qu'un nombre croissant d'études s'intéressant au diagnostic de ce trouble à l'adolescence indiquent que ses critères diagnostiques ne sont pas moins fiables, valides et stables avant 18 ans qu'après comme nous le détaillerons ci-dessous [2,4,5]. D'un point de vue clinique, une détection précoce de cette pathologie présenterait plusieurs bénéfices, notamment la mise en place de stratégies psychologiques et/ou thérapeutiques permettant d'agir avant que certains comportements se cristallisent ou que certains problèmes s'aggravent avec le temps du fait de l'autonomisation des processus pathologiques [5]. Toutefois, imaginer pouvoir identifier le trouble de personnalité borderline chez des adolescents nécessite la création et la mise en place d'instruments fiables, valides et capables d'évaluer cette pathologie chez les jeunes [6]. Dans cette revue, nous aborderons ces deux aspects de diagnostic et d'évaluation du TPB chez l'adolescent.

2. Épidémiologie

Le trouble de personnalité borderline est une pathologie fréquente, sévère et présentant une certaine hétérogénéité [7,8]. Selon le DSM 5 [3], le diagnostic de TPB nécessite la présence d'au moins cinq critères sur les neuf que compte le trouble. Ces derniers sont les suivants : peur de l'abandon, relations interpersonnelles instables et intenses, perturbation de l'identité, impulsivité, tentatives de suicide et/ou comportements auto-dommageables, instabilité affective, sentiment chronique de vide, colère intense et inappropriée, idées paranoïaques et/ou symptômes dissociatifs. De la sorte, 151 combinaisons différentes sont possibles pour atteindre ce diagnostic, conduisant ainsi à des patients aux profils pouvant être très distincts les uns des autres [9]. Le TPB se caractérise principalement par des difficultés à réguler les émotions, les pensées, les comportements ainsi que les relations. Les personnes souffrant d'un TPB présentent une instabilité affective avec des émotions vécues comme intenses et pouvant changer de manière abrupte. Elles ont une perturbation identitaire faisant qu'elles passent rapidement d'un sentiment de soi positif à négatif et que, bien souvent, elles en arrivent même à se questionner sur qui elles sont vraiment. Les comportements peuvent être impulsifs, c'est-à-dire, sans prise en compte des répercussions à moyen ou long terme que peuvent engendrer les actions. Les comportements suicidaires et auto-dommageables de type coupures, scarifications, peuvent être fréquents. Du fait de leur tendance à osciller entre l'idéalisation et la dévalorisation d'autrui, leurs relations interpersonnelles sont instables et ponctuées par des conflits. Ces différents aspects symptomatiques peuvent être semblables, dans une certaine mesure, à ce qui est constaté durant l'adolescence de manière physiologique (impulsivité, labilité émotionnelle, recherche identitaire) [10,11]. Toutefois, ces symptômes vont diminuer durant l'adolescence chez les jeunes ne présentant pas de pathologies tandis qu'ils tendent à augmenter au fil du temps chez les adolescents présentant un TPB [12]. Néanmoins, il n'est donc pas évident de faire une distinction claire et précise entre le normal et le pathologique durant cette période. Comme seulement

une fraction de la population adolescente présente un TPB, l'utilisation d'échelles standardisées peut être une aide précieuse tant pour le diagnostic que pour l'évaluation du traitement.

Chez l'adulte, la prévalence du TPB est estimée entre 0,7 % et 2,7 % dans la population générale et jusqu'à 20 % dans le milieu psychiatrique [13,14]. Même si les données concernant la prévalence de ce trouble à l'adolescence sont rares, il semble qu'il puisse toucher de 1 % à 3 % des adolescents [15], ce taux pouvant grimper à 11 % en psychiatrie ambulatoire et 50 % en milieu hospitalier [16]. Au vu de sa prépondérance, des interventions précoces, notamment la thérapie comportementale dialectique adaptée aux adolescents, ont été mises en place avec succès dans plusieurs pays [17–19]. Toutefois, malgré l'importance de cette pathologie et de ses conséquences fonctionnelles, et en dépit du fait que des psychothérapies aient démontré leur efficacité pour réduire son impact négatif, le dépistage et l'évaluation précoces sont encore loin d'être la règle et ce, particulièrement dans le monde francophone.

3. Causes de l'absence de diagnostic de TPB à l'adolescence

Il existe une certaine réticence à diagnostiquer le trouble de personnalité borderline à l'adolescence et ce, pour différentes raisons [2,20]. Premièrement, l'adolescence étant connue pour être une période développementale où l'on peut trouver des comportements impulsifs, des attitudes oppositionnelles ou des changements d'humeur marqués, il est important de ne pas faire l'amalgame entre cette crise transitoire et les signes prodromiques d'un TPB. En effet, manifester des accès de colère, avoir des relations interpersonnelles chaotiques, consommer des substances illicites ou même se scarifier transitoirement peuvent être autant de manifestations caractéristiques de l'adolescence. Dès lors, il s'agit de prendre en considération la sévérité des symptômes, leur durée dans le temps ainsi que leur nombre car ce sont ces paramètres qui permettront d'évoquer un TPB à l'adolescence [12,21–23]. Deuxièmement, la personnalité étant encore en pleine construction et de fait incomplète, poser un diagnostic de trouble de personnalité peut sembler antinomique. Finalement, et ceci constitue probablement la raison la plus importante, le TPB est perçu comme un diagnostic sévère, voire stigmatisant et les professionnels de la santé peuvent émettre des réserves à « coller » cette étiquette à leurs patients, en particulier les plus jeunes d'entre eux. En effet, si les croyances liées à ce trouble ont évolué au cours des dernières années, il n'en reste pas moins que le TPB est encore aujourd'hui perçu de manière négative et ce, tant par l'opinion publique que par les soignants [24–26]. Bien qu'il ait été prouvé que la rémission est davantage la règle que l'exception [27–31], l'idée que le TPB soit une sentence à vie demeure une croyance profondément ancrée dans les représentations des soignants. En outre, bien que le contraire ait été mis en évidence [32], la croyance que ce trouble ne soit traitable que par des spécialistes formés à des thérapies spécifiques et pointues prédomine encore actuellement. De même, il n'est pas rare que les cliniciens, au vu des comorbidités fréquentes avec des troubles de l'axe I, se focalisent sur le traitement de ces dernières au détriment du TPB comme une entité à part entière [26,33,34]. L'attitude des soignants est également un point non négligeable à considérer dans cette résistance à poser un diagnostic de TPB dans la perpétuation de la stigmatisation rattachée à ce trouble. En effet, non seulement certains cliniciens tendent à décrire les patients présentant un TPB dans des termes péjoratifs tels que « manipulateur », « résistant au traitement », ou « difficile » [35,36], mais ils démontrent également moins de sympathie vis-à-vis d'eux par rapport à des patients dépressifs ou schizophrènes car ils sont perçus comme étant davantage « en contrôle » de leurs comportements [37]. En outre, ils se montrent moins optimistes avec eux qu'avec des patients dépressifs ou schizophrènes [38]. Aux croyances des

soignants s'ajoute également celles que les patients présentant un TPB ont sur eux-mêmes. En effet, ce trouble est associé à un fort degré d'auto-stigmatisation comparativement à d'autres troubles comme le trouble bipolaire ou le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité [25]. Finalement, hormis la stigmatisation dont pâtit le TPB, une autre cause de non-diagnostic peut être imputée au manque de certitude des cliniciens quant au diagnostic même de TPB [26]. Une solution proposée pour pallier cette stigmatisation et ce manque de clarté dans le diagnostic de TPB serait de mettre en place des formations ainsi que des supervisions ciblées sur cette pathologie afin de permettre au personnel soignant d'être à même de mieux interagir avec ces patients [26,37,39]. De ce manque de formation et d'expérience dans la reconnaissance et le traitement du TPB découle inévitablement le fait que de nombreux jeunes ne sont pas diagnostiqués correctement et n'ont ainsi pas le suivi approprié. Pourtant, comme dans le cas d'autres pathologies psychiatriques, il est probable qu'il existe pour le TPB une corrélation entre la durée d'évolution du trouble non traité et un pronostic aggravé [1,20,40,41]. Ainsi, une identification précoce et la mise en place d'un traitement pourraient réduire la chronicité et nombre de conséquences négatives liées à cette pathologie.

4. Caractéristiques du TPB à l'adolescence

Le premier écueil est donc la question de la différence entre le TPB, voir ses prodromes, et la « crise d'adolescence » passagère. La présentation clinique du TPB à l'adolescence serait tout aussi hétérogène qu'elle peut l'être à l'âge adulte [42]. Toutefois, la comparaison à des groupes contrôles dans des études permet de mettre en évidence certaines caractéristiques. Tout d'abord, les adolescents avec un TPB auraient tendance à rencontrer des difficultés au niveau social, cela se manifestant notamment par des amitiés peu nombreuses, l'absence d'un meilleur ami ou encore peu d'activités sociales [43]. La scolarité serait également impactée, le constat étant de davantage de classes redoublées et d'abandon de l'école chez ces jeunes [17,41]. De plus, ils auraient des problèmes plus fréquents avec la justice du fait de comportements antisociaux que des adolescents sans TPB [42,44,45]. En outre, comparativement à d'autres groupes cliniques, ils auraient des taux plus élevés de comorbidités avec les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, les troubles d'utilisation de substances, l'état de stress post-traumatique et le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité [20,22,23,45,46]. Par rapport aux adultes, les adolescents manifesteraient davantage les symptômes les plus aigus du TPB, à savoir les comportements auto-dommageables, suicidaires, impulsifs ainsi qu'une colère intense et incongrue [2,20].

5. Diagnostic et évaluation du TPB à l'adolescence

L'approche dimensionnelle prônée dans la section II du DSM 5 rend possible le diagnostic de TPB chez l'adolescent et même chez l'enfant [2,42,47]. Néanmoins, ce diagnostic reste relativement mal défini, stipulant uniquement que pour être posé les traits de personnalité inadaptés (5 critères sur 9), tels que la labilité émotionnelle ou l'impulsivité, doivent avoir été présents depuis au moins une année [1,5]. Malgré la possibilité de poser ce diagnostic, il subsiste un réel manque quant aux moyens cliniques mis à disposition pour diagnostiquer mais également pour évaluer la sévérité de cette pathologie chez de jeunes patients, et ce d'autant plus en langue française. En effet, si différents entretiens semi-structurés sont utilisés chez l'adulte pour diagnostiquer le TPB, il n'en existe qu'un seul pour les jeunes, en anglais, *The Childhood Interview for DSM-IV borderline personality disorder* [48]. Il s'agit d'une version adaptée d'un entretien initialement utilisé chez les adultes, évaluant les neuf critères diagnostique du trouble. Cette version est plus structurée, présente un langage simplifié et

deux formes d'impulsivité ont été retirées : la promiscuité et la conduite routière imprudente. Les résultats d'une étude examinant les propriétés psychométriques du CI-BPD supportent la validité et la fiabilité de cet instrument [49]. Toutefois, le désavantage de cet outil, au même titre que des entretiens semi-structurés de manière générale, est qu'il nécessite d'avoir à disposition un laps de temps suffisant pour sa passation complète. Ainsi, afin de dépister le TPB et de compléter le diagnostic du clinicien, il est nécessaire d'avoir à disposition des outils valides et fiables permettant une évaluation rapide du TPB chez les jeunes afin de mettre en place une intervention ciblée le plus tôt possible. A cet égard, quelques échelles de type auto-reportées ont pu être utilisées avec cette population. Toutefois, elles sont souvent inadaptées pour des adolescents car créées initialement pour une évaluation du TPB chez les adultes et donc non à même de détecter les prodromes d'un TPB chez les jeunes [42]. Parmi ces dernières, les deux principales échelles utilisées sont le *Borderline Personality Questionnaire* (BPQ) [50] et le *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD) [51]. Le BPQ est composé de 80 items de type vrai/faux répartis dans neuf sous-échelles représentatives des critères DSM du TPB. Le MSI-BPD est une échelle de 10 items également de type vrai/faux, avec un item évaluant chacun des huit premiers critères du trouble et deux items pour le neuvième critère relatif aux idées paranoïaques et à la dissociation. Une étude menée sur 121 adolescents âgés de 12 à 17 ans a démontré que le MSI-BPD présente une validité adéquate en tant que mesure d'évaluation pour des jeunes de cet âge [52]. Toutefois, une autre recherche comparant différentes échelles, parmi lesquelles le BPQ et le MSI-BPD, atteste de la supériorité du BPQ au niveau de ses propriétés psychométriques et ce faisant d'un diagnostic plus précis [4]. Hormis le fait que cet outil n'est pas conçu spécifiquement pour une population adolescente, son principal inconvénient réside dans sa longueur du fait de son nombre d'items conséquent. Afin de pallier le manque évident de moyens d'évaluation du TPB chez des adolescents, Crick et al ont développé le *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFSC), un questionnaire auto-reporté constitué de 24 items sur une échelle de Likert en cinq points (de *pas du tout vrai* à *toujours vrai*) et pouvant être utilisé chez l'enfant dès neuf ans [53]. Un des principaux atouts de cet instrument est qu'il propose une approche dimensionnelle de la pathologie dans laquelle un score global plus élevé indique un plus haut niveau de traits borderline. De la sorte, même les jeunes ne présentant pas le spectre symptomatologique total du TPB mais étant à risque peuvent être identifiés et pris en charge le plus tôt possible. Il existe également une version abrégée en 11 items de cet instrument ainsi qu'une hétéro version à faire remplir par les parents [47,54]. Dans une étude récente [55], des versions en français du BPFSC et du BPFSC-11 ont été développées et démontrent de bonnes qualités psychométriques. Une autre échelle dimensionnelle existe, l'échelle des traits borderline de la version adolescente du *Personality Assessment Inventory* (PAI-A) développée pour les jeunes de 12 à 18 ans [56]. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté en 20 items sur une échelle de Likert en 4 points (de *pas du tout vrai* à *tout à fait vrai*) et composée de quatre sous-échelles différentes : problèmes identitaires, instabilité affective, relations interpersonnelles négatives et comportements auto-dommageables. Toutefois, si la version adulte de cette échelle démontre des propriétés psychométriques satisfaisantes, peu d'études se sont penchées sur la version pour adolescents et ainsi la prudence reste de mise quant à son utilisation dans un contexte clinique [57]. Cette dernière remarque s'applique également au *Abbreviated-diagnostic interview for borderlines* (Ab-DIB) [58], un questionnaire auto-reporté pour adolescents en 26 items de type oui/non répartis en deux sections : déficiences au niveau cognitif et affectif, et impulsivité. Cette échelle est disponible en anglais mais également en français. La seule étude ayant investigué ses pro-

propriétés psychométriques atteste de leur qualité [58]. Toutefois, le Ab-DIB présente certaines limites. En effet, s'il présente l'avantage certain d'évaluer de manière extensive les symptômes de lignée psychotique, il n'évalue que peu la labilité émotionnelle ainsi que le domaine des relations interpersonnelles. On voit donc que le clinicien francophone n'a encore que peu d'outils à disposition pour le dépistage et l'évaluation du TPB, notamment à l'adolescence.

6. Conclusion

La littérature et les retours de la pratique clinique soulignent que les traits de personnalité borderline sont prédictifs d'un futur TPB [1,40,41]. En outre, à l'adolescence, les traits de personnalité borderline peuvent fréquemment se manifester par des conduites anti-sociales ainsi que des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs [2,20]. Ces particularités cliniques sont préoccupantes car au-delà du risque suicidaire immédiat, elles présentent également un impact fonctionnel majeur durant cette période de vie (enjeux relationnels, enjeux d'avenir socio-professionnel). En effet, la pathologie peut notamment interférer avec la poursuite d'un cursus scolaire normal ce qui peut s'avérer lourd en conséquence [41,59]. Cependant, malgré cette clinique inquiétante et évocatrice, le diagnostic de TPB est rarement retenu ou évoqué comme diagnostic différentiel avant 18 ans.

Afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge du TPB à l'adolescence, les représentations des soignants doivent évoluer. Si la réticence de certains praticiens qui prônent la réserve est compréhensible pour éviter une stigmatisation, il est toutefois important d'envisager ce diagnostic car le pronostic est bon si les traits de personnalité borderline sont identifiés précocement.

En effet, le traitement spécifique des comportements présentés par les adolescents avec suspicion de TPB peut permettre de limiter leur « psychiatrisation » (hospitalisation en milieu spécialisé, traitement psycho-pharmacologique). D'autre part, la mise en place d'instruments d'évaluation fiables et valides permettrait un gain de temps considérable à la prise en charge. Si quelques auto-questionnaires sont prometteurs pour évaluer le TPB chez l'adolescent, peu d'études attestent de l'excellence des propriétés psychométriques de ces échelles ainsi que de leurs qualités d'utilisation en pratique clinique.

Il semble également d'une importance capitale que les professionnels soient davantage au clair quant au concept même de TPB. Afin d'atteindre cet idéal, nous préconisons davantage de formations dédiées au TPB ouvertes à tout professionnel travaillant avec des personnes ayant ce trouble afin qu'ils aient une meilleure connaissance de cette pathologie et puissent être à même de la diagnostiquer de manière correcte et de la traiter de manière efficace. Une fois mieux formés au TPB, ces soignants seront également capables d'aider leurs collègues à mieux traiter cette pathologie et de la sorte, petit à petit, la stigmatisation et la réticence à diagnostiquer ce trouble disparaîtront permettant une prise en charge optimale et ce, dès l'adolescence.

En parallèle, permettre aux adolescents une place plus active dans la possibilité de développer leurs propres ressources semble également être une nécessité éthique, qui permet de surcroît de limiter le recours à l'hôpital et le recours aux psychotropes qui traitent les conséquences du fonctionnement (très coûteux) de type borderline.

En conclusion, dépister et évaluer le trouble de personnalité borderline dès l'adolescence, permet de réduire le risque d'une chronicisation de la maladie et son impact négatif tant pour les patients que pour le système de soins au sens large.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, de La Rivière SG. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:199–210.
- [2] Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(11):1307–20.
- [3] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- [4] Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord* 2008;22(4):353–64.
- [5] Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev* 2008;28(6):969–81.
- [6] Sharp C, Mosko O, Chang B, Ha C. The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in a community sample of boys. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16(3):335–49.
- [7] Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet* 2004;364:453–61.
- [8] Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders* 2014;28:734–50.
- [9] Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, Bender DS, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *AJP* 2002;159(2):284–90.
- [10] Blakemore S-J. Adolescence and mental health. *Lancet* 2019;393(10185):2030–1.
- [11] De Fruyt F, De Clercq B. Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: toward an integrative developmental model. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10(1):449–76.
- [12] Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A life span perspective on borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(7):51.
- [13] Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry* 2013;202(s54):s24–9.
- [14] Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust [Internet]* 2007;187(S7) [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01330.x>.
- [15] Marieke Schuppert H, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersma HM, Minderaa RB, et al. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(12):1314–1323.e2.
- [16] Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Front Psychiatry [Internet]* 2019;10 [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00710/full>.
- [17] Sharp C, Fonagy P, Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatr* 2015;56(12):1266–88.
- [18] Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2011;5(1):3.
- [19] Mehlum L, Tørmøen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53(10):1082–91.
- [20] Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134(4):782–93.
- [21] Chanen A. Borderline personality disorder is not a variant of normal adolescent development. *Personal Ment Health* 2017;11(3):147–9.
- [22] Nakar O, Brunner R, Schilling O, Chanen A, Fischer G, Parzer P, et al. Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *J Affect Disord* 2016;197:231–8.
- [23] Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2014;75(5):e457–64.
- [24] Rivera-Segarra E, Rivera G, López-Soto R, Crespo G, Marqués-Reyes D. Stigmatization experiences among people living with borderline personality disorder in Puerto Rico; 2014. p. 18.
- [25] Quenneville AF, Badoud D, Nicastro R, Jermann F, Favre S, Kung A-L, et al. Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *J Affect Disord* 2020;262:317–22.
- [26] Sisti D, Segal AG, Siegel AM, Johnson R, Gunderson J. Diagnosing, disclosing, and documenting borderline personality disorder: a survey of psychiatrists' practices. *J Personal Disord* 2015;30(6):848–56.

- [27] Paris J. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5(1):277–90.
- [28] Gunderson JG. Borderline personality disorder. *N Engl J Med* 2011;364:2037–42.
- [29] Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry* 2012;169:476–83.
- [30] Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377(9759):74–84.
- [31] 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. *AJP* 2003;160(2):274–83.
- [32] Gunderson JG. The emergence of a generalist model to meet public health needs for patients with borderline personality disorder. *AJP* 2016;173(5):452–8.
- [33] Paris J. Why psychiatrists are reluctant to diagnose. *Psychiatry (Edmont)* 2007;4(1):35–9.
- [34] Paris J. Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005;50(8):435–41.
- [35] Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry* 2006;14(5):249–56.
- [36] Nehls N. Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues Ment Health Nurs* 1998;19(2):97–112.
- [37] Markham D, Trower P. The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *Br J Clin Psychol* 2003;42(3):243–56.
- [38] Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *J Ment Health* 2003;12(6):595–612.
- [39] Knaak S, Szeto AC, Fitch K, Modgill G, Patten S. Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2015;2(1):9.
- [40] Greenfield B, Henry M, Lis E, Slatkoff J, Guilé J-M, Dougherty G, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(4):397–406.
- [41] Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(9):933–41.
- [42] Fossati A. Diagnosing borderline personality disorder in adolescence: a review of the published literature. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol* 2015;3(1):5–21.
- [43] Chanan A, Jovev M, McCutcheon L, Jackson H, McGorry P. Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *CPSR* 2008;4(1):48–57.
- [44] Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bull Menninger Clin* 2007;71(2):85–114.
- [45] Chanan AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(02):297–306.
- [46] Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, Chanan AM, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology* 2012;46:55–62.
- [47] Sharp C, Steinberg L, Temple J, Newlin E. An 11-item measure to assess borderline traits in adolescents: refinement of the BPFSC using IRT. *Personal Disord* 2014;5(1):70–8.
- [48] Zanarini MC. The Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD). Belmont, MA: McLean Hospital and Harvard Medical School; 2003.
- [49] Sharp C, Ha C, Michonski J, Venta A, Carbone C. Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comp Psychiatry* 2012;53(6):765–74.
- [50] Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C. The BPQ: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria. *J Pers Disord* 2006;20(3):247–60.
- [51] Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord* 2003;17(6):568–73.
- [52] Noblin JL, Venta A, Sharp C. The validity of the MSI-BPD among inpatient adolescents. *Assessment* 2014;21(2):210–7.
- [53] Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Develop Psychopathol [Internet]* 2005;17(04) [cited 2020 Apr 22]. Available from: <http://www.journals.cambridge.org/abstract.S0954579405050492>.
- [54] Chang B, Sharp C, Ha C. The criterion validity of the borderline personality features scale for children in an adolescent inpatient setting. *J Pers Disord* 2011;25(4):492–503.
- [55] Ensink K, Bégin M, Kotiuga J, Sharp C, Normandin L. Psychometric properties of the French version of the borderline personality features scale for children and adolescents. *Adolesc Psychiatry* 2020;10(1):48–58.
- [56] Morey LC. Personality assessment inventory: adolescent professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources Inc.; 2007.
- [57] Venta A, Magyar M, Hossein S, Sharp C. The psychometric properties of the Personality Assessment Inventory – Adolescent's Borderline Features Scale across two high-risk samples. *Psychol Assess* 2018;30(6):827–33.
- [58] Guilé J, Greenfield B, Berthiaume C, Bodeau N, Cohen D, Gérardin P, et al. Reliability and validity studies on the abbreviated-diagnostic interview for borderlines in adolescents. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(5):S152.
- [59] Kramer U, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M, et al. Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personality and Mental Health* 2017;11(3):164–70.