



## **Danske Psykiatere og Høringsvar for DPBO, vedr. nationale kliniske retningslinjer vedr. behandling af borderline personlighedsforstyrrelse.**

### **Børne-Ungdomspsykiateres Organisation**

**den. 23.03.2015**

På vegne af DPBO er vi glade for, at et udvalg under Sundhedsstyrelsen nu er kommet med et forslag om national klinisk retningslinje for behandling af emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderlinetype (herefter BPF).

Formålet er, som for alle de nationale kliniske retningslinjer, at sikre en evidensbaseret indsats i hele landet og medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne, men retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutninger som passende og korrekt.

American Psychiatric Association (APA) var allerede ude med sine guidelines i 2001, og de engelske retningslinjer kender vi fra 2009 (NICE).

BPF-diagnosen er som nævnt i baggrunden for retningslinjerne den 4. mest udbredte diagnose i psykiatrien og forbundet med stort ressourceforbrug og behandlingsmæssige udfordringer.

Ikke overraskende for området er kvaliteten af evidensen meget lav, eller der mangler data m.h.p. besvarelse af nogle af de fokuserede spørgsmål, hvorfor der i rapportens centrale budskaber henvises til arbejdsgruppens generelle erfaringer vedr. god praksis.

De centrale budskaber er, at man vurderer det som god praksis at anvende et semistruktureret personlighedsinterview til diagnostik af patienter med BPF. Desuden vurderes det som god praksis at anvende multimodale eller unimodale behandlingsprogrammer indeholdende psykoterapi til patienterne, hvor der ikke er fundet forskel i effekt. Patienter med komplekse eller alvorlige personlighedsforstyrrelser kan have gavn af synergieffekten mellem forskellige tilgange, og i tilfælde, hvor unimodal terapi er tilstrækkelig, vil det være en fordel, at det er en mindre indgribende og omfangsrig behandling. Man finder, at det er god praksis at anvende kortvarig psykoterapi, defineret som mindre end 12 måneder, eller langvarig psykoterapi (= mere end 12 måneder), idet der ikke er fundet forskel i effekt. Endv. finder man, at det er god praksis at overveje monitorering af psykoterapi til patienter med BPF, men det er uklart, hvordan dette kan gøres, og anbefaling baseres atter på konsensus i arbejdsgruppen.

Vedr. de øvrige centrale budskaber fremgår at overveje at anvende individuelle kriseplaner til patienterne, og det lyder jo ganske fornuftigt i.f.t. de vanskeligheder, som denne patientgruppe ofte har, men også denne anbefaling er en svag/betinget anbefaling for interventionen, men man vurderer, at fordelene ved interventionerne er større end ulemperne.

Retningslinjerne er en svag/betinget anbefaling af ikke rutinemæssigt at anvende antidepressiva, stemningsstabiliserende medicin og antipsykotisk medicin til behandling af patienter med BPF.

Det lyder også umiddelbart ganske udmærket, men i retningslinjerne burde det måske tydeligere fremgå, at der er en nær sammenhæng mellem personlighedsforstyrrelser specielt BPF og psykiatriske symptomidelser. Således er der ofte samtidig tilstedeværelse af BPF og f.eks. angst eller depression, hvor symptomerne og diagnoserne både kan være afhængige og også svære at afgrænse i.f.t hinanden.

Der foreslås flere studier af BPF uden komorbiditet, og det betyder vel også, at man vil interessere sig for BPF og komorbiditet i det hele taget? Dette er jo en af de helt store vanskeligheder, og vel en af grundene til, at mange af BPF-patienterne også er i psykofarmakologisk behandling.

Som repræsentanter for DPBO finder vi det problematisk, at man i retningslinjerne flere gange har fremført, at såfremt farmakologisk behandling overvejes, bør det ikke være den samme behandler, som både foretager farmakologisk behandling og psykoterapeutisk behandling. Som privatpraktiserende psykiatere driver vi monofaglig praksis, hvor vi som oftest kun er én behandler, så denne anbefaling vil vi naturligvis ikke kunne imødekomme. I den forbindelse vil vi erindre om, at BPF-patienterne er en heterogen gruppe. Nogle er i perioder så udadagerende, at de kræver behandling på psykiatriske specialafdelinger med tværfagligt behandlerteam, mens andre er mere stabile og fungerer bedre i.f.t. sociale rolleforpligtelser, og derfor drager nytte af behandling hos privatpraktiserende psykiater. Vi hilser forslag om videre forskning velkommen m.h.p. studier af kvalitet og evidens for forskellige behandlingsniveauer, hvor vi ikke skal glemme, at f.eks. praktiserende psykiatere har stor erfaring med behandling af patientgruppen.

Referencer:

Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. *Personlighedspsykiatri*. 1. udgave ed. Kbh.: Akademisk Forlag; 2013:529 sider, ill."Personlighedsforstyrrelser", Psykiatrifonden

Simonsen E, Haahr UH, Kjølbye M, Sørensen P. Personlighedsforstyrrelser. *Ugeskrift for læger*. 2007;169(21):2002-2005.

Med venlig hilsen

Kjersti Lien & Birger Guldbæk  
Speciallæger i psykiatri

Ved Stranden 11 d, 2. tv.  
9000 Aalborg  
Tlf. 58515417  
Mail: lien.guldbaek@dadlnet.dk