

Borderline personlighedsforstyrrelse

Månedsskrift for praktisk lægegerning Nov 2004; 82: Side 1333-1342

Artikel, af Overlæge i psykoterapi Morten Kjølbye. Forfatteren er specialeansvarlig overlæge i psykoterapi ved Klinik for angst og personlighedsforstyrrelser på Psykiatrisk Hospital i Århus.

Hvad er en borderline personlighedsforstyrrelse? Hvem er den typiske patient? Hvordan går det dem?

Dette er den første af to artikler om borderline personlighedsforstyrrelse. Denne diagnostiske betegnelse, fra det amerikanske diagnosesystem DSM-IV (1), er valgt gennem hele artiklen frem for ICD-10 betegnelsen, (2) emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, fordi DSM-systemet dominerer i forskningsmæssig sammenhæng og fordi borderlinetermen har været anvendt gennem de sidste 60 år.

Denne artikel omhandler afgrænsning af borderline personlighedsforstyrrelse, herunder en beskrivelse af de diagnostiske kriterier, demografiske forhold og prognose.

Med udgangspunkt i Klinik for angst og personlighedsforstyrrelser, Psykiatrisk Hospital i Århus, vil den anden artikel omhandle behandlingen af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse.

Hvad er en personlighed og hvad er en personlighedsforstyrrelse?

Personlighed kommer af det græske ord *persona* som refererer til den maske, de græske skuespillere havde på, når de optrådte. Denne maske havde to formål, dels viste den indehaverens rolle, dels var der en tragt i masken, der virkede som lydforstærker. Persona-masken har således to væsentlige funktioner: den viser hvem vi er og har en adaptiv/transmitterende funktion. Der findes i dag flere definitioner på personlighed, der dog alle bygger på dette grundlæggende fundament og refererer til en stabil organisation af habituelle interpersonelle mønstre, der karakteriserer den måde, personen handler, tænker og føler.

Når personligheden er usmidig eller forstyrret og derfor *ikke er tilpasset det samfund*, vi lever i, taler man om en personlighedsforstyrrelse. Denne er ligesom personligheden konstant og karakteristisk for den pågældende person, og indebærer ofte kognitive og affektive forstyrrelser, dårlig impuls kontrol og manglende evne til behovstilfredsstillelse samt relationsproblemer. Dette giver anledning til subjektivt ubehag og sociale vanskeligheder. Som det fremgår af denne definition, kan en personlighedsforstyrrelse ikke ses uafhængigt af det samfund, vi lever i. Det er derfor ikke så mærkeligt, at hver tidsalder har sine »foretrukne« personlighedsforstyrrelser. På *Freuds* tid var det således den hysteriske personlighedsforstyrrelse, den seksuelt hæmmede kvinde, der udtrykte sine psykiske problemer i et kalejdoskopisk billede af fysiske symptomer. I vore dage,

der er præget af ustabilitet og hurtige forandringer, er det den emotionelt ustabile borderline personlighedsforstyrrelse, der dominerer billedet.

I det amerikanske diagnosesystem DSM defineres en personlighedsforstyrrelse ved følgende mønstre:

1. Afviger væsentligt fra omgivelserne
2. Er gennemgående for individets funktion
3. Er ufleksible og stabile over tid
4. Medfører væsentlige vanskeligheder og indskrænkninger i den daglige funktion
5. Er ofte ledsaget af subjektiv lidelse.

Personlighedsforstyrrelser inddeles i tre hovedgrupper, *cluster A*: de sære, *cluster B*: de dramatiske og *cluster C*: de anxiøse (Fig. 1). Disse gruppenavne refererer til det overordnede kendetegn for gruppen. Således er de sære personlighedsforstyrrelser præget af en tilbagetrækning fra andre og med en tankegang der er sær, uforstående eller idiosynkratisk. Et eksempel herpå er en mandlig patient med en paranoid personlighedsforstyrrelse, der gennem 11/2 år har været i individuel psykoterapi, og som netop har modtaget en dom til behandling. Han erklærer, at han bliver nødt til at afslutte sin psykoterapi, fordi den nu ikke længere er frivillig. Ihærdige forsøg på at differentiere den allerede etablerede behandling fra den nytilkomne behandlingsdom slår fejl, og patienten fastholder sin beslutning om afslutning.

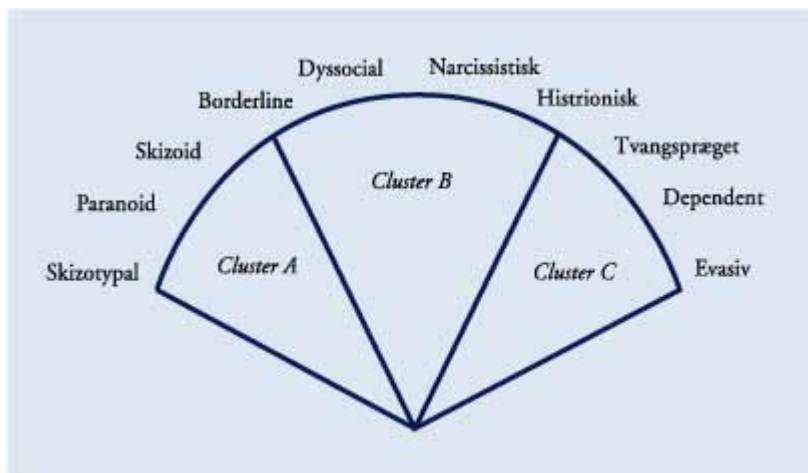


Fig. 1. Personlighedsforstyrrelsesspekteret.

De dramatiske personlighedsforstyrrelser er præget af megen interpersonel ageren og hyppige, ofte dramatiske, konfliktsituationer. Et eksempel på dette er en ung kvinde med en borderline personlighedsforstyrrelse, der med jævne mellemrum finder »manden i sit liv«. Kort tid efter hun har mødt den seneste mand i sit liv, går hun på kommunen og får 4.000 kr. efter at have lavet en scene. Hun køber en splinterny cykel til sit livs udkærne og inviterer ham til middag. Uheldigvis kommer fyren for sent til aftalen. Kvinden bliver så frustreret, at hun først rydder middagsbordet og siden maltrakterer cyklen. En uge efter har hun imidlertid fundet en ny mand, som hun er overbevidst om er »manden i sit liv«.

De anxiøse personlighedsforstyrrelser er overordnet præget af megen ængstelighed og angst. Et eksempel er en konfliktsky mand, der ikke kan sige fra over for chefens krav om overarbejde, men som »glemmer« af fuldføre den krævede arbejdsopgave, eller arbejder så langsomt, at deadline alligevel ikke nås.

Ved at undersøge patientens relationsmønster kan man få et hurtigt fingerpreg om, hvilken hovedgruppe patienten sandsynligvis tilhører. Patienter med en cluster A-diagnose vil typisk have ingen eller få relationer, patienter med en cluster B-diagnose vil typisk have mange ustabile relationer, mens patienter med en cluster C-diagnose vil have få eller flere stabile relationer, der ofte kan være hæmmende.

Princippet i diagnosticering af personlighedsforstyrrelser er som følger:

- Tag først stilling til om patienten har en personlighedsforstyrrelse.
- Overvej dernæst hvilken eller hvilke specifikke personlighedsforstyrrelsesdiagnoser patienten opfylder.

Dvs. først stilles den generelle diagnose: personlighedsforstyrrelse, herefter den specifikke personlighedsforstyrrelses diagnose. En kort beskrivelse af de enkelte personlighedsforstyrrelses diagnoser fremgår af Fig. 2.

Cluster A – de sære	Beskrivelse
<i>Skizotypal</i>	Excentrisk adfærd med ejendommeligt og sært tankegang, følelsesindsnævring og anhedoni, samt mikropsykotiske episoder
<i>Paranoid</i>	Socialt tilbager trukket med hæmmet følelsesliv og opslugt af den indre fantasiverden
<i>Skizoid</i>	Grundlæggende mistænksomhed. Overfølsomhed for nederlag og afvisning, og en tendens til at ruge over fornærmelser
Cluster B – de dramatiske	Beskrivelse
<i>Borderline</i>	Impulsive handlinger med manglende impuls kontrol. Uberegneligt og lunefuldt humør, identitetsdiffusion, ustabile relationer og selvdestruktivitet
<i>Narcissistisk</i>	Grandios selv billede, der kræver konstant beundring. Udnytter andre og udviser manglende empati. Er arrogant og forventer misundelse
<i>Dyssocial</i>	Manglende hensyntagen til sociale normer og forpligtelser. Udtalt manglende empati og dårlig impuls kontrol
<i>Histrionisk</i>	Let påvirkelig, dramatisk, overfladisk og svingende følelsesliv. Er udtalt forfængelig, selvcentreret og udviser manglende omtanke for andre
Cluster C – de anxløse	Beskrivelse
<i>Evasiv</i>	Følsom og anspændt med en grundlæggende mindreværdsfølelse. Stræben efter anerkendelse og varme, men er samtidig angst for at knytte sig til andre
<i>Dependent</i>	Udtalt passiv afhængighed. Præget af en følelse af utilstrækkelighed og hjælpeløshed
<i>Tvangspræget (Obsessive Compulsive)</i>	Perfektionistisk, pedantisk og rigid. Tvivler og ruminerer specielt i beslutningssituationer. Er oversamvittighedsfuld og har udtalt kontrolbehov

Fig. 2. Kendetegn ved de enkelte personlighedsdiagnoser.

Hvad er en borderlinepersonlighedsforstyrrelse?

Begrebet borderline udspringer af psykoanalytisk praksis. I 1938 introducerede den amerikanske psykoanalytiker *Adolph Stern* (3) for første gang termen borderline om en gruppe patienter i psykoanalytisk behandling, der både udviste neurotiske og psykotiske træk og derfor ikke tilhørte nogen af de to grupper, men lå så at sige på grænselinjen mellem dem, heraf navnet borderline.

Herefter fulgte flere psykoanalytisk funderede beskrivelser og afgrænsninger frem til 1980, hvor borderline blev en deskriptiv diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM-III. Der er således tale om to borderlinebegreber, et analytisk eller dynamisk og et deskriptivt. Dette har i nogen grad medvirket til forvirringen omkring begrebet og ført til at diagnosen er blevet anvendt som en skraldespandsdiagnose.

BPO refererer til den psykodynamiske afgrænsning ad modum Kernberg (4), mens BPD refererer til den deskriptive DSM-III-afgrænsning (Fig. 3). Lidt forenklet sagt er BPO den måde man fungerer på, mens BPD er et af de adfærdsmæssige resultater af denne måde at fungere på.

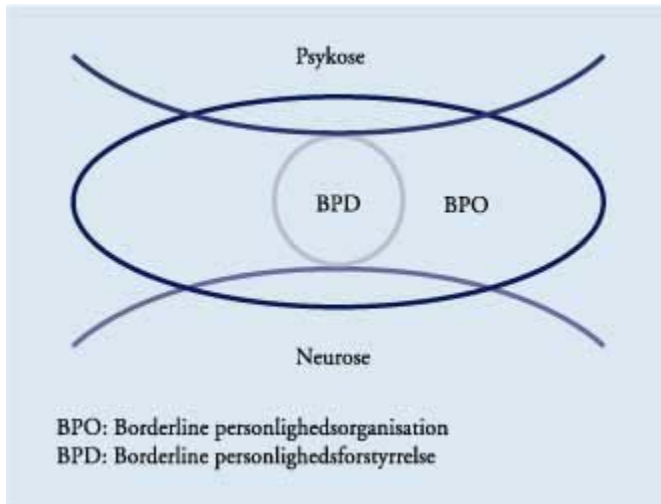


Fig. 3. Borderlinebegrebets afgrænsning.

Otto Kernberg anfører 3 kriterier til identifikation eller diagnosticering af personlighedsorganisationen:

1. *identitet*, evnen til at fastholde en konstant jeg-bevidsthed,
2. *forsvarmekanismer*, de psykiske mekanismer der sikrer størst mulig grad af sjælefred, samt
3. *realitetstestning*, evnen til at skelne mellem den indre og den ydre verden.

Ved borderline personlighedsorganisation ses et forsvar præget af splitting, idealisering/devaluering, projektion, projektiv identifikation og acting out. Dette giver en adfærd præget af enten-eller-tænkning (splitting) med en skiftende identitetsfølelse (idealisering og devaluering), en sårbarhed over for kritik og tendens til at se andres fejl (projektion) samt en tendens til intense og ustabile relationer (projektiv identifikation) og ageren uden omtanke for mulige negative konsekvenser (acting out). Resultatet af dette forsvar er en bevaret realitetstestning og usikker identitetsfølelse, med problemer omkring autonomi, identitet og intimitet.

Diagnosen blev herefter inkluderet i ICD-10, hvor den fik betegnelsen emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse. De diagnostiske kriterier fremgår af Fig. 4.

Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse	
<i>Impulsiv type</i>	Impulsivt og uoverlagt handlemønster Stridbarhed ved frustration Affektabilitet med eksplosivitet Ringe udholdenhed Ustabilt og lunefuldt humør
<i>Borderline type</i>	Usikker og forstyrret identitetsoplevelse Intense og ustabile forhold til andre Separationsangst Tendens til selvdestruktivitet Tomhedsfølelse

Fig. 4. *Borderlinediagnosen i ICD-10.*

Ofte bliver diagnosen imidlertid misbrugt og bliver givet til den besværlige patient, der ikke responderer på behandling, og som ingen har lyst til arbejde med. Det er derfor ikke overraskende, at det, der er mest karakteristisk ved diagnosen borderline, er, at den enten ikke bliver stillet eller er fejlstillet. Det er heller ikke overraskende, at patienter der får stillet diagnosen borderline, ofte føler sig stigmatiseret.

Diagnostiske undergrupper

Erfaringsmæssigt udgør hverken Borderline Personality Disorder i DSM-IV eller emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse i ICD-10 en homogen gruppe. Man opererer derfor traditionelt med flere subgrupper af borderline patienter (5):

- *den aggressive*, den klassiske Otto Kernberg-patient præget af intens og upassende vrede samt affektiv instabilitet
- *den impulsive*, præget af impulsivitet og tendens til selvdestruktivitet
- *den affektive*, præget af affektiv instabilitet og tendens til selvdestruktivitet
- *den identitetsforstyrrede*, præget af forstyrret og usikker identitet samt kronisk tomhedsfølelse.
- *den dependente*, præget af udtalt tendens til at undgå at blive alene og af affektiv instabilitet.

Som det fremgår, er der således 5 væsentligt forskellige subgrupper af borderline patienter, dog med et ikke ubetydeligt overlap. Den impulsive og identitetsforstyrrede er repræsenteret som selvstændige diagnosekategorier i ICD-10 som henholdsvis impulsiv type og borderline type (2). Samlet er det mest karakteristiske træk ved borderline en udtalt ustabilitet i affekter, handlinger, relationer og livsstil.

Differentialdiagnoser

De vigtigste differentialdiagnoser er skizofreni, depression, mani, stress og tilpasningsreaktioner, misbrug og andre personlighedsforstyrrelser specielt histrionisk, narcissistisk og antisocial personlighedsforstyrrelse.

Borderline personlighedsforstyrrelse adskiller sig fra skizofreni ved ikke at have langvarige psykotiske episoder, tankeforstyrrelser eller andre førsterangssymptomer.

Den typiske depressive patient er angst, bekymret og selvoptaget samt føler sig mislykket og hjælpeløs. Borderlinepatienten er derimod typisk impulsiv og devaluerende og har ustabile relationer. De udtrykker ofte direkte vrede og klager over en indre følelse af tomhed og angst for at være alene (6).

Borderline og manier har en del fællestræk. De er begge præget af impulsivitet, affekt instabilitet, upassende vrede og ustabile relationer. Borderlinepatienten er ofte meget sensitiv over for fjendtlighed og separation og har et negativt selvbillede, mens den maniske patient er mere ufølsom over for interpersonelle interaktioner og har et grandios selvbillede (6).

Endvidere er borderlinepersonlighedsforstyrrelsen konstant over tid, mens både depression og mani har et periodisk sygdomsforløb.

Ved stress og tilpasningsreaktioner ses ofte acting out adfærd som ved borderline personlighedsforstyrrelse, men ved førstnævnte er det resultatet af en akut belastning, mens det ved sidstnævnte er et kontinuerligt mønster.

Til differentiering mellem borderline og andre personlighedsforstyrrelser henvises til Fig. 2.

Demografiske forhold

Borderline personlighedsforstyrrelse er den hyppigst beskrevne personlighedsforstyrrelse i kliniske populationer. I ambulant psykiatrisk regi er prevalensen omkring 10%, mens den hos indlagte psykiatriske patienter er omkring det dobbelte (7).

Prævalensen i den generelle befolkning er estimeret til omkring 2% af den voksne befolkning (8), dvs. omkring 60.000 mennesker i Danmark lider af denne tilstand. I Norge fandt *Sven Torgersen* (9)

i midten af 1990'erne en prævalens på 0,7%, mens der i en tilsvarende undersøgelse fra Sverige (10) i slutning af 1990'erne fandtes en prævalens på omkring 5,4%.

75% af de diagnosticerede patienter er kvinder, da mænd, der opfylder diagnosen, ofte ikke kommer i det psykiatriske system, men er at finde i misbrugscentre eller i retssystemet.

Traumer er en vigtig faktor i borderline psykopatologi, idet mange af disse patienter (90%) kan fortælle om alvorlige traumer i deres tidlige historie. Hyppigst er seksuelle overgreb i barndommen, op mod 70%, men mange er også i voksenlivet udsat for overgreb som fysisk vold og voldtægt (op mod 50%) (8).

Selvmoordsfrekvensen for patienter med diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse, der kommer i kontakt med behandlingssystemet, er 10%. Den høje mortalitetsrate svarer til den, man finder hos patienter, der opfylder de diagnostiske kriterier for depression og skizofreni. Selvdestruktivitet er ligeledes hyppigt forekommende, idet 75% af borderline patienter, der er i behandling, vil rapportere om selvskadende adfærd.

Det hyppigst forekommende er at skære sig med skarpe genstande (80%). Derefter kommer at udsætte sig selv for kvæstelser (24%), brænde sig selv (20%), banke hovedet ind i væggen (15%) eller bide sig selv (7%) (11).

Comorbiditet

Comorbiditet kan defineres som samtidig tilstedeværelse af to uafhængige lidelsestilstande. Der kan være tale om to symptomtilstande som angst og depression eller om en symptomtilstand og en personlighedsforstyrrelse som depression og borderline personlighedsforstyrrelse. Comorbiditeten mellem personlighedsforstyrrelser og symptomtilstande er meget udbredt, og forværrer prognosen samt øger selvmordsrisikoen med en faktor 7.

Generelt peger undersøgelser på, at 20–50% af indlagte og 50–85% af ambulante patienter med depression har en associeret personlighedsforstyrrelse. Hyppigst er cluster B med borderline med 10–30%, efterfulgt af histrionisk med 2–20%, antisocial med 0–10% og narcissistisk 5% (12).

Mere specifikt peger undersøgelser på, at patienter med en borderline personlighedsforstyrrelse har en meget høj comorbiditet med andre psykiske lidelser. *Michael Stone* (13) fandt således, at kun 37% af de borderlinepatienter, der indgik i hans undersøgelse, var »rene«, dvs. ikke havde andre comorbide lidelser. I en undersøgelse af psykoanalytisk behandling af borderline/ patienter fandt *Anthony Bateman & Peter Fonagy* (14) en høj comorbiditet med depression (70%), dystymi (63%), panikangst (50%), agorafobi (36%) og bulimi (38%), medens *Lineham* (15) i sin undersøgelse af kognitiv behandling af borderlinepatienter fandt en comorbiditet med depression på 71%. Herudover er der fundet en betydelig comorbiditet med misbrug på omkring 50%, og med andre personlighedsforstyrrelser, specielt dependent, evasiv, paranoid, antisocial, histrionisk og narcissistisk.

I praksis betyder dette således, at patienter med borderline personlighedsforstyrrelse har et broget billede af problemer og lidelsestilstande, der ofte kan komplicere behandlingsarbejdet. Disse patienter vil ofte ikke få diagnosen borderline men blive diagnosticeret som havende en depression eller angsttilstand. Dette betyder, at disse patienter ofte »kun« behandles for deres depression eller angstlidelse, men ikke får en relevant behandling for deres personlighedsforstyrrelse, hvilket bl.a. kan forklare den dårligere prognose ved comorbiditet mellem symptomidelser og personlighedsforstyrrelser.

En simpel tommelfingerregel er derfor at undersøge patienter med f.eks. depressive symptomer for en grundlæggende personlighedsforstyrrelse ved manglende eller utilfredsstillende resultat af den antidepressive medikamentelle behandling.

Hos patienter der udviser selvdestruktiv adfærd og har ustabile relationer, bør diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse også overvejes.

Prognostiske forhold

Der findes ingen naturalistiske followupundersøgelser af patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, så det kan være vanskeligt med sikkerhed at sige noget om det naturlige forløb af denne personlighedsforstyrrelse. Der er dog klare indicier for, at tilstanden er ensbetydende med megen lidelse, og at patienten ikke klarer sig i overensstemmelse med sine evner.

Den typiske borderlinepatient er kvinde, der i slutningen af teenageårene eller begyndelsen af tyverne kommer i kontakt med det psykiatriske system. Hun klarer sig dårligt, både socialt og erhvervsmæssigt, og har ofte massive psykiske og relationelle problemer. Prognosen uden relevant behandling er dårlig, idet flere undersøgelser peger på, at disse patienter klarer sig lige så dårligt som skizofrene patienter i forhold til at fastholde uddannelse og erhverv. Selvmordsfrekvensen er som beskrevet lige så høj som hos skizofrene og depressive patienter, og borderlinepatienter hører til de mest ressourceforbrugende af såvel somatiske som psykiatriske ydelser (7).

Flere nyere undersøgelser viser, at hvis disse patienter får en langvarig psykoterapeutisk funderet behandling, er prognosen god.

Artiklen fortsættes i næste nummer.

LITTERATUR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Washington, DC; APA, 2000.
2. WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard, 1994.
3. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neurosis. *Psychoanal Q* 1938; 7: 467–89.
4. Kernberg OF, Selzer M, Koeningsberg H, Carr A, Appelbaum A. Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. New York: Basic Books, 1989.
5. Oldham JM. Integrated Treatment Planning for Borderline Personality Disorder. In: Kay J, ed. Integrated treatment of psychiatric disorders. Review of Psychiatry vol. 20. Washington, DC: American Psychiatric Publ Inc., 2001.
6. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder. A clinical guide. Washington: American Psychiatric Publ Inc., 2001.
7. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 936–50.
8. Krawitz R, Watson C. Borderline Personality Disorder. A practical guide to treatment. Oxford University Press, 2003.
9. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590–6.
10. Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and individual differences* 2001; 30: 311–20.
11. Shearer SL. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 524–6.
12. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37: 157–70.
13. Stone MH. The fate of borderline patients. Successful outcome and psychiatric practice. The Guilford Press, 1990.
14. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563–9.
15. Lineham MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 871–974.