

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4386

HÀNH VI TỰ SÁT Ở NGƯỜI BỆNH VỊ THÀNH NIÊN CÓ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Vũ Sơn Tùng^{1,2}, Đỗ Hoài Phương^{1*}

1. Trường Đại học Y Hà Nội

2. Viện Sức khỏe Tâm Thần – Bệnh viện Bạch Mai

*Email: dohoaiphuong2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/01/2026

Ngày phản biện: 28/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Rối loạn nhân cách ranh giới (RLNCRG) đặc trưng bởi sự bất ổn trong các mối quan hệ liên cá nhân, nỗi sợ bị bỏ rơi mãnh liệt, hành vi xung động, những biến đổi cảm xúc cực độ và gây suy giảm các chức năng xã hội. Chúng tôi thực hiện báo cáo một trường hợp vào tháng 11/2025, người bệnh nữ, 17 tuổi đến khám và nhập viện vì buồn chán, uống 18 viên paracetamol toan tự sát bằng quá liều paracetamol. Bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng trầm cảm, với điểm BECK đạt 53, trầm nghiệm hành vi trẻ em – CBCL có ngưỡng bệnh lý ở các thang thu mình/trầm cảm, thang phá bỏ quy tắc và ngưỡng ranh giới ở thang hành vi xâm kích. Bệnh nhân được chẩn đoán đồng mắc Rối loạn trầm cảm điển hình mức độ nặng có hành vi tự sát, Rối loạn lưỡng cực chống đối và RLNCRG. Điều trị đa mô thức bao gồm hóa dược (Sertraline, Risperidone và Topiramate) kết hợp liệu pháp tâm lý. Sau 9 ngày điều trị nội trú, bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng, các triệu chứng hành vi và ý tưởng tự sát thuyên giảm rõ rệt. Nhận diện sớm và can thiệp kịp thời rối loạn nhân cách ranh giới có ý nghĩa quan trọng, giúp giảm bớt đau khổ cho người bệnh cũng như gánh nặng kinh tế - xã hội do rối loạn này gây ra.

Từ khóa: Rối loạn nhân cách ranh giới, hành vi tự sát, sức khỏe tâm thần.

ABSTRACT

SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENT PATIENT WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER TRAITS: A CASE REPORT

Vu Son Tung^{1,2}, Do Hoai Phuong^{1*}

1. Hanoi Medical University

2. Institute of Mental Health – Bach Mai Hospital

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by instability in interpersonal relationships, an intense fear of abandonment, impulsivity, affective instability, and impaired social functioning. We report a case in November 2025 of a 17-year-old female patient who presented and was admitted for depressed mood after intentionally ingesting 18 paracetamol tablets with suicidal intent. The patient exhibited a depressive syndrome with a BECK score of 53. The Child Behavior Checklist - CBCL revealed clinical ranges on the withdrawn/depressed and rule-breaking behavior scales, alongside a borderline clinical range on the aggressive behavior scale. The patient was diagnosed with comorbid severe Major Depressive Disorder with suicidal behavior, Oppositional Defiant Disorder, and Borderline Personality Disorder. A multimodal treatment approach was implemented, comprising pharmacotherapy (Sertraline, Risperidone, and Topiramate) combined with psychotherapy. After 9 days of inpatient treatment, the patient showed a positive clinical

response, with marked remission of behavioral symptoms and suicidal ideation. Early identification and timely intervention are crucial to alleviating patient distress and mitigating the broader socioeconomic burden attributed to this condition.

Keywords: Borderline personality disorder, suicidal behavior, mental health.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhân cách ranh giới (RLNCRG) đặc trưng bởi sự bất ổn trong cảm xúc, nhận thức bản thân, các mối quan hệ liên cá nhân và hành vi. Một trong những đặc điểm nổi bật và đáng lo ngại nhất ở nhóm người bệnh này là hành vi tự hủy hoại và hành vi tự sát lặp đi lặp lại. Theo Lak et al và Soderholm, *et al.*, tỷ lệ suốt đời của ý tưởng tự sát và toan tự sát ở nhóm RLNCRG dao động từ 84% đến 94% [1], [2]. Theo Mirkovic et al và Jopling et al, khoảng gần 80% người bệnh RLNCRG trong nhóm tuổi trẻ vị thành niên có ít nhất 1 lần toan tự sát và khoảng gần 10% người bệnh RLNCRG tự sát thành công [3], [4]. Hành vi tự sát ở người bệnh RLNCRG thường xuất hiện dưới dạng xung động, dễ bị kích hoạt bởi các biến cố cảm xúc - đặc biệt là cảm giác bị từ chối, bỏ rơi và mất kiểm soát trong mối quan hệ cá nhân [1]. Các tiêu chuẩn như rối loạn bản dạng, cảm giác trống rỗng dai dẳng và những nỗ lực để tránh bị bỏ rơi là những yếu tố dự báo độc lập cho hành vi tự sát [5]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các báo cáo lâm sàng chi tiết về RLNCRG ở nhóm vị thành niên, đặc biệt là các trường hợp có hành vi tự sát vẫn còn hạn chế. Báo cáo lâm sàng này mô tả một trường hợp người bệnh nữ 17 tuổi được chẩn đoán RLNCRG, nhập viện sau khi có toan tự sát bằng thuốc, nhằm minh họa vai trò của việc nhận diện sớm, chẩn đoán và điều trị trong giai đoạn cấp RLNCRG khởi phát sớm ở lứa tuổi vị thành niên.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Thời gian thực hiện: Tháng 11/2025.

Người bệnh nữ, 17 tuổi, đang là học sinh lớp 12.

Bệnh nhân đã được giải thích về mục đích báo cáo ca bệnh. Mọi thông tin của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Người bệnh đến khám và nhập viện vì buồn chán, uống 18 viên paracetamol với mục đích để chết. Tiền sử sản nhi và phát triển tâm thần vận động chưa phát hiện bất thường. Người bệnh không có tiền sử có các bệnh lý nội ngoại khoa, hay tiền sử sử dụng các chất gây nghiện hay tác động tâm thần khác. Người bệnh được nhận xét là người trầm tính, ít nói.

Người bệnh là con thứ 1 trên 2 trong gia đình 2 chị em, người bệnh có 1 em gái kém người bệnh 3 tuổi. Người bệnh từ nhỏ sống cùng ông bà nội, bố mẹ người bệnh đi làm xa nhà, trung bình 1 tuần về nhà thăm người bệnh 1 lần. Bố người bệnh làm công nhân trong công ty in ở thành phố, mẹ làm điều dưỡng. Bố mẹ hòa thuận, không có mâu thuẫn gì đặc biệt. Từ lớp 1 đến lớp 7, người bệnh sống và đi học ở vùng nông thôn, luôn đạt thành tích cao trong quá trình học tập. Về kinh tế bố mẹ không để người bệnh thiếu gì so với các bạn cùng tuổi. Người bệnh luôn cảm thấy mình không có sự bảo vệ từ gia đình, và cảm thấy không được thấu hiểu, mẹ người bệnh luôn áp lực về việc người bệnh phải đạt thành tích cao trong học tập.

Cách vào viện 4 năm, người bệnh lên thành phố sống cùng bố mẹ. Do thay đổi môi trường học, học tập với nhiều kiến thức nâng cao hơn, người bệnh không thể theo kịp các bạn trong lớp nên thành tích học tập bị giảm sút, mẹ người bệnh thường xuyên phàn nàn về vấn đề này. Người bệnh cảm thấy áp lực về vấn đề phải đạt thành tích cao, có biểu hiện lo lắng, căng thẳng, dễ cáu gắt, cãi lời bố mẹ, thường có tình từ chối các yêu cầu của bố mẹ, kèm theo có cảm giác buồn chán, có suy nghĩ tự ti về bản thân, cảm thấy bản thân vô dụng,

mệt mỏi, giảm năng lượng, giảm quan tâm thích thú với các hoạt động theo sở thích, giảm giao tiếp, không muốn giao tiếp với mọi người, có lúc người bệnh tự ý bỏ học, ở nhà đóng cửa một mình ở trong phòng. Kèm theo đó người bệnh có hành vi rạch tay để làm đau bản thân, ban đầu chỉ rạch mỗi khi người bệnh cãi nhau với bố mẹ, tần suất rạch tay tăng dần, ban đầu 1 tuần/ 1 lần, sau tăng dần 2-3 lần/ ngày. Người bệnh không có cảm giác đau mỗi lần rạch tay, mà có cảm giác dễ chịu và có cảm giác thôi thúc muốn rạch tay nhiều hơn ở những lần sau. Người bệnh cũng nhiều lần có suy nghĩ muốn chết, nhưng chưa có kế hoạch định làm gì để tự sát. Người bệnh luôn cảm thấy phải nỗ lực học tập để không bị bố mẹ mắng chửi, bỏ rơi. Người bệnh tự nhận rằng mình có cảm giác yêu thích cho cả nam và nữ. Các mối quan hệ bạn bè và tình yêu của người bệnh thường không có tính chất ổn định, người bệnh không có bạn thân, mối quan hệ tình yêu trung bình kéo dài khoảng vài tháng, có khoảng thời gian người bệnh quen đồng thời cả 1 bạn nam, 1 bạn nữ. Người bệnh luôn tự nhận rằng không biết rõ bản thân mình là người như thế nào, không rõ bản thân có mục tiêu gì, yêu thích điều gì, muốn gì trong cuộc sống. Người bệnh thường xuyên có những cơn giận dữ không tự kiểm soát được, khi cơn giận dữ qua, người bệnh lại sợ mình bị bỏ rơi và cố gắng níu kéo người kia vô điều kiện. Nhiều lúc, người bệnh cảm thấy trống rỗng dai dẳng và thường xuyên rạch tay để có cảm giác. Người bệnh đã được mẹ đưa đi khám ở chuyên khoa tâm thần và được chẩn đoán Rối loạn trầm cảm điển hình mức độ nặng có hành vi tự gây thương tích và Rối loạn lưỡng cực chống đối, duy trì thuốc chống trầm cảm thường xuyên. Bệnh ổn định, người bệnh có thành tích học tập tốt hơn và đỗ vào 1 trường trung học phổ thông chất lượng cao. Từ lúc lên lớp 10, do trường có áp lực về thành tích học tập cao, người bệnh không cảm thấy hứng thú với các môn học ở trên trường mà thích học vẽ hơn, điều này khiến người bệnh đạt thành tích thấp trở lại.

Cách vào viện 2 tháng, thành tích học tập của người bệnh ở mức tệ, thầy cô ở lớp đã đưa ra hình phạt nặng nếu người bệnh còn tiếp tục lười học, duy trì thành tích thấp ảnh hưởng đến thi đua của cả lớp. Bố mẹ người bệnh đã nhắc nhở nhiều nhưng tình trạng không cải thiện, bố người bệnh có hành vi trừng phạt bằng cách đập máy tính cá nhân của người bệnh. Người bệnh tái phát lại các triệu chứng cũ, nhưng không có hành vi tự gây thương tích, kèm theo ăn uống kém ngon miệng, đêm người bệnh ngủ kém, chập chờn không sâu giấc. Người bệnh đã nhiều lần nói với bố mẹ về việc mình căng thẳng áp lực, cần phải đi khám ở chuyên khoa tâm thần, nhưng bố mẹ người bệnh phủ định, cho rằng không cần thiết phải điều trị thuốc hay nằm viện. Cách vào viện 1 ngày, người bệnh buồn chán, suy nghĩ bi quan tiêu cực, có cảm giác không thể chịu nổi nữa, muốn chết, người bệnh đã uống 18 viên với mục đích để tự sát, người bệnh thừa nhận đã có mua số lượng thuốc này cách đó 2 ngày. Sau khi được điều trị tình trạng ngộ độc ổn định, người bệnh vào khám và nhập viện ở Viện Sức khỏe Tâm thần.

Khi nhập viện, qua thăm khám tâm thần: Biểu hiện chung tỉnh, tiếp xúc được, nét mặt và cử chỉ rất ít, ánh mắt luôn mang tính né tránh, giảm tiếp xúc bằng lời nói, giọng nói thấp, không cởi mở nói về những vấn đề của bản thân. Không có rối loạn định hướng, ảo giác, ảo tưởng, tri giác sai thực tại, giải thể nhân cách. Có hội chứng trầm cảm, có ý tưởng tự sát, có hành vi tự sát, không khai thác có hoang tưởng, ám ảnh, định kiến. Giảm tập trung chú ý, không có suy giảm trí nhớ, trí tuệ. Người bệnh đã được làm các trắc nghiệm tâm lý, kết quả cho thấy: điểm BECK 53 ở mức nặng; điểm Zung 81 ở mức nặng. Trắc nghiệm hành vi trẻ em (CBCL): mức bệnh lý ở các thang thu mình/trầm cảm, vấn đề chú ý, phá bỏ quy tắc; mức ranh giới ở thang hành vi xâm kích. Thang đánh giá nhân cách NEO-60 VN: mức trung bình ở đặc điểm nhạy cảm, hướng ngoại, tận tâm, đồng thuận; mức thấp ở đặc

điểm cởi mở. Trắc nghiệm đánh giá đa diện nhân cách MMPI: mức bệnh lý ở các thang: nghi bệnh, trầm cảm, phân ly, lệch lạc nhân cách, hoang tưởng, lo âu – suy nhược tâm thần, tâm thần phân liệt, hưng cảm nhẹ, hướng nội xã hội mặc dù kết quả không đáng tin cậy. Thang tự đánh giá ZANARINI cho rối loạn nhân cách ranh giới ở mức rất nặng.

Người bệnh được chẩn đoán Rối loạn trầm cảm điển hình mức độ nặng có hành vi tự sát, Rối loạn buồng bình chống đối và Rối loạn nhân cách ranh giới theo tiêu chuẩn DSM-5. Người bệnh được theo dõi ý tưởng hành vi tự sát 24/24 giờ, hạn chế tiếp cận các phương tiện gây hại kết hợp điều trị thuốc bằng Sertraline 200 mg/ngày, Risperidone 4mg/ngày, Topiramate 100 mg/ngày. Đồng thời phối hợp với liệu pháp tâm lý như liệu pháp thư giãn luyện tập, liệu pháp kích hoạt hành vi, liệu pháp hội thoại, liệu pháp nhận thức hành vi, hướng dẫn lập kế hoạch an toàn, tư vấn gia đình thay đổi cách tương tác và hỗ trợ tại nhà. Kết quả sau 9 ngày điều trị: người bệnh giảm bớt các ý tưởng tự sát, cảm xúc hành vi ổn định dần theo từng ngày, không có các hành vi tự gây thương tích, hành vi tự sát, giao tiếp tăng lên, cởi mở hơn về việc nói những căng thẳng, áp lực. Tuy nhiên, vì lý do gia đình, mẹ người bệnh xin cho người bệnh ra viện sớm sau 9 ngày điều trị. Bệnh nhân được xuất viện, tiếp tục điều trị ngoại trú theo đơn và tư vấn trị liệu tâm lý ngoại trú. Liên hệ sau ra viện 1 tháng, ghi nhận tình trạng lâm sàng ổn định.

III. BÀN LUẬN

Ca lâm sàng này minh họa tính phức tạp trong chẩn đoán và quản lý hành vi tự sát ở người bệnh vị thành niên mắc RLNCRG. Đối chiếu với tiêu chuẩn DSM-5, người bệnh đáp ứng 7/9 tiêu chuẩn chẩn đoán, nổi bật với sự bất ổn định lan tỏa trong các mối quan hệ, rối loạn bản dạng, cảm giác trống rỗng mạn tính và sự rối loạn điều hòa cảm xúc nghiêm trọng. Hành vi ở người bệnh này không chỉ dừng lại ở các đe dọa hoặc tự gây thương tích mà đã leo thang thành nỗ lực tự sát thực sự bằng thuốc. Nguy cơ tái diễn được tiên lượng ở mức cao do sự tồn tại các yếu tố nguy cơ kinh điển đã được y văn xác nhận: khí sắc trầm uất, cảm giác trống rỗng kéo dài và tiền sử sang chấn tâm lý, thiếu hụt sự nâng đỡ từ gia đình [6].

Sự đồng mắc RLNCRG, rối loạn trầm cảm điển hình và rối loạn buồng bình chống đối ở vị thành niên là đặc điểm nổi bật của ca này. Theo Guile et al, RLNCRG ở lứa tuổi vị thành niên thường có tỷ lệ đồng mắc rất cao với rối loạn trầm cảm và rối loạn buồng bình chống đối [7]. Điểm cốt lõi trong chẩn đoán là tính chất phản ứng của khí sắc: trái với rối loạn trầm cảm đơn thuần có khí sắc giảm ổn định, trạng thái trong RLNCRG dao động mạnh và xuất hiện trực tiếp sau các xung đột liên cá nhân. Sự thiếu vắng các chu kỳ cảm xúc kéo dài độc lập với môi trường giúp loại trừ rối loạn lưỡng cực, khẳng định sự bất ổn nằm ở cấu trúc nhân cách nền và tiến trình hình thành bản sắc bị gián đoạn. Đặc biệt, sự đồng diễn của Rối loạn buồng bình chống đối tạo ra "hiệu ứng khuếch đại" cùng tính xung động của RLNCRG, làm gia tăng đột biến nguy cơ thực hiện hành vi nguy hiểm khi bệnh nhân cảm thấy bị áp đặt hoặc kiểm soát. Trong bối cảnh hệ thống nâng đỡ gia đình thiếu hụt, hành vi tự sát được sử dụng như một cơ chế điều hòa cảm xúc lệch lạc nhằm giải tỏa trạng thái đau khổ tinh thần vượt ngưỡng chịu đựng.

Các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh trên người bệnh RLNCRG gợi ý rằng người bệnh RLNCRG có sự mất kết nối chức năng giữa hạch hạnh nhân (tăng hoạt gây cảnh giác quá độ) và vỏ não trước trán (giảm hoạt gây mất khả năng ức chế hành vi) [8], [9]. Hệ quả lâm sàng là người bệnh trải nghiệm nỗi đau tâm lý như một nỗi đau thể xác không thể chịu đựng nổi. Trong bối cảnh đó, hành vi tự sát hoặc tự rạch tay đóng vai trò như một cơ chế điều hòa cảm xúc lệch lạc, chuyển hướng sự tập trung từ nỗi đau tâm lý sang các phản ứng thể chất [10]. Hành vi này cũng phù hợp với mô hình “cửa sổ chịu đựng cảm xúc” của Siegel (1999), đây là cách

nhằm nhanh chóng thoát khỏi trạng thái nội tâm đau khổ không thể kiểm soát, hơn là mong muốn chết kéo dài. Khác với trầm cảm điển hình, ý tưởng tự sát ở RLNCRG thay đổi nhanh, dễ dẫn đến tử vong do tính xung động cao. Vì thang đánh giá cắt ngang như thang đánh giá trầm cảm Beck không đủ nhạy với các xung động cảm xúc nhất, việc đánh giá nguy cơ tái diễn cần tập trung vào cấu trúc nhân cách nền và mô hình hành vi đặc trưng [11].

Một điểm đặc biệt là ca bệnh này được chẩn đoán xác định RLNCRG ở tuổi 17. Mặc dù DSM-5 cho phép chẩn đoán rối loạn từ tuổi vị thành niên, nhiều nhà lâm sàng vẫn e ngại trong việc đặt chẩn đoán do lo ngại về tính ổn định nhân cách, nguy cơ kỳ thị và sự chông chéo với các rối loạn tâm thần khác. Theo Kaess và Cavelti (2025), sự chậm trễ chẩn đoán có thể dẫn đến bỏ lỡ cửa sổ can thiệp sớm quan trọng, làm tăng nguy cơ hành vi tự gây thương tích, hành vi tự sát và suy giảm chức năng lâu dài [11].

Theo hướng dẫn APA 2024 về điều trị RLNCRG, liệu pháp tâm lý (đặc biệt là liệu pháp hành vi biện chứng) là lựa chọn hàng đầu, trong khi liệu pháp hóa dược chỉ định trong các trường hợp đồng mắc rối loạn trầm cảm nặng, lo âu nặng, kích động [12]. Đối với Rối loạn trầm cảm điển hình ở trẻ vị thành niên, các hướng dẫn quốc tế (NICE, APA, WHO) đều thống nhất ưu tiên trị liệu tâm lý; fluoxetine là thuốc chống trầm cảm hàng đầu, chỉ cân nhắc sertraline hoặc citalopram khi không đáp ứng hoặc không dung nạp [13]. Trong điều trị rối loạn bùng phát chống đối, NICE khuyến cáo risperidone ngắn hạn để kiểm soát các cơn giận dữ và hành vi hung hăng, trong khi AACAP ghi nhận một số thuốc chẹn thụ thể dopamine có thể giảm tính hung hăng, bốc đồng trong các thể lâm sàng khó điều trị [14], [15].

Điểm mới ở ca bệnh nằm ở chiến lược điều trị hóa dược cá thể hóa trên trẻ vị thành niên có đồng mắc phức tạp ba rối loạn. Mặc dù fluoxetine là lựa chọn hàng đầu theo các hướng dẫn, sertraline được ưu tiên trong ca này do khả năng dung nạp tốt hơn, tính linh hoạt trong chỉnh liều, khả năng tương thích tốt với các thuốc phối hợp. Risperidone được phối hợp nhằm kiểm soát cơn giận dữ dữ dội và hành vi bốc đồng – yếu tố trung gian thúc đẩy các hành vi tự gây thương tích. Đặc biệt, topiramate được chọn thay thế lithium, valproate hay lamotrigine dựa trên bằng chứng từ nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng (Nickel *et al.*, 2004) cho thấy thuốc giảm tức giận, xung động và hung tính ở người bệnh RLNCRG [16]. Lựa chọn này đồng thời tránh được các nguy cơ như độc tính gan và tăng cân (valproate), theo dõi nồng độ thuốc và nguy cơ nhiễm độc (lithium), hoặc hội chứng Stevens–Johnson và TEN (lamotrigine) - những bất lợi quan trọng khi khả năng tuân thủ điều trị còn hạn chế.

Phác đồ Sertraline + Risperidone + Topiramate đã làm giảm mức độ xung động, ổn định cảm xúc và kiểm soát hành vi tự gây thương tích cấp tính. Tuy nhiên, do thời gian nằm viện ngắn, người bệnh chưa thể tham gia đầy đủ liệu pháp hành vi biện chứng. Từ thực tiễn này, các nghiên cứu trong tương lai có thể cân nhắc đánh giá sâu hơn hiệu quả của liệu pháp hành vi biện chứng ở nhóm vị thành niên có RLNCRG kèm rối loạn khí sắc và hành vi, nhằm hoàn thiện chiến lược điều trị đa mô thức và cá thể hóa cho nhóm bệnh lý nguy cơ cao này.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh minh họa sự phức tạp trong đánh giá và quản lý toàn tự sát ở người bệnh vị thành niên có đặc điểm rối loạn nhân cách ranh giới đồng mắc trầm cảm và rối loạn hành vi. Việc đánh giá toàn diện nguy cơ tự sát, chẩn đoán phân biệt, xây dựng kế hoạch an toàn, can thiệp tâm lý và phối hợp gia đình có vai trò quan trọng. Cần tiếp tục theo dõi dài hạn để đánh giá diễn tiến, khả năng tái diễn hành vi tự sát và hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lak M, Shakiba S, Dolatshahi B, Saatchi M, Shahrbafe M, *et al.* The prevalence of suicide ideation, suicide attempt and suicide in borderline personality disorder patients: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025. 95, 52-61, doi:10.1016/j.genhosppsych.2025.04.005.
2. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients—A Comparative Study. *Front Psychiatry*. 2020. 11, 290, doi:10.3389/fpsy.2020.00290.
3. Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham-Scottet A, Corcos M, *et al.* Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*. 2021. 21, 393, doi:10.1186/s12888-021-03377-x.
4. Jopling EN, Khalid-Khan S, Chandrakumar SF, Segal SC. A retrospective chart review: adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2018. 30(2), doi:10.1515/ijamh-2016-0036
5. Yen S, Peters JR, Nishar S, *et al.* Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*. 2021. 78(2), 187-194. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3598.
6. Hajfiroozabadi M, Mohtashami J, Atashzadeh-Shoorideh F. Individual Factors Underlying Suicidal Behaviors in Patients with Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2021. e118312, doi:10.5812/ijpbs.118312.
7. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Rivière SG de L. Borderline personality disorder in adolescents: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *AHMT*. 2018. 9, 199-210, doi:10.2147/AHMT.S156565.
8. Genis-Mendoza AD, Dionisio-García DM, Gonzalez-Castro TB, *et al.* Increased Levels of Cortisol in Individuals With Suicide Attempt and Its Relation With the Number of Suicide Attempts and Depression. *Front Psychiatry*. 2022. 13, doi:10.3389/fpsy.2022.912021
9. Iskrice A, Barkley-Levenson E. Neural Changes in Borderline Personality Disorder After Dialectical Behavior Therapy—A Review. *Front Psychiatry*. 2021. 12, doi:10.3389/fpsy.2021.772081
10. Fernando SC, Beblo T, Lamers A, *et al.* Neural correlates of emotion acceptance and suppression in borderline personality disorder. *Front Psychiatry*. 2023. 13, doi:10.3389/fpsy.2022.1066218.
11. Kaess M, Cavelti M. Research Review: What we have learned about early detection and intervention of borderline personality disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2025. 66(12), 1829-1848, doi:10.1111/jcpp.70011.
12. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, *et al.* The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2024. 181,1024-1028, doi:10.1176/appi.ajp.24181010.
13. NICE. Depression in children and young people: identification and management | Guidance | 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>.
14. NICE Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. Guidance. 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>.
15. Steiner H, Remsing L, Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007. 46(1),126-141, doi:10.1097/01.chi.0000246060.62706.af
16. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, *et al.* Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: A double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2004. 65(11), 1515-1519, doi:10.4088/jcp.v65n1112.