

Diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser

Erik Simonsen^{1,2}, Maria Willer Meisner¹, Bo Bach^{1,3} & Mickey Kongerslev^{1,3}

STATUSARTIKEL

- 1) Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland, Slagelse
- 2) Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet
- 3) Kompetencecenter for Personlighedsforstyrrelse, Psykiatrien Region Sjælland, Slagelse

Ugeskr Læger
2018;180:V09170672

Personlighedsforstyrrelser forekommer hyppigt blandt patienter både i regionernes psykiatri og i almen praksis. Emotionel ustabil personlighedsstruktur er den fjerdehyppigste aktionsdiagnose efter paranoid skizofreni, alkoholmisbrug og tilpasningsreaktion, mens uspecifiseret personlighedsforstyrrelse er den sjettehyppigste [1]. Patienter med personlighedsforstyrrelse har øget risiko for selvskade, misbrug, depression, spiseforstyrrelse, somatisk lidelse og tidlig død samt lavere livskvalitet og social funktionsevne end personer uden personlighedsforstyrrelse [2-5]. Der har været uenighed om, hvordan personlighedsforstyrrelser bedst klassificeres, og i de senere år har man bevæget sig væk fra de traditionelle kategorier til fordel for en dimensional vurdering af generel sværhedsgrad og specifikke personlighedstræk. Der er også kommet flere evidensbaserede behandlingsmetoder, der er effektive til behandling af borderlinepersonlighedsforstyrrelse, og der er nu øget viden om lidelsens neurobiologiske og socialkognitive grundlag [6]. De fleste, der beskæftiger sig klinisk og forskningsmæssigt med personlighedsforstyrrelser, arbejder efter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-systemet, som indbefatter mulighed for systematisk udredning med det semi-strukturerede interview SCID-II, fra 2017 nyoversat SCID-5-PD [7].

DIAGNOSTIK

International Classification of Diseases (ICD)-10 fra 1992 omfatter ud over de generelle kriterier (Tabel 1) otte specifikke diagnoser, som er baseret på en historisk

TABEL 1

De generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse if. International Classification of Diseases-10.

Kriterium nr.	Indhold
I	Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det i kultursammenhængen forventede og accepterede for ≥ 2 af flg. områder: Erkendelse, holdning Følelsesliv Impulskontrol og behovstilfredsstillelse Interpersonelle forhold
II	Adfærd gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig
III	Adfærd går ud over patienten selv eller omgivelserne
IV	Varighed siden barndom eller adolescence
V	Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse Organisk ætiologi udelukkes

arv fra den deskriptive psykopatologi og psykoanalyser tidlige æra: skizoid, paranoid, dependent, tvangspræget, ængstelig-undvigende, histrionisk, dyssocial samt emotionel ustabil, der er underopdelt i en impulsiv og borderlinetype. Personlighedsforstyrrelser med helt overvejende affektivt præg (cyklotymi og depressiv (dystym) personlighedsforstyrrelse) er rubriceret under vedvarende affektive tilstande. Narcissistisk personlighedsstruktur er rubriceret under kategorien »anden specifik forstyrrelse af personlighedsstrukturen«. Flest kvinder får diagnoserne emotionel ustabil og ængstelig-undvigende i danske psykiatriske populationer, mens der er flere dys sociale og paranoide mænd [8]. Med ICD-10 blev den klassiske prototypekarakteristik ændret til beskrivelser ved hjælp af diagnostiske kriterier, men de specifikke typer forblev de samme. Gennem flere årtier har man imidlertid opfattet personlighedspatologi mere som udtryk for underliggende dimensioner (såkaldte personlighedstræk) end kategorier, som med stigende styrke er blevet kritiseret for deres empirisk set svage fundament [9]. I forarbejdet til revision af DSM og ICD er der gjort et nyt forsøg på med statistiske metoder (faktoranalyse) at finde et fælles empirisk begrundet grundlag til beskrivelse af personlighedspatologi [10], hvilket fik stor betydning for udformningen af DSM-5's alternative model til klassifi-

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Personlighedsforstyrrelser er de fjerde- og sjettehyppigste anvendte diagnoser i psykiatrien, og i almen praksis udgør patienter med denne diagnose procentvis en væsentlig større andel end 12-13% af befolkningen.
- ▶ Samtidig tilstedeværelse af personlighedsforstyrrelse forværrer prognosen for de fleste psykiatriske lidelser, hvorfor det i de fleste tilfælde er tilrådeligt at udrede patienten for evt. personlighedsforstyrrelse.
- ▶ Specialiserede psykoterapiformer har vist ligeværdige positive effekter ved behandling af patienter med borderlinepersonlighedsforstyrrelse, men farmakologisk behandling er ikke tilrådelig, medmindre der foreligger komplicerende komorbiditet som depression, misbrug, spiseforstyrrelse eller angsttilstande.

kation af personlighedsforstyrrelse og det nuværende forslag til ICD-11. De fire overordnede domæner fandt man ved gennemgang af 18 forskellige personlighedsmodeller, og de benævnes som følger: emotionel dysreguleret, introvert, antagonistisk og impulsiv (Tabel 2).

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS-5

Efter en heftig debat opretholdt man i 2013 de eksisterende kategorier for personlighedsforstyrrelser i DSM-5, men inkluderede samtidig en særlig sektion III for en alternativ dimensional model. For at sikre kontinuitet opretholdt man også i den alternative model de seks vigtigste kategoriske typer: skizotypal, antisocial (med specifikation af psykopatiske kendetegn), borderlinepersonlighedsforstyrrelse, narcissistisk, undvigende og tvangspræget i en hybridmodel, hvor man definerer disse ud fra særlige kombinationer af forstyrrelser i personlighedsfunktion og en profil baseret på kombinationer af femogtyve maladaptive personlighedstræk [8, 11]. Vurdering af funktionsniveau sker i to dimensioner: 1) Selvet er defineret ud fra henholdsvis a) identitet og b) målrettethed, og 2) interpersonel adfærd, som omhandler a) empati og b) intimitet. De 25 personlighedstræk er samlet i fem domæner: 1) negativ affektivitet 2) tilbagetrækning 3) antagonisme 4) mangelfuld hæmning og 5) psykoticisme (Tabel 2). Det er endnu for tidligt at sige, om den alternative model, der fagligt giver meget god mening, vil vinde indpas i en klinisk hverdag.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES-11

Revisionen af ICD-10 har som erklæret formål at gøre diagnostik af personlighedsforstyrrelser mere simpel, så den kan udføres af alt sundhedspersonale i hele verden [12]. I det foreliggende forslag til ICD-11 bliver alle de eksisterende kategorier forkastet til fordel for vurdering af sværhedsgrad: mild, moderat eller svær og herudover personlighedsvanskeligheder, som tænkes at indgå som Z-diagnose. Der vil være mulighed for at specificere fem trækdomæner: 1) negativ affektivitet, 2) tilbagetrækning, 3) dyssocial adfærd, 4) mangelfuld hæmning og 5) tvangspræget adfærd (Tabel 2), men også med en specifik borderlinepersonlighedsforstyrrelse. Der er relativt stort overlap mellem de fem domæner i ICD-11 og DSM-5, omend psykosener træk ikke indgår i ICD-11, men derimod i et tvangspræget domæne [13]. Hvad nyskabelser angår, skal det også fremhæves, at der ikke opereres med nedre aldersgrænser for personlighedsforstyrrelser.

ÆTIOLOGI

Det neurobiologiske grundlag for borderlinepersonlighedsforstyrrelse er beskrevet af Andersen *et al* [14]. Den neuro- og udviklingspsykologiske forskning er generelt

TABEL 2

De overordnede domæner i personligheden.

Widiger & Simonsen [10]	DSM-5	ICD-11
Emotionel dysreguleret	Negativ affektivitet	Negativ affektivitet
Introvert	Tilbagetrækning	Tilbagetrækning
Antagonistisk	Antagonistisk	Dyssocial adfærd
Impulsiv	Mangelfuld hæmning	Mangelfuld hæmning
-	-	Tvangspræget adfærd
-	Psykoticisme	-

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD = International Classification of Diseases.

i fremdrift, og særligt er dysfunktioner ved social kognition eller mentalisering blevet undersøgt [6] med fokus på, hvordan tilknytning, affektregulering og mentaliseringsevne kan forklare vanskeligheder med empati, intimitet og opretholdelse af stabile interpersonelle relationer. I nyere forskning har man også fokuseret på, hvordan patienter med borderlinepersonlighedsforstyrrelse skævvrider negativt ladede stimuli og derved mistolker andres intentioner. I en dansk undersøgelse fandt Thomsen *et al*, at patienter med borderlinepersonlighedsforstyrrelse klarede neuropsykologiske prøver signifikant dårligere end en rask kontrolgruppe; især udviste patienterne med borderlinepersonlighedsforstyrrelse nedsat opmærksomhed og verbal forståelse. Efter seks måneders mentaliseringsbaseret terapi klarede patienterne sig på samme niveau som raske, hvilket kan tolkes som udtryk for, at behandlingen har effekt på hjernens neurokognitive funktioner [15].

KOMORBIDITET OG DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

I en dansk undersøgelse er det påvist, at en tredjedel af patienterne med førstegangsdepression har en komorbid personlighedsforstyrrelse, og efter yderligere fem år har tre fjerdedele stadig en komorbid personlighedsforstyrrelse, som derfor ikke kan tilskrives at være et artefakt af den primære depression. Samtidig tilstedeværelse af klynge C (hæmmede)-personlighedsforstyrrelser reducerede remission af depression med 30% ved femårsopfølgning [16]. Afgrænsning mellem psykoser og personlighedsforstyrrelser med overlappende interpersonel dysfunktion og forstyrrelser af selvet er konceptuelt vanskeligt og empirisk relativt uudforsket. På den ene side udgør skizoide, ængstelig-undvigende og paranoide personlighedstræk sårbarhedsfaktorer for senere udvikling af psykose, og på den anden side vil selve psykosen opløse personligheden parallelt med andre gennemgribende deficitter. Selvforstyrrelser ved borderlinepersonlighedsforstyrrelse har mere karakter af forstyrrelser i det narrative/socialt selv end i kernet selvet som ved skizofreni [17]. Sammenhæng mellem personlighed og spiseforstyrrelser viser ikke overraskende, at gruppen af impulsive spiseforstyrrelser



TABEL 3

De grundlæggende principper for diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser.

Sørg for patientens sikkerhed
Udred grundigt psykopatologisk, inkl. komorbiditet
Vurder sværhedsgrad
Læg en plan for behandling af evt. komorbiditet
Læg ud med psykoedukation
Definer patientens ønsker og behov ud fra psykoteraeutisk »caseformulering«
Vurder tilgængelige evidensbaserede psykoteraeutiske behandlingsprogrammer
Sammensæt behandlingsteamet efter behov
Inddrag evt. pårørende
Sørg for i svære tilfælde at få supervision
Monitorer behandlingen med rating eller selvrapporteringskemaer

(bulimi, overspisning) mest er knyttet til borderlinepersonlighedsforstyrrelse, mens de restriktive spiseforstyrrelser (anoreksi) er knyttet til tvangsprægede typer [18]. Den ængstelig-undvigende personlighedsforstyrrelse og socialangst er genetisk beslægtede. De færreste med et ængstelig-undvigende mønster har socialangst, men er præget af en negativ selvopfattelse, skamfølelse og hypersensitivitet i interpersonelle relationer [19]. Samtidig tilstedeværelse af personlighedsforstyrrelse, særlig den dyssoziale, hos personer med alkoholmisbrug, er associeret med sværere psykologiske, fysiske og sociale problemer ved behandlingsstart. Videre får disse patienter hurtigere tilbagefald i misbrug efter påbegyndt behandling og falder hurtigere fra i behandlingen [20]. Helt særlige udfordringer er der ved skelnen mellem henholdsvis borderlinepersonlighedsforstyrrelse, bipolar sindslidelse type 2, ADHD og posttraumatisk stressreaktion (PTSD). Metaanalyser har vist store variationer i komorbiditet af borderlinepersonlighedsforstyrrelse hos patienter med bipolar lidelser (0-50%) og bipolar lidelse hos patienter med borderlinepersonlighedsforstyrrelse (0-62,5%) [21]. Det har afgørende kliniske implikationer, hvilken lidelse der opfattes som primær, da behandlingen ved den ene er helt overvejende medicinsk, mens den anden er psykoteraeutisk. ADHD kan være vanskelig at skelne fra borderlinepersonlighedsforstyrrelse og i nogle tilfælde også fra dyssozial personlighedsforstyrrelse på den ene side, og på den anden side udgør ADHD en risikofaktor for senere udvikling af personlighedsforstyrrelse generelt. Især alvorlig impulsivitet, selvmutilerende adfærd og suicidalitet, sort-hvid tænkning og dissociation kendetegner patienter med borderlinepersonlighedsforstyrrelse [22]. Kompleks PTSD er en ny diagnose, som bliver inkluderet i ICD-11. Tidlige traumer spiller en vigtig rolle som risikofaktor for især borderlinepersonlighedsfor-

styrrelse, og fænomenologien overlapper da også betragteligt [23].

EVIDENSBASERET BEHANDLING OG GODE RÅD

Flere psykoteraeutiformer ved borderlinepersonlighedsforstyrrelse har vist sig at være ligeværdige, hvad angår effekt, så i dag prøver man at finde de fællestræk, der karakteriserer god behandling på tværs af de eksisterende psykoteraeutiformer [24]. Mange patienter med personlighedsforstyrrelser får meget ofte medicin pga. følgetilstande som misbrug, depression, bulimi og angsttilstande, men selve personlighedsforstyrrelsen påvirkes dog ikke ad medicinsk vej, og i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling af emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse anbefales det også, at man pga. risiko for polyfarmaci er tilbageholdende med at anvende psykofarmaka [25]. Enkle grundlæggende behandlingsprincipper for psykiatere og læger med basale evner i samtaleterapi ved behandling af personlighedsforstyrrelser fremgår af Tabel 3 [26].

PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER I ALMEN PRAKSIS

Patienter med personlighedsforstyrrelser henvender sig mindst dobbelt så hyppigt som andre i almen praksis [27]. Mistillid, afhængighed, stridbarhed og krævende adfærd afleder ofte lægens fokus fra patientens kliniske behov. »Den vanskelige« patient har altså ofte en personlighedsforstyrrelse, som påvirker patient-læge-relationen negativt [28]. Alvorlig personlighedsforstyrrelse lader sig sjældent sufficient behandle i almen praksis, men klinikeren har stadig brug for metoder og enkle håndgrib til at undgå at møde patienten med modoverføringer i form af afvisning, vrede, straffende adfærd eller skyld og tristhed over manglende formåen, således at der kan samarbejdes tilstrækkeligt med disse patienter, til at de kan blive behørigt udredt og behandlet for såvel fysiske som psykiske lidelser [29].

DISKUSSION OG KONKLUSION

Der er ingen tvivl om, at vi står midt i en brydningstid, hvor kravet om empiri og evidens også kommer til at præge udviklingen inden for opfattelsen af personlighedsforstyrrelser, som historisk har været domineret af teorier og psykoteraeutiske retninger. I et klassifikationssystem, som er baseret på symptombeskrivelse, vil personlighedsopatologien dukke op som »komorbiditet« som udtryk for, at man ikke med symptomerne alene har fået det hele med i beskrivelsen af, hvori problemet og funktionstab består. Komorbiditet er imidlertid et væsentligt problem, når man skal vælge behandlingspakke. F.eks. vil der med henvisning til en depressionspakke ikke blive behandlet for evt. personlighedsforstyrrelse, som kan øge risikoen for recidiv.

Området personlighedsforstyrrelser har gennemgået et markant skifte igennem de seneste 25 år med

lovende nye behandlingsformer, forbedret diagnostik, udvikling af neurobiologisk og klinisk epidemiologisk forskning og påvisning af, hvor invaliderende disse lidelser er med nedsat socialt funktionsniveau og livskvalitet [30].

SUMMARY

Erik Simonsen, Maria Willer Meisner, Bo Bach & Mickey Kongerslev:

Diagnostic and treatment of personality disorders

Ugeskr Læger 2018;180:V09170672

Patients with personality disorders are common. They often have co-morbid mental and physical illnesses, poor quality of life, and severe social impairment. Yet, these disorders of personality are often undiagnosed. A detailed and carefully taken history and, at best, a structured interview are important for a valid diagnosis, description of dysfunctional traits and for the assessment of severity. An initial psychotherapeutic case formulation is important to enhance alliance and adherence. In case of psychiatric co-morbidities, depending on their severity, they should be treated first.

KORRESPONDANCE: Erik Simonsen. E-mail: es@regionsjaelland.dk

ANTAGET: 9. november 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 9. juli 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Munk-Jørgensen P, Najjarraq Lund M, Bertelsen A. Use of ICD-10 diagnoses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001-2007. *World Psychiatry* 2010;9:183-4.
- Simonsen E. Personlighedsforstyrrelser. I: Simonsen E, Møhl B, red. Grundbog i psykiatri. Hans Reitzels Forlag, 2017:555-78.
- Quirk SE, Berk M, Chanan AM et al. Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: a review. *Person Disord* 2016;7:136-46.
- Kongerslev MT, Chanan AM, Simonsen E. Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol* 2015;3:31-48.
- Hastrup LH, Kongerslev M, Simonsen E. Low vocational outcome among people diagnosed with borderline personality disorder during first admission to mental health services in Denmark: a Danish nationwide 9-year register-based study. *J Pers Disord*, 5. mar 2018 (e-pub ahead of print).
- Herpertz SC, Bertsch K. The social-cognitive basis of personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:73-7.
- Kongerslev MT, Bach B, Olsen CW et al. Dansk udgave af Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD): rationale, oversigt og oversættelse. Appendix B. I: First MB, Williams JBW, Benjamin LS et al, red. Guide til SCID-5-PD: Struktureret klinisk interview til DSM-5 - personlighedsforstyrrelser. Hogrefe, 2017.
- Pedersen L, Simonsen E. Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark - a register study. *Nord J Psychiatry* 2014;68: 543-8.
- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717-26.
- Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 2005;19:110-30.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.
- Tyrer P, Mulder R, Crawford M et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9:56-60.
- Bach B, Sellbom M, Kongerslev M et al. Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatr Scand* 2017;136:108-17.
- Andersen R, Simonsen E. Neurobiologien ved borderline-personlighedsforstyrrelse. *Ugeskr Læger* 2012;24:1664-7.
- Thomsen MS, Ruocco AC, Uliaszek AA et al. Changes in neurocognitive functioning after 6 months of mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2017;31:306-24.
- Bukh JD, Andersen PK, Kessing LV. Personality and the long-term outcome of first-episode depression: a prospective 5-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2016;77:e704-e710.
- Nelson B, Thompson A, Chanan AM et al. Is basic self-disturbance in ultra-high risk for psychosis («prodromal») patients associated with borderline personality pathology? *Early Interv Psychiatry* 2013;7:306-10.
- Lilenfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP et al. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26:299-310.
- Lampe L. Avoidant personality disorder as a social anxiety phenotype: risk factors, associations and treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:64-9.
- Newton-Howes GM, Foulds JA, Guy NH et al. Personality disorder and alcohol treatment outcome: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;211:22-30.
- Fornaro M, Orsolini L, Marini S et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;195:105-18.
- Witt O, Brücher K, Biegel G et al. Adult ADHD versus borderline personality disorder: criteria for differential diagnosis. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2014;82:337-45.
- Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1:9.
- Størebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (intervention protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD005652.
- Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur. <https://www.sst.dk/da/nkr/udgivelser> 2015 (2. jun 2015).
- Størebø OJ, Simonsen E. Evidensbaseret behandling, de generelle behandlingsprincipper og gode råd. I: Simonsen E, Mathiesen BB, red. Personlighed og personlighedsforstyrrelser. Hans Reitzels Forlag, 2017:397-433.
- Moran P, Jenkins R, Tylee A et al. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:52-7.
- Kealy D, Steinberg PI, Ogronczuk JS. »Difficult« patient? Or does he have a personality disorder? *J Fam Pract* 2014;63:697-703.
- Combs G, Oshman L. Pearls for working with people who have personality disorder diagnoses. *Prim Care* 2016;43:263-8.
- Rønningstam E, Simonsen E, Oldham JM et al. Studies of personality disorders: past, present, and future in recognition of ISSPD's 25th anniversary. *J Pers Disord* 2014;28:611-28.