

Løbende titel: AT HÆLDE EN STORM I ET GLAS

At Hælde en Storm i et Glas

*- et systematiseret litteraturstudie af selvmedicinering hos individer med
borderline personlighedsforstyrrelse*

Kandidatspeciale i psykologi

Marie Troelsgaard 20115158



Aalborg Universitet 31. Maj 2017

Vejleder: Chalotte Glintborg

Antal tegn: 113.731 svarende til antal normalsider: 47,38

Abstract

The present study seeks a deeper etiological understanding of the complex and challenging nature of the correlation between borderline personality disorder and alcohol abuse. This purpose arose from an earlier study investigating personality disorders and alcohol abuse. In the first study it became clear, that the primary understanding of the correlation was as a form of affect regulation strategy, also known as *the self-medication hypothesis*, which is sought further investigated and challenged in this present paper. In the present study borderline personality disorder was found especially interesting, since it has the highest correlation with substance use disorders according to *the National Clinical Guidelines* in Denmark.

The study consists of a systematized literature review; searches were conducted in three major psychological databases. The thematic analysis of the 12 included articles viewed the design, demographics and results of the studies by using *the Matrix Method*. The focal points were aspects of affect dysregulation, impulsivity, interpersonal functioning and development. The literature regarding personality disorders and alcohol abuse, represented by the included studies, is affected by methodical weaknesses. There is a vast heterogeneity of results that can stem from designs, sample sizes, inclusion criteria, gender distribution and the measurements used.

With its limitations in mind, the paper ultimately concludes that the understanding of the correlation between the two disorders cannot be contributed to *self-medication* alone, mainly because several studies prove a correlation between positive affect and alcohol consumption. Quite possibly it is a part of the reason for the strong relation between the two disorders: that both motivational pathways are present and that multiple not mutually excluding factors contribute to the complex interplay between borderline personality disorder and alcohol abuse.

“Må jeg da ikke drikke? Må jeg da ikke bruge de midler, som naturen giver os at bedrive sorg med?”

Jeppe på Bjerget. 1. akt, scene 3.

Holberg (1722)

Indholdsfortegnelse

LÆSEVEJLEDNING	6
INDLEDNING.....	7
PROBLEMFORMULERING.....	10
AFGRÆNSNING.....	11
TEORETISK FORSTÅELSE.....	13
SELVMEDICINERING	13
PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE	14
BORDERLINE PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE	14
Udviklingen af BPD.....	15
Prævalens.....	16
Diagnostiske kriterier (DSM-V).....	16
BEHANDLING.....	18
<i>Dialektisk adfærdsterapi (DAT).....</i>	19
<i>Mentaliseringsbaseret terapi (MBT).....</i>	20
<i>Opsummering.....</i>	21
VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED.....	21
METODE.....	22
<i>Dataindsamling.....</i>	24
<i>Databehandling.....</i>	25
<i>Opsummering.....</i>	26
SØGESTRENG	26
<i>PRISMA flow-diagram</i>	28
RESULTATER.....	30
TENDENSANALYSE	36
<i>Design.....</i>	36
<i>Sample/demografi.....</i>	36
<i>Måleredskaber.....</i>	37
<i>Undersøgelsesfelt</i>	38
<i>Affektdysregulering.....</i>	38
<i>Positiv affekt.....</i>	40
<i>Impulsivitet.....</i>	40
<i>Interpersonel funktionsevne.....</i>	41
<i>Udviklingsmæssigt perspektiv.....</i>	43
<i>Opsummering.....</i>	44
DISKUSSION	45
<i>Afrunding.....</i>	53

METODEDISKUSSION	54
<i>Opsummering</i>	62
VIDERE FORSKNING OG BEHANDLINGSIMPLIKATIONER	62
KONKLUSION	65
REFERENCELISTE	66
Artikler inkluderet i søgning:.....	67
Supplerende artikler:.....	68
Bøger:	70

Læsevejledning

Dette speciale er en videreudvikling af de konklusioner og problemstillinger, forfatteren drog ifm. et tidligere projekt: ”*Alkoholmisbrug hos individer med personlighedsforstyrrelse*” ved Aalborg Universitet fra december 2016. Dette tidligere studie undersøgte genstandsfeltet ’dobbeldiagnose’ ud fra en bredere ramme og inkluderede samtlige personlighedsforstyrrelser. Specialet ligger sig i forlængelse heraf, men har et eksklusivt fokus på borderline personlighedsforstyrrelse. Adskillige pointer fra det foregående projekt er dog relevante for specialet og inddrages løbende.

Termerne ’Faderstudie’ og ’Datterstudie’ anvendes for læserens overblik. Enkelte gange henvises der til Troelsgaard & Glinthorg (in process), som er en syntese af Fader- og Datterstudie, som er under udvikling til udgivelse.

Ydermere er der valgt at anvende betegnelsen *borderline personlighedsforstyrrelse* (BPD) frem for *emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderlinetype*. Dette er primært fordi, den inkluderede litteratur hovedsageligt anvender DSM-V, men også fordi den Kliniske Retningslinje anvender samme term – om end man i Danmark anvender ICD-10. Målgruppen kaldes desuden ’individer med borderline personlighedsforstyrrelse’ frem for borderline-patienter, borderline-ramte, borderline-lidende etc.

Indledning

Dobbeltdiagnoser er et omfattende og påtrængende problem, der til enhver tid sætter sit præg på den behandlingsmæssige virkelighed i Danmark. Disse individer, som både har et alkoholproblem og en psykisk lidelse, er særligt belastede og vanskeligere at behandle end klienter med normal personlighedsudvikling. Det er dem, der drikker, fordi livet er svært – og livet bliver endnu sværere af, at de også drikker.

Et samtidigt alkoholmisbrug og psykisk lidelse indebærer ofte både forværring af psykiske symptomer, somatiske problematikker, hyppigere indlæggelser og generelt dårligere behandlingscompliance (Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2015, p. 135). Derfor udarbejder Sundhedsstyrelsen i februar 2016 en ny national klinisk retningslinje for denne patientgruppe:

I det psykiatriske behandlingssystem kan alkoholafhængigheden opleves som en barriere for behandling af den psykiske lidelse. På samme måde kan personer med psykisk lidelse opleves som vanskelige at behandle i alkoholbehandlingsinstitutioner. Der er derfor behov for at afklare, hvordan denne gruppe udredes og behandles mest effektivt (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 9).

Sundhedsstyrelsens formål i den nye kliniske retningslinje har været at undersøge evidensen for allerede eksisterende interventioner til individer med psykisk lidelse og alkoholafhængighed (ibid. p. 10). Målgruppen er voksne med et primært alkoholmisbrug og dermed ikke blandings- eller stofmisbrug. Derimod indlemmes der en vid række psykiske lidelser i den kliniske retningslinje: både personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, psykotiske lidelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser etc. (ibid.). Den manglende skelnen mellem typer af psykisk lidelse danner grundlag for Datterstudiets indledende undren: *kan der ikke logisk set være stor forskel på ætiologi og vedligeholdende mekanismer ved et alkoholmisbrug hos eksempelvis individer med skizofreni og individer med borderline personlighedsforstyrrelse?*

WHO angiver da også, at selvom dobbeltdiagnose-begrebet eksisterer, forstår man endnu ikke ” *the nature of the association between the two conditions or of any etiological relationship between them*” (WHO, 1994, p. 36). Når begrebet anvendes i vid udstrækning, blandt så forskellige lidelser, er det svært at sige noget entydigt eller endeligt om nogen form for årsags-virkningsforhold. Gruppen som et hele er ekstremt kompleks, præget af både psykiske, misbrugsrelaterede og sociale problemstillinger.

Datterstudiet finder, at personlighedsforstyrrelserne som gruppe er særligt interessante, da den kliniske retningslinje konkluderer, at: “(...) *personlighedsforstyrrelser [er] den gruppe af psykiske lidelser, der hyppigst forekommer sammen med alkoholafhængighed*” (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 12). Det spirende fokus på komorbiditeten mellem personlighedsforstyrrelser og alkoholmisbrug er en naturlig og nødvendig udvikling. Disse patienter udgør et komplekst og omkostningsfuldt problem i misbrugsbehandling, i psykiatrien, i relation til beskæftigelse, bolig, økonomi etc. Der er tale om en stor gruppe individer, som psykiatrien og behandlingssystemet endnu ikke har rammesat tilstrækkeligt. Faktisk er problemet nok endnu mere udbredt end først antaget. En stor statistisk undersøgelse fra 2015 har angivet, at 38,6% af patienter med personlighedsforstyrrelser i Danmark lever op til kravene for alkoholafhængighed jf. ICD-10 (Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2015, p. 135). Det bør danne grundlag for yderligere undren, at en så stor patientgruppe endnu ikke er grundlæggende forstået på ætiologisk plan i en tid med så stor fokus på evidensbaseret praksis (Johannsen, 2013, p. 7).

Denne opgaves Faderstudie var et litteraturreview, specifikt et ’*state-of-the-art-review*’, der søgte at undersøge problemfeltet og påvise et behov for yderligere forskning. Faderstudiets formål var at undersøge, hvordan man forstår fænomenet alkoholmisbrug hos individer med personlighedsforstyrrelse i den aktuelle psykologiske forskning. Gennem en

systematiseret søgning var objektivet at vise, hvordan den empiriske forskning rammesætter sammenhængen og hvilke (for)forståelser der ligger til grund.

Faderstudiet konkluderede, at litteraturen omkring personlighedsforstyrrelser hos alkoholmisbrugere påvirkes af en stor heterogenitet af resultater. Der sås metodologiske svagheder i studierne i form af patienter i misbrugsbehandling som subjekter, skæv kønsfordeling samt brug af personlighedsforstyrrelsestræk frem for diagnostiske kriterier. Faderstudiet viste desuden, at hvorvidt specifikke personlighedsforstyrrelse-misbrugs-associationer kan attribueres til en generel patologi fælles for alle personlighedsforstyrrelser snarere end specifikke forstyrrelser eller symptomgrupper, endnu ikke er udførligt undersøgt.

Langt størstedelen af de inkluderede studier (n=13) lænede sig op ad en kausal forklaringsramme, hvor psykoaktive stoffer bruges til at lette svære emotionelle tilstande – det man kan kalde *selv-medicinering*. Se eksempelvis Cho et al. (2002); Compton, Blanco & Wargo (2015); di Lorenzo et al. (2014).

Dette Datterstudie tager sit udgangspunkt i denne fremherskende forklaringsramme, hvor misbruget ses som en form for affektreguleringsstrategi og søger at udforske og udfordre denne. Denne forståelse rejser nogle grundlæggende spørgsmål, da det forudsætter nogle (endnu) upåviselige faktorer; at brug af rusmidler har en positiv effekt på psykiske symptomer, at valg af rusmiddeltype bestemmes af de psykiske symptomer (at individet bruger det, der er virksomt) samt at individer med svære symptomer i højere grad vil misbruge (Simonsen & Møhl, 2010). Da ingen af disse faktorer er bevist, kan denne forståelse ikke stå alene og i hvert fald ikke uundersøgt. Muligvis er selvmedicinering først og fremmest mod den generelle tilstand og ikke specifikke symptomer. Muligvis er der væsensforskelle imellem personlighedsforstyrrelsernes specifikke sammenhæng med alkoholmisbrug. Muligvis er der tale om et generelt aspekt (som eks. dårlig mentaliseringsevne eller affektdysregulering), der er gældende for en række psykiske lidelser.

For at være dybdegående og præcis i analysen er Datterstudiet nødt til at begrænse sig. Det er ikke muligt indenfor de givne rammer at undersøge samtlige personlighedsforstyrrelser specifikke sammenhæng med alkoholmisbrug, hvorfor der herefter udelukkende fokuseres på borderline personlighedsforstyrrelse. Formålet er at kunne gå i dybden med de diagnostiske kriterier og kendetegn fremfor at udtale sig generelt om personlighedsforstyrrelser natur. Borderline personlighedsforstyrrelse findes specielt interessant af flere grunde:

Indledningsvist er der en stærk korrelation mellem borderline personlighedsforstyrrelse og alkoholmisbrug. Ifølge NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) kvalificerede 58,3 % af individerne med borderline personlighedsforstyrrelse sig til en samtidig AUD-diagnose (Blanco et al., 2014). I relation til dette påviste Fein & Nip (2012) flere borderline-træk hos alkoholmisbrugere. Forfatterne påpegede faktisk at "*in fact the presence of BPD symptoms is the norm*" (ibid., p. 1188).

Borderline personlighedsforstyrrelse er fokus for meget af den eksisterende forskning. Hovedparten af de inkluderede studier i Faderstudiet fokuserede på cluster B. Det kan argumenteres, at cluster B-individer, som kendetegnes ved impulsivitet, emotionel ustabilitet og relationelle problematikker, er meget synlige og komplicerede at rumme i behandlingssystemet. Selvom Jahng et al. (2012) påviser en korrelation mellem *alle* personlighedsforstyrrelser og alkoholmisbrug, ses der en stærkere korrelation for cluster B-forstyrrelser, hvorfor denne udvælges. Disse erfaringer, undren og valg har resulteret i følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvad ligger til grund for den observerede relation imellem borderline personlighedsforstyrrelse og alkoholmisbrug.
--

Afgrænsning

Ud fra den givne problemstilling er en yderligere afgrænsning nødvendig. Datterstudiets formål er at undersøge, hvordan og hvorfor borderline personlighedsforstyrrelse kan facilitere et skadeligt forbrug af alkohol. Hvordan forstås den observerede sammenhæng i den aktuelle psykologiske forskning, samt hvilke faktorer udvikler og påvirker den. Som indledningen har søgt at vise, er dobbeltdiagnosefænomenet i udvikling, hvorfor det er interessant at undersøge denne specifikke konstellation.

Formålet er ikke at undersøge prævalens eller effekten af én bestemt type intervention kontra en anden, men i stedet en mere grundlæggende forståelse af fænomenet ud fra den empiriske litteratur på området. Dette operationaliseres gennem en systematiseret søgning, der muliggør en diskussion om, hvor langt forskningen er nået indenfor feltet, samt hvilke problematikker og særlige fokusområder, der ses.

Dobeltdiagnoser. Det er nødvendigt at afgrænse begrebet 'dobbeltdiagnose'. Begrebet bruges i flere forskellige sammenhænge; som term for to samtidige psykiske lidelser; som term for to samtidige afhængigheder af et psykoaktivt stof; men oftest og som det også bruges her: "*referring to comorbidity or the co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance use disorder and another psychiatric disorder*" (WHO, 1994, p. 36). Videre vil begrebet 'dobbeltdiagnose' i Datterstudiet kun referere til en samtidig psykisk lidelse og *alkoholafhængighed* jf. problemstillingen og afgrænser sig dermed fra andre psykoaktive stoffer.

Personlighedsforstyrrelser. Hvor Datterstudiet har et eksklusivt fokus på borderline personlighedsforstyrrelse, er det væsentligt at bemærke, at individer ofte kvalificerer sig til mere end én personlighedsforstyrrelse. Der eksisterer et substantielt overlap imellem de diagnostiske kriterier i flere af forstyrrelserne. Der er videre både semantiske og operationelle diskussioner omkring diagnosticering af personlighedsforstyrrelser, som dog ikke belyses

her (O'Donohue, Fowler & Lilienfeld, 2007, p. 3). Datterstudiet har været nødsaget til at afgrænse sig fra at belyse dette, omend det er sigende for personlighedsforstyrrelsernes problematiske natur ift. diagnosticering og udtryk.

Følgende forkortelse bruges jf. læsevejledningen:

BPD: borderline personality disorder.

Afhængighed. Det har været nødvendigt at rammesætte graden af alkoholforbrug. Der er selvsagt forskel på et (skadeligt) forbrug og en afhængighed af alkohol. Der tages her udgangspunkt i ICD-10's klassifikation af (alkohol)afhængighedssyndrom F1x.2. Dels for at ensrette søgningen, dels fordi selve dobbeltdiagnosebegrebet indbefatter, at individet skal leve op til kravene for *to* diagnoser - dermed også alkoholafhængigheden.

Alkoholafhængighed er karakteriseret ved tilstedeværelse af mindst tre af følgende symptomer inden for det seneste år: alkoholtrang, kontroltab ved alkoholindtagelse, abstinenser, toleransudvikling, fortsat indtag trods kendt skadevirkning samt at alkohol spiller en dominerende rolle i personens liv (WHO, 1993, p. 60).

Følgende forkortelser bruges:

AUD: Alcohol Use Disorder □ SUD: Substance Use Disorder

Langtidsfølgevirkninger. Som beskrevet i indledningen, er der ofte en lang række følger og samtidige problematikker, der påvirker symptombillede og levestandard hos dobbeltdiagnosticerede. Her nævnes i flæng: somatisk sygdom, hjemløshed, beskæftigelsesproblemer, kognitive svækkelser grundet alkohol og erhverveskriminalitet. Om end alle disse er vigtige emner, der i høj grad påvirker individets levevilkår og symptombillede, har det været nødvendigt at afgrænse sig fra alle disse grundet Datterstudiets omfang.

Teoretisk Forståelse

Datterstudiets teoriafsnit er sumerisk og skal ses som et supplement til indledningen. Formålet er at sikre en basal forståelse af selvmedicinering, personlighedsforstyrrelser samt et mere dybdegående kendskab til de diagnostiske kriterier og kendetegn ved BPD (herunder også inddragelse af dialektisk adfærdsterapi samt mentaliseringsbaseret terapi). Derefter kan denne viden sættes i spil med alkoholmisbrug jf. problemstillingen.

Selvmedicinering

Selvmedicineringsforståelsen opstår ud fra klinikere og forskeres undren omkring, hvorfor individer *fortsætter brug af rusmidler på trods af den erkendte skadevirkning*. Der kan udlægges adskillige forklaringer herfor, men selvmedicineringsforståelsen er den mest fremtrædende – som set eksemplificeret i Faderstudiet. Selvmedicineringshypotesen, fremført af Khantzian (1997), indebærer, at et individ med deficits i affektregulering, interpersonel funktionsevne og selvforståelse bruger rusmidler til at håndtere stress og pinefulde emotioner (Gil-Rivas & McWhorter, 2013). Ud fra denne forståelse vil rusmiddelbrug på kort sigt fungere adaptivt, da det tillader individet en henstand fra de pinefulde emotioner, men på længere sigt kan kronisk brug resultere i SUDs (ibid.). Så snart SUD indtræder, vil individet opleve pinefulde emotioner ved abstinenser og er dermed motiveret for fortsat brug.

Som beskrevet i indledningen, har denne forståelse nogle problematikker, herunder at den hviler på nogle endnu ubeviselige forudsætninger (positiv gavn af indtag, sammenhæng mellem rusmiddeltype og psykiske symptomer samt sammenhæng mellem sværhedsgrad af symptomer og mængde/frekvens af misbrug). Den empiriske litteratur har endnu ikke lykkedes i at påvise mere end blandet støtte for selvmedicineringshypotesen (ibid.), altså er denne ikke den eneste, eller måske ikke engang den vigtigste faktor i udviklingen af et misbrug.

Datterstudiets analyse og diskussion genoptager denne problematik. For nu vender teori-afsnittet sig imod personlighedsforstyrrelser.

Personlighedsforstyrrelse

En personlighedsforstyrrelse er et sæt gennemgribende mønstre af indre oplevelse og adfærd, der adskiller sig væsentligt fra, hvad der forventes indenfor en given kultur. Disse mønstre er infleksible, unuancerede og stabile over tid, oftest med start i barn- eller ungdom, samt medfører betydeligt ubehag og nedsat social funktionsevne (WHO, 1996, p. 135). Forstyrrelsen kommer til udtryk i unuancerede reaktioner på personlige og sociale forhold samt afvigelse i følelsesverden, tænkning og forholdet sig til andre. Om end denne summering er enkel, indeholder den alligevel et komplekst sæt af egenskaber: varighed, mønstre, indre oplevelse, infleksibilitet, afvigelse, lidelse mv.

Selvom ICD-10 er det gældende diagnosesystem i Danmark, har DSM-systemet været dominerende indenfor psykiatrisk og psykologisk forskning i årevis. Dvs. at udvikling og evaluering af tests, spørgeskemaer og diagnostiske interviews primært foregår i USA (American Psychological Association, 2014, p. 5). Dermed er DSM også relevant her. Her indtages DSM-Vs inddeling af personlighedsforstyrrelser i såkaldte '*clusters*'. Som det fremgår af tabellen hører BPD ind under de dramatiske, emotionelle og 'uberegnelige' lidelser.

Cluster A (odd/eccentric disorders)	Cluster B (dramatic, emotional or erratic disorders)	Cluster C (anxious/fearful disorders)
Paranoid personality disorder Schizoid personality disorder Schizotypal personality disorder	Antisocial personality disorder Borderline personality disorder Histrionic personality disorder Narcissistic personality disorder	Avoidant personality disorder Dependent personality disorder Obsessive-compulsive personality disorder

American Psychological Association (2014)

Borderline personlighedsforstyrrelse

Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for behandling af borderline personlighedsforstyrrelse fra 2015 er der variation i sværhedsgrad og kompleksitet af lidelsen. Denne kompleksitet kan ses i antallet af opfyldte diagnostiske kriterier, kombinationen

af flere personlighedsforstyrrelser, forekomsten af komorbiditet mv. Der ses både ”*lettere tilfælde, hvor patienten er rimelig velfungerende og kun har korterevarende kriser, der kræver psykiatrisk behandling, til svært forstyrrede patienter med talrige indlæggelser, som ikke magter at have egen bolig, og som har brug for psykosocial støtte i hverdagen for at få livet til at hænge sammen*” (Sundhedsstyrelsen, 2015, p. 8). Det er videre almindeligt at se en tendens til selvdestruktivitet: selvskade, selvmordsforsøg, risikobetonet seksuel adfærd samt brug af rusmidler.

Individer med BPD har generelt set en tendens til at handle impulsivt, et ustabil humør samt pludselige udbrud af vrede ude af proportioner med det, der udløste den. Disse vredesudbrud ses ofte, når individet har en oplevelse af at blive forladt eller svigtet. Det er samtidig typisk at se en negativ selvopfattelse og en usikkerhed på egne mål og ønsker, samt en følelse af tomhed og ligegyldighed (såkaldt dysfori).

Individer med BPD har ofte intense og ustabile forhold til andre. De har et stort behov for mellemmenneskelig kontakt og bestræber sig på at undgå at være alene. Dette intense behov set i lyset af de beskrevne ustabile emotioner og vredesudbrud, må nødvendigvis præge kvaliteten af individets relationer.

Det kan ses, at symptomerne muligvis kan påvirke og vedligeholde hinanden negativt: det udtalte nærhedsbehov koblet med vrede og ustabil humør giver konflikter i relationerne til pårørende. De komplicerede relationer kan i samspil med usikkert selvværd føre til den dysforiske tomhedsfølelse. På lige vis kan usikkerheden ved selvet føre til øget behov for kontakt og bekræftelse af andre, og hvis dette fejler, kan vreden eller tomhedsfølelsen følge.

Udviklingen af BPD. Udviklingen af en personlighedsforstyrrelse kan ikke tilskrives enkelte, klart afgrænsede faktorer. Hverken genetisk-biologiske faktorer eller enkeltstående miljøpåvirkninger er tilstrækkelige til at en personlighedsforstyrrelse udvikles (Jørgensen &

Simonsen, 2010, p. 538). Der kan derfor ses flere årsager til, at nogle mennesker udvikler BPD. Der forskes i både biologiske, psykiske og sociale faktorer, men sandsynligvis forudsættes der et samspil af disse. Der ses sammenhæng med biologiske dysfunktioner, dysfunktioner i hjernen, temperamentsfaktorer og personlighedstræk (ibid. p. 536). Der forskes bl.a. i adfærdsgenetik (hvor der påvises en arvelighed ml. 30-60%), neuropsykofarmakologi (ændringer i hjernens biologiske processer især ift. serotonin) og billeddannende teknikker (især ift. amygdala) (ibid. p. 535). Jf. adfærdsgenetikken, er der altså påvist en arvelig komponent, dog er en arvelig komponent heller ikke er den eneste årsag til, at man udvikler lidelsen.

Traumer i barndommen er blandt de psykosociale faktorer, som har betydning for udviklingen af borderline. Tilknytningstraumer, herunder overgreb (både fysiske og seksuelle), er et velstuderet område, hvor der påvises stærke sammenhænge med udviklingen af BPD (ibid.).

Prævalens. Ifølge den kliniske retningslinje er BPD ”den fjerde mest udbredte diagnose i psykiatrien og er forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer. Blandt alle stillede personlighedsforstyrrelsesdiagnoser udgør BPD ca. en tredjedel” (Sundhedsstyrelsen, 2015, p. 8). Befolkningsundersøgelser har vist, at 1,6 % af den danske befolkning har BPD, mens prævalensen blandt indlagte psykiatriske patienter er på 20% (Sundhedsstyrelsen 2015). Kvinder diagnosticeres oftere med BPD end mænd (87 % jf. Pedersen & Simonsen, 2014).

Diagnostiske kriterier (DSM-V). Som nævnt, er individer med BPD som gruppe ekstremt heterogene. Forskelle i sværhedsgrad og funktionsevne fremgår ikke af de gældende diagnosesystemer. Her inddrages DSM-V, både fordi den kan argumenteres at være mere udførlig end ICD-10 og fordi den anvendes i den inkluderede forskning. For at få en BPD-diagnose skal individet opfylde de generelle kriterier for en personlighedsforstyrrelse samt udvise:

A: Signifikante svækkelser i personligheden observeret ved:

1: Svækkelser i selvets funktionsevne (a eller b):	a: identitet: væsentligt forringet, dårligt udviklet eller ustabil selvbillende. Ofte i sammenhæng med ekstem selvkritik, kronisk tomhedsfølelse eller dissociative stadier under stress.	b: selvstyring: ustabilitet i mål, ønsker, værdier eller karriereplaner.
2. Svækkelser i interpersonel funktionsevne (a eller b):	a. empati: nedsat evne til at genkende følelser og behov hos andre koblet med hypersensibilitet (tendens til at føle sig fornærmet/forurettet), perceptioner af andre udelukkende baseret på negative attributter eller sårbarheder.	b. intimitet: intense, ustabile relationer kendetegnet ved mistro, kræven, og ængstelig optagethed af reel eller forestillet svigt. Tætte relationer ofte ekstremt idealiseret eller devalueret skiftende mellem enten involvering eller tilbagetrækning.

B. Patologiske personlighedstræk i følgende domæner:

1. Negativ affektivitet, karakteriseret ved:	a. emotional labilitet: ustabile emotionelle oplevelser og hyppige humørskift. Emotioner opstår let, er intense og ude af proportioner med situationen.	b. ængstelig hed: intense følelser af nervøsitet, anspændthed eller panik ofte i relation til interpersonelle stressorer.	c. separationsangst: frygt for afvisning fra andre koblet med frygt for afhængighed og tab af autonomi.	d. depressivitet: hyppige følelser af nedtrykthed og håbløshed, vanskelighed ved at bedre disse. Pessimisme om fremtiden, stærk skamfølelse, dårligt selvværd, selvmordstanker og selvskadende adfærd.
2. Disinhibition, karakteriseret ved:	a. impulsivitet: handle uoverlagt ud fra stimuli uden planlægning eller overvejelse af resultater. Svært ved at lægge og udføre planer. En følelse af nødvendighed og selvskadende adfærd under stress.		b. risikoadfærd: engagement i farlige, risikable og potentielt selvskadende aktiviteter, manglende hensyntagen til egne begrænsninger samt manglende erkendelse af personfare.	
3. Antagonisme, karakteriseret ved:	a. fjendtlighed: gennemgribende eller hyppige følelser af vrede eller irritabilitet i reaktion til mindre fornærmelser eller forurettelser.			

American, P. A. (2014). *Diagnostiske kriterier DSM-5 : Håndbog*

Ovenstående er de diagnostiske kriterier fra DSM-V. ICD-10 er ikke helt identisk, men da hovedparten af forskningen benytter DSM-V, og siden denne også er mest udførlig, anvendes den primært i Datterstudiet. Flere af de beskrevne patologiske personlighedstræk er relevante ift. besvarelsen af problemstillingen og inddrages i analyse og diskussion.

Det står klart ved gennemlæsningen, at kriterierne er komplekse og noget diffuse. Dette er også gældende for ICD-10, der for nuværende statistisk set muliggør 256 forskellige måder at diagnosticere 'emotional ustabil personlighedsstruktur – borderlinetype' (Simonsen & Møhl, 2010). Forskning har indtil nu påvist forskellige kombinationer af symptomerne samt varierende sværhedsgrader. Dette kan ses som udtryk for de førnævnte semantiske og operationelle diskussioner ifm. diagnosticering af personlighedsforstyrrelser (O'Donohue, Fowler & Lilienfeld, 2007, p. 3). Personlighedsforstyrrelsernes problematiske natur er muligvis en faktor, der besværliggør forskningen indenfor problemstillingens område.

Behandling

Som nævnt i afgrænsningen er formålet for Datterstudiet ikke at undersøge effekten af en bestemt type intervention kontra en anden, men i stedet en mere grundlæggende forståelse af fænomenet ud fra den empiriske litteratur. Dog kan måden man traditionelt behandler BPD sige en del om, hvordan man rammesætter og forstår forstyrrelsen. Sundhedsstyrelsen angiver, at den primære behandling af patienter med BPD er psykoterapeutisk behandling (en del patienter behandles også farmakologisk¹). Blandt de terapiformer, der har vist sig effektive over for individer med BPD, kan nævnes skemafokuseret terapi (SFT), kognitiv adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi (MBT) samt dialektisk adfærdsterapi (DAT). Derfor inddrages dialektisk adfærdsterapi samt mentaliseringsbaseret terapi som perspektiver.

¹ Der ses oftest medicinering med antidepressiva, stemningsstabiliserende og antipsykotisk medicin. Dog er denne behandling endnu ikke fuldt ud evidensmæssigt understøttet jf. Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje (2015).

Dialektisk adfærdsterapi (DAT). Idégrundlaget bag udviklingen af DAT bygger hovedsageligt på en række kliniske observationer af patienter, som ikke synes at profitere af den traditionelle kognitive adfærdsterapi. Den amerikanske kliniker og psykologiprofessor Marsha Linehan udformede på denne baggrund en terapiform, som bygger på de grundlæggende elementer i den traditionelle adfærdsterapeutiske behandlingsmodel, men som især er kendetegnet ved at integrere en dialektisk verdensforståelse. Dette har medført, at der i DAT er særligt fokus på at skabe balance mellem *accept* og *forandring* i behandlingen af denne patientgruppe (Linehan, 1993; Lynch et al., 2007).

DAT består af flere hovedelementer bl.a. mindfulness og både individuel terapi, gruppeterapi og telefonisk rådgivning (ibid.).

De *accepterende* strategier går bl.a. ud på, at terapeuten skal have fokus på at validere patientens tanker, følelser og adfærd på en måde, så patienten får en oplevelse af, at disse giver mening. Blandt de *forandrende* teknikker er problemløsning, adfærdseksperimenter, færdighedstræning og modifikation af tænkningen (ibid.). En væsentlig forudsætning for at arbejde med problemløsning er, at terapeuten adresserer samtlige problematiske adfærdsmønstre hos patienten, som de sammen systematisk gennemgår, evaluerer og analyserer. Terapeuten skal således hjælpe patienten med at finde alternative tanke- og adfærdsmuligheder, udforme hypoteser om forskellige influerende faktorer og mulige løsninger på de konkrete problemsituationer.

Den grundlæggende antagelse i denne teori er, at BPD ses som en dysfunktion i affektreguleringssystemet, som udvikles på baggrund af en kombination af en medfødt følelsesmæssig sårbarhed og et særligt dysfunktionelt og invaliderende miljø. Ifølge denne teori kan de typiske karakteristika for BPD, herunder dysfunktionel adfærd, kognition, selvforståelse og interpersonelle forhold, alle forstås som sekundære følger af denne dysfunktion i affektreguleringssystemet (ibid.).

Mentaliseringsbaseret terapi (MBT). Mentaliseringsbaseret behandling er udviklet af professor Peter Fonagy og psykiater Anthony Bateman specifikt til behandling af individer med BPD (omend den nu anvendes til andre psykiatriske problemstillinger).

Mentaliseringsbaseret terapi er en terapiform, der gennem individuel terapi, gruppeterapi og psykoedukation kan øge den enkeltes evne til at kunne forstå egne og andres udtalelser og adfærd som meningsfulde. Med baggrund i psykoanalyse, neuropsykologi og tilknytningsteori, er formålet at udvikle patientens mentaliseringsevne ift. selvet og relationerne og derigennem at mindske problematisk adfærd. Mentalisering skal i denne sammenhæng forstås som evnen til ”*implicit og eksplicit fortolkning af egne og andres handlinger som meningsfulde udtryk for indre liv, for eksempel behov, ønsker, følelser og fornuft* (Bateman & Fonagy, 2006, p. 16). Mentalisering ses som en central komponent i udviklingen af selvet og udviklingen af affektreguleringsevnen. Mentaliseringsbaseret terapi har et systematisk fokus på at fremme disse evner ved at aktivere tilknytningssystemet i den terapeutiske kontekst og derigennem skabe trygge rammer for udforskning af tanker og følelser (ibid. p. 24).

Ud fra MBT forstås BPD som en desorganiseret selvstruktur på baggrund af et desorganiseret tilknytningmønster jf. Bowlby (1988). Desorganisering af de primære tilknytningrelationer fører til en svækkelse (manglende udvikling) af social-kognitive evner, der nedsætter evnen til at danne gode relationer og en tilbøjelighed til yderligere mentaliseringssvigt i forbindelse med aktivering af tilknytningssystemet og høj arousal (ibid. p. 64). Når affektreguleringen og impuls kontrollen svigter, vil individet opleve et sammenbrud i mentaliseringsevnen.

Terapien skal gøre patienten bevidst om uhensigtsmæssige mønstre, hvilket vil frigive nye handlemuligheder og øge selvværdsfølelsen. Der arbejdes med individets evne til at bevare opmærksomhedskontrol, at affektregulere og mentalisere, når individet påvirkes af stress.

Der kan ses både ligheder og forskelle i de terapeutiske tilgange. Overordnet er der i begge tilgange et fokus på regulering af affekter samt brug af lignende teknikker, eksempelvis validering (Bateman & Fonagy, 2006, p. 212). Ved at udfordre tanke- og adfærdsmønstre og at udvikle alternative hypoteser i DAT kan patienten siges at udvikle sin mentaliserings-evne, ligesom MBT også beskæftiger sig med patientens kognitioner. Men hvor den kognitive tilgang traditionelt set har et individuelt fokus på egne tanker og følelser, beskæftiger MBT sig også med omgivelsernes/pårørendes og andres følelser generelt set (ibid.).

Ift. denne målgruppe kan der også ses en behandlingsmæssig forskel: hvor DAT arbejder direkte med den problematiske adfærd (selvskade, misbrug mv.), arbejder MBT i stedet med de (udløsende) relationelle processer og ikke direkte med adfærd. MBTs formål er at nuancere individets tanker og følelser, så patienten ikke længere har behov for at gøre brug af selvskade eller alkohol (ibid.).

Opsummering. Teoriafsnittet har haft til formål at give en grundlæggende forståelse af selvmedicinering, personlighedsforstyrrelser samt et dybdegående kendskab til BPD, herunder prævalens samt de diagnostiske kategorier i DSM-V.

Der sås en variation i sværhedsgrad og kompleksitet af BPD samt en sygdomsforståelse, der vægtlægger områder som impulsivitet, relationelle problemer, aggression, tomhedsfølelse samt intense og ustabile følelser. Det er belyst, hvordan lidelsen kan forstås både generelt og specifikt ud fra de to inddragede terapeutiske behandlingsformer; DAT og MBT. Disse bidrager til en forståelse af, hvordan BPD kan rammesættes, særligt med fokus på affektregulering, mentalisering og tilknytning.

Videnskabsteoretisk ståsted

Her berøres kort det videnskabsteoretiske grundlag. I udformningen af et litteraturstudie og anvendelsen af en systematisk, empirisk udforskning af et genstandsområde, ligger Datterstudiet sig op ad naturvidenskaben (Christensen, 2011, p. 102). Den systematiserede

søgning falder indenfor den naturvidenskabelige metode, mens analysen og diskussion har et mere humanistisk fokus. Selve problemstillingen samt den tematiske analyse af resultaterne beskæftiger sig ikke med at be- eller afkræfte en hypotese, men snarere at udforske genstandsfeltet.

Rationalet for den systematiske tilgang har sine rødder i *positivismen*, der vægtlægger reproducerbarhed, såvel som reliabilitet og validitet. (Togerson, 2003, p.7). Ud fra denne tilgang ses psyken som noget, der kan måles, kontrolleres og manipuleres. Indenfor positivismen findes den *kritiske realisme*, der beskæftiger sig med at klarligge de strukturer, der skaber fænomenet. Viden skabes indenfor en social sfære og bygger på eksisterende viden, og er som sådan ikke nødvendigvis i tråd med realiteten. Hvor målet i den tidligste positivistiske tilgang var at minimere forskerens indflydelse på resultaterne, er dette ikke fuldt ud muligt i den kritiske realisme, som Datterstudiet bygger på. Studier til- og fravælges på basis af værdimæssige skøn. Disse beslutninger skal gøres eksplicitte og tydelige, så de kan underlægges granskning (ibid. pp). Der er dog også implicite værdier i Datterstudiets metode; fra valg af søgeord, i in- og eksklusionskriterier samt i tolkningen af de inkluderede studier mv. Men fordi disse procedurer er eksplicitte og gennemsigtige, er der basis for kritik, kommentarer og følgende ændringer (ibid.). Da de forskellige aspekter af alkoholmisbrug, dobbeltdiagnoser og komorbiditet er defineret på forhånd, kan det tænkes at påvirke Datterstudiets resultater.

Metode

Rationalet for den systematiske søgning beror på, at der eksisterer voldsomme mængder af information, forskning og data indenfor sundhedsområdet. Kontinuerligt at opdatere sig indenfor et givent felt er en uoverskuelig og tidskrævende opgave. Den systematiske søgnings metode tillader os at identificere, vurdere og syntesere forskningsbaseret viden i et lettere tilgængeligt format. Som Mulrow (1994) beskriver, er der et stort behov for denne

metode, da det kan “*separate the known from the unknown and that save [us] from the position of knowing less than has been proved*” (Mulrow, 1994, p. 5).

Den systematiske søgning søger at indfange al empirisk evidens, der opfylder predeterminerede inklusionskriterier med det formål at besvare en specifik problemstilling. Den eksplicitte systematiske metode skal minimere risikoen for bias, og dermed generere valide fund, der kan danne baggrund for konklusioner og udforme den gældende praksis på området (Higgins & Green, 2011). De grundlæggende karakteristika for den systematiske metode er:

- Et klart defineret formål (problemstilling)
- Forhåndsdefinerede inklusionskriterier
- En reproducerbar, systematisk søgning
- En vurdering af de inkluderede studiers validitet
- En systematisk repræsentation/fremstilling af de inkluderede studier

Higgins & Green (2011) Cochrane handbook for systematic reviews of interventions

Ovenstående kan ses som de kriterier, der bør diskuteres for at vurdere kvaliteten af dette Datterstudie. Datterstudiet skal for at opfylde sit formål både finde, analysere og slutte- ligt fortolke den forståelse og de praksisimplikationer, der kan ses. I udforskningen af det valgte område (BPD og alkoholmisbrug) kunne et primærstudie også have været en mulighed i at afdække problemstillingen. Dette er fravalgt til fordel for et litteraturstudie. Det kan argumenteres, at litteraturstudiet søger at række ud over det enkelte forskningsstudies konklusioner. Mulrow (1994) beskriver det således: ”*The hundreds of hours spent conducting a scientific study ultimately contribute only a piece of an enormous puzzle. The value of any single study is derived from how it fits with and expands previous work, as well as from the study's intrinsic properties* (Mulrow, 1994, p. 5)”.

Datterstudiets valg (og fravalg) af metodisk tilgang påvirker validiteten. Derfor beskrives metoden dybdegående og behandles yderligere i den afsluttende methodediskussion.

Nærværende afsnit har indledningsvist nævnt flere kriterier, Datterstudiet skal opfylde for at leve op til sit formål. Overordnet kan ses, at en systematiseret søgning systematiseret skal *indsamle* og *behandle* viden. Hvorvidt nærværende studie opnår dette, belyses her.

Dataindsamling

Udgangspunktet for en systematisk søgning er altid formuleringen af en problemstilling, der skal inkludere al meningsfuld litteratur. Der kan ifølge *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* være enten fokus på brede eller smalle problemstillinger, hvor der ses fordele og ulemper ved begge (ibid.).

Når det gælder systematikken i dataindsamlingen, kan dette vurderes ud fra de anvendte databaser, søgeord samt in-og eksklusionskriterierne. □ Problemstillingen er bred og dermed er de anvendte søgeord enkle. De er valgt på baggrund af gennemlæsning af relevante artikler i faderstudiet og opstartsfasen samt undersøgt ved brug af PsycInfos tesaurus. Det er blandt andet herigennem, at det eksklusive fokus på BPD er valgt. Der kan forestilles at være artikler, der anvender andre, mere specifikke termer, men i gennemlæsningen af de fundne artikler har disse ikke vist sig. Hvis et sådant fund gjordes, kunne denne medtages i en ny søgning, men for nuværende vurderes disse at være dækkende.

Som nævnt berøres både det psykologiske- og sundhedsvidenskabelige område, hvilket har udformet valg af databaser. Der er anvendt *PsycInfo*, *Web of Science* samt *Scopus*. Disse databaser rummer de nævnte områder samt nævnes i flere af de læste reviews. I udvælgelsen er andre muligvis relevante databaser dermed fravalgt, hvorfor relevant litteratur måske ikke er fundet. Dog kan det store antal af duplikater antyde, at Datterstudiet har lykkedes i at indfange og udtømme de væsentligste studier.

Artikler, som er udgivet før 2000, ikke er tilgængelige i fuldtekst eller hhv. engelsk- eller dansksproget, er fravalgt.

Der er anvendt kædesøgning for at øge søgningens genfinding. Ved at læse studierne referencer er fundet ældre, relevante referencer samt vha. "related articles" i PsycInfo. Ifm. senere supplerende undersøgelse af emnet kan citationssøgninger være et redskab, der kan underbygge fundene. Ved at undersøge, hvilke kilder, de inkluderede studier citerer, men også i hvilken udstrækning de inkluderede studier selv citeres, kan en bedre forståelse af feltet opnås. Denne metode kan med fordel anvendes som næste skridt i at blive klogere på genstandsfeltet og den aktuelle forskning. □

Databehandling

Der inkluderes kun kvantitative studier i søgningen, men der er valgt at inkludere og tolke ud fra adskillige designtyper. Ifølge *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* kan nogle problemstillinger ikke besvares udelukkende vha. RCTs (randomised controlled trials), hvilket også vurderes at være tilfældet i denne sammenhæng, da der ikke eksisterer en omfattende vidensbase indenfor den ønskede problemstilling. Det mere udforskende fokus er relevant, men medfører også en større risiko for bias ved inklusion af non-RCT studier. Dette gælder især ift. population. I non-RCTs er der større risiko for selektionsbias, fordi der anvendes individer i forskellige populationsgrupper. I Datterstudiet er det søgt imødekommet ved at ekskludere indsatte samt individer med andre komorbide, psykiske lidelser. Selektionsbiaset kan dog stadig ses (ifm. indlagte på psykiatriske afdelinger, ambulante patienter, patienter i misbrugsbehandling samt normalpopulationen). Derfor skal resultaterne i de inkluderede studier tolkes med forsigtighed. Dette samt den generelle relevans og kvalitet af de inkluderede studier er løbende vurderet og belyses i analyseafsnittet. Det er dog også styrken i den systematiske søgning, at den muliggør en forsigtig anskuelse af, om forskningen er præget af disse bias samt hvorvidt "*scientific findings are consistent and can be generalised across populations, settings, and treatment variations or whether findings vary significantly by particular subsets can be gleaned*" (Mulrow, 1994, p. 5). Ved

at anvende *the Matrix Method* (jf. Garrad, 2016) og præsentere studierne karakteristika omkring bl.a. forsøgspersoner, testbatteri og designtype, kan nogle mulige bias antydes, eksempelvis kønsfordeling, samplestørrelse etc.

Datterstudiet har derudover sine egne validitetsmæssige problematikker. I Datterstudiet sammenfattes den kvalitative syntese på baggrund af faglige og skønsmæssige vurderinger (stadig med et kritisk blik på design, analysemetode mv.) Men dermed kan konklusionerne, som nævnt ikke forventes at være ligeså reproducerbare (Christophersen, 2002 in Lund et al. 2002, p. 289). Validiteten, der er den grundlæggende betingelse for undersøgelsens kvalitet, er betinget af en række faktorer. Disse faktorer kan nedsætte resultaternes værdi, såkaldte *bias*, hvor et systematisk bias kan underminere grundlaget for besvarelsen af problemformuleringen (ibid.). Disse væsentlige spørgsmål genoptages i diskussionen.

Opsummering. Ovenfor er valg omkring dataindsamling og –behandling samt videnskabs teori, blevet præsenteret. Metoden for dataindsamling er, så vidt det har været muligt under de givne tids- og pladmæssige forhold, udført systematiseret. Det har været målet at inkludere al relevant litteratur, men relevante artikler kan være valgt fra grundet tilgængelighed eller sprog.

Databehandlingen er udformet for at besvare forskningsspørgsmålet bedst muligt, og er derfor tematisk – ikke kvantitativ. Evalueringen af de inkluderede studiers styrke ift. metodisk relevans kan argumenteres at have været mindre systematiseret vurderet grundet forskningsspørgsmålets type og mængden af effektstudier.

Søgestreng

Der blev søgt i PsycInfo (*in Abstract, year 2000-2017*), Scopus (*in Title, Abstract, Keywords, year 2000-2017*) samt Web of Science (*in Topic, year 2000-2017*) d. 23/2 2017. Kun peer-reviewed artikler blev inkluderet. Der blev søgt specifikt og ikke 'all subjects', da søgeordene er så anvendte (især alcohol*), at mængden af litteratur blev både for omfattende

og for upræcis. Det vurderes, at søgeordene burde indgå centralt i litteraturen, for at artiklen er relevant for emnet og inkluderes.

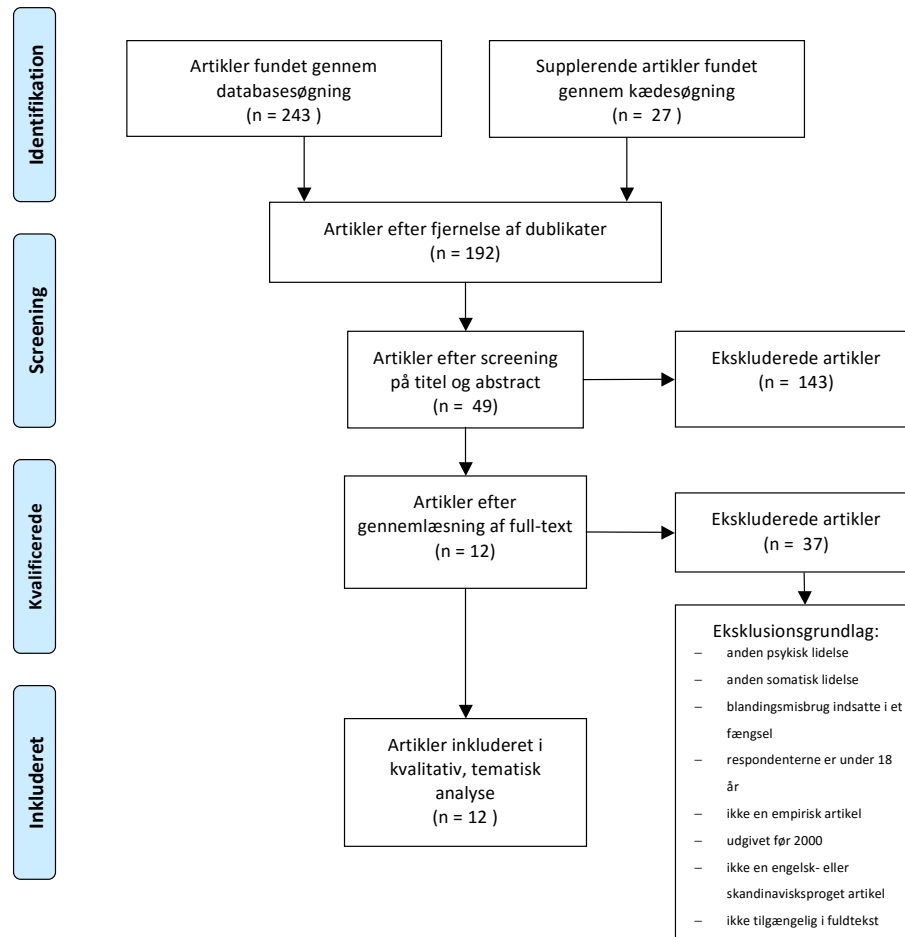
“Borderline personality disorder”	Alcohol*
-----------------------------------	----------

Følgende eksklusionskriterier blev brugt i screeningen:

- Respondenterne har anden psykisk lidelse end BPD
- Respondenterne har anden somatisk lidelse
- Respondenterne har et blandingsmisbrug (*poly-substance abuse*)
- Respondenterne er indsatte i et fængsel
- Respondenterne er under 18 år
- Er ikke en empirisk artikel
- Er udgivet før 2000
- Er ikke en engelsk- eller skandinavisksproget artikel
- Er ikke tilgængelig i fuldtekst

PRISMA flow-diagram

Understående PRISMA flowdiagram illustrerer dataindsamling- og behandlingsprocessen, resulterende i de 12 inkluderede artikler.



Som det teoretiske afsnit også viste, er det diagnostiske billede af BPD ikke homogent. Det samme billede kan her ses i selektionen af inkluderede studier. Der er en høj hyppighed af multiple personlighedsforstyrrelser og komorbiditet med en lang række psykiske lidelser (Bateman & Fonagy, 2006, p. 25).

Her nævnes (i aftagende frekvens) de komorbide lidelser, der fremkom ifm. søgningsresultater: depression, bipolar affektiv sindslidelse, PTSD, spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi, tvangsspisning), selvmordsadfærd, stofmisbrug, antisocial personlighedsforstyrrelse, somatisk sygdom, risikoadfærd (eks. seksuel og kørsel), ludomani, ADHD, angst, narcissistisk personlighedsforstyrrelse.

For sammenligning kan der her ses uddrag fra *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence*, der angiver komorbiditeten hos 668 forsøgspersoner med personlighedsforstyrrelser (i højre kolonne) (McGlashan et al., 2000).

De fravalgte studier i Datterstudiet spejler den høje komorbiditet af depression, angst, PTSD samt multiple personlighedsforstyrrelser, der her kan ses i tabellerne.

Implikationerne af at ekskludere studier på baggrund af komorbiditet diskuteres senere.

Axis II DIPD-IV ^a personality disorders	n	% of Total	Schizotypal (N=86)		Borderline (N=175)	
			n	%	n	%
Cluster A						
Paranoid	81	14.2	31	36.1	24	13.7
Schizoid	18	3.2	9	10.5	3	1.7
Schizotypal	96	16.8	86	100.0	9	5.1
Cluster B						
Antisocial	49	8.6	11	12.8	27	15.4
Borderline	240	42.0	25	29.1	175	100.0
Histrionic	13	2.3	4	4.7	6	3.4
Narcissistic	36	6.3	8	9.3	14	8.0
Cluster C						
Avoidant	324	56.7	42	48.8	83	47.4
Dependent	49	8.6	4	4.7	28	16.0
Obsessive compulsive	261	45.7	27	31.4	45	25.7
Research diagnosis						
Passive-aggressive	54	9.5	16	18.6	26	14.9
Depressive	177	31.1	29	33.7	66	37.7

Axis I SCID-IP ^a Psychiatric disorders current lifetime	N	% of Total	Schizotypal PD (N=86)		Borderline PD (N=175)	
			n	%	n	%
Mood disorders						
Major depression	522	78.1	57	66.3	124	70.9
Dysthymia	115	17.2	18	20.9	30	17.1
Bipolar I	45	6.7	9	10.5	21	12.0
Bipolar II	23	3.4	2	2.3	14	8.1
Anxiety disorders						
Panic disorder	174	26.1	35	40.7	59	33.7
Agoraphobia	17	2.5	3	3.5	1	0.6
Social phobia	153	22.9	27	31.4	34	19.4
OCD ^b	104	15.6	20	23.3	28	16.0
PTSD	198	29.6	29	33.7	82	46.9
GAD	143	21.4	17	19.8	38	21.7
Alcohol Ab/Dep	273	40.9	41	47.7	91	52.0
Drug Ab/Dep	249	37.3	36	41.9	93	53.1
Eating disorders						
Anorexia nervosa	40	6.0	4	4.7	13	7.4
Bulimia nervosa	56	8.4	4	4.7	23	13.1
EDNOS	118	17.7	9	10.5	38	21.7

Resultater

Forfatter	År	Formål	Design	Tests	Sample	Resultater
Carpenter, Wood & Trull	2016	Undersøger associationerne mellem BPD og 9 forskellige SUDs (alkohol, opiater, kokain, amfetamin, cannabis, hallucinogener mv.)	Discriptive, non-experimental Cross-sectional, survey	DSM-III-R AUDADIS-IV	n = 34.653 the <i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i> (NESARC) (58% kvinder) Normalpopulation	Analysen påviste, at der er unikke sammenhænge for BPD med alkohol, kokain og opiodbrug. Kun disse typer viste en signifikant sammenhæng.
Coffey, Schumacher, Baschnagel, Hawk, & Holloman	2011	Undersøger om impulsivitet er en fælles/delt risikofaktor samt baggrunden for den høje komorbiditet mellem BPD og SUDs. Undersøger hvordan BPD-patienter med SUD er forskellige fra BPD-patienter uden SUD ift. impulsivitet.	Quasi-eksperimentelt studie (non-RCT) Case-control	Både self-report og forsøgsmålinger GoStop, delay discounting task (DDT), Balloon Analog Risk Task (BART) Barrett Impulsiveness Scale, Eysenck Impulsiveness Scale	n = 79 Ambulante patienter 3 forsøgsgrupper: (BPD-only; n 19), (BPD-SUD; n 32), og kontrolgruppe (MC; n 28). (80 % kvinder)	BPD-SUD-gruppen, men ikke BPD-gruppen viste nedsat evne til at udsætte belønning sammenlignet med kontrolgruppen. Både BPD-SUD og BPD-grupperne viste nedsat responsinhibition sammenlignet med kontrolgruppen. BPD+SUD-patienter er mere impulsive end BPD-patienter på nogle facetter af impulsivitet (belønningsudsættelse).

Di Pierro, Preti, Vurro & Madeddu	2014	Undersøger personlighedsstrukturen hos dobbeltdiagnose-patienter (PD og SUD). Specifikt om dobbeltdiagnoser kan associeres med bestemte elementer af Kernbergs personlighedsmodel.	Discriptive, non-experimental Case-control	The Structured Clinical Interview for DSM-IV The Structured Interview for Personality Organization	n = 97 Indlagte patienter 3 forsøgsgrupper: PD+SUD (n = 37), PD (n = 30) og kontrolgruppe (n = 30). (61% kvinder)	Dobeltdiagnosticerede havde svækkelser i tre domæner af personlighedsfunktion: dårligt integreret identitet med dårlig evne til at engagere sig, dårligt integrerede moralske værdier samt høje niveauer af aggression mod selv og andre. Dette sås markant højere end hos både PD- og kontrolgruppen.
Feske, Tarter, Kirisci & Pilkonis	2006	Undersøger sammenhængen mellem BPD og SUDs.	Discriptive, non-experimental Case-control, Survey	DSM-IV DSM-III-R	n = 232 Blandet population (77,6% psykiatriske pt.) (100 % kvinder)	Påviser BPD som en prædikator for en senere SUD i fire forskellige kategorier: SUD; AUD; brug af rusmidler; misbrug af heroin, kokain eller polysubstances. Antisocial PD indebærer en højere risiko end BPD og er en delvis mediator for relationen mellem BPD og SUD.

Jahng, Solhan, Tomko, Wood, Piasecki, & Trull	2011	Undersøger brugen af alkohol som en reguleringsstrategi for oplevelsen af negative emotioner. Associationer mellem både negative og positive emotioner og alkoholforbrug undersøges.	Quasi-eksperimentelt studie (non-RCT) Case-control	Forsøgspersonerne rapporterede humør og alkoholindtag ved op til 6 gange om dagen over 28 dage ved brug af elektroniske dagbøger.	n = 131 Ambulante patienter Kontrolgruppe med depression (n = 50) (100% kvinder)	BPD-gruppen havde højere affektiv varians. Gennemsnitlige niveauer af positiv og negativ affekt var ikke forskelligt imellem dem, der drak og de, der ikke drak. Men niveauer af både negativ og positiv affekt var associeret med alkoholbrug i øjeblikket i BPD-gruppen. With-in-person affektiv variation kunne relateres til alkoholbrug i flere sammenhænge. Alkoholbrug for BPD-gruppen kunne associeres til varians i alle affekter på dagen, men ikke dag-til-dag.
Jahng, Trull, Wood, Tragesser, Tomko, Grant, Bucholz & Sher	2011	Undersøger om specifikke kombinationer af personlighedsforstyrrelser og misbrug er udtryk for en generel og sværere patologi eller om kombinationerne mellem dobbeltdiagnoserne er unikke.	Discriptive, non-experimental Cross-sectional, Survey	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule- DSM-IV Version (AUDADIS-IV)	NESARC n = 34.653 (58% kvinder) Normalpopulation	Komorbiditet mellem personlighedsforstyrrelse og misbrug er karakteriseret ved en generel patologi og cluster B-patologi snarere end for den specifikke forstyrrelse. Den generelle PD-faktor strækker sig over alle 10 PD-diagnoser og der er en stærk association mellem denne og SUDs.

Lane, Carpenter, Sher & Trull	2016	Undersøger alkohol <i>craving</i> og –indtagelse. Fokus på hvornår, hvor og med hvem de to grupper craver og indtager alkohol.	Quasi-eksperimentelt studie (non-RCT) Case-control	Forsøgspersonerne udfyldte elektroniske dagbøger i 21 dage af skaleret craving og indtagelse af genstande.	n = 116 56 ambulante patienter samt non-klinisk kontrolgruppe (n = 60) (78,5 % kvinder)	BPD-gruppen rapporterede mere craving end kontrolgruppen i de fleste kontekster. En højere craving sås at være parallelt med mere indtagelse på arbejde, hjemme, med partnere, kollegaer og børn. Craving og indtagelse fandt oftest fandt sted i socialt normative situationer for begge grupper, men at BPD oftere cravede og indtog alkohol i en vid række kontekster.
Maraz, Ando, Rigo, Harmatta, Takach, Zalka, Boncz, Lacko, Urban, van den Brink & Demetrovics	2016	Undersøger impulsivitet og self-report ifm borderline	Quasi-eksperimentelt studie (non-RCT) Case-control	the 30-item Barratt Impulsiveness Scale, Mitchell's computerised DD task	n = 345 Ambulante patienter i enten misbrugs- eller borderlinebehandling (45,2% kvinder) 6 grupper: 1.Kontrolgruppe 2.BPD/nonSUD 3.DUD/nonBPD 4.AUD/nonBPD 5.BPD+AUD, 6.BPD+DUD.	Impulsivitet manifstrer sig forskelligt i BPD og SUD og self-report impulsivitet angives højere end adfærdsmæssig måling af impulsivitet.

Mikolajewski, Pizzarello & Taylor	2011	Undersøger om forskellige BPD-symptomklustre har forskellige risici for udviklingen af SUDs. Undersøger tre specifikke symptomdimensioner.	Discriptive, non-experimental Cross-sectional, Survey	the Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Nonpatient Edition	n = 121 Normalpopulation primært kvindelige (60%) studerende. Scores ud fra clustre (instabilitet, reaktivitet og dissociation)	Analysen indikerede, at forskellige symptomklustre af BPD har forskellige associationer med SUD-symptomer. Både Instabilitet (ustabile relationer, tomhed, identitetsforstyrrelse og selvmordsadfærd) og Reaktivitet havde en gensidig sammenhæng med SUD.
Thatcher, Cornelius & Clark	2005	Undersøger AUD i ungdommen som en prædiktør for udviklingen af BPD.	Prospektivt design m. 2 års follow-up quasi-eksperimentelt studie (non-RCT) Case-control	Semi-strukturerede interviews, hvor klasse-analyse inddelte individerne i 4 kategorier ud fra BPD symptomprofiler	n = 524 Ambulante patienter hhv. med AUDs (n = 355) og uden AUDs (n = 169) (46 % kvinder)	Tilstedeværelsen af AUDs medierede sammenhængen mellem fysisk og seksuelt misbrug i barndommen og udviklingen af BPD.
Tragesser, Sher, Trull & Park	2007	Undersøger <i>coping</i> og <i>enhancement</i> -motiver som mediator ml. PF og misbrug.	Discriptive, non-experimental Case-control, Survey m. 5 års follow-up	the Structured Clinical Interview for DSM- IV Axis I Disorders/Nonpatient Version, the Structured Interview for DSM-IV Personality, Cooper's (1994) drinking motives scales	n = 352 (55,9% kvinder) Normalpopulation	Der sås effekt af både enhancement- og coping-motiver i dette voksne sample. De to motiver har lignende associationer, men coping er i nogle tilfælde (negative konsekvenser af alkoholindtagelse) svagt stærkere.

Tragesser, Trull, Sher & Park	2008	Undersøger drikkemotiver hos yngre subjekter som mulig mediator ml. PF og alkoholmisbrug.	Discriptive, non-experimental Case-control, Survey m. 2 års follow-up	the Structured Clinical Interview for DSM- IV SCID-I NP the 20-item Drinking Motives Questionnaire	n = 168 (44 % kvinder) Normalpopulation (studerende)	Enhancement-motiver viste at mediere (øge) effekten af Cluster B symptomers sammenhæng med alkoholmisbrug ift. frekvens, mængde, afhængighedssymptomer, konsekvenser og AUD-diagnose. Der sås ingen effekt af coping-motiver, modsat den voksne sample i det tidligere studie.
-------------------------------	------	---	---	---	--	---

Tendensanalyse

Følgende er en analyse af de inkluderede studier indenfor de valgte kriterier: design, demografi, måleredskaber og undersøgelsesfelter. Analysen skal lede videre til diskussionen, der sætter disse i relation til deres praksisimplikationer.

Design

Indledningsvist er det væsentligt at bemærke, at der i resultaterne ikke findes randomised controlled trials, der er den gyldne standard for valid, eksperimentel forskning. Der findes quasi-eksperimentelle studier/non-randomised, controlled trials (n= 5), men der er en overvægt af deskriptive, non-eksperimentelle designs (n = 7).

Der er altså ikke mange egentlige eksperimentelle studier inkluderet. Da Datterstudiet ikke beskæftiger sig med evidensen for en given intervention, har det kun indirekte implikationer, men fortæller at undersøgelse af feltet skal videreudbygges for at leve op til de gængse standarder for validitet.

Det er tydeligt, at feltet er nyt og ekspanderende, da der forskes i en mængde forskellige retninger. Her kan nævnes eks. misbrugstype, personlighedstype, craving, etc.

Sample/demografi

Hovedparten (n = 6) af de inkluderede studier anvender patienter i ambulant psykiatrisk behandling. Det kan have betydning, at det foretrukne sample i dette felt er individer, der har søgt behandling: det kan muligvis implicere en sværhedsgrad af lidelsen. Som nævnt i teoriafsnittet, er BPD ikke en homogen lidelse, og man kan diskutere, om der er særlige karakteristika for de individer, der søger hjælp kontra dem, der ikke gør. Kun ét af de inkluderede studier tager udgangspunkt i patienter indlagt for behandling af et misbrug. Dette er en stor forskel fra Faderstudiets fund, hvor denne population udgjorde den klart største del.

Videre anvendes der i lige så høj grad normalpopulation ($n = 6$) som psykiatriske patienter. I flere af undersøgelserne undersøges diagnose-træk hos raske individer i stedet for hos diagnosticerede. Der er altså sat en cut-off score, hvorefter forsøgsgrupperne sammenlignes på disse parametre. Eksempelvis Tragesser et al. (2008), hvor raske subjekter inddeles efter forekomsten af BPD-træk, hvorefter deres motiver for at indtage alkohol analyseres. I denne tilgang postuleres, at personlighedsforstyrrelsen er en forværring af almindelige personlighedstræk som eks. impulsivitet, hvorfor trækkene kan undersøges i deres non-patologiske udtryk.

Et enkelt studie anvender patienter indlagt for psykiatrisk behandling. To studier (Maraz et al (2016) og Feske et al (2006)) anvender blandede grupper, hhv. indlagte patienter/misbrugsbehandlingsklienter og ambulante patienter/normalpopulation og indgår i summeringen derfor i begge kategorier.

Kønsmæssigt kan der også ses tendenser. Som det kan ses i tabellen, er der adskillige studier med en meget skæv kønsfordeling. 6 ud af de 12 artikler har en fordeling, hvor der er over 60% kvinder. Eksempelvis inkluderer Coffey et al (2011) 80% kvinder, mens Lane et al (2016) anvender 78,5 % kvinder. Både Feske et al (2006) og Jahng et al (2011¹) anvender udelukkende kvindelige respondenter.

Måleredskaber

Med så mange forskellige undersøgelsesfelter kan der også ses en mængde forskellige måleredskaber. Der er et væld af tests, nogle er eksperimentelle (eks. GoStop, Delay Discounting Task, mens nogle er diagnostiske redskaber (eks. the Structured Clinical Interview for DSM-IV). Flere anvender strukturerede praksisinterviews eller individuelle former for ratingskalaer (eks. af alkoholindtagelse eller humør), der dermed er mere komplicerede at reproducere og validere.

NESARC (the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) er brugt flere gange med forskellige undersøgelsesformål; både af Carpenter, Wood & Trull (2016) og Jahng et al (2011¹). Altså bliver resultaterne fra samme stikprøve udgangspunkt for flere forskellige fortolkninger. Da NESARC er en stor stikprøve af over 36.000 individer, kan den argumenteres at være repræsentativ. Det er derfor mere væsentligt at undersøge validiteten for de forskellige måleinstrumenter og fortolkningsmuligheder for sig.

Slutteligt og vigtigst er det at nævne, at flere af de anvendte tests faktisk ikke er validerede til brug ved dobbeltdiagnoser. Eksempelvis anvendes The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV Version (AUDADIS-IV) uden at være fuldt ud valideret til denne gruppe. Dette og ovenstående genoptages i metodediskussionsafsnittet.

Undersøgelsesfelt

I de inkluderede studier kan ses en mængde forskellige undersøgelsesformål. Nogle studier fokuserer på enkelte aspekter af personligheden: nedsat beslutningsevne, nedsat affektiv reguleringsevne, impulsivitet. Nogle aspekter undersøges som en mulig kerne for udviklingen af både personlighedsforstyrrelsen og misbruget, mens andre undersøges som den del af personlighedsforstyrrelsen, der foranlediger misbruget.

Analysen vil nu tematisk belyse de forskellige undersøgelsesfelter: affektiv dysregulering, positiv affekt, impulsivitet, interpersonel funktionsevne samt et udviklingsmæssigt perspektiv.

Affektdysregulering. Affektregulering refererer til evnen til at ændre eller fastholde sit emotionelle stadie. Oftest henvises der til evnen til at regulere negativ affekt gennem en vid række forskellige strategier. Som teoriafsnittet viste, er affekt-

regulering et fokuspunkt i behandlingen af BPD både i DAT og MBT. Affektiv *dysregulering* refererer til oplevelsen af akutte, ekstreme ændringer i affekt. Dette involverer en øget emotionel sensitivitet, intens reaktivitet og en langsommere tilbagevenden til baseline (Linehan, 1993). Jf. Faderstudiet tolkes brugen af alkohol ofte som et forsøg på at regulere negative emotioner. Der kan så tænkes at være en øget risiko for brug for individer, der hyppigt og intenst oplever negative emotioner og har svært ved at regulere dem – herunder individer med BPD – og de dermed også har en øget risiko for udviklingen af et alkoholmisbrug. Dermed kan alkohol tænkes at være en negativ forstærkning, der gennem dets anxiolytiske egenskaber, kan mindske følelsen af negativ affekt eller stress og dermed give en midlertidig lettelse.

Jahng et al (2011¹) undersøger specifikt brugen af alkohol som en reguleringsstrategi for oplevelsen af negative emotioner og påviste, at BPD-gruppen havde højere affektiv varians, mens de gennemsnitlige niveauer af positiv og negativ affekt ikke var forskelligt imellem dem, der drak og dem, der ikke drak. Alkoholbrug for BPD-gruppen kunne associeres til varians i alle affekter på dagen, men ikke dag-til-dag.

Affektreguleringshypotesen forudsætter, at brugen af alkohol er associeret med en dysregulering af affekt. Dog viser Jahng et al.(2011¹), at dette muligvis snarere skal karakteriseres som affektvariens eller –labilitet modsat den gængse forståelse. Jahng et al (2011¹) påviser, at en høj affektvariens indenfor samme dag har en stærk sammenhæng med alkoholindtag for BPD-patienter.

Lane et al. (2016) undersøgte craving og alkoholindtagelse. De fandt, at BPD-gruppen rapporterede mere craving end kontrolgruppen i de fleste kontekster. Der sås en højere craving parallelt med mere indtagelse på arbejde, hjemme, med partnere, kollegaer og børn. Craving og indtagelse fandt oftest sted i socialt normative situationer, men BPD-individer cravede oftere og indtog alkohol i en vid række kontekster.

Den øgede craving blev af forfatterne forklaret som udtryk for impuls- og affektdysregulation. Jf. affektdysregulationsaspektet kan det ses, at kontekster der fordrer omstilling og emotionsregulering idenfor socialt passende rammer – eks. sammen med børn eller på arbejde, er særligt udfordrende for individer med BPD.

Positiv affekt. Der er i forskningen en tendens til at fokusere på oplevelsen og reguleringen af negativ affekt. Jahng et al (2011^I) påviser dog, at positiv affekt også associeres med alkoholbrug både samme og næste dag. Altså konsumeres alkohol, ifølge dette studie også for at øge oplevelsen af positiv affekt lige så vel som for at nedregulere oplevelsen af negativ affekt. Denne opfattelse er ikke direkte foreneligt med selvmedicineringsforståelsen, hvor alkohol bruges til at nedregulere svære emotionelle tilstande.

Carpenter, Wood & Trull (2016) påviste unikke sammenhænge for BPD med alkohol, kokain og opiodbrug. Hvor alkohol og opioder klassificeres som en 'depressant', klassificeres kokain som en 'stimulant'. Forfatterne angiver, at der nødvendigvis ikke er en delt ætiologi for sammenhængen med alle tre typer. I stedet er der muligvis specifikke faktorer for hver, netop fordi de har forskellige psykologiske effekter. Dermed er den enkle forståelse af rusmiddelbrug som en negativ forstærkning nødt til at udbygges, da der er sammenhæng med både 'op-regulerende' og 'ned-regulerende' psykoaktive stoffer.

Impulsivitet. Impulsivitet kan overordnet rammesættes som en 'tendens eller prædisposition til hurtige, uplanlagte reaktioner til intern eller ekstern stimuli uden at overveje negative konsekvenser for selv eller andre' (Maraz et al, 2016).

Jahng et al (2011^{II}) påviste, at komorbiditet mellem personlighedsforstyrrelse og misbrug er karakteriseret ved en generel patologi samt cluster B-patologi snarere end specifik for den enkelte forstyrrelse. Forfatterne beskriver denne faktor som rod-

fæstet i impulsivitet, der er kendetegnende for AUD og er karakteristisk for cluster B. Rationalet for dette er, at modsat negativ affektivitet, der er grundlæggende for adskillige personlighedsforstyrrelser, er impulsivitet mere specifik for cluster B.

Coffey et al (2011) undersøger impulsivitet som enten delt risikofaktor eller fælles udløsende årsag for komorbiditeten mellem BPD og SUDs på forskellige parametre. Hvor BPD-SUD-gruppen, men *ikke* BPD-gruppen, viste nedsat evne til at udsætte belønning, viste *både* BPD-SUD og BPD-grupperne nedsat responsinhibition. Forskellene imellem grupperne var mindre end forventede, men viste, at BPD-SUD-patienter er mere impulsive end BPD-patienter på nogle facetter af impulsivitet (belønningsudsættelse), men ikke andre (responsinhibition). Dette kan muligvis tolkes som om disinhibitionen har rod i BPD, mens manglende belønningsudsættelse har rod i BPD-SUD. I hvert fald påvises, at impulsivitet i målgruppen er mere kompleks end antydnet.

Maraz et al (2016) påviste, at impulsivitet manifesterer sig forskelligt i BPD og SUD, hvor self-report impulsivitet angives højere end adfærdsmæssig måling af impulsivitet. Mikolajewski, Pizzarello & Taylor (2011) kunne ud fra the Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders påvise, at de tre symptomdimensioner (instabilitet, reaktivitet og dissociation) havde forskellige associationer til SUD-symptomer. Kun Instabilitet (ustabile relationer, tomhed, identitetsforstyrrelse og selvmordsadfærd) og Reaktivitet havde en gensidig sammenhæng med SUD. Dette studie kan antyde, at impulsivitet (som er en del af Reaktivitetsdimensionen) er en delt risikofaktor, om end ikke den eneste.

Interpersonel funktionsevne. Problematisk relationer er en veldokumenteret del af BPD, hvilket antyder, at interaktion kan forstås som en stressor. Disse stressorer er ofte udløsende faktorer for indtagelse af alkohol ifølge Lane et al (2016). Mod-

sat er der ud fra forståelsen af enhancement-motiver jf. Tragesser et al (2007;2008) samtidig også en risiko for, at individet drikker for at øge positive oplevelser.

Lane et al (2016) undersøger craving og indtagelse ud fra en forståelse af, at craving stimuleres ud fra cues i individets miljø, hvorfor det er relevant at undersøge den udløsende kontekst i hverdagen. Dette sås i studiet, hvor individer med BPD cravede mere, når de var sammen med de fleste andre (undtagen venner). Desuden cravede og indtog de alkohol i sammenhænge, der ikke er socialt normative, eks. på arbejde, i skole, tidligt på dagen samt sammen med kollegaer, børn og romantiske partnere.

Jahng et al (2011^H) påviste, at cluster B havde en unik sammenhæng med SUDs. Den eksakte natur af denne er ikke klarlagt, men forfatterne selv beskriver det som 'interpersonel funktionsevne' ud fra den forståelse at: "*these disorders are those that share significant externalizing [...] or impulsivity/ behavioral disinhibition in contrast to Cluster A and Cluster C disorders*"(p. 8). Symptomerne for disse forstyrrelser har en fælles interpersonel problematik, karakteriseret ved maladaptive forståelser af selv og andre. På samme vis er SUDs kendetegnet ved nedsat interpersonel funktionsevne, der muligvis kan attribueres til de følger, symptomerne har på individet og dets pårørende.

Di Pierro et al (2014) undersøgte personlighedsstrukturen hos dobbeltdiagnosticerede ud fra Kernbergs personlighedsmodel og fandt, at dobbeltdiagnosticerede særligt havde svækkelser i tre domæner af personlighedsfunktionen: patienterne rapporterede en dårligt integreret identitet med dårlig evne til at engagere sig, dårligt integrerede moralske værdier samt høje niveauer af aggression mod selv og andre. Dårligt integrerede moralske værdier og ekstern aggression kan ses at være elementer, der både kan være udtryk for en bagvedliggende, dårligt fungerende interpersonel

funktionsevne, men også over tid at indskrænke og skade individets relationer i en sådan grad, at sociale sammenhænge fungerer som stressorer. På samme vis påviste Mikolajewski, Pizzarello & Taylor (2011), at BPDs sammenhæng med SUD varierer ud fra forskellige symptomclustre. Både Instabilitet og Reaktivitet havde en gensidig sammenhæng med SUD, hvor Instabilitet bl.a. rummer ustabile relationer. Studiet påviser altså ustabile relationer som en kontribuende risikofaktor for udviklingen af SUD hos BPD-individer.

Udviklingsmæssigt perspektiv. Enkelte studier påviser et udviklingsmæssigt perspektiv på komorbiditeten mellem BPD og SUDs. Dette kan ses ifm. studierne af Tragesser et al (2007;2008), der undersøger '*drinking motives*'; det formål alkoholindtagelsen tjener i konteksten ud fra et dynamisk perspektiv. Drinking motives kan hypotiseres at repræsentere den funktion, alkoholbrug tjener for individet og dermed den mekanisme, hvorigennem andre faktorer såsom personlighedstræk opererer (Tragesser et al, 2007;2008). At drikke for at håndtere negative subjektive stadier og emotioner kaldes *coping* motiver, mens at drikke for at øge positive emotioner kaldes *enhancement* motiver. At afgøre om et individ med cluster B-forstyrrelser drikker for at regulere negativ affekt eller for at øge positiv affekt, kan hjælpe med at forudsige de alkoholrelaterede problemer, individet kan møde (Tragesser, 2007).

Coping og enhancement-motiver viste forskellig prædikative værdier for forskellige alkoholrelaterede problematikker i de to aldersgrupper studierne imellem. Dette kan indikere, at det kan være nyttigt at skelne imellem dem. Da det kan antyde, at alkoholmisbrug har forskellige udviklingsmæssige mekanismer i forskellige stadier i livet samt at personlighedsmekanismerne, der underligger komorbiditeten, kan variere på forskellige stadier i livet. Muligvis kan impulsivitet bedst forudsige alkoholproblemer i det yngre sample, mens affektiv instabilitet kun indirekte relateres til

udviklingen af misbruget gennem et ønske om at øge eller opretholde flygtige, positive emotionelle stadier (ibid.). Den affektive instabilitet, karakteristisk for cluster B-forstyrrelser, kan måske først associeres med alkoholmisbrug senere i livet for at reducere negativ affekt ifølge Tragesser et al. (2007).

Videre ift. det udviklingsmæssige perspektiv, påviste Thatcher, Cornelius & Clark (2005) i dette studie, at tilstedeværelsen af AUDs medierede sammenhængen mellem fysisk og seksuelt misbrug i barndommen og udviklingen af BPD. Det kan belyses ud fra en udviklingsteoretisk forståelse, hvor fortilfælde af AUDs og anden patologi i ungdommen er udtryk for udviklingsmæssig dysregulation, der kan kulminere i BPD. Studiet er særligt interessant, fordi det undersøger BPD som sekundær lidelse, hvor samtlige andre inkluderede studier i Datterstudiet fokuserer på SUDs som følge af karakteristika ved BPD.

Opsummering. Den foreløbige analyse har beskæftiget sig med studierne design, sample, måleredskaber samt undersøgelsesfelter; hhv. affektdysregulation, positiv affekt, impulsivitet, interpersonel funktionsevne samt et udviklingsmæssigt perspektiv.

Der sås nogle metodologiske svagheder i form af psykiatriske patienter som subjekter, skæv kønsfordeling samt brug af personlighedsforstyrrelsestræk hos normalpopulationen frem for diagnosticerede individer. Derudover sås der anvendelse af endnu ikke fuldt ud validerede tests ift. målgruppen samt metodologiske problematikker ved NESARC, der belyses yderligere i diskussionen.

Ift. affektdysregulering sås der, at BPD-individer havde højere affektiv varians samt at alkoholbrug kunne associeres til varians i alle affekter på dagen, men ikke dag-til-dag. Derudover sås der mere craving end kontrolgruppen i de fleste kontekster. Craving og indtagelse fandt oftest sted i socialt normative situationer, men kon-

tekster der fordrer omstilling og emotionsregulering indenfor socialt passende rammer (eks. sammen med børn eller på arbejde), var særligt udfordrende for BPD-individer.

Særligt sås der interessante fund omkring positiv affekt. Adskillige studier påviste, at positiv affekt også associeres med alkoholbrug både samme og næste dag samt at individer med BPD-træk ligeledes drak for at øge positive oplevelser. Derudover påvistes unikke sammenhænge for BPD rusmidler med forskellige psykoaktive egenskaber.

Ift. impulsivitet sås der i flere studier forskellige manifestationer af impulsivitet indenfor tre overordnede grupper (BPD, SUD og BPD-SUD) i flere studier samt en antydning af, at impulsivitet er en delt risikofaktor, men ikke den eneste.

Ift. interpersonelle problemer viste studierne både, at BPD-individer cravede mere sammen med andre og at interpersonelle problemer kan være en risikofaktor for udviklingen af SUD hos BPD-individer. Distinktive svækkelser i personlighedsfunktion sås både som et muligt udtryk for en dårligt fungerende interpersonel funktionsevne, men også over tid at kunne indskrænke og skade individets relationer i en sådan grad, at sociale sammenhænge fungerer som stressorer.

Slutteligt undersøgte enkelte studier et udviklingsmæssigt perspektiv på komorbiditeten. Herunder om alkoholmisbrug har forskellige udviklingsmæssige mekanismer i forskellige stadier i livet for BPD-individer samt at personlighedsmekanismerne, der underligger komorbiditeten, kan variere på forskellige stadier i livet.

Diskussion

Indtil nu har Datterstudiet belyst komorbiditeten ad hoc ud fra de inkluderede studiers fokuspunkter. Disse fund kan nu diskuteres ud fra deres potentielle rolle i udviklingen af et komorbidt misbrug.

Her fremhæves Feske et al (2006), der som det eneste af de inkluderede studier, angiver årsagsforklaringer på sammenhængen mellem BPD og SUDs:

1. Kernetræk ved BPD prædisponerer for udviklingen af SUD
2. BPD og SUD har fælles ophav (eks. familiehistorik af SUD og ASPD samt overgreb/vanrøgt i barndom)
3. BPD kan være resultatet af en neurobiologisk deficit, der også er impliceret i udviklingen af SUD

Feske (2006) Borderline personality and substance use in women

Disse forskellige årsagsforklaringer kan sættes i relation til de inkluderede studier, men siden disse forståelser er belyst dybdegående i Faderstudiet ifm. tre overordnede spor (kausalitet, indirekte kausalitet og fælles risikofaktorer), refereres der til denne for en mere ekstensiv belysning. Hvor Feskes (2006) tre muligheder repræsenterer kausalitet og fælles risikofaktorer (miljø samt biologisk), sås der i Faderstudiet også et tredje muligt spor: indirekte kausalitet. Dette kan beskrives som træk (eks. temperament og impulsivitet), der i gensidigt samspil med deficits i opdragelse, kan lede til problemer i socialiseringsevne. Disse socialiseringsproblemer kan skabe en mængde afledte problemer, herunder dårlig akademiske præstationer, kriminel adfærd og stofmisbrug. Dermed påvirker disse træk en (indirekte) proces, der kan lede til AUD. Som Faderstudiet afslutningsvist konkluderede, er ingen af disse spor gensidigt udelukkende. Selvom der påvises en relation, fordrer det ikke en specifik ætiologisk proces.

Diskussionen vil belyse fundene fra analysen ud fra tre overordnede modeller for udviklingen af et misbrug: *farmakologisk sårbarhed, affektdysregulering og interpersonelle problematikker*. Disse kan ses som en videreudvikling af Faderstudiets fund samt en sammenkobling af Feske (2016) og analysens fokuspunkter.

Den **farmakologiske** sårbarhed referer til individuelle forskelle i effekten af alkohol og dermed relationen mellem personlighed og alkoholsensitivitet. Særligt ift. impulsivitet, hvor alkohol kan fungere som en stressreducerende agent. Derudover er impulsivitet et kernetræk ved BPD, som kan influere individets brug af alkohol samt fortsatte brug, hvor andre ville stoppe (mis)bruget.

Flere af de inkluderede studier påviser dimensioner af komorbiditeten, der kan forstås ud fra denne ramme. Carpenter et al (2016) differentierer mellem psykoaktive stoffer, hvor studier typisk ikke forholder sig til dette, men i stedet anvender en broget fællesbetegnelse: SUDs. At samle psykoaktive stoffer med forskellig effekt ind i én samlet kategori kan tænkes at sløre distinktive associationer. Forskellige rusmidler har forskellige neurobiologiske mål i hjernen eller påvirker samme center i forskellig grad. Nogle stoffer er relativt præcise i deres virkningsmekanisme (eks. cannabis), mens andre (eks. alkohol) ikke er. Eftersom rusmidler varierer i effekt (psykisk og fysisk), tilgængelighed og andre dimensioner, er det hjælpsomt at vide, om enkelte SUDs er tættere associeret med BPD end andre og dermed, hvilke faktorer der muligvis foranlediger misbrug hos målgruppen. Udover de ætiologiske implikationer, kan informationen ligeledes anvendes i praksis til at skærpe behandleres opmærksomhed omkring den potentielle tilstedeværelse af komorbiditet hos patienten samt målrette interventioner hertil.

Carpenter et al (2016) påviste unikke sammenhænge for BPD med alkohol, kokain og opiodbrug. Det kan være interessant at undersøge, hvorfor disse tre rusmidler har en stærkere association med BPD end andre, samt hvilke faktorer der kan være delt imellem de tre. Havde der kunne ses unikke sammenhænge med ét eller flere overlappende typer af rusmidler, kunne det antyde, at deres korresponderende målcentre i hjernen også er involveret i BPD. Alkohol, kokain og opioder stimulerer alle

det endogene opioidsystem (EOS), som spiller en stor rolle i belønning- og forstærkningsmekanismerne i hjernen. Denne deficit kan udspille sig ad flere veje, men det kan tænkes at aktivering af EOS har en større effekt end hos individer med normal EOS, hvorfor brugen af alkohol, kokain og opioider vil have en højere positivt forstærkende effekt hos individer med BPD, hvilket dermed kan lede til afhængighed.

Selvom denne sammenhæng kan give mening til Carpenter et al (2016)s fund, er denne mulige sammenhæng kun spekulativ. Disse rusmidler, særligt alkohol og kokain, har mange andre neurobiologiske mål i hjernen udover EOS. Derfor er yderligere forskning nødvendig – både ift. associationer til distinktive rusmidler og ift. neurobiologiske processer.

Ift. komorbiditeten er der et væsentligt punkt, som Faderstudiet diskuterede dybdegående; nemlig at én lidelse kan føre den anden med sig. Det er uafklaret, hvorvidt en af lidelserne (BPD og AUD) er primær og dermed afleder den anden eller om der er tale om fælles udløsende faktorer. Eksempelvis kan et kronisk misbrug af alkohol lede til et lavt serotonin-niveau, der over tid kan lede til impulsiv, selvdestruktiv adfærd. Individer med en neurobiologisk svaghed for udviklingen af BPD kan dermed tænkes at være mere sensitive overfor denne neurofarmakologiske følge ved alkoholmisbrug, hvilket Thatcher, Cornelius & Clark (2005) i dette studie også belyser.

Tragesser et al (2007;2008) kan ses at berøre dette felt indirekte. Ved at undersøge hvilket formål alkoholindtagelsen har, kan der udledes mulige sammenhænge med potentielle dysfunktioner. At teste hver enkelt personlighedsforstyrrelses forløb mod alkoholindtag gennem mediatorer (såsom *drinking motives*), kan identificere mulige ætiologiske distinktioner mellem disse lidelser og de potentielle forskelle i underliggende mekanismer ifm AUD-komorbiditet. Ved at teste reaktionen mellem

alkoholrelaterede problematikker og specifikke personlighedsforstyrrelsessymptomer eller –kriterier kan der ses mønstre, der kan være gældende for den specifikke forstyrrelse snarere end det enkelte cluster (Tragesser et al, 2007).

Der er nogle interessante, potentielle aspekter indenfor denne neurobiologiske dimension, der diskuteres yderligere i afsnittet om Fremtidig Forskning. Nu vender diskussionen sig imod aspektet om affektdysregulation.

Affektdysregulation refererer stort set til den kendte selvmedicineringsforståelse, hvor alkohol bruges til at regulere eller lette oplevelsen af negativ affekt og derigennem kan blive negativt forstærkende. Eftersom BPD-individer har et højt niveau af negativ affekt samt affektiv instabilitet, kan BPD-individer ses at være særligt sårbare for brug af alkohol ud fra dette perspektiv.

Selvmedicineringshypotesen antager dermed, at BPD leder til det problematiske alkoholforbrug. Dette ville indebære, at individer med psykopatologi søger det middel, der på bedst mulig vis modsvarer lidelsens symptomer. Da BPD (bl.a.) ses som en emotionsdysreguleringslidelse, kan disse individer forstås som særlig motiverede for at bruge rusmidler til at reducere negativ affekt. Dog ved vi (som nævnt allerede i indledningen), at der ikke er tilstrækkelig empirisk understøttelse af denne teori. Derudover er det væsentligt at påpege, at selvom individer med BPD muligvis indtager alkohol for at reducere negativ affekt, siger det intet om den specifikke komorbiditet (BPD-AUD), da de fleste rusmidler har egenskaber, der reducerer negativ affekt.

Selvmedicineringshypotesen forudsætter, at brugen af alkohol er associeret med en dysregulering af affekt. Jahng et al (2011¹) påviser dog, at positiv affekt også associeres med alkoholbrug både samme og næste dag. *In addition to drinking to dampen negative experiences, individuals consume alcohol to enhance positive expe-*

riences [...] Compared with tension-reduction drinking, experience-enhancement drinking has received considerably less attention. (Jahng et al, 2011¹, p. 2). Altså konsumeres alkohol ifølge dette studie også for at øge oplevelsen af positiv affekt samt for at nedregulere oplevelsen af negativ affekt. Muligvis kan den stærke relation mellem BPD og AUDs forstås ud fra, at begge motivatorer er til stede og dermed kan lede til øget brug i flere sammenhænge: både for at lette negative emotionelle stadier og for at øge positive følelser. Denne opfattelse er ikke direkte foreneligt med selvmedicineringsforståelsen, hvor alkohol bruges til at nedregulere svære emotionelle tilstande.

Selv hvis alkohol bruges til at regulere eller lette oplevelsen af negativ affekt, og derigennem bliver negativt forstærkende, er der stadig yderligere aspekter at vurdere. Både den farmakologiske affekt af alkohol, men også den kognitive forvrængning om, at alkohol kan hjælpe individet i situationen, kan påvirke eller øge denne effekt. Den kognitive forvrængning skal forstås som individets *tro* på, at alkohol kan gavne. Dette kan ses illustreret i Datterstudiets indledende citat fra Jeppe på Bjerget. Tragesser et al (2007;2008) belyser denne problematik ved at vise, at individerne, der bruger og misbruger alkohol, angiver 'pseudokonstruktive' formål for indtagelsen: 'at være mere social', 'at slappe af' mv. Dette var også gældende for de individer, der havde et skadeligt forbrug.

Jahng et al (2011¹) påviser, at en høj affektvarians indenfor samme dag har en stærk sammenhæng med alkoholindtag for BPD-patienter. Dette kan ses som en regulering af negativ affekt, hvor individet bruger alkohol til at nedregulere negativ affekt, men det kan også belyses fra andre vinkler. Det kan tænkes, at alkoholbrug leder til den viste varians af affekt: 1. enten ved at øge positiv affekt eller reducere negativ affekt, 2. ved at skabe længerevarende forstyrrelser (både tømmermænd

og/eller affektive dynamikker) eller 3. ved at lede til negative interpersonelle konsekvenser, der påvirker det emotionelle stadie. Da Jahng et al (2011¹) ikke kan påvise den tidsmæssige rækkefølge, er det ikke muligt at udelukke disse muligheder. Disse kan også sameksistere, da de ikke udelukker hinanden. For nu konkluderes det, at være mere relevant at forholde sig til affektvarians eller –labilitet fremfor den gængse forståelse (hvor alkoholindtag studeres i sammenhæng med gennemsnitligt affektniveau på det givne tidspunkt). Videre forskning er nødvendig for at underbygge denne sammenhæng.

Det afsluttende perspektiv er interpersonelle problematikker, der også kort berører det udviklingsmæssige perspektiv.

Interpersonelle problematikker er en mere kompleks forståelse, hvor de for nævnte træk kan agere i et gensidigt påvirkende samspil med opvækstvilkår (især opdragelse), der resulterer i deficits i socialiseringsevnen. Disse deficits skaber så de afledte problemer i skolen, i peer-grupper, ift. rusmidler etc. Individernes tendens til adfærd, der gør brud på sociale normer (eks. misbrug), har en forstærkende, belastende effekt på problemerne i relationerne.

DSM-V definerer personlighedsforstyrrelser som infleksible og maladaptive personlighedstræk, der ses i en vid række individuelle og *interpersonelle* sammenhænge. Et kriterium for at få diagnosen er altså oplevelsen af problemer i relation til andre. Negative interpersonelle oplevelser (eks. skænderier med familiemedlemmer) er blandt de hyppigst rapporterede stressorer hos individer med BPD. Disse stressorer er ofte udløsende faktorer for indtagelse af alkohol ifølge Lane et al (2016). Modsat er der ud fra forståelsen af enhancement-motiver jf. Tragesser et al (2007;2008) samt Jahng et al. 2011¹ samtidig også en risiko for, at individet drikker for at øge

positive oplevelser. Dette kan ses i sammenhæng med den gængse opfattelse af alkohol som en form for *social lubricant*, der forbedrer interpersonelle situationer.

Et misbrug kan også tænkes at involvere stærke stressorer for et individ med en sårbarhed overfor udviklingen af BPD. Alkoholmisbrug defineres til dels ved dets konsekvenser ("indtag trods kendt skadevirkning"): dette kan være tab af vigtige og nære relationer, juridiske eller finansielle problemer etc. Faderstudiet belyste denne mulige sammenhæng som 'indirekte kausalitet', hvor enkelte af de inkluderede studier, herunder Di Lorenzo et al. (2014) belyste, at misbruget i mange tilfælde ses først: "*we could infer that addiction represents the pathological factor that had strongly conditioned mental disease development*"(p.3). Dette kan ses i sammenhæng med Thatcher, Cornelius & Clark (2005) i dette studie, hvor tilstedeværelsen af AUDs medierede sammenhængen mellem fysisk og seksuelt misbrug i barndommen og udviklingen af BPD. Det er muligt, at misbrug kan lægge grundstenene til udviklingen af BPD.

Det er dog også muligt, at disse tilfælde i stedet er udtryk for, at den psykiske lidelse endnu ikke er kommet fuldt ud til udtryk og derfor ikke opdages før efter misbrugets start. Denne begyndende lidelse kan derfor fungere som en sårbarhed overfor udviklingen af misbruget. Studiet er som sagt det eneste i Datterstudiet, der undersøger BPD som sekundær lidelse, hvorfor dette perspektiv ikke kan underbygges yderligere.

Lane et al. (2016) undersøgte craving og alkoholindtagelse, og fandt, at BPD-gruppen rapporterede mere craving end kontrolgruppen i de fleste kontekster. Der sås en højere craving parallelt med mere indtagelse på arbejde, hjemme, med partnere, kollegaer og børn. Craving og indtagelse fandt oftest sted i socialt normative situationer, men BPD-individer cravede oftere og indtog alkohol i en vid række kontekster.

Den øgede craving blev af forfatterne forklaret som udtryk for impuls- og affektdysregulation. Jf. affektdysreguleringsaspektet, kan det i denne forbindelse ses at kontekster, der fordrer omstilling og emotionsregulering udenfor socialt passende rammer (eks. sammen med børn eller på arbejde), er særligt udfordrende for BPD-individer. Ud fra denne forståelse kan de kritiske situationer, ses som den udløsende faktor for individets brug af alkohol. Over tid kan brugen af alkohol i de situationer øges til et punkt, hvor der er tale om et egentligt misbrug.

Slutteligt påviste Jahng et al (2011^{II}), at komorbiditet mellem personlighedsforstyrrelse og misbrug er karakteriseret ved en generel patologi samt cluster B-patologi, snarere end distinktive relationer for den specifikke forstyrrelse. Forfatterne beskriver denne cluster B-faktor som rodfæstet i impulsivitet, der er kendetegnende for AUD og er karakteristisk for cluster B. Rationalet for denne forståelse er, at modsat negativ affektivitet, der er grundlæggende for adskillige personlighedsforstyrrelser, er impulsivitet mere specifik for cluster B. Komorbiditeten er dermed ikke distinktiv for BPD-AUD, men består af et generelt aspekt tillige med et cluster B-aspekt, hvilket samlet beskrives som 'interpersonel funktionsevne'. Symptomerne for disse cluster B-forstyrrelser har en fælles interpersonel problematik karakteriseret ved maladaptive forståelser af selv og andre. På samme vis er SUDs kendetegnet ved nedsat interpersonel funktionsevne. Der er et dualistisk aspekt ved disse resultater: impulsiviteten koblet med de maladaptive forståelser af selv og andre kan være direkte resulterende i de kognitive forvrængninger, der muliggør AUD samt også resultere i negative interpersonelle oplevelser og indskrænkninger af individets omgangskreds til et punkt, hvor AUD kan opstå.

Afrunding. I indledningen så vi, hvordan selvmedicineringshypotesen efterlader rum til adskillige mulige ætiologiske forklaringer. ”*Muligvis er selvmedicinering*

først og fremmest mod den generelle tilstand og ikke specifikke symptomer. Muligvis er der væsensforskelle imellem personlighedsforstyrrelsernes specifikke sammenhæng med alkoholmisbrug. Muligvis er der tale om et generelt aspekt (som eks. dårlig mentaliseringsevne eller affektdysregulering), der er gældende for en række psykiske lidelser.” Aspekterne søgtes afklaret gennem Datterstudiet, men er stadig ikke belyst tilstrækkeligt til, at en endelig konklusion kan udledes.

De fokuspunkter, der sås i studierne, er interessant nok alle diagnostiske kriterier for BPD: impulsivitet, affektdysregulering/affekt labilitet, samt interpersonel funktionsevne. De eneste, der mangler, er depressivitet og ængstelighed/tomhedsfølelse, hvilke muligvis også bør afklares nærmere i relation til komorbiditeten. At der ikke kan udledes en endelig konklusion, kan være udtryk for, at der er tale om et multifacetteret, komplekst sammenspil, men muligvis også at sammenhængen obskures af forsknings metodologiske svagheder, hvorfor diskussionen nu vender sig herimod.

Metodediskussion

Komorbiditeten søges i studierne bl.a. forklaret ved individuelle forskelle i personlighedstræk som impulsivitet og affektiv dysregulation, som er delte risikofaktorer for begge lidelser (BPD og AUDs). Men det rejser nogle spørgsmål og betæneligheder. Der ses relationer mellem AUD og andre typer af personlighedsforstyrrelser, der *ikke* er kendetegnede ved samme træk af impulsivitet og emotionel reaktivitet. Selvom nogle studier jf. Faderstudiet antyder, at kun Cluster B-forstyrrelser er relateret til AUDs, ses der også en relation til eks. dependent, paranoid og avoidant personlighedsforstyrrelse (Jahng et al (2011^{II})).

Få studier har undersøgt en potentiel påvirkning af andre personlighedsforstyrrelser. ASPD og BPD deler mange ligheder i fænomenologi, træk, risikofaktorer og

symptomudvikling (Feske et al, 2006), men kønsdistribueringen er 75 % mænd for ASPD og 75 % kvinder for BPD (ibid.). Forfatterne danner en hypotese om, at BPD og ASPD er 'spejl'-forstyrrelser med fælles underliggende træk, der fører til forskellige adfærdsmæssige udtryk afhængig af køn. Dermed opstår et behov for yderligere kønsspecifik forskning.

Som nævnt i indledning og teoriafsnit, er der tillige en høj grad af komorbiditet mellem personlighedsforstyrrelser, hvor de diagnostiske kriterier mellem lidelserne også ofte kan ses at overlappe. Individder der opfylder kriterierne for én personlighedsforstyrrelse, opfylder ofte også kravene til en anden (og måske tredje). Der er altså høj komorbiditet mellem personlighedsforstyrrelser og høj komorbiditet med SUDs, hvorfor det kan antyde at komorbiditeten ikke kan specificeres – og muligvis indebærer en delt symptomologi. Den omfattende komorbiditet mellem personlighedsforstyrrelser indebærer et problem i at karakterisere den specifikke komorbiditet mellem BPD og AUD. Den observerede relation kan skyldes generelle træk ved personlighedsforstyrrelser eller distinktive træk for denne specifikke forstyrrelse. Fundene i Jahng et al (2011^{II}) indikerer, at fremtidig forskning bør anvende analytiske tilgange, der kan udskille fælles og unikke kilder til BPD-AUD-komorbiditeten.

I tråd med dette samt den overordnede problemstilling, der lægger op til en diskussion af ætiologien af dobbeltdiagnose-begrebet, er det ikke til at komme uden om emnet '*begrebsvaliditet*'. Navnlige hvorvidt den empiriske undersøgelse faktisk måler det fænomen eller egenskab, den tilsigter (Hansen et al., 2004, p. 5). Der er en metodisk svaghed i form af *begrebsvaliditet*, når det kommer til affektiv dysregulering. Ingen af de inkluderede studier bruger præcist samme definition – og flere definerer det slet ikke. Affektregulering overlapper tillige med en lang række andre psykologiske begreber: empati, emotionel intelligens, (selv)refleksion, affektbevidsthed,

observerende jeg, metakognition, indsigt og mindfulness (Bateman & Fonagy, 2006, p. 17). Forskellige forståelser og operationaliseringer gør det svært at udlede noget entydigt om den psykologiske egenskab.

Ligesom ovenstående beskrivelse, er den begrebsmæssige ramme omkring impulsivitet ikke klart defineret. Impulsivitet er et af de mest studerede træk indenfor misbrugsforskning (Di Lorenzo et al., 2014), og var fokuspunkt for adskillige inkluderende studier i Faderstudiet. Impulsivitet defineres både som en tendens til at agere med mindre foranliggende tankevirksomhed end andre, ubevidst risikotagen, manglende evne til at standse en adfærd, der har negative konsekvenser, præferens for hurtig (mindre) belønning versus (større) udsat belønning, manglende evne til at opretholde udførelsen af en opgave etc. etc. Den store variation i definitionen af impulsivitet understreger dets multidimensionelle natur. Der er en tendens til at fokusere på adfærdsmæssig inhibition, som dog kun er én facet af impulsivitet.

Ift. forståelsen af impulsivitet og dets relation til BPD/AUD- komorbiditet kan to aspekter diskuteres. For det første er impulsivitet ikke et unitært træk eller konstruktion, men involverer en række af facetter (mgl. planlægningsevne, mgl. vedholdenhed, mgl. responsinhibition og mgl. evne til behovsudsættelse, samt forhastet adfærd under stress eller positive affektive stadier mv.) (Jahng, 2011^{II}). Altså er det nødvendigt at bevæge sig udover impulsivitet som forklaringsmodel for komorbiditeten, men i stedet undersøge og karakterisere specifikke facetter af impulsivitet, der kan være fælles for begge lidelser. For det andet er personlighedstræk, der associeres med impulsivitet, ikke stabile, men ændres i takt med individets udvikling. Den største forekomst af BPD-træk er i de tidlige voksenår. Dette vil også sige, at personligheden, personlighedsforstyrrelserne og AUD er dynamiske og ændres i takt med den udviklingsmæssige proces, hvilket også kan ses i Tragesser et al. (2007;2008)s

fund (Troelsgaard & Glintborg, in process). At påvise en sammenhæng fordrer ikke en specifik ætiologisk proces. Selvom træk relateret til impulsivitet muligvis kan relateres til manglende evne til afholdenhed eller øget brug og frekvens, skal det muligvis ses som indirekte kausalitet gennem sociale faktorer (negativ gruppeindflydelse) eller psykofarmatologiske processer (øget sensitivitet).

Di Pierro (2014) beskriver, hvordan der, trods den kendte komorbiditet mellem SUDs og BPD, kun er et fåtal af studier, der undersøger personlighedsprofilerne hos denne gruppe: *Indeed, the study of personality among DD patients [...] has been conducted mainly from a descriptive–categorical standpoint, whereas no studies have investigated dimensional aspects of personality in DD patients* (Di Pierro et al, 2014, p. 2). Dette forsøger Pierro et al (2014) og til dels Mikolajewski, Pizzarello & Taylor (2011) at belyse. Det er dog interessant, at der ikke er nogle af studierne, der undersøger individuelle forskelle i *effekten* af alkohol samt sammenhængen mellem personlighed og alkoholsensitivitet; eksempelvis en mulig sammenhæng mellem impulsivitet og de stressreducerende egenskaber ved alkohol.

Der er en risiko for, at sammenhængen mellem BPD og AUD er kunstigt frembragt gennem målings- eller design confounds. I de diagnostiske kriterier for BPD (se teoriafsnittet) fremgår det, at disinhibition/impulsivitet er et kriterium, ligesom det er i AUD, hvilket naturligt fordrer en form for overlap mellem de to.

Vi ved, at et problematisk rusmiddelforbrug resulterer i symptomer, der er tilsvarende dem, der ses i BPD. Et misbrug kan bidrage til adskillige diagnostiske kriterier for BPD, eksempelvis dissociation, affektiv instabilitet, impulsivitet og interpersonelle problemer (jf. afsnit 2.3.3). Dermed kommer vi ind på nogle af de metodologiske problematikker, der sås i analysen. I NESARC-studiet beder interviewerens respondenterne skalere forskellige kriterier, hvis de er tilstede *uafhængigt* af rusmid-

delindtag, men dette betyder ikke, at det lykkes. Respondenten kan have svært ved at skelne, særligt hvis der er tale om et længerevarende problematisk forbrug. Som både Fader- og Datterstudie viser, vil psykisk lidelse og afhængighed uvægerligt påvirke og forværre hinandens progression og symptomer. På den vis kan NESARC-studiet muligvis ses at være repræsentativ for meget af den psykologiske forskning indenfor dette område, der kompliceres af komorbiditet, følgevirkninger og andre komplekse faktorer, der vanskeliggør udførelsen af 'ren' forskning.

I sammenhæng med ovenstående kan komorbiditeten også skyldes overlappet af symptomkriterier mellem lidelserne. Impulsivitetskriteriet for BPD kan til dels opfyldes af misbrug af rusmidler. Dog forklarer dette ikke, hvordan det ifølge Carpenter et al (2016) kun er alkohol, kokain og opioder, der er direkte relateret til BPD.

Der er tillige problematikker ift. demografien i de inkluderede studier, hvilket kan argumenteres muligvis at være et udtryk for *convenience sampling*, eks. ved brug af studerende som subjekter. Derudover er de fleste studier *cross-sectional* på et sample, der enten har et aktivt eller nyafsluttet misbrug. Misbrug kan forårsage affektiv instabilitet, impulsivitet og interpersonelle problemer – som alle er elementer af BPD. Derfor er det nødvendigt kun at arbejde med de BPD-træk, der er tilstede uafhængigt af misbruget (jf. den belyste problematik ved eks. NESARC), hvilket skaber nogle reliabilitet og validitetsproblematikker omkring retrospektiv rapportering.

Derudover anvendes som nævnt ofte en normalpopulation i studierne til at undersøge træk ved BPD, hvor raske subjekter inddeles efter forekomsten af borderline-træk ud fra en given cut-off score. I denne tilgang postuleres, at personlighedsforstyrrelsen er en forværring/øgning af almindelige personlighedstræk som eks. impulsivitet, hvorfor trækkene kan undersøges i deres non-patologiske udtryk. Dette

kan også ses som en mulig bias, da denne tilgang som sagt forudsætter en overførbarehed mellem normalt og klinisk udtryk. Forudsættes det i stedet, at BPD-diagnosen indbefatter og hviler på et komplekst sammenspil af flere dysfunktionelle træk, der ikke kan tages ud af sammenhæng, er disse studier langt mindre anvendelige i praksis.

Som vist i analysen anvender hovedparten af de inkluderede studier patienter i ambulant psykiatrisk behandling som respondenter. Det kan have betydning, at det fortrukne sample i dette felt, er individer der har søgt behandling: det kan implicere en sværhedsgrad af lidelsen. Som nævnt i teori afsnittet, er BPD ikke en homogen lidelse, og man kan diskutere, om der er særlige karakteristika for de individer, der søger hjælp kontra dem, der ikke gør. Ingen af de inkluderede studier kan ses at holde sig til dette potentielle bias.

Kun ét af de inkluderede studier tager udgangspunkt i patienter indlagt for behandling af et misbrug. Dette er en stor forskel fra Faderstudiets fund, hvor denne population udgjorde den klart største del.

Der ses den samme skæve kønsfordeling, som var tilfældet i Faderstudiet. Her har halvdelen af studierne en fordeling med over 60% kvinder. Typisk er der i afrykningsbehandling en overvægt af mænd², mens nogle personlighedsforstyrrelser, deriblandt BPD, har en overvægt af kvinder³.

Det skaber dermed også et muligt bias i de inkluderede studier. Studierne anvender så forskellige samples fra så forskellige demografier, at det må siges at være svært at generalisere og sammenholde resultater. Der er langt fra Tragesser et al (2007;2008)s sample af raske collestuderende til Di Pierro et al (2014) indlagte patienter i psykiatrisk behandling, når vi tænker på sværhedsgrad, komorbiditet, livs-

² Tre fjerdedele af alle i behandling i 2011 var mænd jf. Socialstyrelsen (2013)

³ 87% jf. teori afsnittet om prævalens

kvalitet og symptombillede. På samme måde ved vi ikke, hvordan det skæve kønsfordeling kan tænkes at påvirke resultaterne. Disse mulige systematiske bias kan påvirke *generaliserbarheden* af de inkluderede studiers fund. Altså hvorvidt de karakteristika, der gør sig gældende her, kan ses at være universelle for alle indenfor denne population. Generaliserbarheden påvirkes af flere faktorer; statistisk signifikans, samplers repræsentativitet (hvorvidt der *convenience*-samplet grundet let tilgængelighed), deltagelse og drop-out etc.

Det er også vigtigt at nævne at flere af de anvendte tests faktisk ikke er validerede til brug ved dobbeltdiagnoser. Eksempelvis anvendes The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV Version (AUDADIS-IV) uden at være fuldt ud valideret til denne gruppe. Samspillet af diagnoserne kan tænkes at forværre de kriterier, der måles på. Det er vanskeligt at skelne hvilke, der er udtryk for følgerne af et længerevarende misbrug og hvilke, der er udtryk for de karakteristika, der ses ved BPD.

Ikke kun de inkluderede studier, men også Datterstudiet som et hele, kan ses at have validitetsmæssige problematikker. Navnlig en begrænsning i tid og metodisk udførlighed. Søgningen begrænser sig tidsmæssigt til nyere forskning og er systematiseret, men ikke systematisk. For at kunne definere søgningen som systematisk skal der anvendes flere databaser (herunder diskutere valg og fravalg af disse), indhentes artikler, der ikke er tilgængelige i full-text samt ikke-engelsksprogede. Søgningen skal desuden udtømmes til der ikke findes nye, relevante artikler, eks. vha. *Capture-mark-recapture-teknikken*.

Disse valg og fravalg af metodisk tilgang påvirker validiteten. Det er muligt, at den uafklarethed Datterstudiet har påvist, kan besvares, hvis den metodiske tilgang bliver mere udførlig. For nuværende er der stadig en usikkerhed idét, det stadig er

muligt, at der er tilgængelig litteratur indenfor feltet, der kunne og skulle være inkluderet for at opnå en bedre eller fuld forståelse.

På samme vis kan citationssøgninger være et redskab, der kan underbygge fundene. At undersøge hvilke kilder, de inkluderede studier citerer, men også i hvilken udstrækning de inkluderede studier selv citeres, kan give en bedre viden om hvilke forforståelser, der er fremherskende. Disse metoder kan med fordel anvendes som næste skridt i at blive klogere på genstandsfeltet og den aktuelle forskning.

Ligeledes har eksklusionskriterierne nogle implikationer for validiteten af Datterstudiets konklusioner. Navnlige har fravalget af studier med anden somatisk eller psykisk lidelse samt *polysubstance abuse*, sine konsekvenser. Da komorbiditeten hos individer med BPD er så høj, er mange studier ekskluderet på denne baggrund. Datterstudiets interesse har været at finde ind til den reneste, grundlæggende sammenhæng, men i praksis vil man sjældent se et individ, der udelukkende opfylder kriterierne for BPD og AUD. Dermed er den inkluderede forskning begrænset og konklusionernes generaliserbarhed til praksis ligeså, dog er dette nødvendigt for Datterstudiets ønske om at skære ind til benet af ætiologien bag komorbiditeten. Datterstudiet har desuden benyttet en kvalitativ, tematisk syntese og derfor kan dets konklusioner siges ikke at være lige så reproducerbare, som en statistisk analyse (Christophersen, 2002 in Lund et al. 2002, p. 289). Ud fra heterogeniteten af de inkluderede studier havde andet dog ikke været muligt. Disse metodiske valg med deres medfølgende validitetsmæssige konsekvenser er truffet ud fra den betragtning, at eftersom der ikke eksisterer en kohærent viden om komorbiditeten, er en åben analyse nødvendig. Komorbiditeten skal søges forstået på dets mest grundlæggende ætiologiske plan før andre dimensioner kan tilføjes.

Opsummering. Datterstudiets resultater i form af de inkluderede studier kan ses at påvirkes af en stor heterogenitet af resultater, hvilket kan skyldes designs, samples, inklusionskriterier og måleredskaber. Der ses metodologiske svagheder i form diversiteten af demografien; fra psykiatriske patienter til normalpopulation, skæv kønsfordeling samt brug af personlighedsforstyrrelsestræk frem for diagnostiske kriterier, foruden et stort uafklaret aspekt af begrebsvaliditet indenfor adskillige domæner. Datterstudiet som et hele har derudover sine egne validitetsmæssige problematikker i form af især begrænsning i tid og metodisk udførlighed. Søgningen er begrænset, systematiseret, men ikke systematisk. Derudover er der nogle væsentlige validitetsmæssige problematikker ud fra de valgte eksklusionskriterier. Datterstudiet har med de her nævnte metodiske forbehold in mente, lykkedes i at påvise huller, der kan udforskes nærmere, hvilket behandles i næstkommende afsnit.

Videre forskning og behandlingsimplikationer

Som påvist i analysen og i forlængelse af diskussionsafsnittet, er der adskillige faktorer, der påvirker den eksisterende forskning indenfor dette felt. Hovedparten af den inkluderede forskning er deskriptive, non-eksperimentelle designs. Enkelte er quasi-eksperimentelle, men egentlige randomiserede studier ses ikke. Implikationerne af dette er uvisse, men indebærer, at feltet skal underbygges yderligere for at leve op til de gængse standarder for validitet. Som vist forskes der i et væld af retninger, hvor studierne hovedsageligt beskæftiger sig med enkelte, afgrænsede aspekter af komorbiditeten; eks. misbrugstype, personlighedstype, craving, nedsat affektiv reguleringsevne, impulsivitet mv. Forudsættes det, at komorbiditeten indbefatter og hviler på et komplekst sammenspil af flere dysfunktionelle træk, der ikke kan tages ud af sammenhæng, er disse studier langt mindre anvendelige i praksis. Dog kan det diskuteres, om noget studie nogensinde vil være i stand til at indramme kompleksiteten af

denne målgruppe, alle dens facetter og mulige ætiologiske dimensioner på en valid måde.

Optimalt set ville større, prospektive studier kunne udlede udviklingsmæssige, samt interpersonelle faktorer, herunder belyse den ætiologiske dimension af, hvilken lidelse, der viser sig først. Den eksisterende viden kan underbygges ved at tage højde for de nævnte aspekter af affektdysregulering, interpersonelle dynamikker og neurobiologiske sårbarheder - eftersom ingen af disse er gensidigt udelukkende. Ved at undersøge personlighedsforstyrrelser og alkoholmisbrug ud fra et udviklingsmæssigt, dynamisk perspektiv kan vi bedre forstå mønstrene af stabilitet og forandring. Sådanne studier har dog sine egne omkostningsmæssige og etiske problematikker.

Som nævnt er der også behov for at få belyst nogle af de neurobiologiske aspekter yderligere. Såfremt der er en upåvist, underliggende biologisk dysfunktion, vil al forskning og behandling aldrig nå en optimal erkendelse af komorbiditeten. Der findes et væld af *Brain Imaging Techniques*, der kan være interessante at benytte ifm. belysningen af denne målgruppe.

Slutteligt har Datterstudiet påvist, at fremtidig forskning bør have et eksplorativt fokus på emotionsregulering i bred forstand. Modsat den gængse forståelse, har positiv affekt også en sammenhæng med alkoholindtag hos målgruppen. Hvor hovedparten af den eksisterende forskning jf. Faderstudiet vægtlægger en selvmedicineringsforståelse og dermed primært regulering af negative emotioner, konkluderes det i Datterstudiet, at det potentielt er mere relevant at forholde sig til affektvarians eller -labilitet. Videre forskning er nødvendig for at underbygge denne sammenhæng, foruden aspektet om kønsspecifikke distinktioner.

Som vist i teoriafsnittet er der adskillige behandlingsformer rettet mod denne målgruppe. Her blev beskrevet MBT og DAT. Disse vægtlægger nogle af de aspek-

ter, der fremkom i analysen, navnlig affektdysregulering og interpersonelle dynamikker. Men er komorbiditeten i stedet et produkt af en anden upåvist sammenhæng, kan behandlingen forestilles at komme til kort. Den mangelfulde forståelse af komorbiditet ifm. forskning påvirker nødvendigvis også den behandlingsmæssige forståelse. Så længe forskningen er uklar og fundene svære at validere, vil behandlingen af denne patientgruppe aldrig blive optimal, hvis man forudsætter at en grundlæggende ætiologisk forståelse, er den bedste forudsætning for effektiv behandling.

Et nødvendigt skridt i den enkelte behandlingsrelation er at blive opmærksom på tilstedeværelsen af komorbiditet. Jf. den kliniske retningslinje fra 2016 anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der anvendes validerede screeningsværktøjer, specifikt AUDIT (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 19). Retningslinjen fandt dog ingen evidens på området, men forfatterne giver en praksisanbefaling ”*på baggrund af konsensus [om, at] identifikation og behandling af alkoholafhængighed vurderes at mindske frafald fra behandlingen af den psykiske lidelse samt bidrage til at undgå fejlbehandling*” (ibid.). Forfatterne nævner dog også adskillige risici ved at screene for alkoholafhængighed, herunder over-/underbehandling som følge af falsk positive/negative resultater samt at individet afvises fra behandlingen af den psykiske lidelse ved identifikation af alkoholafhængighed. Det er interessant i denne sammenhæng, at AUDIT ikke er valideret for denne målgruppe, og at testen desuden er kort og ekstremt sensitiv samt at der som sagt ikke findes egentlig evidens for brug af screeningsredskaber hos målgruppen.

Disse problematikker vedr. identifikation af komorbiditet kan ses som symptomatisk for hele Datterstudiets undersøgelse af feltet omkring BPD og alkoholafhængighed: udbredte forståelser, der ikke er/ikke kan valideres af forskning samt utilstrækkelige måleredskaber og dermed uoptimale forhold for behandling. Måske

er de belyste problematikker et udtryk for, at disse individer er en såkaldt 'udskældt gruppe', som er både komplicerede og omkostningsfulde at behandle. Bateman & Fonagy (2006) beskriver dette som *den terapeutiske nihilisme*. Måske er det et udslag af, at kompleksiteten af lidelserne er så svære at indramme i forskningen. I hvert fald er det overraskende, at vi endnu ved så lidt om en patientgruppe, der udgør så stor en del af det offentlige behandlingssystem og som har så væsentlig nedsat livskvalitet. Komorbiditeten mellem BPD og AUDs er, som beskrevet i associeret med en forhøjet risiko for en mængde alvorlige følger; prostitution, kriminalitet, selvmordsforsøg, overdosis etc. samt dårligere behandlingsudbytte og alvorligere psykiatriske, familiemæssige og juridiske problemer. Dermed er komorbiditeten potentielt livstruende.

Konklusion

Allerede i indledningen fremlagde Datterstudiet det problematiske ved at acceptere selvmedicineringshypotesen i sin simple form. Selvmedicineringshypotesen hviler på nogle upåviste faktorer (positiv gavn af indtag, sammenhæng mellem rusmiddeltype og psykiske symptomer samt sammenhæng mellem sværhedsgrad af symptomer og mængde/frekvens af misbrug). Det usikre fundament resulterede i adskillige mulige ætiologiske faktorer og progressioner af komorbiditeten.

Selvmedicineringshypotesen forudsætter, at brugen af alkohol er associeret med en dysregulering af negativ affekt. Datterstudiet har dog påvist, at individer med BPD også konsumer alkohol for at øge oplevelsen af positiv affekt lige såvel som for at nedregulere oplevelsen af negativ affekt. Datterstudiet konkluderer, at den stærke relation mellem BPD og AUDs muligvis kan forstås ud fra, at begge motivatorer er til stede og dermed kan lede til øget brug i flere sammenhænge: både for at lette negative emotionelle stadier og for at øge positive følelser. Derfor skønnes det nødven-

dig, at fremtidig forskning forholder sig til affektvarians eller –labilitet fremfor den gængse forståelse, hvor alkohol bruges til at nedregulere svære emotionelle tilstande.

Tilstedeværelsen af adskillige mulige forklaringsmodeller (farmakologisk sårbarhed, affektdysregulering, interpersonelle problematikker) kan være udtryk for, at der er tale om et multifacetteret, komplekst sammenspil, men muligvis også at sammenhængen obskures af forsknings metodologiske svagheder. Disse metodologiske svagheder i studierne sås bl.a. i sampling (herunder kønsfordeling og brug af normalpopulation), usikre måleredskaber samt adskillige store uafklarede aspekter omkring begrebsvaliditet ift. personlighedsforstyrrelsers natur, borderline-diagnosen og endelig de udvalgte, belyste diagnostiske træk.

Ligeledes har Datterstudiet sine metodiske svagheder, der bl.a. kan ses i eksklusionskriterierne, i tids- og pladmæssige begrænsninger samt i valg af analysemetode. Disse metodiske valg med deres medfølgende validitetsmæssige konsekvenser er truffet ud fra ønsket om at forstå komorbiditeten på dets mest grundlæggende ætiologiske plan samt ud fra den betragtning, at der ikke eksisterer en kohærent, homogen viden om baggrunden for komorbiditeten.

Datterstudiet har, med de her nævnte metodiske forbehold in mente, lykkedes i at påvise huller, der kan udforskes nærmere. Herunder ønsket om større, prospektive studier, der kan indfange både ætiologiske og kønsspecifikke dimensioner, uafklarede aspekter omkring komorbiditetens neurobiologi, samt vigtigst i denne sammenhæng; at fremtidig forskning bør have et eksplorativt fokus på emotionsregulering i bred forstand, da selvmedicineringsforståelsen ikke er tilstrækkelig. Så længe denne forståelse får lov at stå alene, vil behandlingen af denne patientgruppe aldrig blive optimal.

Referenceliste

Artikler inkluderet i søgning:

Carpenter, R. W., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2016). Comorbidity of borderline personality disorder and lifetime substance use disorders in a nationally representative sample. *Journal of Personality Disorders, 30*(3), 336-350.

Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W., & Holoman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(2), 128-141.

Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N., & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry, 55*(6), 1398-1404.

Feske, U., Tarter, R. E., Kirisci, L., & Palkonis, P. A. (2006). Borderline personality and substance use in women. *American Journal on Addictions, 15*(2), 131-137.

Jahng, S., Solhan, M. B., Tomko, R. L., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Trull, T. J. (2011). Affect and alcohol use: An ecological momentary assessment study of outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 572-584.

Jahng, S., Trull, T. J., Wood, P. K., Tragesser, S. L., Tomko, R., Grant, J. D., et al. (2011). Distinguishing general and specific personality disorder features and implications for substance dependence comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 656-669.

Lane, S. P., Carpenter, R. W., Sher, K. J., & Trull, T. J. (2016). Alcohol craving and consumption in borderline personality disorder: When, where, and with whom. *Clinical Psychological Science, 4*(5), 775-792.

Maraz, A., Ando, B., Rigo, P., Harmatta, J., Takach, G., Zalka, Z., et al. (2016). The two-faceted nature of impulsivity in patients with borderline personality disorder and substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 163*, 48-54.

Mikolajewski, A. J., Pizzarello, S., & Taylor, J. (2011). Borderline personality disorder symptom clusters predict substance use disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(7), 722-731.

Thatcher, D. L., Cornelius, J. R., & Clark, D. B. (2005). Adolescent alcohol use disorders predict adult borderline personality. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1709-1724.

Tragesser, S. L., Sher, K. J., Trull, T. J., & Park, A. (2007). Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: Cross-sectional and prospective mediation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15*(3), 282-292.

Tragesser, S. L., Trull, T. J., Sher, K. J., & Park, A. (2008). Drinking motives as mediators in the relation between personality disorder symptoms and alcohol use disorder. *Journal of Personality Disorders, 22*(5), 525-537

Supplerende artikler:

Gil-Rivas, V., & McWhorter, L. (2013). Self-medication. *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, 1*, 235-241.

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM- IV alcohol abuse and dependen-

ce in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.

Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews. (literature reviews)(systematic reviews, part 1). *British Medical Journal*, 309(6954), 597.

Pedersen, L., & Simonsen, E. (2014). Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark—A register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), 543-548.

Socialstyrelsen (2013) Mennesker med stofmisbrug - Sociale indsatser, der virker. (p. 7)

Sundhedsstyrelsen (2016). National klinisk retningslinje for udredning og behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse. 69 p.

Sundhedsstyrelsen (2015). National klinisk retningslinje for behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type 90 p.

Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: A nationwide danish population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 129-140.

Bøger:

- American, P. A. (2014). *Diagnostiske kriterier DSM-5 : Håndbog* (1. udgave ed.) Virum : Hogrefe Psykologisk Forlag. (645-684) 39 p.
- Christensen, G. (2014). *Psykologiens videnskabsteori* Samfundslitteratur. Chap 4, 101-128, 28 p.
- Cramer, D. (2005). In Howitt D. (Ed.), *Introduction to research methods in psychology* Upper Saddle River, N.J. : Prentice hall. (260-273) 13p.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2007). Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling. *Akademisk Forlag, København*. 481 p.
- Garrard, J. (2016). *Health sciences literature review made easy* Jones & Bartlett Publishers. (Part I pp. 1-95) 95 p.
- Higgins, J. P., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* John Wiley & Sons. (Chap. 1) 11 p.
- Johannsen, C. G., & Johannsen, C. G. (2013). *Evidens og systematiske reviews : En introduktion*. Frederiksberg: Samfundslitteratur. (151 p.)
- Kjølbye, M., & Bøye, R. (2012). In Kjølbye M. (Ed.), *Borderline : Psyko-
edukation, forståelse og behandling* Kbh. : Hans Reitzel.
- Lund, T., Kleven, T., Christoffersen, K., & Kvernback, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Unipub, Oslo, (Chap. 1-5;9) 212 p.
- O'Donohue, W., Fowler, K. A., & Lilienfeld, S. O. (2007). *Personality disorders: Toward the DSM-V* Sage Publications. (Chap 1-2) 21p.
- Simonsen, E., & Mohl, B. (2010). *Grundbog i psykiatri* Hans Reitzels Forlag. (Chap.1;4;29) 73 p.
- Torgerson, C. (2003). *Systematic reviews* Bloomsbury Publishing. 88 p.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. (34-35;198-207) 10 p.

World Health Organization. (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. (4;36) 2 p.

Opgørelse af pensum, i alt 1979 sider.