

Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?

Tor Erik Nysæter

Seksjon for Ø-hjelp, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sørlandet sykehus, Arendal

tor.erik.nysater@sshf.no

Hans M. Nordahl

hans.nordahl@svt.ntnu.no

Relativt få menn får diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Artikkelen gir en kort innføring i forskningen på menn med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mulige feilkilder tilknyttet diagnostisering av menn, og en oversikt over kjønns spesifikke prognostiske faktorer for henholdsvis menn og kvinner.

Tre av fire pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) innenfor psykisk helsevern er kvinner, og denne forskjellen i forekomst har vært stabilt rapportert i kliniske utvalg i de siste 30 år (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Befolkningsstudier viser derimot at EUP er mer jevnt fordelt mellom menn og kvinner i befolkningen enn man tidligere har antatt. En befolkningsstudie fra USA viser en tilnærmet lik fordeling av kvinner og menn med EUP (Grant et al., 2008), men to andre undersøkelser fra Storbritannia viser noe mer sprikende resultater. I de britiske undersøkelsene rapporteres det både om tilnærmet dobbelt så mange menn (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006) som tilnærmet dobbelt så mange kvinner (Zanarini et al., 2011) med EUP i befolkningen. Data fra Norge viser at det er ikke grunn til å anta at EUP forekommer oftere hos kvinner enn hos menn (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Selv om disse befolkningsstudiene viser noe varierende estimater, avviker de fra observert forekomst i kliniske pasientutvalg. Et sentralt spørsmål er om EUP hos menn er underdiagnostisert, noe som kan ha implikasjoner for behandling og forståelse av prognostiske faktorer for menn med EUP, da noen behandlingsveiledere anbefaler spesifikke behandlingsmodeller for diagnosen. Det er dermed viktig å belyse hva man vet om menn med EUP, samt om det finnes kjønns spesifikke faktorer som det er viktig å adressere i diagnostisering og behandling av EUP. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over hvilken kunnskap som finnes om menn med EUP, og prognostiske faktorer for behandling av henholdsvis kvinnelige og mannlige pasienter med EUP.

Befolkningsstudier viser at emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er mer jevnt fordelt mellom menn og kvinner i befolkningen enn man tidligere har antatt

Metode

Søk etter studier ble gjort i oktober 2013 ved bruk av PsykInfo, Medline og Web of Science med følgende søkeord: borderline personality disorder, outcome, predictors, gender, treatment. I tillegg ble referanselister fra artikler og bøker om EUP gjennomgått for å hente ut relevante publikasjoner. I søkedatabasene ble litteratursøket avgrenset til vitenskapelige publikasjoner som er fagfelleurdert og

utgitt i tidsrommet 1975 til 2013 på engelsk eller skandinaviske språk. Kriterier for å inkludere studier om prognostiske faktorer var avgrenset til pasientutvalg med EUP hvor kjønnsfordeling er oppgitt som del av analyser av prognostiske faktorer. Studier som ikke oppga tilstrekkelig informasjon om kjønnsfordeling, og/eller som ikke presenterte data avgrenset til EUP, ble ekskludert. Det finnes tre relevante studier med rene utvalg av menn eller kvinner, og vi velger derfor også å inkludere utvalg med hovedvekt av kvinner eller menn i denne oversikten. Til sammen 62 studier ble funnet, av dem ble 28 inkludert i vårt utvalg. Hovedvekten av studiene som ikke ble tatt med, ble ekskludert fordi de ikke ga tilstrekkelig informasjon om kjønnsfordeling eller ikke oppga spesifikke analyser for EUP. To metastudier er omtalt i egen del om spesifikke behandlingsmetoder. I tabell 1 gis det en oversikt over de inkluderte studiene. Spesifikke behandlingsformer er nevnt med forkortelse av egennavn, hvor TAU (treatment-as-usual) er en samlebetegnelse for alle former for oppfølging en person kan ha med kommune- og spesialisthelsetjenesten. Studier hvor behandling er psykoterapi som ikke er nærmere spesifisert, betegnes i tabell 1 som psykoterapi. Ved prospektive studier angis antall år siden behandlingsstart.

Rus og kriminalitet hos menn med EUP?

Forskning på kjønnsforskjeller ved EUP har gitt lite entydige resultater (Zlotnick, Rothschild, & Zimmerman, 2002), men noen momenter går igjen i litteraturen. Generelt vises det til at kvinner i større grad enn menn søker og mottar helsehjelp for psykiske lidelser (Kessler et al., 2005), og at klinikere lettere setter en EUP-diagnose på kvinner fremfor menn basert på stereotypiske oppfatninger om EUP og hvordan kriteriene for EUP er formulert (Becker, & Lamb, 1994; Blashfield, & Herkov, 1996; Morey, & Ochoa, 1989). Kvinner med EUP fremviser oftere et internaliserende symptombylde (for eksempel angst og depresjon) enn menn med EUP (Skodol, & Bender, 2003). Ut fra hypotesen om at menn i større grad har et eksternaliserende symptombylde (for eksempel atferdsforstyrrelser som barn, rus og antisosial atferd som voksen), har det vært stilt spørsmål om hvorvidt menn med EUP gjenfinnes i rus- eller kriminalomsorgen fremfor i psykisk helsevern (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Ved fengselsundersøkelser rapporteres det vanligvis om opp mot dobbelt så mange kvinner som menn med EUP (Singleton, Meltzer, Gatward, & et al., 1997; Trestman, Ford, Zhang, & Wiesbrock, 2007). Et motsatt bilde fremgår i en studie av Black og kollegaer (2007) som spesifikt gikk inn for å kartlegge EUP hos innsatte med mindre alvorlige dommer. Denne studien rapporterte fire ganger så mange menn som kvinner med EUP (Black et al., 2007). Noe av forskjellene mellom disse studiene kan dermed knyttes til ulike studiedesigner og utvalg av respondenter. Det er dermed ikke entydig evidens for at det er flere menn enn kvinner med EUP i fengsel, men det er samtidig få studier som spesifikt har kartlagt menn med EUP innenfor kriminalomsorgen.

Innenfor rusfeltet finnes det derimot flere studier som har undersøkt forholdet mellom rus og EUP, hvor det rapporteres at fra 2 til 66 prosent av personer med en ruslidelse samtidig har en EUP (Lindquist, Tørmoen, & Mehlum, 2013). Det vises generelt til at det er flere menn enn kvinner med EUP som mottar rusbehandling (Johnson, Shea, Yen, & et al., 2003; Maloney, Degenhardt, Darke, & Nelson, 2009; Tadic et al., 2009; Zlotnick et al., 2002), og at menn misbruker flere typer rusmidler enn kvinner – med unntak av foreskrevne medikamenter, hvor kjønnsfordelingen er lik (Grant et al., 2008). Kvinner med EUP synes å foretrekke alkohol, cannabis og sedativer, mens menn med EUP i tillegg har generelt større sannsynlighet for å gå inn i et mønster av alkoholavhengighet, blandingsmisbruk (Feske, Tarter, Kirisci, & Palkonis, 2006; Skinstad, & Swain, 2001) eller tyngre rusmisbruk (blant annet injeksjon av heroin) (Darke, Ross, Williamson, & Teesson, 2005; Maloney et al., 2009). Kombinasjonen

blandingsmisbruk og personlighetsforstyrrelse er for begge kjønn først og fremst assosiert med dyssosial personlighetsforstyrrelse (Lee, Bagge, Schumacher, & Coffey, 2010; Sher, & Trull, 2002), hvor EUP kommer som en god nummer to (Feske et al., 2006). Samlet sett er det noe indikasjon på at menn med EUP i større grad har eksternaliserende symptomer, og at menn med EUP i større grad søker hjelp for rusproblem fremfor problemer tilknyttet psykisk helse.

Tabell 1. Oversikt over inkluderte studier

	N	Behandling	Utredning	% Kvinner/menn
Barrachina et al . (2011)	484	TAU	SCID-II/DSM-III-R	83/17
Black et al . (2009)	164	STEPPS	SIDP-IV/DSM-IV	85/15
Chiesa et al . (2007)	54	Psykoterapi	SCID-II/DSM-III-R	75/25
Davidson et al . (2010)	106	KT vs TAU (6 års oppfølging)	SCID-II/DSM-IV	84/16
De Panfilis et al . (2011)	46	TAU	SIDP-IV/DSM-IV	80/20
Evren et al . (2012)	200	TAU	BPI/DSM-IV	0/100
Gunderson et al . (2006)	160	TAU (6 års oppfølging)	DIPD-IV/DSM-IV	75/25
Gunderson et al . (2011)	175	TAU (10 års oppfølging)	DIPD-IV/DSM-IV	75/25
Kleindienst et al . (2011)	57	DBT	SCID-II/DSM-IV	100/0
Links et al . (1993)	65	TAU (2 års oppfølging)	DIB/DSM-III	85/15
Links et al . (1998)	57	TAU (7 års oppfølging)	DIB/DSM-III	88/12
Maloney et al . (2009)	775	TAU	IPDE/DSM-IV	39/61
Martino et al . (2012)	39	Psykoterapi	SCID-II/DSM-IV	85/15
McGirr et al . (2007)	120	Psykologisk autopsi	SCID-II/DSM-IV	22/78
McGlashan et al . (1985)	81	TAU (snitt 15 års oppfølging)	DSM-III	56/44
Nysæter et al . (2010)	32	Psykoterapi	SCID-II/DSM-IV	81/19
Nysæter et al . (2012)	32	Psykoterapi	SCID-II/DSM-IV	81/19
Paris et al . (1993)	39	TAU	SIDP-IV/DSM-IV	100/0
Plakun (1991)	33	TAU (13 års oppfølging)	DSM-III-R	70/30
Ryle et al . (2000)	27	KAT	PAS/DSM-IV	59/41
Soloff et al . (2012)	90	TAU	DIB-R/DSM-III-R	73/27

	N	Behandling	Utredning	% Kvinner/menn
Tadic et al . (2009)	159	TAU	SIDP-IV/DSM-IV	70/30
Waldinger et al . (1984)	54	Psykoterapi	DSM-III	58/42
Zanarini et al . (1998ab)	379	TAU	DIB-R/DSM-III-R	78/22
Zanarini et al . (2004)	290	TAU (6 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	80/20
Zanarini et al . (2006)	290	TAU (10 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	80/20
Zanarini et al . (2014)	290	TAU (16 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	80/20
Zweig-Frank et al . (2002)	64	TAU (27 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	81/19

Kvinner og prognostiske faktorer for behandling

Oversikten vi her presenterer for menn og kvinner, har utgangspunkt i forskning på «treatment-as-usual» (TAU). Prognostiske faktorer er i vår artikkel dermed ikke tilknyttet en spesifikk terapimodell, men kan bedre forstås som generelle faktorer tilknyttet et behandlingsforløp.

Lav tidlige funksjonsevne på en rekke områder i livet er assosiert med dårligere prognose (Chiesa, & Fonagy, 2007; Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer, & Tyrer, 2010; Gunderson et al., 2006; Nysæter, Nordahl, & Havik, 2010; Zweig Frank, & Paris, 2002). God prognose er forbundet med godt evnenivå (Zanarini et al., 2014), god funksjonsevne ved behandlingsstart (Chiesa, & Fonagy, 2007; Gunderson et al., 2011; Soloff, & Chiappetta, 2012), et godt og stabilt sosialt nettverk og fravær av belastninger i livet eller i familien som skilsmisse eller rusmisbruk (Gunderson et al., 2011; Plakun, 1991; Zanarini et al., 2014).

Fravær av andre kompliserende faktorer er også assosiert med godt utbytte av behandling, mindre sannsynlighet for drop-out, og bedre prognose. Fravær av alvorlig grad av dissosiering eller impulsivitet (Black et al., 2009; Kleindienst et al., 2011), rusavhengighet (De Panfilis et al., 2011; Links, Heslegrave, & Van Reekum, 1998; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2004), spiseforstyrrelse, PTSD, stemningslidelser og angstlidelser (Zanarini et al., 2004; Zanarini et al., 2014), eller andre personlighetsforstyrrelser (Chiesa, & Fonagy, 2007; Nysæter, & Nordahl, 2012; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006) er generelt assosiert med god prognose. Rusavhengighet utgjør en generell risikofaktor for død, suicid og drop-out fra behandling for denne pasientgruppen (Soloff, & Chiappetta, 2012). Fravær av særlig schizotyp, antisosial, narsissistisk, unnvikende og tvangspregt personlighetsforstyrrelse er assosiert med markant bedre effekt av behandling.

Generelt viser forskningen bedre prognose for pasienter som har en indre motivasjon for å søke behandling, som har fullført tidligere behandlingsløp, og som rapporterer en positiv utvikling av behandlingsalliansen over tid. Behandlingsallianse er definert ulikt i de forskjellige studiene, men én fellesnevner er at det å utvikle et tillitsforhold til sin behandler tar tid, og at alliansebrudd og fluktuasjoner er vanlig i løpet av en behandlingssekvens. Manglende positiv utvikling av behandlingsalliansen i løpet av de første månedene er forbundet med økt sannsynlighet for drop-out (Bateman, & Fonagy, 2004; Karterud et al., 2010).

Ingen tidligere døgninnleggelser, fravær av selvskading, eller at man ikke har blitt utsatt for seksuelt misbruk som barn, er forbundet med god prognose (Links, Mitton, & Steiner, 1993; Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012; McGlashan, 1985; Paris, Zweig Frank, & Guzder, 1993; Ryle, & Golyunkina, 2000; Soloff, & Chiappetta, 2012; Waldinger, & Gunderson, 1984). Omfang av seksuelt misbruk kan påvirke alvorlighetsgrad av lidelse, men virker ikke nødvendigvis inn på mulighet for bedring over tid. Dette er i motsetning til grad av opplevd emosjonell neglekt i oppveksten, som er forbundet med redusert bedring over tid (Zanarini et al., 2014).

Kort oppsummert kan behandlings- og livshistorie si noe om sannsynligheten for at lidelsen blir kronifisert, og om pasienten vil identifisere seg med pasientrollen. Tidligere funksjonsevne, opplevd støtte i sosialt nettverk og opplevelse av den terapeutiske alliansen kan indikere grad av interpersonlige vansker og sannsynlighet for å fullføre et behandlingsforløp. Tilstedeværelse av andre psykiske lidelser, tidligere innleggelser, omfang av selvskading og tidligere seksuelt misbruk kan være markører for lidelsestrykk og belastninger som kan komplisere behandling. Fravær av andre kompliserende faktorer og få ytre belastninger er generelt assosiert med godt utbytte av behandling.

Menn og prognostiske faktorer for behandling

Dårlige prognostiske faktorer for menn generelt er rusavhengighet (Zanarini et al., 2004; Zanarini et al., 1998a), høy grad av impulsivitet og aggresjon (Maloney et al., 2009; Tadic et al., 2009), og komorbide diagnoser som paranoid, narsissistisk, antisosial eller schizotyp personlighetsforstyrrelse (Barrachina et al., 2011; McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki, 2007; Zanarini et al., 1998b). En studie som spesifikt tar for seg menn med EUP, viser at selvskading, dissosiasjon og alkoholavhengighet (Evren, Cinar, & Evren, 2012) er assosiert med dårligere prognose for behandling og større risiko for selvmordsforsøk. Fravær av andre kompliserende faktorer er hos menn som hos kvinner forbundet med bedre prognose.

Spesifikke behandlingsmodeller og prognostiske faktorer

Vår oversikt har så langt tatt utgangspunkt i «treatment-as-usual» (TAU); TAU er en samlebetegnelse for alle former for oppfølging en pasient kan ha med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Psykoterapi er anbefalt som førstevalg for EUP (NICE, 2009), men TAU trenger ikke nødvendigvis inkludere psykoterapi, det kan for eksempel kun være medikamentell behandling. To systematiske gjennomganger av forskningslitteraturen har undersøkt prognostiske faktorer for spesifikke behandlingsmodeller for EUP (Barnicot et al., 2012; Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2010). I litteraturgjennomgangen fra 2010 ble det inkludert 44 studier, og i 2012-publikasjonen 33. Hovedsakelig var dette randomiserte, kontrollerte studier (RCT) basert på dialektisk atferdsterapi (DBT), mentaliseringsbasert psykoterapi (MBT), skjematerapi (ST), overføringsbasert psykoterapi (TFP) eller STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving).

Høyt symptomtrykk ved oppstart og opplevelse av å ha en god terapeutisk allianse var assosiert med god effekt av behandling. Komorbiditet i form av symptomlidelser og omfang av personlighetspatologi var ikke forbundet med behandlingsutfall. Unntaket var alvorlig grad av dissosiasjon, som ga redusert effekt av disse behandlingsmodellene. Bruk av psykofarmaka eller pågående selvskading kunne dessuten gi noe redusert effekt av enkelte behandlingsmodeller. Høy grad av impulsivitet, lavt symptomtrykk og ytre motivasjon for å søke behandling ga større sannsynlighet for drop-out.

Diskusjon

Faktorer som gir en god prognose i behandling av EUP, er god funksjonsevne, høyere utdanning og lønnet arbeid, lite merbelastning i form av andre psykiske lidelser eller andre belastninger i livet, samt indre motivasjon til endring og opplevelse av god relasjon med behandleren. Alvorlighetsgrad, varighet av lidelsen og andre kompliserende faktorer utgjør med noen få unntak negative prognostiske faktorer såfremt man ikke mottar mer spesifisert behandling rettet inn mot EUP. Et viktig poeng er, som Barnicot og kollegaer (2010) viser, at de behandlingsmodellene som er rettet spesifikt inn mot kjernesymptomer ved EUP, generelt gir lavere frafall fra behandling, da 75 prosent av pasientene fullførte behandlingen. Dette er i motsetning til tidligere forskning, som viser at mellom 40 og 80 prosent av pasientene med EUP vanligvis ikke fullfører behandling (Jørgensen, & Kjølbye, 2007; Nysæter et al., 2010; Waldinger, & Gunderson, 1984). Når psykoterapi er anbefalt som førstevalg for EUP, og når det å fullføre behandling generelt er forbundet med bedre prognose, kan det tenkes at det nettopp er de sykeste som profiterer mest på nyere behandlingsmodeller som DBT, MBT eller ST, mens det for pasienter med mindre alvorlig EUP ikke ser ut til at behandlingsmodell er en vesentlig prognostisk faktor.

De behandlingsmodellene som er rettet spesifikt inn mot kjernesymptomer ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, gir generelt lavere frafall fra behandling

Det finnes lite forskning på likheter mellom menn og kvinner med EUP, men faktorer som alvorlig grad av dissosiasjon eller rusavhengighet er assosiert med negativ prognose for både menn og kvinner med EUP. Forskjeller mellom menn og kvinner ser blant annet ut til å være type rus og symptomuttrykk; menn har i større grad et blandingsmisbruk og et eksternalisierende og utagerende symptombylde. Forskning viser at klinikere ofte vurderer det samme symptombyldet forskjellig avhengig av kjønn. Menn med usikker identitetsforstyrrelse, intense og ustabile forhold til andre, rusmisbruk, impulsivitet og emosjonell ustabilitet får derfor ofte andre diagnoser enn kvinner med samme type problemer. Ved pågående rusmisbruk er det nok også lett å tenke at disse symptomene representerer egenskaper ved rusmisbruket og ikke ved EUP. Flere studier viser at samtidig behandling av rusavhengighet og EUP gir god effekt på begge tilstandene, og at slik kombinasjonsbehandling gjør at pasienter fullfører behandlingen. Ulempen er at kombinasjonsbehandling er mer tidkrevende enn tradisjonell rusbehandling, og at den forutsetter mer spesialisert kompetanse på behandling av EUP og rus (Pennay et al., 2011).

Et spørsmål blir da hvor stor betydning kjønn har ved EUP. En studie av Banzhaf og kollegaer (2012) indikerer at det generelt er flere likheter enn forskjeller mellom menn og kvinner med EUP som søker hjelp for psykiske lidelser. Det er dermed uklart om mennene som søker hjelp, skiller seg fra menn som ikke søker behandling, eller fra de mennene med EUP som mottar behandling for rusavhengighet. Vi vet derfor heller ikke om menn med samtidig rusavhengighet og EUP får optimal behandling ved ruspoliklinikker.

Begrensningene ved denne litteraturgjennomgangen er at EUP har en høy grad av komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser. Bidraget til EUP alene er derfor vanskelig å isolere fra de komorbide lidelsene i en analyse av kjønnsspesifikke prognostiske faktorer. Resultatene vil ikke nødvendigvis avvike markant fra funnene som er presentert i denne artikkelen, da de fleste studier på personlighetsforstyrrelser er gjort nettopp på pasienter med EUP. I tillegg er det en generell svakhet

ved forskningslitteraturen som presenteres, at studier av prognostiske faktorer er basert på relativt små utvalg, og at studiene ofte har generelle og lite spesifikke utfallsmål. Det er antagelig også et viktig poeng, som vi har påpekt, at kulturelle og stereotypiske holdninger kan bidra til underdiagnostisering av menn med EUP, særlig når det også er et markant innslag av rus, impulsivitet og aggresjon. Vår litteraturgjennomgang tyder snarere på at det er relativt mange menn som også sliter med EUP, og som man derfor bør være oppmerksom på og gi et tilbud til disse innenfor psykisk helsevern.

Konklusjon

Menn med EUP er sannsynligvis underdiagnostisert. Det kan muligens skyldes kjønnsstereotypiske oppfatninger som gjør at menns symptombilde ikke forstås som et uttrykk for EUP, eller at en eventuell rusavhengighet skygger for EUP. Dette indikerer at klinikere dermed også bør vurdere om menn med rusproblematikk kan ha EUP som tilleggsgdiagnose. Felles for både menn og kvinner med EUP er at samtidig alvorlig grad av dissosiasjon eller rusavhengighet kan gi et negativt utfall i terapi, og at dette er uavhengig av behandlingsmodell. Det kan tenkes at pasienter med denne kombinasjonen bør tilbys behandlingsformer som legger til rette for samtidig behandling av rusavhengighet eller alvorlig dissosiasjon.

Referanser

- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbruggen, O., Lammers, C. H., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*, 368–380.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 400–412.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*, 327–338.
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M. J., Andion, O., . . . Perez, V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 725–730.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Becker, D., & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: research and Practice, 25*, 55–61.
- Black, D. W., Allen, J., St John, D., Pfohl, B., McCormick, B., & Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*, 53–61.
- Black, D. W., T., G., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sieleni, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 400–405.
- Blashfield, R. K., & Herkov, M. J. (1996). Investigating clinician adherence to diagnosis by criteria: A replication of Morey and Ochoa (1989). *Journal of Personality Disorders, 10*, 219–228.

- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2007). Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76, 347–353.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423–431.
- Darke, S., Ross, J., Williamson, A., & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction*, 100, 1121–1130.
- Davidson, K., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 197, 456–462.
- De Panfilis, C., Politi, V., Fortunati, R., Cazzolla, R., Scaramuzzino, M., Marchesi, C., & Maggini, C. (2011). Two-year follow-up of borderline personality disorder patients in Italy: a preliminary report on prognosis and prediction of outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 528–537.
- Evren, C., Cinar, O., & Evren, B. (2012). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 854–859.
- Feske, U., Tarter, R., Kirisci, L., & Pilkonis, P. (2006). Borderline personality and substance use in women. *American journal on addictions*, 15, 131–137.
- Grant, B. F., Chou, P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinton, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533–545.
- Gunderson, J., Daversa, M., Grilo, C., McGlashan, T., Zanarini, M., Shea, M. T., . . . Stout, R. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 163, 822–826.
- Gunderson, J., Stout, R., McGlashan, T., Shea, M. T., Morey, L., Grilo, C., . . . Skodol, A. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827–837.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., & et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 284–292.
- Jørgensen, C. R., & Kjølbye, M. (2007). Outcome of psychoanalytically oriented outpatient treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Nordic Psychology*, 59, 164–180.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352, 2511–2523.
- Kleindienst, N., Limberger, M., Ebner Priemer, U., Keibel Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., . . . Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to Dialectical Behavioral Therapy in female patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25, 432–447.
- Lee, H. J., Bagge, C. L., Schumacher, J. A., & Coffey, S. C. (2010). Does comorbid substance use disorder exacerbate borderline personality disorder features? A comparison of borderline

- personality disorder individuals with vs. without current substance dependence. *Personality Disorders*, 1, 239–249.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Lindquist, K. A., Tørmoen, A. J., & Mehlum, L. (2013). Dialektisk atferdsterapi – en relevant behandling for pasienter med rusmisbruk og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? *Suicidologi*, 18, 23–27.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & Van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 265–270.
- Links, P. S., Mitton, M. J., & Steiner, M. (1993). Stability of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 255–259.
- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. C. (2009). Impulsivity and borderline personality disorder as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatric Research*, 169, 16–21.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66, 180–186.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 721–729.
- McGlashan, T. H. (1985). The prediction of outcome in borderline personality disorder: Part V of the Chestnut Lodge follow-up study. I T. H. McGlasgan (Red.), *The Borderline: current empirical research*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Morey, L. C., & Ochoa, E. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180–192.
- NICE. (2009). *Borderline Personality Disorder: treatment and management*: National Institute for Clinical Excellence.
- Nysæter, T. E., & Nordahl, H. M. (2012). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in psychiatric outpatients: How does it look at 2-year follow-up? *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 209–214.
- Nysæter, T. E., Nordahl, H. M., & Havik, O. E. (2010). A preliminary study of the naturalistic course of non-manualized psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: Patient characteristics, attrition and outcome. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 87–93.
- Paris, J., Zweig Frank, H., & Guzder, H. (1993). The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 410–413.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N., Hall, K., & Lubman, D. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 41, 363–373.
- Plakun, E. M. (1991). Prediction of outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5, 93–101.
- Ryle, A., & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197–210.

- Sher, K., & Trull, T. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 4, 25–29.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., & et al. (1997). *Psychiatric morbidity among prisoners: summary report*. UK: Departement of Health.
- Skinstad, A. H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, 27, 45–64.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*, 74, 349–360.
- Soloff, P., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 169, 484–490.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, O., von Cube, R., Skaletz, C., . . . Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42, 257–263.
- Torgersen, S., Kringle, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.
- Trestman, R. L., Ford, J., Zhang, W., & Wiesbrock, V. (2007). Current and lifelong psychiatric illness among inmates not identified as acutely mental ill at intake in Connecticut's jails. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 490–500.
- Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 190–202.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, 161, 2108–2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & et al. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & et al. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 296–302.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Early online*, 1–9. doi: 10.1111/acps.12255
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders*, 25, 607–619.
- Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 277–282.
- Zweig Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 103–107.
- Clinical research on prognostic factors for borderline personality disorder (BPD) is mainly based on female patients, but epidemiological studies indicate that there are more men with BPD than previously expected. The aim of the current paper is to present research on men with BPD in general as well as research on prognostic factors separately for male and female patients with BPD. In general,

males with BPD are commonly treated in substance abuse clinics whereas most females are treated in psychiatric healthcare clinics. Poor prognostic factors for outcome of therapy in both men and women are substance abuse, severe dissociation and comorbid personality disorders. In conclusion, few studies have reported prognostic factors for men with BPD as they are not commonly found in psychiatric health clinics.

Keywords: Borderline personality disorder, gender, prospective factors