

Borderline Kişilik Bozukluğunun Gelişimi

Development of Borderline Personality Disorder

 Zeynep SET^a

^aTekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Tekirdağ, TÜRKİYE

ÖZET Sınır (borderline) kişilik bozukluğu genellikle erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan; dürtüsellik, duygusal dengesizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma ile kendini gösteren, hem bireyin kendisi hem de toplumun geneli için olumsuz sonuçları olan ciddi bir psikolojik bozukluktur. Bu çalışmanın amacı, çocukluk ve ergenlik dönemine ilişkin faktörlerden hangilerinin erişkinlik yaşamındaki sınır kişilik bozukluğunun gelişimine öncül olduğunu yapılan araştırmalar temelinde ortaya koymaktır. Bu nedenle öncelikle sınır kişilik bozukluğu açıklanmış, toplumda görülme sıklığı ile ilgili araştırmalar incelenmiş ve ergenlerde sınır kişilik bozukluğunun nedenleri ile ilgili etiyolojik teoriler aktarılmıştır. Etiyolojik teoriler içinde Linehan'ın biyososyal teorisi ile sosyal bilişsel teori üzerinde durularak yapılan genetik ve nörobiyolojik araştırmaların sonuçlarına yer verilmiştir. Mizaç ve kişilik özelliklerinin, erken dönem olumsuz çocukluk yaşantılarının, çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikiyatrik bozuklukların ve intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışlarının sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında risk faktörleri olabileceği belirtilmiş, bahsedilen alanlarda yapılan araştırmalar aktarılmıştır. Son olarak, çocuk ve ergenlerde sınır kişilik bozukluğu için tanı koymada yardımcı olarak geliştirilen geçerli-güvenilir ölçme araçları ve tedavi seçeneklerinden bahsedilmiş; alan yazın ışığında, ergenlik döneminde görülen sınır kişilik bozukluğu belirtilerinin sonuçları tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

ABSTRACT Borderline personality disorder usually occurs in early adulthood; it is a serious psychological disorder characterized by impulsivity, emotional imbalance and deterioration in interpersonal relationships, with negative consequences for both the individual and the general population. The aim of this study is to determine which factors related to childhood and adolescence are leading to the development of borderline personality disorder in adulthood on the basis of existing researches. For this reason, firstly borderline personality disorder was explained, researches about the incidence in the community were examined and etiological theories about the causes of borderline personality disorder in adolescents were stated. Linehan's Biosocial Theory and Social Cognitive Theory have been emphasized among the etiological theories and the results of genetic and neurobiological researches have been included. It has been reported that temperament and personality traits, early childhood negative experiences, psychiatric disorders seen during childhood and adolescence and self-injurious behaviors that are not suicidal purposes may be risk factors for the emergence of borderline personality disorder and the studies conducted in the mentioned fields. Finally, valid and reliable measurement tools and treatment options developed to help diagnose borderline personality disorder in children and adolescents are mentioned; in the light of the literature, the results of borderline personality disorder symptoms in adolescence were discussed and recommendations were made.

Anahtar Kelimeler: Sınır kişilik bozukluğu; çocukluk; ergenlik; erişkinlik; epidemiyoloji; risk faktör

Keywords: Borderline personality disorder; childhood; adolescence; adulthood; epidemiology; risk factors

SINIR (BORDERLINE) KAVRAMI

Sınır (borderline) kavramı ilk olarak psikanalist Adolph Stern tarafından 1938 yılında ortaya atılmıştır. Adolph Stern, bu kavramı hem nevrotik hem de psikotik semptomlar gösteren bir hasta grubunu tanımlamak için kullanmış ve bireylerin aşırı stres yaratan bir olaya maruz kalma durumlarında psikotik

düşünce ve davranış biçimleri sergilediklerini, kısa bir süre sonra ise sağlıklı işlevsellik düzeylerine geri döndüklerini ifade etmiştir.¹

Sınır kişilik bozukluğu; duygusal dengesizlik, dürtüsellik ve kişiler arası işlev bozukluğu ile karakterize giden ciddi bir ruh sağlığı bozukluğudur. Semptomların ortaya çıkışı genellikle erken erişkinlik dönemine denk gelmektedir. Sınır kişilik bozuk-

Correspondence: Zeynep SET

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Tekirdağ, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: zset@nku.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences.

Received: 05 Oct 2019

Received in revised form: 23 Dec 2019

Accepted: 08 Jan 2020

Available online: 10 Jan 2020

2146-8885 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

luğu hem bireyin kendisi hem de toplum açısından önemli olumsuz sonuçlar yaratan ciddi bir sağlık sorunudur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)]-IV'e göre Eksen I bozuklukları arasında tanımlanan sınır kişilik bozukluğu, psikososyal alanlarda bozulmaya yol açmakla birlikte, erişkin bireylerde tamamlanmamış yüksek intihar girişimleriyle de bilinmektedir.²⁻⁵ Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan erişkin ve ergen hasta grubunda, tıbbi ve psikiyatrik harcamalar, sık sık hastaneye yatış, yüksek tedavi oranları ve birden fazla ilaç denemesi karşılaşılan durumlar arasındadır. Erişkinlerde sınır kişilik bozukluğunun uzun süreli seyrinin incelendiği çalışmalarda, semptomların yaşam boyu düzelme oranları ifade edilmiş olsa da bu kişilerin birçoğu, hayatlarının belirli alanlarında özellikle de mesleki ve psikososyal alanlarda önemli işlev kaybı yaşamaktadırlar.⁶⁻⁸ Sınır terimi, geçmişte psikanalitik yaklaşımın konuşma diline ait bir terim iken; günümüzde genetik, mizaç ve çevre etkileşimi ile ortaya çıkan ve geçerliliği kabul edilen bir psikiyatrik tanı hâline gelmiştir. Sınır kişilik bozukluğunun etiyolojisi ise 25 yıldan fazla zamandır merak edilen araştırma konularından birisi olmuştur. Hastalığa sebep olan nedenlerin Psikanalitik Kuram ile açıklanmasına yönelik ilk çalışmalar Kernberg, Masterson, Rinsley, Adler ve Buie tarafından yapılmıştır. Kernberg, sınır terimini farklı bir kişilik örgütlenmesi ve ilkel savunma mekanizması ile giden bir psikopatoloji olarak tanımlayarak bu kavrama önemli katkılarda bulunmuştur.⁹

DSM-5'in son düzenlenen versiyonuna göre sınır kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için semptomların en az bir yıl boyunca devam etmesi ve bireyin işlevselliğini bozacak düzeyde olması gerekmektedir. Yeterli semptom görüldüğu takdirde, 18 yaşından küçük bireyler sınır kişilik bozukluğu tanısı alabilmektedir [American Psychiatric Association (APA), 2013].¹⁰

Aynı şekilde, Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü [National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)], gençlerde sınır kişilik bozukluğu tanı ve tedavisini desteklemektedir. Fakat bazı görüşler hâlen sınır kişilik bozukluğu tanısı alabilmek için 18 yaşından büyük olunması gerektiğini savunmaktadır. Bunun nedeni olarak, ergenlik döneminde kişilik gelişiminin devam ettiği görüşü ve sınır kişilik bozukluğu tanısına sahip olmanın bireyin kendisine yönelik düşüncelerini hem de çevresindeki kişilerin kendisi hakkındaki düşüncelerini etkileyebileceği düşüncesi gösterilmektedir.¹¹⁻¹³ Geçmiş dönemlerde tanı ve tedavide var olan zorluklar, toplum tarafından hoş görülmeyen tanımların yaygın şekilde kullanılmasına ve sınır teriminin bireylerde damgalanmaya yol açmasına sebep olmaktadır. Bu damgalamanın günümüzde de hâlen varlığını koruduğu bilinmektedir. Bu sebeple bazı klinisyenler bu tanıyı koymaktan uzak dururken, bu tanının konulduğu bireyler de kendilerini rahatsız hissedebilmektedirler.¹³

Sharp ve Romero, sınır kişilik bozukluğu tanısına yönelik yaptıkları bir çalışmada, genç ve erişkin sınır kişilik bozukluğunun birçok ortak noktası olduğunu bildirmişlerdir.¹⁴ Tüm bu endişelere ve farklı görüşlere rağmen çocuk ve ergen bireylerde sınır kişilik bozukluğu tanısının kullanılmasına yönelik önemli ölçüde talep vardır.^{12,15} Bu bulgular göz önüne alındığında, çocuk ve gençlerde sınır kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilen değişkenlerin belirlenmesinin erişkinlik döneminde bozukluğun gelişmesini öngörmeye önemli olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, ilgili değişkenleri önleme programlarının geliştirilmesinde dikkate alınmasının da önemli olabileceği düşünülmektedir. Aşağıdaki bölümde sınır kişilik bozukluğunun yaygınlığı, boylamsal seyri, çocuk ve ergenlerdeki tanı geçerliliği gibi bazı tanıya ilişkin durumlara değinilecektir.

EPİDEMİYOLOJİ, BOYLAMSAL SEYİR

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre toplumda sınır kişilik bozukluğu tanısı alan gençlerin oranının %3 olduğu düşünülmektedir. Yaşları 14-16 yıl arasındaki bireylerde ise yaygınlık oranının %0,9-1,4 olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, sınır kişilik bozukluğunun özellikle 14-17 yaş arasında artmakta olduğunu bildiren verilerle de uyumludur.¹⁶ Kriterlerin düşürülerek düzenlendiği bir çalışmada, sınır kişilik bozukluğunun yaygınlık oranının %10,8'den %14'e çıktığı bulunmuştur.¹⁷⁻¹⁹ Başka bir çalışmada ise gençler ile erişkinlerin sınır kişilik bozukluğu yaygınlık oranları incelenerek karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre erişkinlerin sınır kişilik bozuk-

luğu yaygınlık oranları %5,9; gençlerin ise %3,2 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre erişkinlerin DSM-IV sınır kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılama oranı gençlere göre yaklaşık 2 kat daha fazladır.²⁰ Her ne kadar erişkin popülasyonlar için yaygınlık oranları daha yüksek görünse de tanı eşikleri, değerlendirme ölçütleri ve araştırmalardaki önemli metodolojik farklılıklar nedeni ile çalışmalar arasındaki karşılaştırmalar hâlâ zordur. Günümüze kadar en büyük örneklem ile yapılan bir çalışmada, ergenlerde kişilik bozukluğunun 2 yıllık yaygınlığı ve gidişatı değerlendirilmiştir. Başlangıçta sınır kişilik bozukluğu tanısı alan gençlerin, 2 yıllık takip sonucunda 1/3'ünden azının sınır kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiği bildirilmiştir.¹⁷ Aynı şekilde, psikiyatrik tedavi için kliniğe başvuran kadın ergenlerle yapılan bir çalışmada, tanı alan kişilerin ilk tanıdan yaklaşık 4 yıl sonra, yalnızca 1/3'ünün sınır kişilik bozukluğu tanısını sürdürmeye devam ettikleri gözlenmiştir.²¹ Yaşları 14-24 yıl arasındaki ikiz ergenlerin, 10 yıllık süre boyunca incelendiği başka bir çalışmada ise sınır kişilik bozukluğu semptomlarının genellikle 14-17 yaş arasında artış gösterdiği ve sonraki yıllarda sabit bir şekilde düşmeye başladığı ifade edilmiştir.¹⁶

Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan erişkinlerin %88'inin işlevselliklerinde bozulmaların olduğu bilinmektedir. Uygulanan tedavi yöntemleri ile iyileşme sağlanan bireylerin %6'sında hastalığın nüks ettiği bildirilmiştir. İyileşme oranlarının incelendiği 10 yıllık bir takip çalışmasının sonucunda, çoğu hastanın önemli ölçüde psikososyal işlevselliklerindeki bozulmaların devam ettiği gözlenmiştir.^{7,8} Sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasına yol açan sebeplerin belirlenmeye çalışıldığı çok sayıda deneysel çalışmanın sonucunda birçok gelişimsel öncül bulgulanmıştır.^{22,23} Bunlar; cinsel-fiziksel istismar, erken dönemde yaşanan uzun süreli ayrılıklar, güvensiz bağlanma, hastalık ya da boşanma sonucu yaşanan kayıp gibi travmatik deneyimler, otoriter ve soğuk ebeveyn tutumu, duygusal olarak ihmal edilme veya aşırı korumacı-denetleyici ebeveyn tutumuna maruz kalma şeklindedir.^{9,24-31} Sınır kişilik bozukluğunu ortaya çıkartan bir başka öncül ise ailede psikopatolojik öykünün varlığı olarak be-

lirlenmiştir. Sınır kişilik bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinde de sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı, depresyon ve anksiyetenin olduğu tespit edilmiştir.^{32,33} Trull ise sınır kişilik bozukluğunun anlamlı ve tek yordayıcısı olarak bireyin ebeveyninin, ruhsal bozukluk ve yaşam boyu devam eden Eksen I psikopatolojilerinden bir veya daha fazlasına sahip olmaları gerektiğini vurgulamıştır.³⁴ Birçok çalışma, sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında yalnızca bireyin yaşadığı travmatik ve olumsuz yaşam olaylarının değil, aynı zamanda aile öyküsünde de travmatik yaşantıların olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda sınır kişilik bozukluğu geliştirmiş olan bireylerin, kaotik ve huzursuz bir ev ortamına sahip oldukları veya çeşitli problemleri olan bakıcılar tarafından bakım gördükleri bildirilmiştir.³⁵⁻³⁷ Zanarini ve ark., sınır kişilik bozukluğu geliştiren bireylerin, çocukluk veya ergenlik dönemlerinde travmatik birtakım yaşantılara maruz kaldıkları ve ebeveynlerinin de çocuklarını travmalara karşı korumayan ya da travmayı kendileri yaşatan, güvenli aile ortamına sahip olmayan bireyler olduklarını vurgulamıştır. Buradan yola çıkarak, sınır kişilik bozukluğunun etiolojisi incelenirken, bu bireylerin aile öykülerinin de geniş kapsamda değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.³⁷

Sınır kişilik bozukluğunun gelişimsel öncüllerinin araştırıldığı çalışmalar, çoğunlukla sınır kişilik bozukluğu geliştirmiş erişkin bireylerin kendi çocukluk anılarının sorgulanması şeklinde gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla bu verilerin geçerliliği, geçmişe dönük yanlılık payı olduğundan güvenilir olmayabilir. Paris, sınır kişilik bozukluğunun gelişimsel öncüllerinin araştırılmasında, ileriye dönük boylamsal çalışmaların yapılmasının daha sağlıklı sonuçlar ortaya çıkaracağını ifade etmiştir.³⁸

ERGENLERDE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN AÇIKLANMASINDA

BİYOSOSYAL VE SOSYAL-BİLİŞSEL TEORİ

Biyososyal Teori

Sınır kişilik bozukluğunu açıklarken kullanılan biyososyal model Linehan tarafından geliştirilmiş olup,

en çok kabul gören teorilerdendir.³⁹ Bu teoriye göre sınır kişilik bozukluğu, duygu düzenleme sisteminde meydana gelen bir işlev bozukluğundan ortaya çıkmaktadır. Linehan, sınır kişilik bozukluğunun, duygusal bir kırılmağa sahip ve aynı zamanda zayıf duygu düzenleme becerisi geliştirmiş bireylerde meydana geldiğini savunmaktadır.³⁹

Biyososyal teoriye göre, duygusal olarak kırılan bireylerin duygusal duyarlılık ve reaksiyonları yüksektir. Aynı zamanda bu bireyler, duygusal dengeye normalden yavaş bir şekilde ulaşırlar. Çocuklarda sınır kişilik bozukluğunun etiyojisinin araştırıldığı boylamsal bir çalışmada, duygusal duyarlılığın zamanla sınır kişilik bozukluğunun özelliklerini tek başına öngördüğü ifade edilmiştir.⁴⁰

Sınır kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin, duyguları tanımada olumsuz bir bakış açısına sahip oldukları ve aynı zamanda bu bireylerin, kendilerine uygulanan öz bildirim ölçeklerine verdikleri yanıtlara göre de olumsuz duygusal durumlara karşı sınır kişilik bozukluğu tanısı olmayanlara oranla daha duyarlı oldukları bildirilmiştir. Ek olarak, bu bireylerin olumsuz yaşantıları daha çok deneyimledikleri ifade edilmiştir.^{34,41,42}

Yapılan nörobiyolojik araştırmaların sonuçlarına göre; işlevsiz serotonerjik aktivite, anormal elektriksel beyin aktivitesi ve düzensiz hızlı göz hareketleri ile sınır kişilik bozukluğunun özelliklerinden olan duygusal dengesizlik ve dürtüsellik arasında bir bağlantı olduğu bildirilmiştir.⁴³⁻⁴⁶ Erişkinlerde sınır kişilik bozukluğunun, beynin hangi bölgelerinde değişikliklere yol açtığını inceleyen çalışmalar, beynin hipokampus, amigdala, prefrontal lob, prefrontal korkeks ve anterior singulat girusta alanlarında azalmış hacim bölgeleri tespit etmiştir.⁴⁷

Fizyolojik incelemelerin sonuçları, sınır kişilik bozukluğu olan bireylerin, duygu düzensizliği ve olumsuz duygu yoğunluğunun artışına karşı biyolojik bir incinme sergilediklerini desteklemektedir.⁴⁸ Birlikte ele alındığında, bu bulgular sınır kişilik bozukluğu tanımlı bireylerin, sağlıklı bireyler ve diğer klinik popülasyonlarla karşılaştırıldığında benzersiz nörobilişsel işleve sahip olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla sınır kişilik bozukluğu tanımlı bireyler,

duygusal kırılmağa karşı güçlü bir biyolojik yatkınlık göstermektedirler.

Sosyal-Bilişsel Teori

Sınır kişilik bozukluğunu sosyal-bilişsel teori perspektifinden açıklayan araştırmacılar, kişiler arası ilişkilerde ortaya çıkan problemlerin, bireylerin sosyal-bilişsel işlevsellikte yaşadıkları zayıflık ve işlevsiz zihinselleştirme kapasitelerinden kaynaklandığını öne sürmektedirler.⁴⁹⁻⁵⁵ Zihinselleştirme, Bateman ve Fonagy tarafından insan davranışını zihinsel faaliyetler (ihtiyaçlar, hedefler, arzular ve inançlar) açısından algılama ve yorumlama becerisi taşıyan, yaratıcı zihinsel beceri şeklinde tanımlanmıştır.⁴⁹ Zihinselleştirme becerisine sahip olan bir birey, kendi zihinsel süreçlerini ve başkalarının duygularını anlama yeteneğine sahiptir.⁵⁶

Sosyal-bilişsel teorisyenlere göre sınır kişilik bozukluğu olan bireyler, zihinsel perspektif oluşturma konusunda problem yaşamaktadır. Zihin kuramı ile sınır kişilik bozukluğu özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar, sınır kişilik bozukluğu tanısı alan ergen grubun, diğer insanların niyet veya zihinsel durumlarının aşırı yorumlanması şeklinde tanımlanan "hipermentalizasyon" ile fazlaca meşgul olduklarını bildirmiştir.⁵⁷

Zihinselleştirme teorisi, birincil bakım verenin çocuğun içsel dünyasında deneyimlediklerini, güvenli bağlanma ortamında yeterli ve istikrarlı bir biçimde yansıtmasının çocuğun zihinselleştirme kapasitesi geliştirmesine yardımcı olacağı üstünde durmaktadırlar.⁵¹ Bu teoriye göre, bağlanma deneyimleri bireylerin zihinselleştirme kapasitelerini belirlemektedir. Örneğin yeterli zihinselleştirme kapasitesine sahip bir bakım verene güvenli bağlanma gerçekleştiren bireylerin hem kendilerinin hem de diğer insanların ruhsal durumlarını temsil etme yeteneğini geliştirme ihtimalleri daha yüksektir.⁴⁹ Kıscası, sınır kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerde, yetersiz yansıtma ve güvensiz bağlanma ortamına sahip olmak zihinselleştirme kapasitesinin yeteri kadar gelişmemesine neden olmaktadır.

Güvensiz bağlanma stillerinden olan kararsız ve düzensiz güvensiz bağlanma, sınır kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler arasında daha yüksek preva-

lansa sahiptir. Bu bilgiler ışığında, bağlanma ile sınır kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin kanıtları nite-likte olduğu söylenebilir.⁵⁸

SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ETİYOLOJİK FAKTÖRLER

Geçersiz Kılan Ortam

Geçersiz ortam kavramı, bir davranışın fiili olarak gerçekleşmesinden bağımsız olarak bireylerin duygu ve davranışlarının cezalandırılması, onaylanmaması, dışlanması ve önemsizleştirilmesi amacıyla duygu ve davranışlara hatalı veya uygun olmayan biçimde yanıt veren bağlam olarak tanımlanır. Geçersiz kılan ortam bireyin ailesi, arkadaşları, öğretmenleri, terapisti veya hekimi vb. dâhil olmak üzere bireyin ortamının herhangi bir parçası olabilir.⁵⁹

Linehan'a göre, geçersiz kılan ortamın reddedici, cezalandırıcı ve önemsizleştirici olmak üzere 3 özelliği vardır. Geçersiz kılan ortamı yaratan ilk tip olan reddedici tutumda, bağlam içerisindeki herhangi biri, çocuğun özel deneyimlerini ve davranışsal iletişimini kronik bir biçimde reddeder. Bu cevap verme kalıbını deneyimleyen çocukta, duyguları belirleme ve duygusal deneyimlere güvenmede problemler ortaya çıkabilmekte ve ileriki yaşamında kendini geçersiz kılma davranışları sergileyebilmektedir (örneğin "Üzgün hissetmemeliyim"). İkinci tip olan cezalandırıcı ortamda ise çocuğun duygu ifadeleri cezalandırılmakta ve duygusal artışları aralıklarla güçleştirilmektedir. Bu davranış kalıbına maruz kalan çocukta ise zaman zaman çevre tarafından da bilinçsiz olarak desteklenen işlevsiz davranışlarda bulunma ve duygusal davranışları iletmeye zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Üçüncü ve son tip olan önemsizleştirici ortamda ise çocuğun problem çözme ve kişisel hedeflere ulaşmadaki yeteneği çevre tarafından fazlaca basitleştirilebilir. Bunun sonucunda, çocuk problemlerini etkili bir şekilde çözenin yolları ile zor duygu ve yaşantılarla baş etme yollarını öğrenemeyebilmektedir.³⁹

Olumsuz çocukluk yaşantılarının sınır kişilik bozukluğunun etiolojisindeki etkisi önemli ölçüde araştırılan bir konu olmuştur. Bu yaşantılar içerisinde en çok çocuklukta yaşanan istismarın, sınır kişilik bozukluğunu ortaya çıkardığı ifade edilmiştir. Yapılan araştırmalar da bu ilişkiyi destekler niteliktedir. Sınır kişilik bozukluğu olan bireyler,

Eksen I bozukluğu olan bireylere göre daha çok istismar ve ihmal öyküsüne sahip olduklarını bildirmişlerdir.^{36,60-65} Sınır kişilik bozukluğu ile bağlanma arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışma, güvensiz bağlanma stiline (örneğin kararsız, korkulu ve saplantılı alt türler), sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olduğunu öne sürmektedir. Bu durum, bakım verenler tarafından geçersiz kılma ve duygusal ihmale maruz kalmanın sınır kişilik bozukluğunda rol oynayabileceğini düşündürmektedir.⁵⁸

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler, bağlanma, ebeveynlerle olan ilişki ile kişiler arası iletişim gibi faktörlerin tümünü geçersiz kılan ortamın oluşması ve sürdürülmesinde etkili olduğu söylenebilir. Prospektif bir boylamsal çalışmanın sonuçlarına göre çocuğa duygusal açıdan yetersiz ilgi gösterilmesi sonucunda, çocuğun sosyalleşme becerilerinde anlamlı düzeyde bir azalma ve intihar davranışlarına yönelmede artış olduğu bulunmuştur.⁶⁶

Sınır kişilik bozukluğunda sergilenen olumsuz ve işlevsiz davranış kalıpları (örneğin kendine zarar verme, saldırganlık, madde kötüye kullanımı), bireyin duygusal durumları düzenleme yetersizliğine sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin bir genç kız, büyükannesi tarafından defalarca "fahişe" olduğuna dair söylemlere maruz kalmasından sonra yoğun bir biçimde üzüntü ve utanç duygusuna kapılabilir ve bu olumsuz duygulardan kaçınmak için kendine zarar vermeyi seçebilir. Bu bireyler, olumsuz duyguların dayanılmaz etkisini gidermek için işlevsiz duygu düzenleme stratejilerine (örneğin duygusal kısıtlama ve artmış duygu davranış gösterileri) başvurabilirler. Bu baş etme stratejileri arasında aşırı doz alma, kesici bir aletle kendini yaralama ve aşırı düzeyde yemek yeme örnek olarak sayılabileceklerdendir.

Genetik

Sınır kişilik bozukluğunun genetik geçişini inceleyen çalışmalar, bu 2 değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Yapılan çalışmalar, sınır kişilik bozukluğunun genetik geçişinin yaklaşık olarak %40 olduğunu göstermektedir.^{4,67-71}

İkizler ile yapılan boylamsal bir çalışmada, aynı cinsiyetten ikizler 12 yıl boyunca takip edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre sınır kişilik bozukluğunun özelliklerinden olan dürtüsellik, duygusal dengesizlik ve kişiler arası işlev bozukluğu gibi özelliklerin kalıtsal geçişinin olduğu ve erken dönemde işlevsiz ebeveyn tutumuna maruz kalmanın da aracı değişken olduğu bulunmuştur.³⁵

Hem çevresel stres faktörleri hem de genetik etkinin varlığından yola çıkılarak yapılan gen-çevre ilişkisini inceleyen çalışmalar, sınır kişilik bozukluğuna sahip erişkin bireylerde, triptofan hidroksilaz 1 gen (TPHi) mutasyonu ve çocukluk çağı istismar öyküsü olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular, TPHi genindeki serotonerjik fonksiyon bozukluğunun, sınır kişilik bozukluğu riskini artırabilecek bir genetik patoloji olabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda bu bulgu, TPHi polimorfizmleri ile sınır kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerde yüksek düzeyde intihar davranışları ve kendine zarar verme davranışları arasında ilişki olduğunu kanıtlar niteliktedir.^{72,73}

Nörobiyolojik

Sınır kişilik bozukluğu olan bireylerde yapılan nörobiyolojik çalışmalar, frontolimbik ağ bozuklukları ile sınır kişilik bozukluğu arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Beynin bölgelerinden spesifik olarak anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, amigdala ve hipokampus gibi alanlarda meydana gelen bozuklukların sınır kişilik bozukluğu ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir.⁷⁴⁻⁸³ Tüm bu frontolimbik ağ bozukluklarının, sınır kişilik bozukluğunun temel özelliklerinden olan duygusal dengesizlik, dürtüsellik ve saldırganlık ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmalar incelendiğinde, sınır kişilik bozukluğunun nörobiyolojik incelemesinin genellikle erişkinlerle yapıldığı, ergen bireylerde yalnızca 5 beyin görüntüleme çalışması yapıldığı gözlenmiştir. Yapılan bu çalışmalardan birinde, sınır kişilik bozukluğu ile sağlıklı grubun yapısal manyetik rezonans görüntülemeleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre sınır kişilik bozukluğuna sahip olan ergenlerin, orbitofrontal korteks ve anterior singulat kortekste düşük gri madde düzeyi bulunmuştur.^{84,85} Beklenenin aksine, daha önceki çalışmalarda sınır kişilik bozukluğuna sahip erişkin bireylerin, hipokampal ve amig-

dalada ortaya çıkan eksiklikler ergen bireylerde görülmemiştir.⁸¹⁻⁸³

Yapılan bir başka çalışmada, sınır kişilik bozukluğu olan ergenlerin sağlıklı kontrollere göre çift taraflı dorsolateral kortekste ve orbitofrontal kortekste gri maddede azalma olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada, sınır kişilik bozukluğu ile diğer psikiyatrik bozukluğa sahip olan ergenler karşılaştırılmış ve her 2 grubun da dorsolateral prefrontal korteklerinde meydana gelen azalmanın benzer şekillerde olduğu gözlenmiştir.⁸⁶ Bu verilerden yola çıkarak prefrontal kortekste meydana gelen bozuklukların, sınır kişilik bozukluğunun nörobilişsel ayırt ediciliğini açıklamasının yeterli olmadığı söylenebilir.

Yürütülen farklı bir çalışmada ise sınır kişilik bozukluğu ile majör depresif bozukluğun birlikte görüldüğü ergenlerde, yapısal görüntüleme yöntemi kullanılmıştır. Bu ergenlerin beyinlerinde ventral anterior singulat bölgesindeki gri maddede daha büyük bir azalma olduğu gözlenmiştir.⁷⁶ Bu bulgular anterior singulat girus hacminin, depresif semptomlar ile olmasa bile intihar girişimi sayısı ve sınır kişilik bozukluğu semptom şiddeti ile negatif bir ilişki gösterdiğini ifade etmektedir. Tüm bunlar, ergenlerde anterior singulat girus hacminin azalması ile sınır kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Yukarıdaki çalışmalar değerlendirildiğinde, ergenlerde sınır kişilik bozukluğuna bağlı olarak meydana gelen nörogelişimsel anormalliklerden farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bu tutarsızlıkları netleştirme amacıyla, sınır kişilik bozukluğu olan ergenlerde difüzyon tensör görüntüleme yöntemi kullanılarak daha tutarlı sonuçlar elde edilmesi hedeflenmiştir. Görüntüleme sonuçlarına göre sınır kişilik bozukluğuna sahip ergenlerde, temporal lob beyaz maddesinde anormallikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁸⁷ Araştırmalarda, temporal lob beyaz maddesindeki anormalliklerin, sınır kişilik bozukluğunun başlangıç ve gelişim süreci için biyolojik bir risk işareti olabileceği öne sürülmektedir. Hangi nörobiyolojik faktörlerin, sınır kişilik bozukluğu gelişiminde daha yüksek risk taşıdığını belirlemek için gelecekte yapılacak olan araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sınır Kişilik Bozukluğuna Yönelik Öncelikler ve Çekirdek Bileşenleri

Hem sınır kişilik bozukluğu hem de diğer kişilik bozuklukları ortaya çıkarken birden çok belirti ve semptomun oluştuğu bilinmektedir. Boylamsal araştırmalar bireylerin mizacının, kişiliğinin ve psikopatolojilerinin yaşam boyu kısmen de olsa durağan bir şekilde devam ettiğini göstermektedir.⁸⁸ Yine boylamsal bir araştırmanın sonuçlarına göre, genç erişkinlerin çoğunun 15 yaşında iken bir psikiyatrik bozukluk için gereken kriterlerin %50'sini karşıladığı belirtilmiştir.⁸⁹

Sınır kişilik bozukluğu ile yapılan tüm ileri ve geri dönük araştırmalar mizaç, kişilik, çocukluk çağı deneyimleri ile sınır kişilik bozukluğu kriterleri de dâhil olmak üzere erken dönemde yaşantı ve yaralanmaları işaret etmektedir.

Mizaç ve Diğer Kişilik Faktörleri

Bireylerin bebeklik dönemleri ve mizaç özelliklerinin, erişkinlikte ortaya çıkabilecek sınır kişilik bozukluğunu yordama düzeyi ile ilgili yapılan birçok prospektif çalışma mevcuttur. Risk altında yetişen bebeklerin incelendiği prospektif boylamsal bir çalışmada, bu bebeklerin gösterdikleri dikkatsizlik, duygusallık ve ilişki bozuklukları ile ileride sınır kişilik bozukluğu geliştirmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde anneleri tarafından öfkeli, ağlayan ve talep edici tutuma sahip oldukları bildirilen, çocukluk mizaç problemleri yaşayan çocukların incelendiği başka bir prospektif çalışmada ise bu çocukların, erişkinlik dönemlerinde artan düzeyde sınır kişilik bozukluğu semptomları gösterdikleri ifade edilmiştir.^{90,91}

Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan erişkinlerin kişilik özelliklerinin incelendiği çalışmalarda, bu bireylerin daha fazla riskli davranışlarda buldukları, dürtüsel oldukları ve heyecan arayan bir yapıya sahip oldukları bildirilmiştir.^{16,58,92}

Sınır kişilik bozukluğu tanısı almış ergenlerde ödül bağımlılığı, yenilik arayışı ve zarardan kaçınma gibi mizaç özelliklerinin incelendiği bir çalışmada ise bu ergenlerin, herhangi bir bozukluk taşımayan ergenlere göre daha yüksek zarardan kaçınma, yenilik arayışı ve düşük ödül bağımlılığı gösterdikleri ifade

edilmiştir.⁹³ Bu bulgular değerlendirildiğinde, sınır kişilik bozukluğuna sahip olan gençlerin, sağlıklı gençlere göre anlık memnuniyet getiren durumları tercih ettiği ve uzun vadeli ödülleri bekleme ihtimallerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Gratz ve ark. 9-13 yaş arasındaki çocuklarda duygusal işlev bozukluğu ve disinhibisyonun sınır kişilik bozukluğu ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, bu 2 kişilik özelliği ile sınır kişilik bozukluğu semptomları arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı zamanda duygu düzenlemenin de bu ilişkide aracı rol oynadığını ifade etmişlerdir.⁹⁴ Dürtüsellik ve duygu düzenleme etkileşiminin, çocukluk ve ergenlik döneminde sınır kişilik bozukluğu geliştirmede etkili olabileceğini öne sürmektedirler. Tüm bu bulgulardan yola çıkarak, bir takım mizaç özelliklerinin sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olabileceği söylenebilir.⁹⁴

Çocukluk Çağı Psikiyatrik Zorlukları

Çocukluk döneminde ortaya çıkan sınır kişilik bozukluğunun erken belirtileri ile diğer çocukluk dönemi problemleri arasında bir ilişki olduğunu kanıtlayan çalışmalara rağmen, sınır kişilik bozukluğunun başlangıcı ile ilişkili olan diğer psikiyatrik bozuklukların neler olduğu konusundaki bilgilerimiz hâlâ yeterli değildir.^{38,40} Topluluktaki Çocuklar [Children in the Community (CIC)], çocukluk dönemindeki psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisini açıklamaya yönelik prospektif verileri kullanarak yapılan en kapsamlı çalışmadır.²² CIC sonuçları, B kümesi kişilik bozukluklarının önceden tahmin edilmesinde yıkıcı davranış bozuklukları ve çocukluk çağındaki majör depresif bozuklukların kullanılabilirliğini, fakat kaygı bozukluklarının B kümesi kişilik bozukluklarını diğerlerine göre daha düşük düzeyde tahmin edebileceğini göstermektedir. Aynı zamanda, 18 yaşına kadar majör depresyon tanısı alan bireylerin, 25 yaşına kadar B kümesi kişilik bozukluğu tanısı alma olasılıklarının 4-6 kat arttığı görülmektedir.⁹⁵

Ergenlerin erişkinlik çağına kadar takip edildiği boylamsal bir çalışmada, ebeveynlik psikopatolojisi ve olumsuz aile yaşantısı ile birlikte giden çocukluk çağı depresyonunun, erişkinlikteki sınır kişilik bozukluğu semptomlarını öngördüğü bulunmuştur.⁹⁶

Norveç'te yapılan ve 30 yıl süren yarı ileriye dönük bir çalışmada, dışsallaştırıcı patolojiye sahip olan ergenlerin, içselleştirme patolojisine sahip olan ergenlere göre daha yüksek düzeyde B kümesi kişilik bozukluğu tanısı alma olasılıkları olduğu bildirilmiştir. Bir diğer sonuç ise kadın ergenlerde ortaya çıkan yıkıcı davranış bozukluklarının, erkek ergenlere göre B kümesi kişilik bozuklukları ile daha güçlü bir ilişkisi olduğu şeklindedir. Çocukluk döneminde dışsallaştırma patolojisinin, sınır kişilik bozukluğunun gelişimindeki etkisini araştıran çalışmalar yukarıdaki bulguları destekler niteliktedir.⁹⁷

Diğer psikiyatrik bozukluklar incelendiğinde, çocuk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi davranış sorunlarının sınır kişilik bozukluğunun gelişiminde büyük bir risk oluşturduğu söylenebilir.^{22,97-100} Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların normal olanlarla karşılaştırıldığı 13 yıl süren prospektif bir araştırma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların sınır kişilik bozukluğu tanısı alma oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.⁹⁸

“Pittsburgh Girls Study”den elde edilen boylamsal veriler, 8 yaşında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu semptomlarının şiddetindeki artışın 14 yaşında, sınır kişilik bozukluğu semptomlarını öngörebileceği ifade edilmiştir. Aynı şekilde erkekler ile yapılan boylamsal bir çalışmada, ileri yaşlarda sınır kişilik bozukluğu semptomları sergilemeyi öngören çocukluk dönemi psikopatolojileri olarak yine dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu bulunmuştur.¹⁰¹

Coolidge ve ark. sınır kişilik bozukluğuna sahip olan çocuklarda dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu görülme olasılığının, diğer kişilik bozukluğuna sahip olan çocuklardan daha fazla olduğunu bildirmiştir.¹⁰² Sınır kişilik bozukluğu tanısına sahip olan bireyler ile yapılan retrospektif çalışmalar, çocukluk döneminde ortaya çıkan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile erişkinlik döneminde ortaya çıkan sınır kişilik bozukluğu arasında bir ilişki oldu-

ğunu ortaya koymaktadır. Bununla ilgili sınır kişilik bozukluğuna sahip olan erişkinlerle yapılan bir çalışmada, bu bireylerin %60'ının çocuklukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısını karşıladıkları bildirilmiştir.¹⁰³ Benzer bir diğer çalışma ise Philipsen ve ark. tarafından yapılarak, sınır kişilik bozukluğu tanısı olan erişkin bireylerin %41,5'inin çocukluk döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerine sahip oldukları tespit edilmiştir.¹⁰⁴

Bugüne kadar yapılan tüm prospektif ve retrospektif çalışmalar, sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında yıkıcı davranış bozukluklarının gelişimsel bir etkisi olduğunu kanıtlar niteliktedir. Crowell ve ark., Linehan'ın biyososyal teorisini genişleterek, çocukluk çağında yaşanan yaralanmaların dürtüsellik ile başladığını ve artan duygusal hassasiyet ile etkileşime girdiğini bildirmişlerdir. Sonrasında olumsuz yaşam olaylarıyla birlikte, bu yaralanmaların duygusal ve davranışsal problemleri ve sınır kişilik bozukluğu geliştirme riskini artırdığı düşünülmektedir.¹⁰⁵

İntihar Davranışı ve İntihar Olmayan Kendine Zarar Verme

İntihar amacı taşımayan kendine zarar verici davranışlar ile sınır kişilik bozukluğunun gelişimsel açıdan benzer niteliklere sahip oldukları öne sürülmektedir. İntihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışı, sınır kişilik bozukluğunda ortaya çıkan temel durumlardan birisi olmakla birlikte, intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışının sınır kişilik bozukluğunun başlangıç yordayıcısı olup olmadığı ile ilgili çok az sayıda araştırma mevcuttur. Buna rağmen intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışı sergileyen kadın ergen hastaların, ileride sınır kişilik bozukluğu tanısı aldıkları birçok vaka bulunmaktadır. Aynı şekilde erişkinler ile yapılan retrospektif çalışmalar, kendine zarar verici davranışların başlangıcının %30'dan fazlasının çocukluk döneminde, %30'unun ise ergenlik döneminde ortaya çıktığını belirtmektedir.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷

Yapılan çalışmalar hem kendine zarar verme hem de intihar geçmişine sahip olan ergenlerin, yalnızca kendine zarar veren veya yalnızca intihar girişiminde bulunan ergenlere göre sınır kişilik bozukluğu kriterlerini karşılama olasılıklarının daha

fazla olduğunu bildirmiştir.¹⁰⁸ Kendine zarar verme davranışında bulunan ergenler, kendine zarar vermeden fakat bunalımlı olan ergenlere göre daha fazla sınır kişilik bozukluğu tanısı, davranışsal inhibisyon ve duygu düzensizliği gibi faktörler açısından anlamlı farklılıklar sergilemektedirler. Crowell ve ark., duygu düzensizliği ve dürtüsellüğün bir sonucu olarak intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışının, sınır kişilik bozukluğundan önce ortaya çıktığını iddia etmektedir.^{105,109} Bu bilgiler ışığında, intihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışının, sınır kişilik bozukluğunun yordayıcısı olabileceği ve ileride sınır kişilik bozukluğu riski taşıyan gençler için oluşturulacak olan müdahalelerde göz önünde bulundurulması gereken değerli bir faktör olabileceği söylenebilir.

Sınır Kişilik Bozukluğunda Tanısal Geçerlilik

Tanı geçerliliği kavramı, bir bozuklukta ölçülmek istenen durumun ne derece ölçülebildiği ile ilişkilidir. Sınır kişilik bozukluğu tanısı için geçerli olan semptomların şiddetli, kalıcı ve işlevselliği bozacak düzeyde olması gerekmektedir. Bu kategoriye uygun bir şekilde, sınır kişilik bozukluğunun ergenlik dönemindeki yapı geçerliliğini inceleyen çalışmalarda, sınır kişilik bozukluğu ile ortaya çıkan işlev bozukluğu ve problem yaşanan alanlar arasında tutarlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.^{2,17,109-111}

Chanen ve ark., psikiyatri kliniğine başvuran ergenler ile yaptıkları bir araştırmada, gençleri işlevsellik düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerine göre 3 gruba ayırmıştır. Bunlar: DSM-IV'e göre sınır kişilik bozukluğu tanısını karşılayanlar, sınır kişilik bozukluğu tanısını karşılamayıp, başka bir kişilik bozukluğu için daha uygun olanlar ve herhangi bir kişilik bozukluğu bulunmayanlar şeklindedir. Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan grup, oldukça geniş düzeyde psikiyatrik semptom ve işlevsellik alanlarında bozulmaya sahip olan grup olarak belirlenmiştir. Bir diğer bulguda ise sınır kişilik bozukluğu kriterlerini karşılayan grubun; sınır kişilik bozukluğu kriterlerini karşılamayan gruba göre kendilerine kasten zarar verme, intihar sıklığı, Eksen I psikopatolojisi geliştirme ve duygu düzenleme de güçlük yaşadıkları ifade edilmiştir.²

DSM-III-R sınır kişilik bozukluğu tanısı için kriterleri karşılayan bir ergen örneklemiyle yapılan başka bir çalışmada, bu gençlerin sınır kişilik bozukluğu kriterlerini karşılamayan ergenlere nazaran; sosyal alanlarda problem yaşama, okul sorunları, Eksen I bozukluklarından eş tanı alma ve antisosyal davranışlardan ötürü hukuki problemlerle karşılaşma gibi konularda daha yüksek istatistiklere sahip oldukları bildirilmiştir.¹⁷ Ergenlerde ve erişkinlerde görülen sınır kişilik bozukluğunun tanısal geçerliliği incelendiğinde, farklı birkaç kriter haricinde, bu 2 grubun birçok açıdan benzer tanı ve tedavi özelliklerine sahip oldukları bulunmuştur.¹¹²⁻¹¹⁴

GENÇ BİREYLERDE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNU DEĞERLENDİREN GEÇERLİ VE GÜVENİLİR TEŞHİS ARAÇLARI

Kişilik bozukluklarında boyutsal değerlendirmeler, özellikle çocuk ve ergenlerde problemin gelişimsel öncüllerini, seyrini, risk faktörlerini ve diğer değişkenler ile korelasyonlarını anlamada faydalı olabilir. Erken dönemde alınacak önlemler ile uyumsuz kalıplar, bozukluk ve yerleşik davranış hâline gelmeden önce risk altındaki bireylere erken teşhis konulabilir ve erken müdahale yöntemleri uygulanabilir.

Erişkinlerde kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan çok sayıda anket ve öz bildirim araçları mevcuttur. Ayrıca sınır kişilik bozukluğunu değerlendirmeye yönelik spesifik ölçüm araçları da vardır. Fakat tüm bu değerlendirmeler yapılırken baz alınan tanımlama sistemleri oldukça önemlidir. Örneğin DSM'nin farklı versiyonları ile Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması [International Classification of Diseases (ICD)] arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bazı araçlar DSM-IV'e göre düzenlenmiş iken bazı araçlar ICD'ye göre düzenlenmiş olabilir. Bu anlamda kullanılan araçların hangi tanımlama sistemine göre uyarlandığını göz önünde bulundurmak gerekir.^{84,85}

Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder

Kişilik Bozuklukları için Tanı Anketi'nin, sınır kişilik bozukluğu alt ölçeğinden uyarlanmış olan Çocuklar için DSM-IV Sınır Kişilik Bozukluğu

Değerlendirme Ölçeği [Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD)], gençlerdeki sınır kişilik bozukluğunu ölçme amacıyla düzenlenmiştir. Ölçekte, sınır kişilik bozukluğu semptomlarını temsil eden 9 ayrı kriter mevcuttur. Yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Her bir kriter mevcut, muhtemelen mevcut ya da kesinlikle mevcut değil şeklinde 3'lü Likert tipinde derecelendirilmiştir. Gençler için düzenlenmiş bu yeni versiyonda 2 dürtüsellik biçimi (hafifmeşreplik ve dikkatsiz sürüş) çıkarılmış ve ölçeğin dili basitleştirilmiştir. Ölçeğin, gençler için uyarlanmış yeni versiyonun, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için sınır kişilik bozukluğu tanısı almış yatılı ergen grubu ile çalışılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinin sonuçlarına göre CI-BPD yüksek düzeyde iç tutarlılık, güvenilirlik, yakınsak geçerliliği ve çakışmalı geçerliliğe sahiptir.¹¹¹ Michonski ve ark., ise yaptıkları bir çalışmada, 11-12 yaş arasındaki bireylerde sınır kişilik bozukluğunu değerlendirmek için CI-BPD kullanmışlardır. Elde edilen bulgular DSM-IV kriterlerinin, erken ergenlik döneminde bile tutarlı bir sonuç verdiğini göstermiştir.¹¹⁵

Çocuklar İçin Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği

Geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış öz bildirim anketleri, sınır kişilik bozukluğu riski taşıyan gençlerin değerlendirilmesinde ve tanımlanmasında ek olarak yardımcı olabilir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ile karşılaştırıldığında, öz bildirim anketleri daha kısa sürede ve daha ucuza uygulanabilmektedir. Çocuklar için Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği [Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C)], çocuklarda sınır kişilik özelliklerinin boyutsal olarak değerlendirilmesine olanak tanıyan tek yayınlanmış öz bildirim ölçeğidir. Çocuk ve ergen bireylerde, sınır kişilik bozukluğunu değerlendirme amacıyla oluşturulan tek röportaj tabanlı yayın ise Çocuk Anketi'dir.¹¹⁶

Farklı Terapi Yöntemlerinin Sınır Kişilik Bozukluğu Üzerindeki Etkinliği

Sınır kişilik bozukluğunun tedavisinde kullanılan çeşitli psikoterapi yöntemleri mevcuttur. Bu tedavi ve psikoterapi yöntemleri; diyalektik davranış terapisi, aktarım odaklı psikoterapi, zihinselleştirme temelli

terapi, şema terapisi, bilişsel analitik terapi, grup terapileri ile duygusal öngörülebilirlik ve problem çözme sistemleri eğitimi [Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)] şeklindedir. Sınır kişilik bozukluğu tanısı alan ergenlere uygulanan psikoterapi yöntemleri incelendiğinde, diyalektik davranış terapisi ve zihinselleştirme temelli terapi yaklaşımlarının daha etkili olduğu görülmektedir.^{59,116,117}

Zihinselleştirme temelli psikoterapi yaklaşımı psikodinamik bir yaklaşım olup, haftalık bireysel seanslar ve aylık aile seansları şeklinde yürütülmektedir. Rossouw ve Fonagy tarafından yapılan bir çalışmada, sınır kişilik bozukluğu tanısı almış 80 gence zihinselleştirme temelli tedavi uygulanmıştır.¹¹⁷ Bu gençlerin uygulanan tedavi sonrasında sınır kişilik bozukluğu semptomlarında iyileşmenin meydana geldiği ve kendine zarar verme davranışları ile depresyon düzeylerinde azalmanın ortaya çıktığı bildirilmiştir.⁴⁹

Mehlum ve ark., sınır kişilik bozukluğunun tedavisinde diyalektik davranış terapisi ile Olağan Bakım (EUC) tedavisinin etkililiğini karşılaştırmak için yaptıkları çalışmada, en az 3 tane sınır kişilik özelliği sergileyen ve aynı zamanda kendine zarar verici davranışlarda bulunup, depresyon belirtileri gösteren 77 genç ile tedavi planını uygulamışlardır.¹¹⁶ Elde edilen sonuçlar, uygulanan her 2 tedaviden de genellikle iyi sonuçlar elde edildiğini; fakat kendine zarar verme, intihar düşüncesi, depresyon ve umutsuzluğun azalmasında diyalektik davranış terapisinin olağan bakımdan daha iyi sonuç verdiğini göstermiştir. Her 2 tedavi grubunda sınır kişilik bozukluğu semptomlarında azalma görülürken, en güçlü azalma diyalektik davranış tedavisinde ortaya çıkmıştır.⁴⁹

Hâlihazırda ergen bireylerde diyalektik davranış terapisinin etkililiğini araştıran birçok randomize kontrollü çalışmanın sürdürüldüğü bilinmektedir. Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan ergen bireylerde, psikososyal tedavilerin etkililiğini kanıtlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sınır kişilik bozukluğu dürtüsellik, duygusal dengesizlik, kişiler arası ilişkilerde ve yaşamın farklı alan-

larındaki işlevsellikte azalmanın eşlik ettiği bir psikiyatrik bozukluktur. Bu bozukluk çocukluk, ergenlik ve erişkinlikte görülebilirken, semptomların ortaya çıkışı genellikle erişkinliğin erken dönemine denk gelmektedir. Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler hem maddi hem manevi birçok sorunla karşılaşabilmekte ve ciddi yatırımlar yapabilmektedirler.

Sınır kişilik bozukluğunun yaygınlık oranları araştırmanın yapıldığı örnekleme göre farklılık göstermekle birlikte, erişkinlerde görülme oranı ergenlere göre 2 kat daha fazladır. Sınır kişilik bozukluğunu ortaya çıkaran nedenleri tespit etmek için yapılan çalışmalar, yaşamın erken dönemlerindeki birçok faktörün ileride sınır kişilik bozukluğu geliştirmeye yol açabileceğini göstermektedir. Ebeveynlerin ve bakım verenlerin tutumu, erken dönem travmatik yaşantıları, genetik geçişlilik, nörobiyolojik faktörler ve mizaç gibi etkenler sınır kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında sayılabilir.

Çocuk ve ergenlerde sınır kişilik bozukluğunun teşhisinde en sık kullanılan ölçek CI-BPD'dir. Tedavide kullanılacak farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. En etkili olduğu düşünülen tedavi yöntemi ise özellikle diyalektik davranışçı terapi ve zihinselleştirme temelli psikoterapidir.

Yapılan araştırmalar, sınır kişilik bozukluğunun çocukluk ve ergenlik döneminde de ortaya çıkabileceğini göstermektedir.^{57,59,63,93} Maalesef klinikte çalışan, alanında uzman birçok kişi, gençler arasında sınır kişilik bozukluğunu tanısal güvenilirliği, sigorta geri ödeme zorlukları, toplum tarafından damgalanma ve çocuk ruh sağlığı ile ilgilenen birçok klinisyenin kişilik değerlendirmesi konusunda eğitilmemesi gibi farklı nedenlerden, 18 yaşından küçük bireylere sınır kişilik bozukluğu teşhisi koyma konusunda tereddüt etmektedirler. Bu tereddüt sonucunda gençler zamanında teşhis edilememe, yanlış teşhis alma ve yanlış tedavi olma gibi problemler ile karşılaşmaktadırlar.¹² Örneğin ortaya çıkan sorunların geçici gelişimsel fenomenler olduğunu varsaymak, genellikle düşük dozlarda (örneğin sosyal işlevselliği artırmak için sosyal beceri eğitimi gibi) yeterince yardımcı olmayan tedavi stratejilerine yol açabilmektedir.¹¹⁸

Winograd ve ark., ergenlik döneminde sınır kişilik bozukluğu semptomlarının tedavi edilmesinin öneminden bahsetmektedir.³ Yaptıkları 20 yıllık bir incelemenin sonucunda, ergenlikte sınır kişilik bozukluğu semptomları sergileyen bireylerin, tedavi edilmedikleri takdirde erişkinlikte romantik ve kişiler arası ilişkilerinde ya da akademik işlevselliğinde problem yaşama ihtimallerinin arttığını belirtmişlerdir.³ Bu nedenle, sınır kişilik bozukluğunda erken teşhis ve tedavi planının uygulanması bireylerin gelecekteki yaşam standartlarını olumlu yönde değiştireceği söylenebilir.¹¹⁹

Sınır kişilik bozukluğunun etiyolojisini açıklamaya yönelik birçok farklı dalda araştırma yapılmaktadır. Bunlar; genetik, nörobiyolojik, sosyal-bilişsel ve biyososyal teoriler olarak sayılabilir. Sınır kişilik bozukluğunun etiyolojisini açıklamaya çalışan gelişimsel bakış açısına göre çocuk ve ergenlik dönemleri, sınır kişilik bozukluğunun semptomlarının ortaya çıkmasında önemli bir dönemdir. Dolayısıyla yapılan araştırmalarda ve klinik uygulamada bu risk faktörlerin göz önünde bulundurulmasının, geliştirilecek önleyici programlar ve tedavi müdahalelerinde önemli olacağı düşünülmektedir. Bu evrede uygulanabilecek önleyici odaklı tedavilerin, gelecekte sınır kişilik bozukluğunun oluşmamasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Duygusal dengesizlik ve dürtüselliğin sınır kişilik bozukluğu geliştirmede önemli rol oynadığı düşünüldüğünde, erken dönemlerde diyalektik davranış terapisi becerilerinin öğretilmesinin erişkinlikte sınır kişilik bozukluğu geliştirmenin önüne geçip geçemeyeceği merak konusudur.¹²⁰

Ergenlik döneminde sınır kişilik bozukluğu bireyin sağlığı, gelişimi ve geleceği için yüksek riskler taşımaktadır. Erken teşhis ve müdahale, bozukluğun seyrini etkileyerek uzun vadede oluşacak olumsuz sonuçların önüne geçebilir. Klinisyenlerin, ergenlerde sınır kişilik bozukluğu tanısı koyma konusundaki tereddütleri, bu grup için tedavi modellerinin geliştirilmesini geciktiriyor olabilir. Bu açıdan, klinisyenlerin ergenlerde sınır kişilik bozukluğuna dair bilincinin artırılmasının, stigmatın azaltılmasının ve farkındalığın artırılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

Günümüzde, ergenler için etkili tedaviler konusunda nispeten az çalışma vardır. İleriki çalışmalarda,

sınır kişilik bozukluğunu araştıran çalışmaların örnekleminde çocuk ve ergenlerin hedef alınmasının önemli olacağı düşünülmektedir. Kız ve erkek çocuklar arasındaki sınır kişilik bozukluğu ile ilişkili farklı semptomların ortaya çıktığını tespit eden bulgular, risk faktörlerinde cinsiyet farklılıklarını incelemeye devam etmenin önemini vurgulamaktadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma

ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin, çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. The Psychoanalytic Quarterly. 1938;7(4):467-89. [Crossref]
- Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68(2):297-306. [Crossref] [PubMed]
- 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. [Crossref] [PubMed]
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity inpatients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry. 2004;161(11):2108-14. [Crossref] [PubMed]
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a metaanalysis. Nord J Psychiatry. 2005;59(5):319-24. [Crossref] [PubMed]
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(8):827-37. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2006;163(5):827-32. [Crossref] [PubMed]
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. Acta Psychiatr Scand. 2010;122(2):103-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641-85. [Crossref] [PubMed]
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p.663. [Crossref]
- Nica EI, Links PS. Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings. Curr Psychiatry Rep. 2009;11(1):74-81. [Crossref] [PubMed]
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Clin Psychol Rev. 2008;28(6):969-81. [Crossref] [PubMed]
- Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013;7(1):3. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. Bull Menninger Clin. 2007;71(2):85-114. [Crossref] [PubMed]
- Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry. 2009;166(5):530-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. Dev Psychopathol. 2009;21(4):1335-53. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. Am J Psychiatry. 1993;150(8):1237-43. [Crossref] [PubMed]
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. Acta Psychiatr Scand. 2008;118(5):410-3. [Crossref] [PubMed]
- Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, Callahan S, Mullet E. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. Can J Psychiatry. 2001;46(9):847-9. [Crossref] [PubMed]
- Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. J Pers Disord. 2011; 25(5):607-19. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zerkowitz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;20(3):168-74. [PubMed]
- Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. J Pers Disord. 2005;19(5):466-86. [Crossref] [PubMed]
- Stapp SD, Pilkonis PA, Hipwell AE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Stability of borderline personality disorder features in girls. J Pers Disord. 2010;24(4):460-72. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Adler G. Borderline Psychopathology and Its Treatment. New York: Aronson; 1985. p.44-56.

25. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. II. Separation: Anxiety and Anger. 1st ed. New York: Basic Books; 1973. p.456.
26. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(1):22-31. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
27. Lyons-Ruth K. Rapprochement or rapprochement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology.* 1991;8(1):1-23. [[Crossref](#)]
28. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. 1st ed. New York: Psychology Press; 2015. p.418.
29. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM eds. Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention. 1st ed. Chicago, London: University of Chicago Press; 1990. p.121-60.
30. Crowell JA, Treboux D. A review of adult attachment measures: implications for theory and research. *Social Development.* 1995;4(3):294-327. [[Crossref](#)]
31. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-44. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
32. Fraley RC, Davis KE, Shaver PR. Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior. In: Simpson JA, Rholes WS, ed. Attachment Theory and Close Relationships. 1st ed. New York: Guilford Press; 1998. p.249-79.
33. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3):511-24. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
34. Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *J Abnorm Psychol.* 2001;110(3):471-81. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
35. Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol.* 2012;24(1):251-65. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
36. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scand.* 2000;102(4):265-75. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
37. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1997;154(8):1101-06. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
38. Paris J. The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):1091-104. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
39. Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. 1st ed. New York: Guilford Press; 1993. p.180.
40. Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):1051-70. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
41. Domes G, Schulze L, Herpertz SC. Emotion recognition in borderline personality disorder—a review of the literature. *J Pers Disord.* 2009;23(1):6-19. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
42. Yen S, Zlotnick C, Costello E. Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(10):693-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
43. Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ. Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(1):27-40. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
44. Hegerl U, Stein M, Mülert C, Mergl R, Olbrich S, Dichgans E, et al. EEG-vigilance differences between patients with borderline personality disorder, patients with obsessive-compulsive disorder and healthy controls. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258(3):137-43. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
45. Battaglia M, Ferini-Strambi L, Smirne S, Bernardeschi L, Bellodi L. Ambulatory polysomnography of never-depressed borderline subjects: a high-risk approach to rapid eye movement latency. *Biol Psychiatry.* 1993;33(5):326-34. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
46. Battaglia M, Strambi LF, Bertella S, Bajo S, Bellodi L. First-cycle REM density in never-depressed subjects with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 1999;45(8):1056-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
47. Lis E, Greenfield B, Henry M, Guilé JM, Dougherty G. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci.* 2007;32(3):162-73. [[PubMed](#)]
48. Kuo JR, Linehan MM. Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(3):531-44. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
49. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord.* 2004;18(1):36-51. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
50. Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. *J Pers Disord.* 2007;21(5):500-17. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
51. Fonagy P, Steele H, Steele M, Moran GS, Higgin AC. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal.* 1991;12(3):201-18. [[Crossref](#)]
52. Fonagy P, Target M. Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J Psychoanal.* 2000;81(Pt 5):853-73. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
53. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):959-86. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
54. Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol.* 2006;62(4):481-501. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
55. Westen D. Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders. *Clinical Psychology Review.* 1991;11(3):211-30. [[Crossref](#)]
56. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci.* 1978; 4(4), 515-629. [[Crossref](#)]
57. Sharp C. The social-cognitive basis of BPD: a theory of hypermentalizing. In: Sharp C, Tackett JL, eds. Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. 1st ed. New York: Springer Science & Business; 2014. p.211-25. [[Crossref](#)]
58. Agrawal HS, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12(2):94-104. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
59. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. 1st ed. New York: Guilford Press; 2006. p. 346.
60. Wekerle C, Miller AL, Wolfe DA, Spindel CB. Childhood Maltreatment. *Advances in Psychotherapy-Evidence-Based Practice.* 1st ed. Cambridge, MA: Hogrefe and Huber Publishers; 2006. p.79.
61. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord.* 2004;18(2):193-211. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]

62. Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol.* 2012;24(1):251-65. [Crossref] [PubMed] [PMC]
63. Bradley R, Conklin CZ, Westen D. The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(9):1006-19. [Crossref] [PubMed]
64. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1989;146(4):490-5. [Crossref] [PubMed]
65. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MR, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1997;154(8):1101-6. [Crossref] [PubMed]
66. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(8):741-9. [Crossref] [PubMed]
67. Baron M, Gruen R, Asnis L, Lord S. Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1985;142(8):927-34. [Crossref] [PubMed]
68. Johnson JG, Hyler SE, Skodol AE, Bornstein RF, Sherman M. Personality disorder symptomatology associated with adolescent depression and substance abuse. *J Pers Disord.* 1995; 9(4):318-29. [Crossref]
69. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med.* 2008;38(9):1219-29. [Crossref] [PubMed]
70. Distel MA, Carlier A, Middeldorp CM, Derom CA, Lubke GH, Boomsma DI. Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2001;156B(7):817-25. [Crossref] [PubMed] [PMC]
71. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgerson S, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2008; 65(12):1438-46. [Crossref] [PubMed] [PMC]
72. Bellivier F, Chaste P, Malafosse A. Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2004;124B(1):87-91. [Crossref] [PubMed]
73. Pooley EC, Houston K, Hawton K, Harrison PJ. Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychol Med.* 2003;33(5):775-83. [Crossref] [PubMed]
74. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2001;377(9759):74- 84. [Crossref] [PubMed]
75. Mauchnik J, Schmahl C. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(1):46-55. [Crossref] [PubMed]
76. Goodman M, Hazlett EA, Avedon JB, Siever DR, Chu KW, New AS. Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *J Psychiatric Res.* 2001;45(6):803-7. [Crossref] [PubMed]
77. Hazlett EA, New AS, Newmark R, Haznedar MM, Lo JN, Speiser LJ, et al. Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;58(8):614-23. [Crossref] [PubMed]
78. Mizenberg MJ, Fan J, New AS, Tang CY, Siever LJ. Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *J Psychiatric Res.* 2008;42(9):727-33. [Crossref] [PubMed] [PMC]
79. van Elst LT, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, et al. Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry.* 2003;54(2):163-71. [Crossref] [PubMed]
80. Schmahl CG, Elzinga BM, Vermetten E, Sanislow C, McGlashan TH, Bremner JD. Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 2003;54(2):142-51. [Crossref] [PubMed]
81. Nunes PM, Wenzel A, Borges KT, Porto CR, Caminha RM, de Oliveira IR. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Personality Disord.* 2009; 23(4):333-45. [Crossref] [PubMed]
82. Brambilla P, Soloff PH, Sala M, Nicoletti MA, Keshavan MS, Soares JC. Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. *Psychiatry Res.* 2004;131(2):125-33. [Crossref] [PubMed]
83. Irlé E, Lange C, Sachsse U. Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;57(2):173-82. [Crossref] [PubMed]
84. Chanan AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlsings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord.* 2008;22(4):353-64. [Crossref] [PubMed]
85. Chanan AM, Velakoulis D, Carison K, Gaunson K, Wood SJ, Yuen HP, et al. Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2008;163(2):116-25. [Crossref] [PubMed]
86. Brunner R, Henze R, Parzer P, Kramer J, Feigl N, Lutz K, et al. Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: is it disorder specific? *Neuroimage.* 2010;49(1):114-20. [Crossref] [PubMed]
87. New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ. Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31(3):441-61. [Crossref] [PubMed]
88. Mervielde I, De Clercq B, De Fruyt F, van Leeuwen K. Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *J Pers Disord.* 2005;19(2):171-201. [Crossref] [PubMed]
89. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(7):709-17. [Crossref] [PubMed]
90. Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol.* 2009; 21(4):1311-34. [Crossref] [PubMed]
91. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol.* 2009;21(3):1013-30. [Crossref] [PubMed]
92. Dowson J, Bazanis E, Rogers R, Prevost A, Taylor P, Meux C, et al. Impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2004;45(1):29-36. [Crossref] [PubMed]
93. Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna IA, Parzer P, Chanan A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2013;46(1):55-62. [Crossref] [PubMed]
94. Gratz KL, Tull MT, Reynolds EK, Bagge CL, Latzman RD, Daughters SB, et al. Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: the roles of affective dysfunction, disinhibition, and self and emotion-regulation deficits. *Dev Psychopathol.* 2009;21(4):1263-91. [Crossref] [PubMed] [PMC]
95. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10): 1529-35. [Crossref] [PubMed]

96. Stepp SD, Olino TM, Klein DN, Seeley JR, Lewinsohn PM. Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personal Disord.* 2013;4(3):223-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
97. Helgeland MI, Kjelsberg E, Torgersen S. Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *Am J Psychiatry.* 2005;162(10):1941-7. [Crossref] [PubMed]
98. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnormal Psychol.* 2002;111(2):279-89. [Crossref] [PubMed]
99. Rey JM, Morris-Yates A, Singh M, Andrews G, Stewart GW. Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *Am J Psychiatry.* 1995;152(6):895-900. [Crossref] [PubMed]
100. Zoccolillo M, Pickles A, Quinton D, Rutter M. The outcome of conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychol Med.* 1992;22(4):971-86. [Crossref] [PubMed]
101. Burke JD, Stepp SD. Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40(1):35-44. [Crossref] [PubMed] [PMC]
102. Coolidge FL, Segal DL, Stewart SE, Ellett JAC. Neuropsychological dysfunction in children with borderline personality disorder features: a preliminary investigation. *J Res Pers.* 2000;34(4):554-61. [Crossref]
103. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry.* 2002;43(5):369-77. [Crossref] [PubMed]
104. Philipson A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):118-23. [Crossref] [PubMed]
105. Crowell SE, Beauchaine T, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull.* 2009;135(3):495-510. [Crossref] [PubMed] [PMC]
106. Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: a biology x sex x environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Dev Psychopathol.* 2009;21(3):735-70. [Crossref] [PubMed] [PMC]
107. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72. [Crossref] [PubMed]
108. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(2):148-55. [Crossref] [PubMed]
109. Hughes AE, Crowell SE, Uyeji L, Coan JA. A developmental neuroscience of borderline pathology: emotion dysregulation and social baseline theory. *J Abnormal Child Psychol.* 2012;40(1):21-33. [Crossref] [PubMed] [PMC]
110. Becker DF, McGlashan TH, Grilo CM. Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Compr Psychiatry.* 2006;47(2):99-105. [Crossref] [PubMed]
111. 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. *Compr Psychiatry.* 2012;53(6):765-74. [Crossref] [PubMed]
112. Becker DF, Grilo CM, Morey LC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: evaluation of internal consistency and criterion overlap. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(2):200-5. [Crossref] [PubMed]
113. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry.* 2002;159(12):2042-7. [Crossref] [PubMed]
114. Segal-Trivitz Y, Bloch Y, Goldbur Y, Sobol-Havia D, Levkovitch Y, Ratzoni G. Comparison of symptoms and treatments of adults and adolescents with borderline personality disorder. *Int J Adolesc Med Health.* 2006;18(2):215-20. [Crossref] [PubMed]
115. Michonski JD, Sharp C, Steinberg L, Zanarini MC. An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11-to 12-year-old children. *Personal Disord.* 2013;4(1):15-22. [Crossref] [PubMed]
116. Mehlum L, Tørmoen 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. [Crossref] [PubMed]
117. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(12):1304-13.e3. [Crossref] [PubMed]
118. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. *Personality Disorders in Children and Adolescents.* 1st ed. New York: Basic Books; 2000. p.304.
119. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009;43(5):397-408. [Crossref] [PubMed]
120. Mazza JJ, Dexter-Mazza ET, Miller AL, Rathus JH, Murphy HE. *DBT Skills in Schools: Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A).* 1st ed. New York: The Guilford Press; 2016. p.490. [Crossref]