

# Farmakoterapi har effekt på nogle symptomer ved borderline-personlighedsforstyrrelse

Sigurd Benjaminsen

Borderline-personlighedsforstyrrelse (BPD) er karakteriseret ved impulsivitet, affektiv ustabilitet, upassende og intens vrede, forstyrret identitetsfølelse, kronisk tomhedsfølelse, undgåelse af at blive ladt alene, gentagne tilfælde af selvskadende adfærd samt ustabile og intense interpersonelle relationer. Forekomsten af BPD i den danske befolkning kendes ikke. I udenlandske, epidemiologiske studier var prævalensen af BPD gennemsnitligt 1,6%, men spredningen var stor (0,7-5,9%) [1, 2]. I almen praksis var prævalensen af BPD fire gange større og i psykiatrien 10-15 gange større end i den generelle befolkning [3-6]. Patienter med BPD har høj forekomst af psykiatrisk komorbiditet, hyppigst depression, angsttilstande, spiseforstyrrelser og misbrug af psykoaktive stoffer, og der er øget risiko for selvmord [2, 3, 7-9]. BPD medfører subjektiv lidelse, nedsat social funktionsevne og hyppige kontakter til sundhedsvæsenet [1-3, 5, 10].

Ætiologien til BPD er kompleks med flere interagerende årsagsfaktorer. Arvefaktoren i store tvillingestudier var ca. 67%, dvs. af omtrent samme størrelse som for skizofreni og bipolar sindslidelse [11]. I prospektive, kontrollerede studier har man fundet sammenhæng mellem svære belastninger og svigt i barndommen og BPD som voksen [12, 13]. BPD er blevet opfattet som en udviklingsforstyrrelse og forklaret med både psykologiske og neurobiologiske teorier [12]. I neurobiologisk forskning har man fundet strukturelle og funktionelle ændringer i hjerneområder, som har betydning for regulering af emotioner, impulsiv adfærd og eksekutive funktioner (amygdala, hippocampus og orbito-frontal-regionen) samt et hypersensitivt stress-system (hyperreaktiv hypothalamus-hypofyse-binyre-akse) [12]. Neurobiologien ved BPD er for nylig blevet beskrevet af Andersen & Simonsen i en statusartikel [14].

Tidligere ansås BPD for at være en kronisk tilstand. Flere forløbsstudier har imidlertid vist, at BPD debuterer i adolescensen, har maksimal sværhedsgrad i 18-25-årsalderen og remitterer i 30-50-årsalderen hos 50-90% [4, 6, 9]. Remission blev defineret som en tilstand, hvor de diagnostiske kriterier for BPD ikke længere var opfyldt. Mindre end 20% fik recidiv af BPD [4, 6]. I et forløbsstudie havde ca. 33% remission allerede efter to år og 75% efter seks år [9].

## BEHANDLINGSMETODER

Psykototerapi er førstevalg til behandling af patienter med BPD [6, 15-17]. Der er dokumentation for effekt af dialektisk adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi [6, 15, 18]. Psykototerapi til patienter med BPD er beskrevet af Jørgensen *et al* i en statusartikel [15].

De fleste patienter med BPD får kun standardbehandling, men der er også høj remissionsrate efter nogle år under et naturalistisk forløb [4, 9, 10, 19]. Der er evidens for, at specifikke psykoteraformer kan give en hurtigere remission, end der sker under et naturalistisk forløb [4, 20].

Skønt psykototerapi anbefales som behandlingsmetode, er den kliniske virkelighed, at farmakoterapi af BPD er mere reglen end undtagelsen [5]. Forløbsstudier har vist, at 33% (spredning: 29-67%) af patienterne med BPD blev farmakologisk behandlet [5]. Over en periode på seks år fik ca. 70% af patienterne med BPD psykofarmaka i over 75% af tiden, ca. 50% indtog mindst to psykofarmaka, og ca. 40% fik mindst tre psykofarmaka [5].

Der er ikke konsensus om farmakoterapi af BPD. Efter den britiske kliniske retningslinje bør farmakologisk behandling undgås ved behandling af både selve BPD og individuelle symptomer og adfærd, som er associeret med denne tilstand [16]. I modsætning hertil anbefalede man i den amerikanske kliniske retningslinje brug af farmakoterapi ved behandling af BPD og især brug af antidepressiva [17]. Den samme anbefaling blev givet af The World Federation of Societies of Biological Psychiatry [21]. I nyere meta-



## STATUSARTIKEL

Psykiatrisk Afdeling  
Odense –  
Universitetsfunktion

Ugeskr Læger  
2014;176:V03130156

Borderline-personlighedsforstyrrelse har størst sværhedsgrad i de yngre år.

TABEL 1

Antipsykotikas effekt på borderline-personlighedsforstyrrelse.

Metaanalyse af RCT	Statistisk effekt: signifikant <sup>a</sup> eller ikke-signifikant				
	aripiprazol	olanzapin	ziprasidon	haloperidol	alle <sup>b</sup>
<i>Cochraneoversigt, 2010 [26, 27]</i>					
Impulsivitet	s <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Vrede	s <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	ns <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	–
Affektiv ustabilitet	–	s <sup>c</sup>	ns <sup>d</sup>	–	–
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	s <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Interpersonelle problemer	s <sup>d</sup>	–	ns <sup>d</sup>	–	–
Selvmoedsadfærd/ selvbeskadigelse	–	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
Undgåelse af at blive ladet alene	–	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
Identitetsforstyrrelser	–	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
Kronisk tomhedsfølelse	–	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
BPD-sværhedsgrad	–	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
Ledsagende psykopatologi:					
Depressive symptomer	s <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Angst	s <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Generel psykopatologi	s <sup>d</sup>	ns	ns <sup>d</sup>	ns	–
<i>Ingenhoven et al, 2010 [28]</i>					
Affektiv dysregulering:					
Depressive symptomer	–	–	–	–	ns
Angst	–	–	–	–	ns
Vrede	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Affektlabilitet	–	–	–	–	ns <sup>d</sup>
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Impulsiv, dyskontrolleret adfærd	–	–	–	–	ns
Generel funktionsevne	–	–	–	–	sc
<i>Australsk klinisk retningslinje, 2012 [29]</i>					
Vrede	s <sup>d</sup>	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
Fjendtlighed	s <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Irritabilitet	–	s <sup>c</sup>	–	–	–
Selvmoedsadfærd/ selvbeskadigelse	–	ns	ns <sup>d</sup>	–	–
Interpersonel og social funktion	s <sup>d</sup>	ns	–	–	–
BPD-symptomer	–	s <sup>c</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Depression	s <sup>d</sup>	ns	ns <sup>d</sup>	ns	–
Angst	s <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	–
Generel psykopatologi	s <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Generel funktionsevne	–	s <sup>c</sup>	–	s <sup>c</sup>	–

– = ikke angivet; BPD = borderline-personlighedsforstyrrelse; ns = statistisk ikke-signifikant;

RCT = randomiseret klinisk forsøg; s = statistisk signifikant.

a) Defineret som  $p < 0,05$ .

b) Klasseeffekt af aripiprazol, olanzapin, risperidon og haloperidol.

c)  $\geq 2$  RCT i analysen.

d) Kun 1 RCT i analysen.

analyser har man påvist effekt af antiepileptika og atypiske antipsykotika på nogle få symptomer og kun svag eller ingen effekt af antidepressiva [22-28]. Formålet med nærværende statusartikel var at belyse evidensen for effekt af farmakologisk behandling af BPD.

## FAKTABOKS

Prævalensen af borderline-personlighedsforstyrrelse (BPD) i den generelle, danske befolkning kendes ikke, men i udenlandske epidemiologiske studier var den gennemsnitligt 1,6% (0,7-5,9%).

BPD debuterer i adolescensen, har maksimal sværhedsgrad i 20'erne og remitterer i de fleste tilfælde i 30-50-årsalderen.

Patienter med BPD har en høj forekomst af psykiatrisk komorbiditet, og deres brug af sundhedsydelser er relativt høj.

Psykioterapi er første behandlingsvalg ved BPD, og der er dokumenteret effekt af specifikke psykioterapimetoder.

Generelt er evidensen for effekt af farmakoterapi ved BPD og ledsagende symptomer svag, og denne kendsgerning står i kontrast til den udbredte brug af farmakoterapi ved behandling af BPD.

Der er ikke dokumentation for, at farmakoterapi har effekt på de fleste af kernetrækkene ved BPD eller på sværhedsgraden af BPD.

I randomiserede kliniske forsøg har man påvist signifikant effekt af antiepileptika (topiramet og lamotrigin) og atypiske antipsykotika (aripiprazol og olanzapin) på enkelte træk og ledsagesymptomer ved BPD, men evidensen beror på enkelte studier.

Antidepressiva har ingen dokumenteret effekt eller en ubetydelig effekt på BPD og ledsagende symptomer.

Intet lægemiddel er registreret til behandling af BPD, og farmakoterapi er kun adjuverende behandling til psykioterapi eller anden psykosocial behandling.

De fleste patienter med BPD får kun standardbehandling, og også i denne gruppe vil de fleste bedres gradvist over nogle år.

## EVIDENS FOR EFFEKT AF FARMAKOTERAPI

Farmakologisk behandling af BPD bygger på den antagelse, at der svarende til de abnorme personlighedstræk og den afvigende adfærd findes tilgrundliggende neurobiologiske ændringer, hvoraf nogle er dysregulerede neurotransmittersystemer.

Resultaterne af de seneste metaanalyser af effekten af farmaka på BPD er skitseret i **Tabel 1**, **Tabel 2** og **Tabel 3** [26-29]. Cochranemetaanalysen inkluderede 26 randomiserede kliniske forsøg (RCT), der havde placebo-gruppe og var publiceret til og med 2009 [26, 27]. Den gennemsnitlige alder var mellem 21,7 år og 38,6 år. I *Ingenhoven et al's* metaanalyse indgik 21 RCT fra perioden 1980-2007 [28]. I den australske metaanalyse medtog man 18 RCT fra perioden 1993-2009 [29]. I to af metaanalyserne vurderede man effekten af de enkelte præparater [27, 29], mens *Ingenhoven et al* analyserede effekten af en klasse af præparater, f.eks. antipsykotika [28]. Som udfaldsmål vurderede man i Cochranemetaanalysen og den australske metaanalyse ændringer af de enkelte kernetræk ved BPD og ledsagesymptomer. *Ingenhoven et al* brugte en psykobiologisk model og inddelte træk ved BPD i tre hovedgrupper: 1) affektiv dysregulering (tendens til depressive symptomer,

angst, upassende vrede og affektabilitet), 2) impulsiv, dyskontrolleret adfærd (impulsiv aggressivitet, tendens til selvbeskadigelse mv.) og 3) kognitive-perceptuelle forstyrrelser (mistænksomhed, selvhønlende tænkning, paranoide forestillinger, illusionære oplevelser, hallucinationslignende symptomer mv.).

Det ses af Tabel 1, Tabel 2 og Tabel 3, at der var statistisk signifikant effekt af atypiske antipsykotika og antiepileptika på flere variabler, mens antidepressiva kun havde effekt på få variabler. Den signifikante effekt i Cochranenanalyse var stor for lamotrigin, topiramet og aripiprazol på impulsivitet og upassende vrede. Effekten var størst for topiramats effekt på impulsivitet, *standardized mean difference* (SMD):  $-3,36$  (95% konfidens-interval (KI):  $-4,44$  til  $-2,27$ ) og upassende vrede, SMD:  $-3,00$  (95% KI:  $-3,64$  til  $-2,36$ ) [26, 27]. Aripiprazol og olanzapin havde moderat effekt på kognitive-perceptuelle forstyrrelser. Fluvoxamin og lamotrigin havde moderat til stor effekt på affektiv ustabilitet. Der var signifikant effekt af aripiprazol, olanzapin og topiramet på angst, og for topiramet var effekten stor. Effekttørrelsen for de fleste signifikante virkninger var lille. Der var ikke statistisk signifikant effekt af farmakoterapi på sværhedsgraden af BPD. Der var ingen signifikant effekt af farmakoterapi på kernesymptomerne: identitetsforstyrrelse, kronisk tomhedsfølelse og undgåelse af at blive ladet alene, men kun få studier havde ændringer af disse BPD-træk som udfaldsmål.

Bivirkningerne ved behandling med antiepileptika var få og på placeboniveau med undtagelse af signifikant vægttab ved topirametbehandling. Bivirkninger ved antipsykotisk behandling blev kun grundigt rapporteret for olanzapin, der gav signifikant flere bivirkninger end placebo, især vægtøgning, sedation og dyslipidæmi.

De fleste resultater var baserede på et enkelt studie. Antallet af patienter var lille (16-108), bortset fra i to studier om effekten af olanzapin, hvor der indgik henholdsvis 301 og 314 patienter. Den statistiske styrke til at vise signifikant effekt var derfor lille for de fleste studier. Da *Ingenhoven et al* ikke analyserede effekten af det enkelte præparat, men effekten af ethvert antipsykotikum, antidepressivum og antiepileptikum (klasseeffekten), kunne flere studier slås sammen, hvis de ikke var for heterogene [28]. *Ingenhoven et al* fandt stor signifikant effekt af antiepileptika på impulsiv, dysreguleret adfærd, upassende vrede og angst. Antipsykotika havde moderat effekt på kognitive-perceptuelle forstyrrelser og vrede. Der var signifikant effekt af både antipsykotika og antiepileptika på generel funktionsevne [28]. Der var ikke signifikant effekt af antidepressiva på depressive symptomer, men en lille til moderat effekt på angst.



TABEL 2

Antidepressivas effekt på borderline-personlighedsforstyrrelse.

Metaanalyse af RCT	Statistisk effekt: signifikant <sup>a</sup> eller ikke-signifikant				
	fluoxetin	fluvoxamin	amitriptylin	phenelzin	alle <sup>b</sup>
<i>Cochraneoversigt, 2010</i> [26, 27]					
Impulsivitet	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	–
Vrede	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	ns	–
Affektiv ustabilitet	–	s <sup>d</sup>	–	–	–
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	–	–	ns <sup>d</sup>	–	–
Interpersonelle problemer	–	–	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	–
Selvmoedsadfærd/selvbeskadigelse	ns <sup>d</sup>	–	–	–	–
Undgåelse af at blive ladet alene	–	–	–	–	–
Identitetsforstyrrelser	–	–	–	–	–
Kronisk tomhedsfølelse	–	–	–	–	–
BPD-sværhedsgrad	–	–	–	ns <sup>d</sup>	–
Ledsagende psykopatologi:					
Depressive symptomer	ns	–	s <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	–
Angst	ns <sup>d</sup>	–	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	–
Generel psykopatologi	–	–	–	ns <sup>d</sup>	–
<i>Ingenhoven et al, 2010</i> [28]					
Affektiv dysregulering:					
Depressive symptomer	–	–	–	–	ns
Angst	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Vrede	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Affektabilitet	–	–	–	–	ns <sup>d</sup>
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	–	–	–	–	ns
Impulsiv, dyskontrolleret adfærd	–	–	–	–	ns
Generel funktionsevne	–	–	–	–	ns
<i>Australsk klinisk retningslinje, 2012</i> [29]					
Vrede	–	ns <sup>d</sup>	–	–	–
Fjendtlighed	–	–	–	s <sup>d</sup>	–
Irritabilitet	–	–	–	–	–
Selvmoedsadfærd/selvbeskadigelse	–	–	–	–	–
Interpersonel og social funktion	–	–	–	–	–
BPD-symptomer	–	s <sup>d</sup>	–	ns	–
Depression	–	–	–	ns	–
Angst	–	–	–	ns <sup>d</sup>	–
Generel psykopatologi	–	–	–	ns	–
Generel funktionsevne	–	–	–	ns	–

– = ikke angivet; BPD = borderline-personlighedsforstyrrelse; ns = statistisk ikke-signifikant; RCT = randomiseret klinisk forsøg; s = statistisk signifikant.

a) Defineret som  $p < 0,05$ .

b) Klasseeffekt af fluoxetin, fluvoxamin, amitriptylin og phenelzin (monoaminoxidasehæmmer).

c)  $\geq 2$  RCT i analysen.

d) Kun 1 RCT i analysen.

## EVIDENSENS KVALITET

Effekttørrelsen i en metaanalyse varierer med graden af publikationsbias, kvaliteten af RCT, herunder inklusionskriterierne for RCT, og valg af variabler for udfaldsmål.

Da der kun var et enkelt studie for de fleste variabler eller kun få studier i de sammenlagte data, var

TABEL 3

Antiepileptikas effekt på borderline-personlighedsforstyrrelse.

Metaanalyse af RCT	Statistisk effekt: signifikant <sup>a</sup> eller ikke-signifikant				
	carbamazepin	valproat	lamotrigin	topiramet	alle <sup>b</sup>
<i>Cochraneoversigt, 2010 [26, 27]</i>					
Impulsivitet	ns <sup>d</sup>	ns	s <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	–
Vrede	ns <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	–
Affektiv ustabilitet	–	–	s <sup>d</sup>	–	–
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	ns <sup>d</sup>	–	–	ns <sup>d</sup>	–
Interpersonelle problemer	ns <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	–	s <sup>d</sup>	–
Selvmoedsadfærd/selvbeskadigelse	–	ns <sup>d</sup>	–	–	–
Undgåelse af at blive ladet alene	–	–	–	–	–
Identitetsforstyrrelser	–	–	–	–	–
Kronisk tomhedsfølelse	–	–	–	–	–
BPD-sværhedsgrad	–	–	ns <sup>d</sup>	–	–
Ledsagende psykopatologi:					
Depressive symptomer	ns <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	–	ns <sup>d</sup>	–
Angst	ns <sup>d</sup>	–	–	s <sup>d</sup>	–
Generel psykopatologi	ns <sup>d</sup>	–	–	s <sup>d</sup>	–
<i>Ingenhoven et al, 2010 [28]</i>					
Affektiv dysregulering:					
Depressive symptomer	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Angst	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Vrede	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Affektlabilitet	–	–	–	–	–
Kognitive-perceptuelle forstyrrelser	–	–	–	–	ns
Impulsiv, dyskontrolleret adfærd	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
Generel funktionsevne	–	–	–	–	s <sup>c</sup>
<i>Australsk klinisk retningslinje, 2012 [29]</i>					
Vrede	–	ns	s <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	–
Fjendtlighed	ns <sup>d</sup>	ns <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	–
Irritabilitet	–	s <sup>d</sup>	–	–	–
Selvmoedsadfærd/selvbeskadigelse	–	ns <sup>d</sup>	–	–	–
Interpersonel og social funktion	ns <sup>d</sup>	s <sup>d</sup>	–	s <sup>d</sup>	–
BPD-symptomer	–	–	ns <sup>d</sup>	–	–
Depression	ns <sup>d</sup>	s <sup>c</sup>	–	ns <sup>d</sup>	–
Angst	ns <sup>d</sup>	–	–	s <sup>d</sup>	–
Generel psykopatologi	ns <sup>d</sup>	–	–	s <sup>d</sup>	–
Generel funktionsevne	ns <sup>d</sup>	–	–	–	–

– = ikke angivet; BPD = borderline-personlighedsforstyrrelse; ns = statistisk ikke-signifikant; RCT = randomiseret klinisk forsøg; s = statistisk signifikant.

a) Defineret som  $p < 0,05$ .

b) Klasseeffekt af carbamazepin, valproat, lamotrigin og topiramet.

c)  $\geq 2$  RCT i analysen.

d) Kun 1 RCT i analysen.

det ikke muligt at vurdere publikationsbias ved en grafisk analyse.

Der var betydelige metodologiske svagheder i de fleste af de inkluderede RCT [16, 17, 21-29], og studiernes generaliserbarhed var tvivlsom. Patientmaterialet var i de fleste RCT lille og ikke repræsentativt. De fleste studier omfattede ambulante patienter med

lettere BPD, mens andre kun inkluderede indlagte patienter med svær BPD. Nogle ambulante patienter indgik efter kontakt med en akutmodtagelse, mens andre blev rekrutteret ved annoncering. I de fleste studier ekskluderede man patienter med komorbiditet, men dette gjaldt ikke i alle studier. I nogle studier inkluderede man patienter med komorbiditet, hvis de ikke havde symptomer på komorbiditet på tidspunktet for inklusion i studiet. Samtidig forekomst af anden personlighedsdiagnose (akse II-komorbiditet) forekommer hyppigt, men i de fleste studier redegjorde man ikke herfor. I Cochraneanalysen og den australske kliniske retningslinje inkluderede man kun patienter, der havde BPD efter DSM-kriterier, mens *Ingenhoven et al* inkluderede patienter med BPD og/eller skizotypisk personlighedsforstyrrelse. Bortfaldsgruppen var stor, gennemsnitligt 23% (spredning: 3-63%) [26-29]. Et stort bortfald er ødelæggende for randomiseringen. Behandlingstiden var kort, gennemsnitligt ca. 12 uger (spredning: 5-26 uger) [26-29]. I flere studier blev patienterne ikke alene behandlet med et lægemiddel eller placebo, men fik samtidig psykoterapi. Der kan være additiv effekt af psyko- og farmakoterapi, og psykoterapi kan være en konfounder. Der er kun givet få oplysninger om samtidig psykoterapi. I studierne vurderede man effekten af farmaka på BPD, der var defineret efter den amerikanske diagnoseliste DSM, men overlappningen mellem BPD, der er diagnosticeret efter henholdsvis DSM-IV og ICD-10, er kun moderat (ca. 75%) [30].

Det er kun enkelte af BPD's kernetræk, som reduceres ved farmakologisk behandling. Der er ingen kurativ effekt af farmakoterapi, og den begrænsede virkning skal altid afvejes i forhold til lægemidlets bivirkninger. Farmakoterapi må aldrig blive førstevalg. En risiko ved farmakologisk behandling af BPD kan være, at fokus alene bliver på den medikamentelle behandling. Farmakoterapi er kun en adjuverende behandling, som eventuelt kan medvirke til, at en patient med svær BPD kan opnå en tilstand, hvor indlæring af nye mestringsstrategier ved psykosocial behandling bliver mulig. Principielt bør der kun behandles med et enkelt præparat (monoterapi). Hvis der er misbrug af psykoaktive stoffer, skal det vurderes, om der er risiko for interaktion. Risiko for selvmordsforsøg med medicin bør altid tages i betragtning ved receptudstedelse.

## KONKLUSION

De fleste patienter med BPD bedres langsomt i løbet af nogle år. Bedringen sker ved et naturalistisk forløb, hvor der ofte er perioder med standardbehandling. Der er evidens for, at antiepileptika (lamotrigin og to-

piramat) og det atypiske antipsykotikum aripiprazol kan reducere impulsivitet og upassende vrede, og at atypiske antipsykotika (aripiprazol og olanzapin) har effekt på kognitive-perceptuelle forstyrrelser. Da evidensen overvejende beror på enkelte studier, kan fremtidige RCT ændre på denne konklusion. Der er ikke dokumentation for, at antiepileptika eller atypiske antipsykotika har effekt på sværhedsgraden af BPD eller på de fleste kernesymptomer.

Antidepressiva havde ingen eller en ubetydelig effekt på BPD og associerede symptomer. Mens der er evidens for, at specifikke psykoterapiformer kan fremskynde den naturalistiske bedring af BPD, mangler der dokumentation for denne effekt af farmakoterapi. Fremtidige kontrollerede forløbsstudier er nødvendige for at kunne belyse, om farmakoterapi kan fremskynde den naturalistiske bedring af BPD.

**KORRESPONDANCE:** Sigurd Benjaminsen, Psykiatrisk Afdeling Odense – Universitetsfunktion, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.  
E-mail: sigurd.benjaminsen@rsyd.dk

**ANTAGET:** 4. juni 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 19. august 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

- Torgersen S. Prevalence, sociodemographics and functional impairment. I: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, red. Essentials of personality disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2009:83-102.
- Grant BF, Chou P, Goldstein RB et al. 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* 2008;69:533-45.
- Gross R, Olsson M, Gamaroff M et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med* 2002;162:53-60.
- Paris J. Outcome and epidemiological research on personality disorders: implications for classification. *J Pers Disord* 2005;19:557-62.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 2004;65:28-36.
- Paris J. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology and outcome. *Ann Rev Clin Psychol* 2009;5:277-90.
- 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.
- Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:571-8.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord* 2005;19:505-23.
- Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT et al. The Collaborative Longitudinal Personality Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord* 2005;19:487-504.
- Torgersen S, Myers J, Reichborn-Kjennerud T et al. The heritability of cluster B personality disorders assessed by personal interview and questionnaire. *J Pers Disord* 2012;26:848-66.
- Baird AA, Veague HB, Rabbit CE. Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Develop Psychopathology* 2005;17:1031-49.
- Johnson JG, Cohen P, Chen H et al. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:579-87.
- Andersen R, Simonsen E. Neurobiologien ved borderline-personlighedsforstyrrelse. *Ugeskr Læger* 2012;174:1664-7.
- Jørgensen CR, Kjølbye M, Freund C et al. Behandling af borderline-personlighedsforstyrrelser. *Ugeskr Læger* 2010;172:707-10.
- National Collaboration Centre for Mental Health. Borderline personality disorder. The NICE Guideline on Diagnosis and Management of Borderline Personality Disorder, 2009. www.nice.org.uk (14. apr 2011).
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(suppl 10):1-52.
- Duggan C, Huband N, Smailagic N et al. The use of psychological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Pers Ment Health* 2007;1:95-125.
- Zanarini MC. Reasons for change in borderline personality disorder (and other Axis II disorders). *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:505-15.
- Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:1312-21.
- Herpertz SC, Zanarini M, Schultz CS et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry* 2007;8:212-44.
- Nose M, Cipriani A, Biancosino B et al. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:345-53.
- Duggan C, Huband N, Smailagic N et al. The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Pers Ment Health* 2008;2:119-70.
- Abraham PF, Calabrese JR. Evidence-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics. *J Affect Dis* 2008;111:21-30.
- Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord* 2009;23:156-74.
- Lieb K, Völlm B, Rucker G et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196:4-12.
- Stoffers J, Völlm BA, Rucker G et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;6:CD005653.
- Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010;71:14-25.
- National Health and Medical and Medical Research Council. Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2012.
- Ottosson H, Ekselius L, Grann M et al. Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *J Pers Disord* 2002;16:283-92.



**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK**  
**25. AUGUST 2014**

**Livstruende underernæring efter gastrisk bypass behandlet med reetablering af normal tarmanatomi**

*Inge Marie Poulsen, Dorte Lindqvist Hansen & Karin Elmegård Grønnebæk*

**Fælles beslutningstagning i psykiatrien**

*Lisa Korsbek, Lone Petersen & John Hagel Mikkelsen*

**Torsades de pointes-ventrikulær takykardiuløst hjertestop pga. Borrelia-myokarditis**

*Troels Bek Jensen, Dorte Dalsgaard & Jens Brock Johansen*

**Ultrad lydskanning ved recidivmonitorering for thyroideacancer**

*Finn Noe Bennedbak & Laszlo Hegedüs*

**Steroidbehandling og risiko for glaukom**

*Peter Jeppesen & Susanne Krag*

**Immunglobulin E-medieret allergisk shock efter indtagelse af lammekød**

*Kasper Lorenz Johansen & Kirsten Rasmussen*

**Differentialdiagnostiske overvejelser ved tumor på tungen hos 43-årig mand**

*Elisabeth Arndal*

**Forlænget brug af penisring kan medføre alvorlige problemer**

*Katrine Schou-Jensen & Nessn Azawi*

**Patient med intraktabelt delirium behandlet med elektrokonvulsiv stimulation**

*Eske Lindgren & Ida Hageman*

**Natalizumab kan inducere progressiv multifokal neuroencefalopati**

*Ásta Theódórsdóttir, Morten Blaabjerg & Masoud Falah*