

Samsjuklighet mellan EIPS/BPS och autismspektrumtillstånd

ANPASSADE INSATSER KRÄVS FÖR ATT MÖTA BEHOVEN

Diagnosgrupperna autismspektrumtillstånd (AST) och emotionellt instabilt personlighetssyndrom/borderline-personlighetssyndrom (EIPS/BPS) har traditionellt setts som skilda typer av psykiatriska diagnoser. I diagnosmanualerna DSM och ICD sorteras AST under utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar och har främst diagnostiserats hos barn, och oftare pojkar än flickor [1,2], medan EIPS/BPS hör till personlighetssyndrom och främst diagnostiseras hos vuxna, och oftare hos kvinnor än män [3]. I en internatio-

»I dagsläget finns mycket knapphändig kunskap om personer med samtidigt EIPS/BPS och AST, både i Sverige och internationellt.«

nell översiktsstudie fann man att personer med AST har fått diagnosen EIPS/BPS i ungefär samma grad som befolkningen i stort, och vice versa [4]. Författarna till översikten poängterar dock att den låga graden av samvariation kanske förklaras av underdiagnostik av den ena eller båda diagnoserna, då vissa av de studier som ingick baserades på retrospektiva data från befintlig diagnostik. I en av studierna i översikten, där man genomförde strukturerade och noggranna bedömningar i en grupp vuxna patienter med AST och/eller ADHD, fann man en prevalens på 11 procent av EIPS/BPS i gruppen med AST och 15 procent hos dem med både AST och ADHD, vilket är en klart förhöjd förekomst av EIPS/BPS hos de med AST [5]. Det här är i

Alma Sörberg Wallin, med dr, leg psykolog, Psykiatricentrum Södertälje, Region Stockholm; institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet, Stockholm
 ● alma.sorberg-wallin@regionstockholm.se

Annika Tiger, doktorand, specialistläkare i psykiatri, Psykiatri Södra Stockholm, Region Stockholm; institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Rickard Ahlberg, med dr, leg psykolog, Kriminalvården; institutionen för medicinsk vetenskap, Örebro universitet

Anna Ohliss, med dr, specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri och socialmedicin, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; institutionen för global folkhälsa, Karolinska institutet, Stockholm

linje med en stor svensk registerstudie av EIPS/BPS från 2022, där man fann en tydlig överrepresentation av AST jämfört med andra personer i befolkningen [6].

Det finns begränsat med studier som har undersökt olika utfall hos personer med samtidigt EIPS/BPS och AST. En av de få studierna på området är en svensk studie, där 6 kvinnor bedömdes ha samtidigt EIPS/BPS och AST [7]. Man fann att dessa personer hade högre grad av suicidalitet och negativ självbild än de med bara EIPS/BPS [7].

I dagsläget finns mycket knapphändig kunskap om personer med samtidigt EIPS/BPS och AST, både i Sverige och internationellt. I denna studie kartläggs diagnostisering av AST och EIPS/BPS i Region Stockholm över tid samt risk för bipolär sjukdom, substansbrukssyndrom, ätstörning, suicidförsök, allvarlig självskada och slutenvård.

METOD

I denna registerstudie har data hämtats från:

- Region Stockholms administrativa vårdregister, VAL-databaserna [8], som innehåller uppgifter om all regionfinansierad öppen- och slutenvård (inklusive privata vårdgivare med avtal) för uppgifter om AST, EIPS/BPS och övriga diagnoser, sjukhusinläggning och suicidförsök/självskada enligt nedan.
- Nationella patientregistret för kompletterande uppgifter om övriga diagnoser, sjukhusinläggning och suicidförsök/självskada (tillgängligt till 2016).

Studiepopulationen utgjordes av alla unga vuxna som var bosatta i Region Stockholm mellan år 2006 och 2022 och som fått någon av följande diagnoser registrerad i specialiserad öppen- eller slutenvård mellan året de fyllt 18 och året de fyllt 40 år: AST (ICD-10 diagnoskod F84), EIPS/BPS (F60.3), eller – som jämförelsegrupp – vanliga psykiatriska tillstånd (utom AST eller EIPS/BPS), det vill säga depressionstillstånd, tvångssyndrom och ångest- och stressrelaterade diagnoser (F32–34, F39, F40–43). Totalt ingick 161 288 personer i analyserna. Antalet personer med registrerad diagnos per år (endast AST, endast EIPS/BPS eller båda diagnoser under samma kalenderår) beräknades 2012–2022 för en aktuell tidslinje.

Risk för bipolär sjukdom (F30–F31), substansbrukssyndrom (F10 utom F10.1), ätstörning (F50), slutenvård med suicidförsök eller självskada (X60–X84, Y10–Y34) och slutenvård med psykiatrisk diagnos (F00–F99) hos personer med diagnoserna AST och EIPS/BPS jämförts med personer med vanliga psykiatriska tillstånd har beräknats med logistisk regressionsanalys, med statistisk kontroll för ålder, kön och antal år som per-

HUVUDBUDSKAP

- Antalet unga vuxna i åldern 18–40 år som diagnostiseras med både AST och EIPS/BPS har ökat drastiskt senaste decenniet, särskilt bland kvinnor.
- Patienter med både AST- och EIPS/BPS-diagnos har en ökad risk för allvarlig självskada, suicidförsök, annan psykisk samsjuklighet och längre vårdtider inom slutenvården än patienter diagnostiserade med enbart AST eller EIPS/BPS.
- Detta tydliggör ett behov av anpassning av vård och insatser för patienter med överlappande symtom.

sonen bott i regionen. Dessa analyser gäller endast fram till 2021, eftersom uppgifter om boende i Region Stockholm saknas för 2022. I dessa analyser grupperas personer efter diagnoser ställda under hela studietiden. Studien har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (dnr 2010-1185-31-5).

RESULTAT

Förekomst av AST- och EIPS/BPS-diagnoser över tid

Antalet personer som under samma år fått både AST och EIPS/BPS registrerat vid vårdkontakt ökade trefaldigt, från knappt 100 till över 300, mellan 2012 och 2022 (Figur 1A). Huvuddelen av ökningen sågs bland kvinnor. Även antalet personer med enbart AST registrerat vid vårdkontakt ökade i en liknande grad, från strax över 3 000 till över 9 000 personer, med en ökning både för män och kvinnor (Figur 1B). EIPS/BPS däremot var mer stabilt mellan 2012 och 2022, med endast en liten ökning i början av perioden (Figur 1C). Män med EIPS/BPS registrerat vid vårdkontakt var relativt få jämfört med kvinnorna under hela perioden.

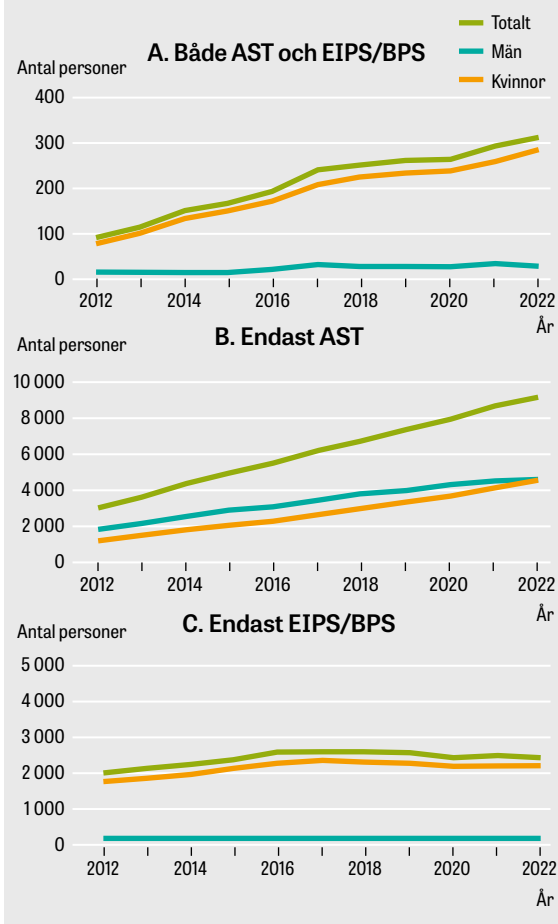
Diagnoser, slutenvård, självskada och suicidförsök

Bland dem som fick diagnoserna AST och/eller EIPS/BPS under studietiden fick 18 135 personer enbart diagnosen AST, 8 388 enbart EIPS/BPS och 1 080 personer båda diagnoserna. I jämförelsegruppen, personer diagnostiserade med vanliga psykiatriska tillstånd (depressionstillstånd, tvångssyndrom och ångest- och stressrelaterade diagnoser), ingick 133 685 personer.

»Personer med både AST- och EIPS/BPS-diagnos hade ... en ungefär 18 gånger högre risk (oddskvot) för suicidförsök och självskada ... jämfört med personer med vanliga psykiatriska tillstånd. «

Jämfört med personer med vanliga psykiatriska tillstånd hade personer med antingen AST eller EIPS/BPS en högre risk för de flesta av de undersökta diagnoserna (bipolär sjukdom, substansbrukssyndrom, ätstörning), samt slutenvård, suicidförsök eller självskada (Tabell 1). Personer med både AST- och EIPS/BPS-diagnos hade dock ännu högre risk för samtliga dessa utfall, och ungefär 18 gånger högre (oddskvot) för suicidförsök och självskada (1 593 i gruppen med vanliga psykiatriska tillstånd, 158 i gruppen med både AST och EIPS/BPS) efter statistisk kontroll för kön, födelseår och antal år i studien, jämfört med personer med vanliga psykiatriska tillstånd. Sett till prevalens hade 15 procent i den gruppen minst 1 tillfälle av slutenvård med suicidförsök eller självskada, medan motsvarande var 8 procent bland dem med endast EIPS/BPS-diagnos och 1 procent bland dem med endast AST-diagnos (visas ej i tabell).

FIGUR 1. Antal personer med A) både AST och EIPS/BPS, B) endast AST, och C) endast EIPS/BPS registrerade i specialiserad öppen- och slutenvård, per år.



Resultaten var ungefär desamma bland män och kvinnor, med vissa undantag (Tabell 1). Bland män med endast EIPS/BPS-diagnos var risken högre för substansbrukssyndrom än bland män med både AST- och EIPS/BPS-diagnos, medan risken för ätstörningsdiagnos däremot var klart högre bland män med båda diagnoserna. Den förhöjda risken för självskada och suicidförsök bland personer med AST- och EIPS/BPS-diagnos i kombination var mest uttalad bland kvinnor, med en 20-faldigt ökad risk jämfört med dem med vanliga psykiatriska tillstånd.

För personer med antingen AST eller EIPS/BPS var antalet dagar med slutenvård med psykiatrisk diagnos ganska lika, med en median på 2 dagar och ett genomsnitt kring 8–10 dagar per år (Tabell 2). Personer med båda diagnoser hade däremot dubbelt så många dagar som de med bara ena eller andra diagnosen, sett till både median (4,7 dagar jämfört med 2,3 hos personer med enbart AST och 1,9 hos individer med enbart EIPS/BPS) och genomsnitt (20,7 dagar jämfört med 10,2 respektive 8,6).

DISKUSSION

Fler får diagnoserna AST och EIPS/BPS i kombination

Antalet personer som fått båda diagnoserna AST och EIPS/BPS har ökat kraftigt: en trefaldig ökning mellan

TABELL 1. Oddsquot (OR) med 95 procents konfidensintervall (95KI) för andra diagnoser och vårdhändelser, uppdelat efter diagnoserna AST och/eller EIPS/BPS. Justerat för kön, födelseår och personår.

Diagnos/vårdhändelse	Antal	Vanliga psykiatriska tillstånd*	AST, ej EIPS/BPS		EIPS/BPS, ej AST		Både AST och EIPS/BPS	
		n = 133 685	n = 18 135		n = 8 388		n = 1 080	
Samtliga		OR (referensvärde)	OR	95KI	OR	95KI	OR	95KI
Bipolär sjukdom	10 660	1	1,0	1,0-1,1	3,5	3,3-3,8	4,7	4,1-5,5
Substansbrukssyndrom	25 401	1	0,7	0,6-0,7	4,0	3,8-4,2	4,6	4,1-5,2
Åtstörning	9 104	1	1,1	1,1-1,2	3,1	2,9-3,3	5,1	4,4-5,8
Slutenvård med psykiatrisk diagnos	43 374	1	1,3	1,2-1,3	4,9	4,6-5,1	10,6	9,3-12,2
Suicidförsök/ självskada	2 658	1	1,5	1,3-1,8	7,7	7,0-8,6	18,1	15,1-21,7
Män		n = 50 043	n = 10 535		n = 1 229		n = 170	
Bipolär sjukdom	3 494	1	0,8	0,8-0,9	3,4	2,9-4,0	4,4	3,0-6,4
Substansbrukssyndrom	13 840	1	0,5	0,5-0,6	3,2	2,8-3,5	2,1	1,5-2,8
Åtstörning	682	1	1,4	1,1-1,7	5,7	4,3-7,6	14,6	9,1-23,6
Slutenvård med psykiatrisk diagnos	18 825	1	1,0	1,0-1,1	3,9	3,4-4,3	5,2	3,8-7,2
Suicidförsök/ självskada	842	1	1,3	1,0-1,6	7,1	5,6-8,8	8,7	5,0-15,2
Kvinnor		n = 83 642	n = 7 600		n = 7 159		n = 910	
Bipolär sjukdom	7 166	1	1,3	1,2-1,4	3,6	3,4-3,8	4,7	4,1-5,4
Substansbrukssyndrom	11 561	1	1,0	0,9-1,1	4,4	4,1-4,6	5,5	4,8-6,3
Åtstörning	8 422	1	1,1	1,0-1,2	3,0	2,8-3,2	4,7	4,1-5,5
Slutenvård med psykiatrisk diagnos	24 549	1	1,7	1,6-1,7	5,1	4,9-5,4	12,3	10,6-14,3
Suicidförsök/ självskada	1 816	1	1,8	1,5-2,2	8,0	7,2-8,9	20,5	16,9-24,9

* Depressionstillstånd, tvångssyndrom, ångest- och stressrelaterade diagnoser

TABELL 2. Antal dagar med slutenvård med psykiatrisk diagnos, per år boende i regionen, uppdelat efter diagnoserna AST och/eller EIPS/BPS

	AST, ej EIPS/BPS			EIPS/BPS, ej AST			Både AST och EIPS/BPS		
	Antal personer	Median	Genomsnitt	Antal personer	Median	Genomsnitt	Antal personer	Median	Genomsnitt
Samtliga	4 117	2,3	10,2	3 926	1,9	8,6	722	4,7	20,7
Män	2 414	2,3	10,0	668	1,9	7,5	105	3,9	10,7
Kvinnor	1 703	2,3	10,4	3 258	2,0	8,8	617	5,0	22,4

2012 och 2022. Det kan ha flera orsaker. En kan vara att AST diagnostiseras betydligt oftare nuförtiden än tidigare, även bland vuxna [9]. Med klart fler utredningar inom psykiatri och hos privata vårdgivare och fler

»Antalet personer som fått båda diagnoserna AST och EIPS/BPS har ökat kraftigt, med en trefaldig ökning mellan 2012 och 2022.«

personer som får AST-diagnoser finns det potentiellt fler som kan diagnostiseras med samvarierande EIPS/BPS. I vissa fall kan det handla om en initial feldiagnostisering av EIPS/BPS som sedan ändras till AST, och vice versa. Flera har framhållit att autistiska sym-

tom kan feltolkas som personlighetssyndrom, särskilt vid samsjuklighet med till exempel ångest och depression [10-12]. Det är också möjligt att det rör sig om en faktisk samsjuklighet som upptäcks i allt högre grad, i takt med att samvariation mellan psykiatriska tillstånd fått allt mer uppmärksamhet [13-15]. I linje med nya forskningsfynd har dimensionella och transdiagnostiska modeller för psykiatriska tillstånd börjat användas [13, 16]. Istället för kategoriska och tydligt åtskilda syndrom betonar man grader av symptom, transdiagnostiska faktorer och att psykiatriska tillstånd ofta samvarierar. Det gäller även samvariationen mellan neuropsykiatriska tillstånd och personlighetssyndrom [16]. Det är tänkbart att samvariationen mellan AST och EIPS/BPS i vår studie i viss mån beror på delade etiologiska faktorer, som för ADHD och EIPS [17]. Detta behöver dock undersökas närmare i framtida studier.

Andra diagnoser, slutenvård, självskada och suicidförsök
Personer med både AST- och EIPS/BPS-diagnos hade en ökad risk för andra diagnoser, självskada och sui-

cidförsök och fler dagar med slutenvård än personer med enbart AST eller EIPS/BPS. Det talar för ett svårare tillstånd och ett större vårdbehov bland dessa patienter, vilket är i linje med fynd i tidigare, mindre studier [7, 18, 19]. Anmärkningsvärt många, 15 procent, hade genomfört ett suicidförsök eller självskada under studietiden. Risken för detta utfall var tiofalt högre än hos personer med enbart AST (som i sin tur redan har högre risk för suicidförsök än befolkningen i stort [20]). Detta är endast de fall som registrerats under slutenvård och inbegriper alltså inte självskada som kunnat omhändertas i öppenvården. Känsleregleringssvårigheter parallellt med rigiditet och bristande flexibilitet, det vill säga symtom på både AST och EIPS/BPS, kan utgöra en särskilt svårbemästrad kombination. Det kan minska förmågan att hitta nya och effektiva sätt att hantera svåra känslor och situationer och att söka adekvat hjälp, och därmed öka risken för suicidförsök [21].

Behandlingsinsatser

Det finns ett ökande intresse för att ge gruppen med samvarierande AST och EIPS/BPS adekvat vård. Behandlingar som tidigare varit primärt inriktade mot EIPS/BPS eller AST har börjat anpassas och utprövas för personer med samvarierande AST och EIPS/BPS eller liknande drag [22-27]. Även inom Bup Stockholm och i Region Skåne har anpassade behandlingar för ungdomar respektive vuxna med AST och samtidiga drag av EIPS/BPS utvecklats [28, 29]. Utgångspunkten har varit att kliniker noterat att gruppen har svårare att tillgodogöra sig etablerad behandling vid EIPS/BPS, som dialektisk beteendeterapi. Pilotutvärderingar av anpassad dialektisk beteendeterapi indikerar god genomförbarhet [28], minskad självskada och minskat behov av heldygnsvård [29].

Studiens styrkor och begränsningar

Registerstudier ger möjlighet att studera den totala populationen med minimalt bortfall, med tillförlitli-

ga uppgifter om registrerade diagnoser och vårdhändelser. En begränsning med registerdata är dock att olika tillstånd kan vara under- eller överdiagnostise-

»Sammantaget ser vi alltså en tydlig ökning av antalet personer som får båda diagnoserna AST och EIPS/BPS.«

rade. Vidare ger register grova mått utan möjlighet till detaljgranskning. Vi vet exempelvis inte i vilken utsträckning man har konstaterat samsjuklighet alternativt omprövat en tidigare given diagnos (till exempel bedömt att en AST-diagnos bättre beskriver symtombilden än en tidigare given EIPS/BPS-diagnos). En annan begränsning är att studien bara innefattar data från Region Stockholm. Det är oklart i vilken mån studiens resultat kan generaliseras till andra regioner i Sverige.

Slutsats

Sammantaget ser vi alltså en tydlig ökning av antalet personer som får båda diagnoserna AST och EIPS/BPS. Vi ser också en tydligt förhöjd risk för suicidförsök, självskada, andra psykiatriska diagnoser och fler dagar med slutenvård i denna grupp än hos patienter diagnostiserade med enbart AST eller EIPS/BPS. Resultaten indikerar ett särskilt behov av vård och insatser för denna grupp med komplex symtombild och ofta allvarlig problematik. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2025;122:25039*

REFERENSER

1. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res.* 2012;5(3):160-79.

2. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr.* 2016;21(4):295-9.

3. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry.* 2024;23(1):4-25.

4. May T, Pilkington PD, Younan R, et al. Overlap of autism spectrum disorder and borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Autism Res.* 2021;14(12):2688-710.

5. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry.* 2006;163(7):1239-44.

6. Tate AE, Sahlin H, Liu S, et al. Borderline personality disorder: associations with

psychiatric disorders, somatic illnesses, trauma, and adverse behaviors. *Mol Psychiatry.* 2022;27(5):2514-21.

7. Rydén G, Rydén E, Hetta J. Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: a cross-sectional study. *Clin Neuropsychiatry.* 2008;5(1):22-30.

8. Region Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.VAL-databaserna. <https://www.folkhalsokollen.se/datakallor/val-databaserna/>

9. Jablonska B, Ohliss A, Dal H, et al. Autismspektrumtillstånd och adhd bland vuxna i Stockholms län. Förekomst av diagnoser i befolkningen samt vårdkonsumtion. Stockholm: Region Stockholm, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2023.

10. Iversen S, Kildahl AN. Case report: mechanisms in misdiagnosis of autism as borderline personality disorder. *Front Psychol.* 2022;13:735205.

11. Tamilsan B, Eccles JA, Shaw SCK. The experiences of autistic adults who were previously diagnosed with borderline or emotionally unstable personality disorder: a phenomenological study. *Autism.* 2025;29(2):504-17.

12. McQuaid GA, Strang JF, Jack A. Borderline personality as a factor in late, missed, and mis-diagnosis in autistic girls and women: a conceptual analysis. *Autism Adulthood.* 2024;6(4):401-27.

13. Kotov R, Krueger RF, Watson D, et al. The Hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol.* 2017;126(4):454-77.

14. Dell'Osso L, Cremone IM, Nardi B, et al. Comorbidity and overlaps between autism spectrum and borderline personality disorder: state of the art. *Brain Sci.* 2023;13(6):862.

15. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, et al. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry.* 2010;167(11):1357-63.

16. Michelini G, Carlisi CO, Eaton NR, et al. Where do neurodevelopmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum. *World Psychiatry.* 2024;23(3):333-57.

17. Dittrich I, Philipsen A, Matthies S. Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited – a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021;8(1):22.

18. Dell'Osso L, Cremone IM, Carpi B, et al. Correlates of autistic traits among patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2018;83:7-11.

19. Chabrol H, Raynal P. The co-occurrence of autistic traits and borderline personality disorder traits is associated to increased suicidal ideation in nonclinical young adults. *Compr Psychiatry.* 2018;82:141-3.

20. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. *Psychol Med.* 2020;50(9):1463-74.

21. Cheney L, Dudas RB, Traynor JM, et al. Co-occurring autism spectrum and borderline personality disorder: an emerging clinical challenge seeking informed interventions. *Harv Rev Psychiatry.* 2023;31(2):83-91.

22. Zavlis O, Tyrer P. The interface of autism and (borderline) personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2024;225(3):360-1.

23. Kaltenegger HC, Philips B, Wennberg P. Autistic traits in mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: secondary analyses of a randomized controlled feasibility study. *Scand J Psychol.* 2020;61(3):416-22.

24. Vuijk R, Deen M, Geurts HM, et al. Schema therapy for personality disorders in autistic adults: Results of a multiple case series study. *Clin Psych Psychother.* 2023;30(2):458-72.

25. Kuroda M, Kawakubo Y, Kamio Y, et al. Preliminary efficacy of cognitive-behavioral therapy on emotion regulation in adults with autism spectrum disorder: a pilot randomized waitlist-controlled study. *PLoS One.* 2022;17(11):e0277398.

26. Huntjens A, van den Bosch LW, Sizoo B, et al. The effectiveness and safety of dialectical behavior therapy for suicidal ideation and behavior in autistic adults: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2024;54(10):2707-18.

27. Dudas RB, Cheney L. Good psychiatric management of borderline personality disorder and co-occurring autism spectrum disorder. *Am J Psychother.* 2025;78(1):35-45.

28. Lindheim von Bahr P, Karlsson T, Jimson J, et al. »En bra start«. DBT med behandlingstillägg för ungdomar med emotionell instabilitet och autismspektrumtillstånd. Delrapport 1: Behandlingsutveckling och upplevelser av inledande behandling. Stockholm: Stockholms läns landsting, Barn- och ungdomspsykiatri, Utvärderingsenheten; 2017.

29. Carnelid A, Linnér A. Dialektisk beteendeterapi (DBT) Skills system vid borderline och autism. En utvärdering av metoden vid DBT-teamet inom Vuxenpsykiatri Helsingborg. Region Skåne, FoU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel; 2024. FoU-rapport 5/2024.

SUMMARY

Co-occurring diagnoses of autism spectrum disorder and borderline personality disorder

Co-occurring diagnoses of autism spectrum disorder (ASD) and borderline personality disorder (BPD) have received growing attention in recent years. In a register-based study of ASD and BPD diagnoses established among individuals aged 18–40 in the Stockholm region, we examined cases where both diagnoses were present. The number of individuals diagnosed with co-occurring ASD and BPD increased markedly between 2012 and 2022. This group demonstrated significantly higher risk (odds ratio) of other psychiatric diagnoses and inpatient care compared to individuals with only ASD, only BPD, or a clinical comparison group. Notably, there was a twenty-fold increased risk of suicide attempts and severe self-harm. These findings underscore the need for targeted treatment interventions for this vulnerable population.