

Behandling af borderline personlighedsforstyrrelser

Professor Carsten René Jørgensen, overlæge Morten Kjølbye, overlæge Charlotte Freund, psykolog Rikke Bøye, psykolog Henning Jordet & psykolog Diane Andersen

Emotionel ustabil personlighedsstruktur eller *borderline* personlighedsforstyrrelse (BPD) medfører ofte et stort resurseforbrug i social- og sundhedsvæsenet [1, 2], ligesom kontakten med behandlere, herunder egen læge, kan være konfliktfyldt. BPD er desuden forbundet med betydelig subjektiv lidelse samt markant nedsat socialt og arbejdsmæssigt funktionsniveau, der ofte strækker sig over mange år. Lidelsen består af fire centrale problemområder [3]:

1. Mangelfuld impulsregulering, herunder vanskeligheder med at kontrollere vrede og tendens til selvskade
2. Ustabile relationer, der bl.a. præges af angst for at blive forladt
3. Identitetsforstyrrelser, manifesteret ved bl.a. stærkt svingende selvopfattelse og tomhedsfølelse
4. Stærke følelsesmæssige svingninger

BPD er desuden forbundet med markant forøget selvmordsrisiko. Det anslås, at op til 10% af BPD-patienter suiciderer. I alt 1-1,5% af den voksne befolkning opfylder de diagnostiske kriterier for BPD [4], og 65-75% af BPD-patienter er kvinder [5]. Prævalensen er højest i ungdomsårene og det tidlige voksenliv. Særligt de impulsive symptomer aftager ofte fra omkring 40-års-alderen, imens man fortsat vil se betydelig følelsesmæssig forpintthed og generelt nedsat funktionsniveau [6].

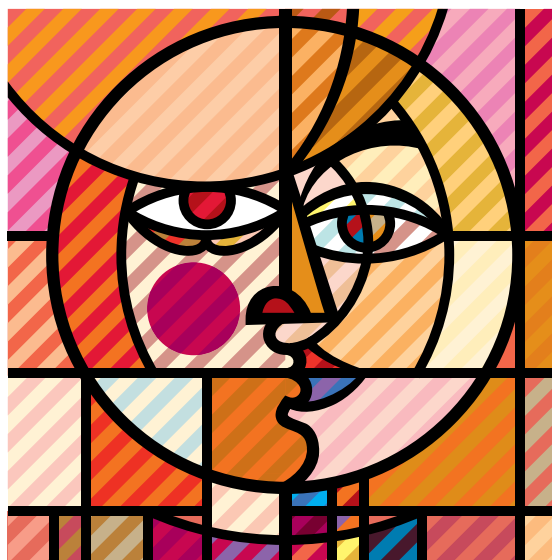
BPD manifesteres typisk i ungdomsårene eller det tidlige voksenliv, hvor eskalerende psykiske vanskeligheder sætter den unge bagud i forhold til sine jævnaldrende mht. uddannelse, etablering af nære relationer og normal udnyttelse af potentialer. Hyppigt ses en lang række komorbide lidelser, herunder især affektive lidelser, misbrug, spiseforstyrrelser, angsttilstande samt forskellige former for socialt utilpasset og selvskadende adfærd [7]. Det er typisk disse komorbide lidelser, der bringer den unge voksne i kontakt med behandlingssystemet, ikke den bagvedliggende BPD, som patienten typisk har ringe sygdomsindsigt omkring. En række af de vigtigste differentialdiagnoser er affektive (herunder bipolare) lidelser, alkohol- og stofmisbrug, *attention deficit and hyperkinetic disorder* (ADHD), posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) og andre personlighedsforstyr-

relser. Det er stadig en udbredt opfattelse, at BPD er stærkt behandlingsresistent. Dette er imidlertid ikke korrekt. Behandling af BPD er dog forbundet med en række særlige udfordringer, som bl.a. knytter sig til, at BPD-patienten ubevidst ofte udspiller sine interpersonelle vanskeligheder i interaktionen med behandlere, hvorfor psykoterapeutisk behandling bør varetages af specialtrænet personale.

I de senere år er der fremlagt en række – heraf flere manualiserede – modeller til intensiv og fokuseret psykoterapeutisk behandling af BPD: Mentaliseringsbaseret terapi (MBT) [8], dialektisk adfærdsterapi (DAT) [9], skemafokuseret terapi [10] og overføringsfokuseret terapi [11]. Desuden er der udviklet et program for struktureret færdighedstræning ved BPD [12]. Aktuelt må MBT og DAT betragtes som de mest udbredte og empirisk bedst understøttede behandlingsmodeller. I en randomiseret og kontrolleret effektundersøgelse [13, 14] har man fundet, at MBT har betydeligt større effekt end *treatment as usual* (TAU) på en lang række mål for behandlingsudbytte, og at denne forskel øges i en femårs follow-upperiode. Man har i en række randomiserede undersøgelser fundet, at DAT har klart bedre effekt end forskellige former for TAU [15, 16]. Langtidseffekten af DAT til behandling af BPD er imidlertid stadig underbelyst. I det seneste Cochrane *review* [17] konkluderes det, at alle psykoterapeutiske behandlinger af

STATUSARTIKEL

Aarhus Universitet,
Psykologisk Institut



Kubistisk popart – kunstnerisk illustration af *borderline*-patientens fragmenterede identitet og selvbillede.

BPD fortsat må betragtes som eksperimentelle, da de foreliggende randomiserede og kontrollerede studier er for få og for små. Man skal imidlertid være opmærksom på, at denne konklusion bygger på en gennemgang af effektstudier, der er fremlagt indtil 2003 og således ikke tager højde for, at der i de senere år er fremlagt en række effektstudier af især DAT og langtids effekten af MBT. Fokuseres der alene på antallet af fremlagte effektstudier, er DAT-behandlingen aktuelt bedre empirisk understøttet end MBT, og der er i særlig grad brug for flere undersøgelser, som kan belyse effekten af MBT. Omvendt bygger MBT på en mere dybtgående og konsistent forståelse af BPD-lidelsen – MBT-modellen rummer en langt mere udfoldet forståelse af BPD-forstyrrelsens kompleksitet. Desuden er MBT-behandlingen udviklet med henblik på specifik behandling af BPD, imens DAT oprindeligt primært er udviklet som en metode til korterevarende behandling af svært selvskadende og suicidale patienter. Elementer fra både DAT og MBT har efterhånden en vis udbredelse blandt danske BPD-behandlere, imens der stadig kun er relativt få specialklinikker, som arbejder mere systematisk med de to behandlingsmodeller. I det følgende præsenteres hovedelementerne i mentaliseringsbaseret psykoterapi.

MENTALISERINGSBASERET PSYKOTERAPI

Den mentaliseringsbaserede behandling søger at udvikle og stabilisere BPD-patientens evne til at mentalisere; evnen til at tænke realistiske og nuancerede tanker om hvordan egne og andres reaktioner kan hænge sammen med indre mentale tilstande; forestillinger, følelser, intentioner, impulser mv. Denne evne til at forstå andre indefra og sig selv udefra spiller en afgørende rolle for regulering af affekter/impulser,



FAKTABOKS

Karakteristika ved virksom behandling af borderline personlighedsforstyrrelse

Baseret på empirisk understøttede modeller synes virksom behandling af *borderline* personlighedsforstyrrelse generelt at være karakteriseret ved følgende:

Den er velstruktureret og teoretisk kohærent – hvor specifikke mentaliseringsbaserede/psykodynamiske og adfærdsterapeutiske/kognitive modeller er klart tættest på at være evidensbaserede.

I visse tilfælde er den flermodal; den kombinerer individuel og gruppebehandling, eventuelt suppleret med psykoedukation og medicinsk behandling.

Den er langvarig og intensiv (1-2 gange om ugen i 1-2 år eller mere).

Den er indlejret i specialiserede behandlingsteam (dagshospital eller psykiatrisk ambulatorium), hvor behandlere har mulighed for gensidig supervision.

Den tager afsæt i en aktiv, nysgerrigt undersøgende og strukturerende therapeutholdning.

Den udføres af specialuddannet personale.

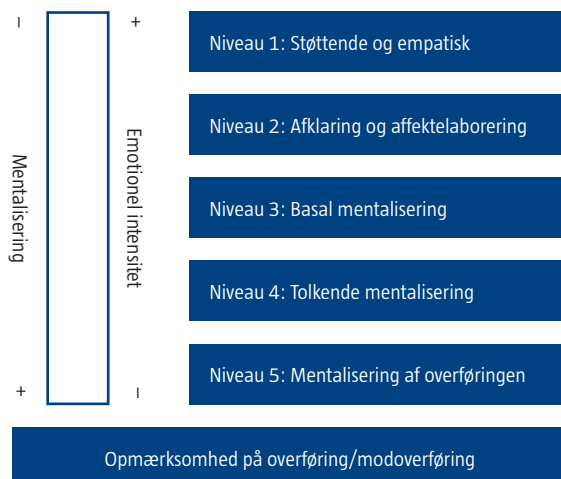
etablering af modne relationer samt forståelse af sig selv, egen identitet og andre. Hos den typiske BPD-patient er mentaliseringsevnen mangelfuldt udviklet og skrøbelig – den bliver markant forringet, når personen er under pres, særligt i forbindelse med følelsesmæssig *arousal* i mellem menneskelige relationer. Nedsat mentaliseringsevne kan bl.a. relateres til forstyrrelser i de tidlige tilknytningsrelationer og traumatiske oplevelser i opvæksten.

Målet med MBT er at træne BPD-patientens evne til at registrere og forstå egne følelser, at forestille sig, hvad andre tænker og føler samt gøre sig tanker om, hvordan egen og andres adfærd kan være forbundet med mentale tilstande.

Når en patient f.eks. fortæller om en betydningsfuld oplevelse eller en aktuel hændelse, som er emotionelt belastende, søger behandleren at forhindre, at BPD-patientens skrøbelige mentaliseringsevne bliver yderligere forringet. Dette sikres bedst gennem støttende og empatiske spejlinger af, hvordan patienten har det i den konkrete situation (**Figur 1**, niveau 1). Efter således at have skabt ro på den emotionelle front, søger behandleren at få tegnet et detaljeret billede af patientens subjektive oplevelse og følelser (niveau 2). Behandleren ser/hører og validerer/bekræfter patientens subjektive oplevelse som betydningsfuld og »rigtig« for patienten – og som forståelig i lyset af patientens situation og historie; f.eks.: »Når du oplever, at jeg ikke tager dig alvorligt, kan jeg godt forstå, at du bliver så vred«. Først derefter kan den fælles opmærksomhed

FIGUR 1

Interventionshierarki for mentaliseringsbaseret terapi.



ganske langsomt forskydes til, hvordan man kan forstå baggrunden for egen og andres adfærd – og hvordan andre kan have opfattet den samme hændelse (niveau 3). Desuden skabes forbindelser imellem mentale tilstande (hvordan patienten/andre har det), subjektive oplevelser (hvad patienten/andre oplever) og adfærd (patientens/andres adfærd), ligesom aktuelle hændelser forbindes med andre tilsvarende situationer i patientens liv (niveau 4). Den fælles opmærksomhed rettes således mod mentale tilstande, og hvordan menneskers handlinger kan hænge sammen med mentale tilstande: »Hvorfor tror du, at din kæreste sagde og gjorde det?«. Man søger at stimulere patientens nysgerrighed omkring baggrunden for egen og andres adfærd – »Gad vide hvorfor du sagde og gjorde det i den situation« – og katalyserer patientens refleksion omkring mentale tilstande, bl.a. ved brug af dynamiske kædeanalyser, hvor patient og behandler sammen undersøger og gør sig tanker om, hvad der helt konkret sker i situationer, hvor patientens vanskeligheder med at forstå egne og andres reaktioner udspiller sig. Samtidig opfordres patienten til at betragte samme hændelse/oplevelse fra flere forskellige perspektiver – »Kunne der være andre grunde til, at din læge ikke udskriver den medicin, du ønsker, end at han vil straffe dig/ikke kan forstå, hvordan du har det?«.

Behandleren er løbende opmærksom på, hvordan patientens vanskeligheder manifesteres i behandlingsrelationen her-og-nu – i overføringen og modoverføringen – og benytter de således opnåede observationer og informationer om patienten som baggrund for sine interventioner. Mere intensivt arbejde med behandlingsrelationen – mentalisering af, hvad der udspilles i overføringen (niveau 5) – anvendes først efter, der er etableret en bæredygtig behandlingsalliance og altid først efter empatiske og validerende interventioner.

Klinik for Personlighedsforstyrrelser ved Århus Universitetshospital er specialiseret i behandling af BPD. Halvdelen af klinikkens patienter tilbydes mentaliseringsbaseret kombinationsbehandling, der består af individuel og gruppeterapi (begge en gang om ugen). Den anden halvdel tilbydes mentaliseringsbaseret gruppeterapi en gang om ugen. Alle tilbydes desuden psykoedukation og medicinsk behandling i overensstemmelse med seneste *American Psychiatric Association* (APA)-anbefalinger. De to behandlingstilbud indgår i en randomiseret undersøgelse af behandlingseffekt [18].

MEDICINSK BEHANDLING OG HOSPITALSINDLÆGGELSE

Aktuelt foreligger der ikke sikker empirisk evidens for, at medicinsk behandling har effekt på BPD-lidelserens fire centrale problemområder. Psykoterapi er

førstevalg til behandling af BPD (eventuelt kombineret individuel og gruppeterapi), suppleret med psykoedukation og medicinsk behandling af komorbide lidelser. Der er en vis evidens for, at medicinsk behandling kan bidrage til behandlingen af særligt komorbid depression ved BPD [19, 20]. Der er ingen indikation for langvarig antipsykotisk behandling. Desuden bør benzodiazepinbehandling generelt undgås bl.a. pga. betydelig risiko for afhængighed.

Selv om BPD-patienter ofte befinder sig i en form for »permanent alarmtilstand«, og man som behandler kan få en oplevelse af, at hvis ikke man »gør noget« hurtigst muligt, vil der »ske noget forfærdeligt« – at patienten suiciderer, bliver voldelig – er det vigtigt, at man så vidt muligt har den ro, som patienten ikke har – at man forsøger at forstå baggrunden for patientens desperation – og kun hospitalsindlægger ved overhængende suicidalfare [3]. Desuden skal man være opmærksom på, at medicinsk behandling ikke bør igangsættes eller ændres på baggrund af en sådan »alarmtilstand« hos patienten – en alarmtilstand der naturligvis påvirker omgivelserne, herunder den medicinordinerende læge.

KORRESPONDANCE: Carsten René Jørgensen, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, DK-8240 Risskov. E-mail: carsten@psy.au.dk

ANTAGET: 2. september 2009

FØRST PÅ NETTET: 1. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A et al. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in bpd-patients. *Eur Psych* 2007;22:354-61.
2. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE et al. Treatment Utilization by Patients with Borderline-personality Disorders. *Am J Psych* 2001;158:295-302. Black DW, Blum N, Pfohl B et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004;18:226-39.
3. Jørgensen CR. Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderlidelser. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
4. Mattia JJ, Zimmerman M. Epidemiology. I: Livesley WJ (ed.). Personality disorders, theory, research, and treatment. New York: Guilford, 2001:107-23.
5. DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
6. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psych* 2007;164,:929-35.
7. Pfohl B. Comorbidity and borderline personality disorder. I: Zanarini MC, red. Borderline personality disorder. New York: Taylor & Francis, 2005:135-54.
8. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
9. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford, 1993.
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford, 2003.
11. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. psychotherapy for borderline personality. focusing on object relations. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006.
12. Blum N, John DS, Pfohl B et al. Systems training for emotional predictability and problemsolving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder. A Randomized Controlled Trial and 1 Year Follow-up. *Am J Psych* 2008;165:468-78.
13. Bateman A, Fonagy P. effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. A randomized controlled trial. *Am J Psych* 1999;56: 1563-9.
14. Bateman A, Fonagy P. 8-Year Follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment-as-usual. *Am J Psych* 2008;165:631-8.
15. Verheul R, Van den Bosch LMC, Koeter MWJ et al. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomised clinical trial in Netherlands. *Br J Psych* 2003;182:135-40.
16. Linehan MM, Comtois KA, Murray et al. Two-year randomized controlled trial

- and followup of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psych* 2006;63:757-66.
17. Cochrane collaboration psychological therapies for people with borderline personality. The Cochrane Library 2007a. New York: Wiley, 2007.
 18. Jørgensen CR, Kjølbye M, Freund C et al. Level of functioning in borderline patients. *Nord Psych* 2009;61:42-60.
 19. Cochrane Collaboration. Pharmacological Interventions for People with Borderline Personality. The Cochrane Library 2007b. New York: Wiley, 2007.
 20. NICE. Nice Clinical Guideline 78. Borderline personality disorder: Treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.

Leiomyomatøst hamartom ved tungebasis

1. reservelæge Christoffer Holst Hahn & reservelæge Helga Richert Munch-Petersen

KASUISTIK

Næstved Sygehus,
Øre-næse-halsafdeling,
og Gentofte/Herlev
Hospitaller, Patologisk
Afdeling

Et hamartom er defineret som en nonneoplastisk udviklingsanomali, der skyldes excessiv vækst af normale celler og/eller væv uden for dets normale område i samme region. Mikroskopisk forekommer det pågældende væv i et ændret arrangement eller mængdeforhold [1, 2]. Hamartomer klassificeres histopatologisk i henhold til hovedkomponenten, og et leiomyomatøst hamartom (LH) består kun eller overvejende af glatte muskelceller. LH ses hyppigst i nyrer og lunger, men kun sjældent i mundhulen [3]. Dette tilfælde er det første LH i mundhulen, der rapporteres i dansksproget litteratur, og det 19. tilfælde i engelsksproget litteratur [1].

SYGEHISTORIE

En to år gammel pige blev henvist fra egen otolog under diagnosen polyp på tungen. Pigen var ikke genet af polyppen og var i øvrigt sund og rask. Moderens graviditet og fødsel var forløbet normalt, og der var ingen dispositioner til medfødte misdannelser. Forældrene vidste ikke, hvor længe polyppen havde siddet

på tungen. Objektiv undersøgelse viste en glat, hvidlig og stillet pedulerende proces på $1,6 \times 1,3 \times 1,1$ cm, der udgik fra foramen caecum i midtlinjen på tungebasis. Pga. beliggenheden blev der fortaget ultralyd af halsen, som viste en normal glandula thyroidea. Processen blev eksstirperet in toto i general anæstesi uden komplikationer.

Histologisk undersøgelse viste en polypøs proces, der var beklædt med veldifferentieret pladeepitel med bundter af glatte muskelceller på kryds og tværs i det underliggende stroma. De enkelte celler var ensartede med cigarformede kerner med lyst kromatin, der var omgivet af et eosinofilt cytoplasma. Cellerne var positive for aktin og desmin, hvilket bekræftede, at det drejede sig om glattemuskelceller, der normalt ikke forekommer i tungens væv ud over i karvæggene. Indlejret mellem muskelfibrene forekom der mukøse spytkirtler, og i bunden af præparatet forekom serøse spytkirtler. På toppen af de nævnte forandringer forekom modent lobuleret fedtvæv (se **Figur 1**). På det foreliggende var konklusionen, at det drejede sig om en benign, mesenkymal kompleks proces bestående af komponenter, der normalt forekommer i tungen, og som i litteraturen betegnes som et leiomyomatøst hamartom.

DISKUSSION

Leiomyomatøst hamartom i cavum oris er en udviklingsdefekt, der typisk findes i midtlinjen enten ved foramen caecum på tungeryggen (ti tilfælde inklusive dette) eller ved foramen incisivum i den hårde gane eller anteriort på tungespidsen [2, 3]. Placeringen skyldes, at disse steder er fusionsområder under den embryologiske udvikling [4]. Der er ingen sikker association med andre udviklingsdefekter [2]. LH opdages typisk i første dekade af livet og vokser sjældent. Halvdelen af alle tilfælde er set blandt japanere. Klinisk ses typisk en asymptomatisk lille, stillet, bleg og lyserød polyp (< 1,5 cm) i midtlinjen af cavum

FIGUR 1

Alcian-VanGieson-farvning af det leiomyomatøse hamartom. Glat muskulatur er gult, kollagen er rødt, de mukøse spytkirtler er blå, og fedt er hvidt.

