

## **Klinisk retningslinje vedrørende udredning for personlighedsforstyrrelse hos unge**

### **Ad-hoc udvalget består af følgende personer:**

Janne Walløe Vilmar, afsnitsledende overlæge*	Region Sjælland
Stefan Lock Jensen, afsnitsledende specialpsykolog	Region Sjælland
Gitte F. Madsen, overlæge	Region Syd
Kathrine Nikolajsen, afdelingslæge	Region Midt
Linda Hardisty Bramsen, ledende overlæge	Region Nord
Maryla Tuszewska, overlæge	Region Nord
Mette Raun Hansen, specialpsykolog	Region Syd
Ulla Moslet, afsnitsledende overlæge	Region Hovedstaden
Signe Holm Pedersen, psykolog, ph.d.	Region Hovedstaden
Signe Ventzel, afdelingslæge BUP rep.	Region Midt
Uwe Klahn, overlæge	Region Hovedstaden
Sune Bo, specialpsykolog, ph.d.	Region Sjælland

\* Udvalgsformand

### **Baggrund for retningslinjerne**

Som opfølgning på drøftelserne på det børne- og ungdomspsykiatriske selskabs (BUP-DK) årsmøde 2019 ønskede selskabet at igangsætte arbejdet med at lave en anbefaling for udredning af personlighedsforstyrrelser (PF) hos unge. Der blev nedsat et ad-hoc udvalg jf. selskabets vedtægter med henblik på at udarbejde anbefalingen. BUP-DK har – i lighed med en lang række andre videnskabelige selskaber – besluttet at udgive kliniske retningslinjer for en række hyppige psykiatriske sygdomme og udviklingsforstyrrelser, der udredes og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien. Nærværende udkast til anbefaling indgår som led i denne beslutning.

I ICD-10 beskrives en personlighedsforstyrrelse som en udtalt forstyrrelse i et individs personlighedsstruktur og adfærdsmæssige tilbøjeligheder, der ikke er følge af sygdom, beskadigelse eller anden affektion af hjernen eller af anden psykisk lidelse. Forstyrrelserne inddrager adskillige af personlighedens områder og er næsten altid forbundet med betydeligt ubehag og sociale vanskeligheder. Det beskrives i ICD-10 at PF sædvanligvis manifesterer sig i barndommen eller i adolescensen og vedvarer gennem voksenalderen, om end forskning viser at tilstedeværelsen af PF fluktuerer langt mere end hidtidig beskrevet (WHO, 1993).

### **Formålet med retningslinjerne**

At sikre ensartet udredning af faglig høj kvalitet af personlighedsforstyrrelser generelt i børne- og ungdomspsykiatrien. Målgruppen er behandlere i børne- og ungdomspsykiatrien.

### **Baggrundsviden om personlighedsforstyrrelser hos unge**

Personlighedsforstyrrelserne har siden de blev placeret på Akse-II i DSM-III i 1980 haft en særlig rolle i den psykiatriske nosologi (Bernstein et al., 1993). Adskillelsen af PF fra de resterende kliniske syndromer på en separat akse har betydet, at der i en lang årrække har været et øget fokus på disse lidelser. Ligeledes har forskningen været intensiveret, og viden om PF og deres udbredelse, udredning, ætiologi, behandling og prognose er blevet genereret henover de sidste fire dekader, til nytte for patienter såvel som klinikere (Millon & Davis, 1996).

I dag ved vi at PF ikke adskiller sig væsentligt i forhold til de andre kliniske syndromer, i den forstand at PF ikke persisterer livslangt, men ser ud til at fluktuerer i samme omfang som andre syndromlidelser (Hopwood & Bleidorn, 2017) og at det lader sig gøre at behandle PF (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Strack & Millon, 2013). Forskning viser at PF er relateret til et markant nedsat funktionsniveau (Kongerslev, Chanen, & Simonsen, 2015), samt at

PF udgør en stor samfundsøkonomisk belastning, da mennesker med PF har svært ved at færdiggøre uddannelse, bibeholde job og er i risikogruppe for at ende på overførselsindkomster (Hastrup, Jennum, Ibsen, Kjellberg, & Simonsen, 2019; Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, & Busschbach, 2008). PF påvirker arbejdsalliancen mellem patient og behandler negativt. Forskning viser at PF ser ud til at være ligeså funktionsnedsættende som alvorlige somatiske lidelser (Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008). Ligeledes viser studier fra England at mennesker med PF i gennemsnit lever 18 - 19 år kortere end normalen, at de bruger sundhedssystemet signifikant mere end andre og er somatisk mere syge (Fok et al., 2012). Personlighedsforstyrrelse er forbundet med høje rater af komorbiditet (Biskin, 2015), særligt med de affektive lidelser, hvor forskning viser, at livstidsrisikoen for at mennesker med PF på et givent tidspunkt opfylder kriterierne for en affektiv lidelse, er 96%. Studier viser også at personlighedsforstyrrelse er en stærk prædikator for et negativt behandlingsudfald ved andre psykiatriske tilstande (Newton-Howes, Clark, & Chanen, 2015; Sharp, 2019).

### **Personlighedsforstyrrelser hos unge**

Størstedelen af forskningen i og af PF er foregået i voksenpopulationer, hvilket primært skyldes diagnosesystemernes (ICD og DSM) udprægede skepsis ift. at diagnosticere PF ved unge under 16-17 år (APA, 2013; WHO, 1993). Dette til trods for at forskning i en årrække har demonstreret at PF kan stilles lige så validt og reliabelt ved unge som ved voksne (Chanen & McCutcheon, 2008; Sharp, 2017), og ned til ca. 14 år. Den interne konsistens for PF-kriterierne er stort set den samme som man finder hos voksne, og personlighedsforstyrrelser er lige så funktionsnedsættende hos unge som hos voksne (Kongerslev et al., 2015). Prævalensen for PF i kliniske unge-populationer varierer fra 11% blandt ambulante patienter og helt op til 49% blandt indlagte (Chanen, 2015; Sharp & Fonagy, 2015).

Der er efterhånden god evidens for behandling af PF hos voksne (Chakhssi, Zoet, Oostendorp, Noordzij, & Sommers-Spijkerman, 2019; Oud, Arntz, Hermens, Verhoef, & Kendall, 2018), og den begyndende forskning blandt unge viser lovende resultater, om end ingen specifikke behandlingsmetoder har vist sig overlegne (Wong, Bahji, & Khalid-Khan, 2020). Tidlig intervention ift. personlighedspatologi har vist at kunne bremse en fremadskridende funktionsnedsættelse, herunder udvikling af andre og sværere former for psykopatologi (Chanen & McCutcheon, 2013; Chanen et al., 2009).

I Danmark skelnes juridisk i sundhedsvæsenet mellem børn (0-14 år) og unge (15-18 år). Forskningsmæssigt findes belæg for beskrivelse af personlighedsforstyrrelser helt ned til 12-års alderen (Stepp, Pilkonis, Hipwell, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2010), men ad hoc-udvalget har vurderet at de kliniske instrumenter, som bruges i udredningen, først bør anvendes fra det 14. år. På baggrund heraf anbefales at udredning og diagnosticering kan initieres fra 14-årsalderen, med opmærksomhed på pubertet og adolescens mere end på kronologisk alder. Således gælder nedenstående anbefalinger for unge der er fyldt 14 år.

### **Ætiologi**

Det er med personlighedsforstyrrelse, som med de fleste andre psykiatriske syndromer, svært at give et entydigt klart billede af den underliggende ætiologi. Der findes forskellige udviklingspsykopatologiske modeller og teorier der søger at indfange og beskrive udviklingen af personlighedsforstyrrelse (Bo, Sharp, Fonagy, & Kongerslev, 2017). Fælles for de fleste teorier er en generel stress-diatese model, hvor en genetisk/biologisk sårbarhed i kombination med uheldige miljøbetingelser skaber PF. Der findes ingen studier der entydigt kan udpege en-til-en forhold mellem specifikke faktorer, biologiske/genetiske såvel miljømæssige, og udviklingen af PF. De fleste studier viser et arvelighedsestimat på ca. 60% for PF, og omkring 40% af forklaringen på PF stammer fra miljøet (Torgersen, 2009).

Fælles for de fleste teorier der beskriver ætiologiske faktorer for PF, det gælder både kognitive, tilknytningspsykologiske, og dynamiske teorier, er, at de fremhæver traumer som en væsentlig risikofaktor for udvikling af PF (Millon, 2011). Dog er forskningen, for nuværende, ikke i stand til at specificere præcist hvilke former for traumer der fungerer som særlig prædikator for PF.

Personlighedsforstyrrelser medfører en betydelig grad af lidelse og funktionsnedsættelse<sup>1</sup>, samt øget risiko for suicidal adfærd og suicidium. Diagnosen stilles i henhold til ICD-10. De diagnostiske kriterier er ens for børn, unge og voksne og indeholder symptomer indenfor hovedgrupperne som beskrevet i ICD-10 og DSM-5 (se begge diagnosesystemer for uddybende beskrivelser af de fænotypiske fremtrædelsesformer for de specifikke kategorier)

---

<sup>1</sup> Funktionsnedsættelse referer til et individs manglende evne til at varetage hverdagsaktiviteter, herunder interpersonelle, akademiske-, arbejdsmæssige-, fritids- og basale aktiviteter. Forståelsen og vurderingen af et nedsat funktionsniveau opstår i et samspil mellem individet og omgivelsernes kontekstuelle forventninger, der har afsæt i kulturelle værdier og krav.

### **Elementer i personlighedsforstyrrelsens udredningen:**

- a. Visitationskriterier og indledende/afklarende samtale i B&U psykiatrien
- b. Somatisk vurdering/undersøgelse
- c. Generel psykopatologisk screening
- d. Klinisk vurderende samtale/anamnese til anvendelse ved udredning for personlighedsforstyrrelse hos børn og unge
- e. Psykologisk undersøgelse; vurdering af intellektuelt niveau og stillingtagen til psykologiske undersøgelser
- f. Indhentning af oplysninger fra andre miljøer end familien
- g. Specifikke diagnostiske interviews til kortlægning af personlighedsforstyrrelse
- h. Personlighedsforstyrrelses-diagnostik ad modum ICD-10

#### **Ad) a: Visitationskriterier og indledende/afklarende samtale i B&U psykiatrien**

Uden signifikant nedsat funktionsniveau og/eller markant lidelse kan en personlighedsforstyrrelses-diagnose ikke stilles (WHO, 1993). De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse som helhed skal være opfyldt, førend det vurderes hvorvidt specifikke kriterier for konkrete personlighedsforstyrrelser er opfyldt.

Det anbefales, at patienten indledningsvis vurderes i primær regi ved speciallæge i almen medicin, psykolog, pædiater eller børne- og ungelæge. Det er væsentligt ved visitation til børne- og ungdomspsykiatrien at vurdere hvorvidt der er lavet indledende undersøgelser og iværksat relevante støtteforanstaltninger. Der bør vurderes hvorvidt tilstanden kan beskrives som en forbigående tilstand, udløst af belastning eller en mere stabil tilstand, beskrevet som et karaktertræk. Ved mistanke om intelligensmæssige udfordringer eller somatisk lidelse bør dette være grundigt undersøgt inden udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom akutte belastninger eller mere varige belastninger bør være forsøgt håndteret.

I henhold til de Nationale Kliniske retningslinjer for emotionel ustabil personlighedsstruktur anbefales det ikke, at der i primærsektoren rutinemæssigt anvendes screeningsredskaber til identifikation af mulig borderline personlighedsforstyrrelse<sup>2</sup>.

Den indledende samtale i børne- og ungdomspsykiatrien har til formål at vurdere hvorvidt den henviste har en psykiatrisk lidelse, som kan forklare pågældendes mistrivsel og symptomatologi (årsag til henvendelse). Målet med den kliniske vurdering er at identificere tilstedeværelse af psykopatologi og hvis indiceret, at lave en plan for udredning og evt. behandling. Såfremt psykopatologi identificeres, stilles en diagnose svarende hertil ud fra gældende diagnostiske manualer (Thapar et al., 2015). Til den indledende vurdering hører grundig beskrivelse af det kliniske indtryk (objektivt psykisk).

#### **Ad) b: Somatisk vurdering/undersøgelse**

Medicinske og neurologiske lidelser kan producere psykiatriske symptomer og afficere perception, tænkning, indlæring, adfærd, social interaktion og humør. Derfor bør der tages stilling til hvor omfattende en somatisk undersøgelse der foretages, ud fra den børne- og ungdomspsykiatriske førstegangssamtale. Undersøgelsen bør teste specifikke hypoteser og er et redskab til at indsnævre differentialdiagnostikken. Samtidig kan der i undersøgelsesforløbet genereres nye hypoteser som er væsentlige for udrednings- og behandlingsplanen. Der bør i udredningen for PF være fokus på misbrug og forbrug af psykoaktive stoffer, stofskiftesygdomme og andre kroniske lidelser, neurologisk lidelse samt anden beskadigelse af hjernen. Den somatiske udredning udvides kun med yderligere undersøgelser ved begrundet mistanke om ovenstående (Thapar et al., 2015).

#### **Ad) c: Generel psykopatologisk screening**

---

<sup>2</sup> Af De Nationale Kliniske Retningslinjer fremgår at diagnostik bør varetages af kvalificeret sundhedspersonale, der er uddannet i brug af anerkendte, valide og pålidelige diagnostiseringsmetoder, og har sat sig ind i manualen for det diagnostiske instrument, og har mulighed for at få supervision. På den baggrund vurderes det at privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere samt privatpraktiserende specialpsykologer i børne- og ungdomspsykiatri vil kunne screene for personlighedsforstyrrelse hos unge, hvis de opfylder ovenstående i rimelig grad.

Samtale med ung (eventuelt med forældre):

Inden udredningen for PF påbegyndes, afklares eventuelle behandlingskrævende komorbide tilstande først. Som udgangspunkt bør man tilstræbe evidensbaserede standardiserede interviews (K-SADS, PSE, MINI KID eller lignende, afhængig af alder), idet man dels bør afklare hvorvidt der forefindes udviklingsforstyrrelser som autisme eller ADHD, dels afdække øvrige komorbide tilstande. Disse forsøges sufficient behandlet inden yderligere udredning for PF, såvel pædagogisk, via sociale interventioner som evt. medicinsk. Det er ligeledes vigtigt at afdække øvrige psykiatriske og evt. behandlingskrævende lidelser som depression, angst, mani og psykose. Det er væsentligt at få afdækket misbrug af såvel alkohol, euforiserende stoffer samt anden adfærd som har reguleringsformål, eksempelvis selvskade i form af opkast og andet afvigende spisemønstre, promiskuøs adfærd, risikovillig adfærd og kriminalitet.

**Ad) d: Klinisk vurderende samtale/ anamnese til anvendelse ved udredning for personlighedsforstyrrelse hos børn og unge**

Udvalget har udarbejdet en vejledning til gennemførelse af en særlig anamneseoptagelse med henblik på at få afdækket funktionsniveau. Anamnesen gennemføres med udgangspunkt i en tidslinje over de væsentligste begivenheder i den unges liv og er udarbejdet under hensyntagen til DSM-5's alternative model for personlighedsforstyrrelser. Den foregriber dermed ICD-11's måde at anskue personlighedsforstyrrelser på. Således fokuseres der i anamnesen på undersøgelse af stabilitet og/eller svingninger i identitet, evne til empati, intimitet, autonomi og selvhævdelse samt evt. misbrug. Den klinisk vurderende samtale gennemføres som udgangspunkt med den unge og forældrene sammen (se bilag 1, for interview)

**Ad) e: Psykologisk undersøgelse, vurdering af intellektuelt niveau og stillingtagen til psykologiske undersøgelser**

En undersøgelse for personlighedsforstyrrelse vil altid skulle kunne redegøre for den unges intellektuelle niveau, da dette (som ved anden psykopatologi) kan have en væsentlig indflydelse på den undersøgte adfærd og symptomatologi samt funktionsniveau. Det anbefales at undersøge dette ved brug af enten WISC-V for børn eller WAIS-IV for unge. En standardiseret

intellektuel testning med ovenstående tests vil i tillæg give en overordnet kognitiv screening af den unges evner, som er nødvendig ift. den samlede undersøgelse, samt den efterfølgende interventionsindsats.

Forskningsmæssigt er der belæg for, at et fremtidigt funktionsniveau, f.eks. hos mennesker med debuterende psykose, bedst forudsiges af den enkeltes kognitive funktionsniveau (Green, Kern, & Heaton, 2004). Personer diagnosticeret med Borderline Personlighedsforstyrrelse (BPD), rapporterer om et klart nedsat funktionsniveau, hvilket er relativt stabilt ved follow-up (Temes & Zanarini, 2018) og væsentligt lavere end hos den gennemsnitlige befolkning (Grant et al., 2008).

Historisk er der klinisk rapporteret en række kognitive deficit som ser ud til at interferere med behandlingen af BPD. Der ses en sammenhæng mellem især opmærksomhedsproblemer og PF, som kan føre til nedsat hukommelsesfunktion, øget impulsiv adfærd og derved vanskeligheder med ræsonnering samt overblik og planlægning (eksekutive funktioner) (Gvirtz et al., 2012). Der ses også flere subjektive oplevelser af kognitive vanskeligheder hos forældre til BPD (Ruocco, Lam, & McMMain, 2014). Vanskeligheder med kognitive funktioner er ligeledes stærkt associeret med mange hospitalsindlæggelser af patienter med BPD (Comtois et al., 2003) og en større sandsynlighed for drop-out i psykoterapi rettet mod BPD (Fertuck et al., 2012).

Lægehåndbogen (Sundhed.dk, 2018) beskriver at 'mikropsykoser ved ustabil personlighedsforstyrrelse' er et kendt fænomen, og begrebet 'borderline' beskriver historisk netop personlighedsforstyrrelsers grænseflade med den psykotiske eller meget ideosynkratiske (private) tænkning. Klinikere, der arbejder med PF, vil ofte differentialdiagnostisk skulle forholde sig til de akutte/forbigående psykoser, samt skizotypi og skizofreni.

Der er en lang klinisk erfaring i B&U-psykiatrien for at bruge den projektive testning til især udredning af realitetestestning og tankeforstyrrelser (f.eks. med Rorschach) (se f.eks. Smith, Baity, Knowles & Hilsenroth, 2001) samt ved omfattende vanskeligheder med indlevelse/empati/mentaliserings (f.eks. med TAT) (Westen, 1991).

#### **Ad) f: Indhentning af oplysninger fra andre miljøer end familien**



I Bilag 2 findes et konkret udkast til beskrivelse af indsamling af informationer fra andre end familien, eksempelvis fra skolen.

#### **Ad) g: Specifikke diagnostiske interviews til kortlægning af personlighedsforstyrrelse**

Følgende semistrukturerede interviews er oversat til dansk og validerede, og kan anbefales til struktureret udredning af PF:

- 1) Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)
- 2) Structural Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)
- 3) Structural Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5 PD)
- 4) International Personality Disorder Examination (IPDE).

Ad-hoc udvalget anbefaler SCID-5 testbatteriet som første valg af de ovennævnte. Interviewet gennemføres med den unge, idet retningslinjerne for gennemførelsen fra SCID-5 manualen følges. Herudover fremhæves blandt andet interview med forældre/forældremyndigheds indehaver, der har haft langvarigt kendskab til den unge og på den baggrund har mulighed for at bidrage med viden om, hvorvidt den beskrevne personlighedspatologi er længerevarende og kan observeres på tværs af flere forskellige situationer. Et sådant interview med forældre eller anden nærtstående person kan tage udgangspunkt i et semistruktureret interview for personlighedsforstyrrelse, såsom SCID-5 interviewet<sup>3</sup>, hvor forældre forsøger at svare på spørgsmålene fra SCID-5 interviewet med udgangspunkt i forestilling om den unge. Eksempelvis første kriterie for Evasiv personlighedsforstyrrelse (side 10 i SCID-5 interviewet): ”Har (navn på den unge) undgået....” Dette fuldføres for de relevante spørgsmål og kategorier fra SCID-5 interviewet og kan gøres på baggrund af en initial screening med SCID-5 SPQ (jævnfør brug af screening SCID-5 SPQ i SCID-5 Guiden).

#### **Ad) h: Personlighedsforstyrrelses-diagnostik ad modum ICD-10**

Som det gælder for al anden faglig kompetent funderet diagnostisk praksis, er det væsentligt at man i forbindelse med udredning for personlighedsforstyrrelse altid overvejer differentialdiagnostiske alternativer til den formodede personlighedspatologi. Her gælder særligt at den symptomatologi, der observeres, ikke er udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse og at organisk ætiologi kan udelukkes. Det bør i den diagnostiske proces vægtlægges, at der inkluderes information fra flere kilder ud over den unge, og gerne flere uafhængige kilder såsom forældre og skole. Ligeledes bør de informationer, der lægges til grund for den diagnostiske afgørelse, baseres på både selvrapportering, observation og semistruktureret interview. Det anbefales at der under den diagnostiske konference fokuseres skarpt på de generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse, da de som helhed skal være opfyldt førend det vurderes, hvorvidt specifikke kriterier for konkrete personlighedsforstyrrelser er opfyldt. Endvidere vurderes de generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse at udgøre kernen i personlighedspatologi og er derfor særligt væsentlige at have fokus på.

## Bilag 1 & 2

### 1. Klinisk vurderende samtale/anamnese til anvendelse ved udredning for personlighedsforstyrrelse hos børn og unge

**Semistruktureret interview: Klinisk vurderende samtale/ anamnese til anvendelse ved udredning for personlighedsforstyrrelse hos børn og unge.**

*Interviewet gennemføres som udgangspunkt med forældre og den unge sammen.*

*Spørgerammen er tænkt som vejledende. Således skal alle spørgsmål ikke nødvendigvis stilles. Det er op til interviewerens at vurdere relevans og eks. gå let hen over spædbarnsalderen, hvis der ikke har været reguleringsvanskeligheder etc.*

#### 1. Interviewet tager udgangspunkt i en tidslinje, der tegnes sammen med den unge.

Her begyndes med fødselssted og -år samt familiens sammensætning og dernæst plottes væsentlige begivenheder i den unges liv ind på tidslinjen (institutionsstart, skolestart, forældre skilsmisse, mobning, tidligere psykopatologi, nuværende vanskeligheders debuttidspunkt etc.).

#### 2. Indledende overordnede spørgsmål om den unge og familien.

Forhold til søskende. Forholdet mellem den unge og forældrene. Samarbejdet mellem forældrene. Netværk. Konflikter i familien og med den unge før og nu/opvækstklima.

#### 3. Herefter er tidslinjen udgangspunkt for kortlægning af styrker og vanskeligheder gennem barndommen. Der skal lægges særligt vægt på spørgsmål relateret til selyfunktion (identitet og selvrettethed) samt interpersonelle forhold (empati og intimitet):

- Tidlig barndom (0 – 6 år).

*Hvis anamnesen gennemføres med den unge alene, kan dette punkt udelades og det gennemføres alene i forældreinterviewet.*

Kontakt til forældre; kunne den unge trøstes, hvordan forløb afskedssituationer såsom indkøring/aflevering i institution? Hvordan var den unges kontakt til voksne? Søgte den unge voksne? Ukritisk kontakt? Selvstændighedstrang?  
Bekymring hos pædagoger?

- Skolealder (7 – 12 år).

Hvordan forløb skift fra børnehave til skole?

I forhold til jævnaldrende; har den unge generelt haft få/mange/skiftende/vedvarende venskaber? Andre børns respons på den unge. Er den unge blevet mobbet/har mobbet. Har den unge generelt kunnet løse konflikter med jævnaldrende selv, eller har der været tendens til underkastelse/dominans/højt konfliktniveau. Evne til at aflæse andre børn, evne til at tage andres perspektiv?

Bekymring hos lærere? Støtte i skolen. Fagligt niveau?

Fritidsinteresser? Vedholdende eller flere skiftende interesser?

- Udskoling/teenagealder

Risikoadfærd: Seksuel debut? Seksualiserende adfærd?

Tidlig debut rygning/alkohol/stoffer

Kriminalitet

Impulsivitet i sociale sammenhænge

- Den unges mest aktuelle situation

Spørg til de nuværende vanskeligheder

Psykopatologi, udløsende begivenheder, ressourcer og vanskeligheder.

4. **Efter gennemgangen af tidslinjen spørges igen mere generelt** (*hvis ikke dækket i løbet af tidslinjen*):

**a. Traume**

Har den unge i løbet af sin barndom og ungdom oplevet emotionelle traumer og/eller grænseoverskridende adfærd? (*Herunder egentlige overgreb såsom at nogen har rørt ved/gjort noget/sagt noget ubehageligt på en seksuel måde? Eller at den unge er blevet slået eller misbrugt på anden vis?*). Ved bekræftende svar; overvej at undersøge traumet nærmere med Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

**b. Selvhævdelse**

Er den unge god til at hævde sig og give udtryk for sine ønsker og behov? Udtrykker den unge tydeligt hvad hun/han synes eller tænker? Kan den unge blive dominerende og bestemmende over for jævnaldrende? Eller har den unge en tendens til at føje andre?

**c. Evne til selvregulering**

Hvordan er det for den unge, når hun/han bliver vred, ked af det, ophidset? Sker det tit? Hvad gør den unge for at få det bedre? Har den unge nogensinde skadet dig selv? Hvad gjorde den unge? Tager det lang tid før den unge falder til ro igen? Har den unge nogensinde klaget over at alt føles tomt?

**d. Impulsivitet**

Foretager den unge mange uovervejede og impulsive handlinger? Sker det i et omfang, så det bekymrer omgivelserne? Eller skal den unge tværtimod tænke og planlægge alting grundigt, før der handles?

**e. Selvrettethed**

Er den unge sådan en, der lægger en plan for fremtiden (eks. at vide tidligt hvad man vil være) og holder den unge så fast i den plan, eller er det snarere sådan at den unge ofte skifter mening om, hvad hun/han vil? Hvor uafhængig er den unge?

**f. Interpersonel funktion**

*Hvis ikke dækket tidligere:* Hvordan har den unges venskaber/kæresteforhold generelt været? Kan den unge føle sig tæt med og tryk ved andre? Eller holder den unge altid en lille distance? Virker det som om den unge ikke er så interesseret i social kontakt? Hvad med det modsatte. Er den unge bange for at blive forladt – også hvor risikoen er meget lille? Kan den unge føle at hun/han forsvinder eller bliver ét med en anden, hvis den unge kommer for tæt på et andet menneske (der spørges til psykisk, ikke fysisk nærhed). Hvordan havde den unge det med at være alene eller lave ting alene?

Synes andre generelt at den unge er god at snakke med og at den unge forstår dem? Eller synes den unge nogle gange, at det er svært at forstå, hvorfor andre tænker og gør som de gør?

Er den unge meget forskellig i sin adfærd, afhængig af, hvem den unge er sammen med.

**Afsluttende hvis ikke dækket før:**

Hvordan ville du placere den unge ift. følgende polariseringer:

Åben \_\_\_\_\_ Lukket

Følelsesmæssigt svingende \_\_\_\_\_ Følelsesmæssigt flad

Impulsiv \_\_\_\_\_ Tvangspræget

Uafhængig/individualistisk \_\_\_\_\_ Dependent

Er der noget ved den måde, den unge er på, som gør livet mere vanskeligt? Både for den unge og for omgivelserne?

Er der ting vi ikke har været inde på?

## 2. Indhentning af oplysninger fra andre miljøer end familien.

### Anmodning om skoleudtalelse

Vedrørende: XX, cpr. nr. XX

I forbindelse med udredning og behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrien XX, ønsker vi oplysninger om hvordan I oplever eleven og dennes skolegang.

I udtalelsen anmoder vi om at der er fokus på følgende:

1. Hvor længe eleven har gået på skolen og hvilken rolle den, der udfærdiger udtalelsen, har i forhold til eleven.
2. Elevens faglige standpunkt, herunder stillingtagen til hvorvidt der opleves indlæringsvanskeligheder som fx udfordringer med koncentration, opmærksomhed, overblik osv. Yderligere en beskrivelse af hvorvidt eleven har modtaget støtte for sine vanskeligheder.
3. Elevens sociale funktionsniveau, herunder hvordan eleven indgår i det sociale samspil med de andre elever.
4. En beskrivelse af elevens sociale modenhedsniveau, i hvor høj grad er eleven i stand til at sætte sig i andres sted og tale om følelser, i hvor høj grad eleven kan italesætte egne følelser og forstå sammenhængen mellem dem og adfærd.
5. Beskrivelse af omfanget af eventuelt fravær, samt årsagen hertil.
6. Eventuelt beskrivelser af samarbejde med forældre

Såfremt skolen vurderer, at der er andre relevante punkter eller vanskeligheder i forhold til eleven, bedes I skrive dette.

Hvis I har spørgsmål til ovenstående, er I velkomne til at rette henvendelse til undertegnede på telefon XXXXXXXX.

Der er indhentet samtykke.

## Reference

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, V. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and Stability of the DSM-III-R Personality Disorders in a Community-Based Survey of Adolescents. *Am J Psychiatry*, 1(50), 1237.
- Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*, 60(7), 303-308.
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P., & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personal Disord*, 8(2), 172-182. doi:10.1037/per0000161
- Chakhssi, F., Zoet, M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L., & Sommers-Spijkerman, M. (2019). Effect of Psychotherapy for Borderline Personality Disorder on Quality of Life: A systematic review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 33, 439.
- Chanen, A. M. (2015). Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet? *J Clin Psychol*, 71(8), 778-791. doi:10.1002/jclp.22205
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry Suppl*, 54, s24-29. doi:10.1192/bjp.bp.112.119180
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality*, 2(1), 35-41. doi:10.1002/pmh.28
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*, 15(3), 163-172. doi:10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 54(8), 1149-1154. doi:10.1176/appi.ps.54.8.1149
- Fertuck, E. A., Keilp, J., Song, I., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2012). Higher executive control and visual memory performance predict treatment completion in borderline personality disorder. *Psychother Psychosom*, 81(1), 38-43. doi:10.1159/000329700
- Fok, M. L.-Y., Hayes, R. D., Chang, C.-K., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res*, 73(2), 104-107. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.05.001
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res*, 72(1), 41-51. doi:10.1016/j.schres.2004.09.009
- Gvirts, H. Z., Harari, H., Braw, Y., Shefet, D., Shamay-Tsoory, S. G., & Levkovitz, Y. (2012). Executive functioning among patients with borderline personality disorder (BPD) and their relatives. *J Affect Disord*, 143(1-3), 261-264. doi:10.1016/j.jad.2012.05.007
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal Costs of Borderline Personality Disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand*. doi:10.1111/acps.13094
- Hopwood, C. J., & Bleidorn, W. (2017). Stability and change in personality and personality disorders. *Curr Opin Psychol*, 21, 6-10. doi:10.1016/j.copsyc.2017.08.034



- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M., & Simonsen, E. (2015). Personality Disorder in Childhood and Adolescence comes of Age: a Review of the Current Evidence and Prospects for Future Research. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*, 3(1), 31-48. Retrieved from file:///Users/sunebohansen/Desktop/Sune.sente6lib/Contents/Attachments/Kongerslev/2015/Personality%20Disorder%20in%20Childhood%20and%20Adolescence.pdf
- Millon, T. (2011). On the History and Future Study of Personality and Its Disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 20(2), 5-19. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143113
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385(9969), 727-734.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis<specialized-psychotherapies-for-adults-with-borderline-personality-disorder-a-systematic-review-and-meta-analysis.pdf>. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-14.
- Ruocco, A. C., Lam, J., & McMain, S. F. (2014). Subjective cognitive complaints and functional disability in patients with borderline personality disorder and their nonaffected first-degree relatives. *Can J Psychiatry*, 59(6), 335-344. doi:10.1177/070674371405900607
- Sharp, C. (2017). Bridging the gap: the assessment and treatment of adolescent personality disorder in routine clinical care. *Arch Dis Child*, 102(1), 103-108. doi:10.1136/archdischild-2015-310072
- Sharp, C. (2019). Editorial: What's in a Name? The Importance of Adolescent Personality Pathology for Adaptive Psychosocial Function. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. doi:10.1016/j.jaac.2019.10.007
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(12), 1266-1288. doi:10.1111/jcpp.12449
- Smith, S. R., Baity, M. R., Knowles, E. S., & Hilsenroth, M. J. (2001). Assessment of disordered thinking in children and adolescents: the rorschach perceptual-thinking index. *J Pers Assess*, 77(3), 447-463. doi:10.1207/s15327752jpa7703\_06
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*, 69(2), 259-265. doi:10.4088/jcp.v69n0212
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *J Pers Disord*, 22(3), 259-268. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.259
- Stapp, S. D., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Stability of borderline personality disorder features in girls. *J Pers Disord*, 24(4), 460-472. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.460
- Strack, S., & Millon, T. (2013). Personalized psychotherapy: a treatment approach based on Theodore Millon's integrated model of clinical science. *J Pers*, 81(6), 528-541. doi:10.1111/jopy.12013
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 41(4), 685-694. doi:10.1016/j.psc.2018.07.002
- Thapar, A., Pine, D., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., & Taylor, E. A. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6th ed.): Wiley-Blackwell.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*, 50(6), 624-632. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x
- WHO. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*: World Health Organization.
- Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry*, 65(1), 5-15. doi:10.1177/0706743719878975